



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

NOMBRE DE INSTITUCIÓN

HOSPITAL REGIONAL INFANTIL DR. ARTURO GRULLON

FECHA

13 de SEPTIEMBRE 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 esta 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 (*benchmarking*).

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"> 1. Formular y desarrollar la misión y la visión de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados. 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. 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. 	<p>Tenemos definido en la institución la misión visión y valores. Las que fueron socializadas con los grupos de interés internos, mediante reuniones de socialización con cada departamento. Además, se cuenta con un nuevo logo institucional, acorde con los lineamientos del SNS.</p> <p>Evidencia: Minuta de las reuniones para la redefinición, listado de asistencia de las socializaciones departamentales, letreros en las entradas del centro de salud que están en impresión. Además, se prevé colocar detrás del carnet de los colaboradores de la institución</p> <p>Tenemos definidos los valores institucionales, poseemos un código de ética pendiente de ser avalado por la DIGEIG</p> <p>Evidencia: ver marco de valores, ver código de ética institucional</p> <p>Para asegurar la comunicación de la Misión, visión y valores se encuentran publicadas en 3 murales colocados en la entrada principal, el área de emergencia y el área de consulta de centro. Además, estarán impreso en el dorso del carnet del personal. Evidencia;</p>	

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7. Reforzar la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y</p>	<p>carné, letreros, , listado de asistencia de las socializaciones departamentales</p> <p>En marzo 2021 fue revisada y redefinida la misión, visión y valores, con la integración del nuevo logo del hospital tomando en consideración los diferentes grupos de interés, así como las características sociodemográficas y los cambios del entorno se realizó una previsión de los posibles cambios en la institución y las estrategias descritas para el comportamiento a largo plazo del entorno externo de la organización. Evidencia: Minutas de la reunión revisión visión, misión y valores, Plan de Mejora Se han impartido la charla sobre el régimen ético y disciplinario por parte del MAP, se ha elaborado un código de ética entregado a cada área. Actualmente se trabaja con un sistema computarizado en diferentes áreas con fines de tener mejores controles de las mismas Ej. Farmacia, cocina, suministro. Evidencia: Listado de participantes y acuse de recibo de código a los gestores de cada área. Programas computarizados en diferentes áreas con fines de tener mejores control y gestión de los insumos de las áreas de farmacia, cocina y suministro. Se realiza control de gastos e insumos de la institución que está avalado por la contraloría institucional. Evidencias: ver comunicación de promese Existe un nivel de confianza y respeto entre los gestores de cada área y el personal que la integra. Se motiva a los colaboradores a una política de puertas abiertas a través de las</p>	
--	--	--

valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	reuniones realizadas en cada departamento donde se le otorga un espacio para la discusión de un turno libre, donde el personal puede expresarse y sus opiniones son tomadas en consideración por los directivos. Evidencias: -Minutas de reuniones donde se reciben propuestas por parte del personal, taller de mando medio por parte de infotel. Buscar minuta y lista de participantes	
--	---	--

SUBCRITERIO 1.2. Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Identificar y fijar las prioridades de los cambios necesarios relacionados con la estructura, el desempeño y la gestión de la organización. 3. 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). 	<p>Están definidas en el manual de cargos y funciones del ministerio de salud pública y en los reglamentos de hospitales y normas nacionales</p> <p>Evidencias: ver manual de cargos y funciones, ver reglamentos de hospitales, ver las normas nacionales</p> <p>se realiza reuniones con los diferentes gestores de departamentos para identificar las prioridades, el desempeño, actualización y seguimiento de los planes de mejora principalmente en áreas puntuales como cirugía, neonatología y consulta de adolescentes planes y gestión de la institución</p> <p>Evidencia: ver minutas y fotos de reuniones y temas de agendas.</p> <p>Se define a través del POA institucional anual, el SIGMA, y el departamento de calidad del SNS. Los planes departamentales como el departamento de laboratorio, enfermería, odontología, e infectología</p>	

<p>4. 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”).</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>Evidencia: POA institucional, y planes departamentales y reporte de evaluación del hospital por el departamento de calidad del SNS.</p> <p>Contamos con normas básicas de control interno NOBACI, se realiza constante monitorización de nuestro POA anual</p> <p>Evidencia: ver normas básica de control interno, y POA, ver software</p> <p>Tenemos implementado el modelo de calidad de marco común de evaluación CAF, el departamento de laboratorio está trabajando con las normas ISO 9001-1589</p> <p>Evidencia: ver modelo CAF, ver los registros de normas ISO</p> <p>El hospital cuenta con un software HIRUDAG, donde se alinea con los objetivos operativos con la administración electrónica .</p> <p>Evidencia; ver software en departamento de informática y planificación y calidad</p> <p>Tenemos diferente comité en la institución como el de calidad, de farmacia, control de infecciones, historia clínica, compra, entre otros.</p> <p>Evidencias: ver registro de asistencia, fotos y minutas de los diferentes comités</p> <p>Se realizan reuniones con los diferentes gestores de departamentos, redes sociales, prensa escrita, televisiva y contamos en la actualidad con el dominio para la elaboración de la página web lo que está en proceso.</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>Evidencia: ver registro de asistencia de las reuniones con los gestores de los diferentes departamentos, ver página de Facebook, tweeter, Instagram, programa tv, ver página web emergencia hirudag en la web.</p> <p>Se realizan capacitaciones a través de INFOTEP, MAP, capacitación de todo el personal sobre prevención y control de infecciones también diversos talleres de actualizaciones y conferencias de educación médica continua, capacitación al personal de enfermería de neonatal sobre la importancia del control de infecciones y como se pueden adherir al programa de control de infecciones en el áreas.</p> <p>Evidencia: ver registro de asistencia y fotos de los diferentes talleres y conferencias médicas</p> <p>Se realiza a través de las reuniones con los diferentes gestores de departamentos y capacitaciones a los empleados del hospital</p> <p>Evidencias: ver listado de asistencia a las reuniones y ver fotos y registros de capacitaciones</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>Los altos directivos predicar con el ejemplo con el empoderamiento de la gestión y resolución de conflictos e inconvenientes además Se cumple con el horario y se trata con respeto la personal</p> <p>Evidencia: ver: chat a través de WhatsApp y la productividad de los médicos</p>	

<p>2. Promover una cultura de confianza mutua y de respeto entre líderes y empleados, con medidas proactivas de lucha contra todo tipo de discriminación.</p> <p>3. Informar y consultar de forma periódica a los empleados asuntos claves relacionados con la organización.</p> <p>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.</p> <p>5. Proporcionar retroalimentación a todos los empleados, para mejorar el desempeño tanto grupal (de equipos) como individual.</p> <p>6. Animar, fomentar y potenciar a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>Los diferentes gestores convocan de forma periódica a sus equipos de trabajos para buscar soluciones y alternativas a las tareas de cada departamento, tomando en consideración las sugerencias aportadas.</p> <p>De forma periódica se realizan consultas al personal a través de la encuesta de clima laboral. Además de que se recibe las quejas y sugerencias a través de un buzón de sugerencias interno para los empleados del centro. Evidencia: encuesta de clima laboral, encuesta de satisfacción del personal de emergencia, reportes del buzón de sugerencia interno y minuta de reuniones</p> <p>Periódicamente se realizan evaluaciones de desempeño donde se le da seguimiento continuo al personal. Además de retroalimentar a cada equipo de forma individual en los resultados obtenidos y las áreas de mejora a fortalecer. Evidencia: evaluaciones de desempeño y minuta de reuniones</p> <p>Se retroalimenta al personal de admisiones, auditoria y limpieza unidad coordinadora de control de infecciones sobre tareas para mejorar el desempeño de sus labores Evidencia: ver registros fotos y minutas de las reuniones de retroalimentación</p> <p>Con la designación de nuevas gestoras en el área de consulta externa y el departamento de neonatal, cambios de farmacia y almacén hospitalaria Evidencia: ver carta de designación de las gestoras de consulta externa y neonatología, ver cambios de farmacia</p>	
--	---	--

7. Promover una cultura del aprendizaje y animar a los empleados a desarrollar sus competencias.	Se fomenta a través de entrenamientos y capacitaciones docentes, capacitación continuas programada anual través de infotep, y talleres de educación médica continua, RCP.	
8. Demostrar la voluntad personal de los líderes de recibir recomendaciones/ propuestas de los empleados, facilitándoles una retroalimentación constructiva.	Evidencia: ver fotos de actividades y registro de asistencia Levantamiento de necesidades de formación y capacitación de temas para sus respectivos departamentos y encuesta donde reflejaba la necesidad de recibir capacitación	
9. Reconocer y premiar los esfuerzos tanto individuales como de equipos de trabajo.	Evidencias: carta enviada y respuesta de los diferentes departamentos, ver encuesta Esta establecido el reconocimiento del empleado destacado	
10. Respetar y responder a las necesidades y circunstancias personales de los empleados.	Evidencia: ver reconocimiento, mural de reconocimiento entrada emergencia Se gestionan los permisos para estudios y promoción de cargo Evidencia: ver permisos ver nombramiento de promociones	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.		No se realiza
2. Ayudar a las autoridades políticas a definir las políticas públicas relacionadas con la organización.		No se realiza
3. Identificar las políticas públicas relevantes para la organización e incorporarlas a la organización.		No se realiza

<p>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.</p>		No se realiza
<p>5. Involucrar a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización.</p>		No se realiza
<p>6. Mantener relaciones periódicas y proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas adecuadas.</p>		No se realiza
<p>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.).</p>	<p>Tenemos alianzas de trabajo con voluntariado Jesús con los niños, St Jude, UTESA; UASD; PUCMM; UNEV; diferentes ARS, trabajos en red con el hospital Hugo Mendoza, Robert Reid Cabral Evidencia: convenio con St Jude, fotos del voluntariado, acuerdo con las diferentes universidades, fotos de jornadas quirúrgica realizadas en el hospital Hugo Mendoza, y pacientes enviados al Robert Reid Cabral, convenios con la ARS</p>	
<p>8. Participar en las actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>		No se realiza
<p>9. Construir y promover el conocimiento público, reputación y reconocimiento de la organización y sus servicios.</p>	<p>Se promueve la reputación de la institución a través de diferentes medios de comunicación Evidencia ver la página del Servicio de salud Norcentral del SNS, Facebook tweeter Instagram</p>	
<p>10. Desarrollar un concepto específico de marketing para productos y servicios, que se centre en los grupos de interés.</p>		No se realiza

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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identificar a todos los grupos de interés relevantes y comunicar los resultados a la organización en su conjunto.</p> <p>2. Recopilar, analizar y revisar de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, sus necesidades y expectativas y su satisfacción.</p> <p>3. Recopilar, analizar y revisar de forma periódica la información relevante sobre variables político- legales, socio-culturales, medioambientales, económicas,</p>	<p>Se encuentran identificados los grupos de interés del centro tanto externos como internos. Además, se realizó una reunión con los diferentes gestores de departamento para comunicar los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios realizada por el MAP. Memoria institucional anual, se realizan comunicados a los medios digitales. Evidencias: listado de grupos de interés, minutas, listado de asistencia y fotos de la reunión, fotos de los medios y periódicos. Evidencias: Listado de grupos de interés, minutas, listado de asistencia y fotos de la reunión, fotos de los medios y periódicos</p> <p>Tenemos buzones de sugerencias en diferentes áreas del hospital para recopilar las expectativas y nivel de satisfacción de los usuarios que acuden a este centro de salud. Los diferentes departamentos realizan un análisis FODA donde se expresa las diferentes necesidades de la institución. Evidencia: ver los diferentes buzones de sugerencias, reportes de recogida y discusión de los buzones. Evidencias: ver los diferentes buzones de sugerencias, reportes de recogida y discusión de los buzones</p>	<p>No se realiza</p>

<p>tecnológicas, demográficas, etc.</p> <p>4. Recopilar de forma sistemática información relevante de gestión, como información sobre el desempeño/desarrollo de la organización.</p> <p>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).</p>	<p>Se realiza informe de desempeño trimestral, el plan operativo anual y se recopilan informes de seguimiento mensuales.</p> <p>Evidencias: informes trimestrales, POA, SUGEMI, NOBACI, plan de emergencias y desastres. Evidencias: informes trimestrales, POA, SUGEMI, NOBACI, plan de emergencias y desastres,</p> <p>Cada gestor de los diferentes departamentos realiza un análisis FODA donde se analiza y documenta. Y tenemos incorporado el análisis CAF.</p> <p>Evidencias: VER LOS ANALISIS Foda y la guía de autoevaluación CAF.</p> <p>Evidencias: ver los análisis FODA y la guía de autoevaluación 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
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Se están llevando a la acción en los procesos tanto la misión como la visión. (Evidencia: POA Institucional, Reporte Simap)</p> <p>Se realizan continuo entrenamiento en todas las áreas, a través de los departamentos involucrado. (Evidencia: Lista de participación en capacitaciones sobre Plan estratégico al equipo administrativo del centro)</p> <p>Se llevan las estadísticas y el seguimiento por áreas de servicios.</p>	

<p>4. Asegurar la disponibilidad de recursos para desarrollar y actualizar la estrategia de la organización.</p> <p>5. Equilibrar las tareas y los recursos, las presiones sobre el largo y corto plazo y las necesidades de los grupos de interés.</p> <p>6. Desarrollar una política de responsabilidad social e integrarla en la estrategia y planificación de la organización.</p>	<p>Se asegura la disponibilidad de recurso mediante de desarrollo del presupuesto institucional que se realiza anual POA, y además por las ventas de servicios a las diferentes ARS</p> <p>Evidencias: ver POA, ver los depósitos realizados por las ASR por concepto de venta de servicios</p> <p>Se realiza al proyectar las necesidades en el POA sus costos y la disposición de los mismos.</p> <p>Evidencias: POA ejecución presupuestaria.</p> <p>Se desarrolla una política de responsabilidad social mediante diversas actividades destacándose la educación en pantalla para prevención del embarazo en adolescentes , charlas del programa adolescentes sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas de la regional 08 – 05 de Santiago. Educación de sobre lactancia materna, prevención de IRA y EDA en el área de consulta. Charlas sobre la violencia pública y programas televisivos. Estos programas se han interrumpido por causa de las pandemias del covi- 19 y se están realizando en el las consultas de forma individual para cada paciente..</p> <p>Evidencias: ver fotos de actividades</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"> 1. Implantar la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados. 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. 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). 4. Comunicar de forma eficaz los objetivos, planes y tareas para su difusión dentro de la organización. 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. 	<p>Implementamos estrategia, planificamos y priorizamos de acuerdo a las necesidades. Las evidencias en minutas, fotos, listado de participación y publicada en las redes. Se tiene un POA en cada área de servicio y se evalúa de acuerdo a su productividad y desempeño. Evidencia: informe del POA.</p> <p>Actualmente se desarrollan los programas de: Servicios Materno y Neonatal, Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Atención integral a paciente con HIV, Programa de control TB. Evidencia: Informes de monitoreo realizados por SNS trimestralmente, reportes remitidos al POA</p> <p>Se realizan actividades, donde se dan a conocer los avances de, los planificados. Evidencia: minutas, listado de participación, fotos y publicación.</p> <p>Se realizan monitorios del SNS de forma trimestral a través de los logros obtenidos en la institución para asegurarla implementación de estrategia. Evidencia: ver informe trimestrales, fotos, de la actividad videoconferencias, listado de asistencia. Evidencias: ver informes trimestrales, fotos de la actividad de videoconferencias, listado de asistencia.</p>	

<p>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).</p>	<p>Cada departamento, informa sobre su producción de servicios a través del POA. Evidencia: los indicadores están siempre con los seguimientos requeridos.</p>	
<p>7. Evaluar las necesidades de reorganización y mejorar las estrategias y métodos de planificación, involucrando los grupos de interés.</p>	<p>Los diferentes comité, proponen y evalúan las mejoras. Evidencia: minuta, listado de participación , fotos</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Crear y desarrollar una cultura para la innovación a través de la formación, el benchlearning y la creación de laboratorios del conocimiento.</p>	<p>Nos mantenemos en constante capacitación con las diferentes entidades formativa. Evidencia: minutas, listado de participación, fotos. Cronograma de educación continua por enc. Docencia enfermería (IAAS), semana concientización lavado de manos, conferencia COVID, charlas vocación de servicio, taller ventilación mecánica, celebración semana de enfermería. Ver anexos</p>	
<p>2. Monitorizar de forma sistemática los indicadores internos para el cambio y de la demanda externa de innovación y cambio.</p>	<p>Actualmente llevamos un monitoreo constante de la producción y demanda, los puntos a mejorar lo consensuamos con los implicados y aplicamos mejoras. Evidencia: El POA, SISMAP.</p>	
<p>3. Debatar sobre la innovación y la modernización planificada y su implementación con los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Los equipos de mejoras se mantienen en constante reuniones analizando la estrategia de mejoras. Evidencia: minutas, listado de participación, y fotos.</p>	

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.).	Se realiza POA anual e informes trimestrales de progreso. Evidencias: ver POA e informes Se realiza POA anual e informes trimestrales de progreso Evidencias: ver POA e informes	
5. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Se asegura un presupuesto adecuado mediante la planificación anual del POA y las ventas de servicios a las ARS. Y donaciones de diferentes organizaciones. Evidencias: ver POA, depósitos de facturación por ventas de servicios y donaciones	
6. Establecer el equilibrio entre un enfoque para el cambio de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.		No se realiza
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.	Se ha implementado en el hospital un sistema de software a través de un servidor Linux en los diferentes departamentos como son administración, recursos humanos, facturación, admisión, compras, lo que permite aumentar la eficacia de la prestación de servicios y mejora la transparencia. Evidencia: ver sistema de software	

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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del grupo de interés y de la estrategia de la organización. 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). 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. 4. Desarrollar e implementar una política clara de selección, promoción, remuneración, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones de gestión, con criterios objetivos. 	<p>Se gestionan las plazas necesarias cada vez se nos solicitan del nivel central (copias informes enviados). Se lograron cubrir las plazas de planificación, atención al usuario y gestión de calidad. Quedando pendiente completar los jefes de servicios y algunas plazas en las áreas administrativas. .</p> <p>Se les da seguimiento a los procesos establecidos para la gestión de los recursos humanos. Se le da permisos de maternidad, congresos, se emplean personal con discapacidad. Todo se gestiona de acuerdo a la ley de función pública. (Evidencias: controles de asistencia, manejo de permisos, bonos, actualización de expedientes.</p> <p>Se promueve el empoderamiento del personal en el ejercicio de sus funciones, seleccionando el personal en base a los perfiles de puesto. . (Evidencia: presentación de reportes de rendimiento, disminución niveles de errores) Se realiza la evaluación por resultados. Con el propósito de socializar y garantizar el conocimiento de la misión, visión y valores por todo el personal de centro se incluyó en el dorso del carnet de identificación la misión, visión y valores de la institución,</p> <p>Se da seguimiento a la formación alcanzada y se gestiona los cambios, promociones de cargos y plazas. Se han alcanzado reclasificaciones de cargo en base a los niveles de formación alcanzados.</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> <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> <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> <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>Constantemente el departamento de recursos humanos está gestionando o promoviendo la cualificación y educación del personal de las diversas áreas del centro. Pero no disponemos de normativa establecida del proceso para el reconocimiento institucional y medidas disciplinarias. Evidencias: Nombramientos, cambio de plazas</p> <p>Se realiza evaluaciones de desempeño por competencias y resultados. Se levantan los perfiles de puestos por áreas. Se seleccionan según el manual de puestos definidos. Queda pendiente elaborar la estructura de puestos de la institución sobre el organigrama institucional definido . Evidencia: Manual de funciones, perfiles del puesto</p> <p>Se trabaja con unas políticas de inclusión laboral. Como evidencia se cuenta con persona con discapacidad, multinacionales. Respetando la orientación religiosa. Evidencia: Ver nombramientos, tenemos talentos humanos con discapacidad visual</p>	<p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p>
--	--	---

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Se realizan encuestas por áreas sobre las necesidades de formación. Que sirve de base para elaborar el plan de capacitaciones anual el cual es gestionado por el departamento de recursos humanos, docencias médicas, odontología y enfermería. Se da cumplimiento a las programaciones por. (Evidencias: Programa capacitaciones y listado de participantes)</p>	
<p>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.</p>		No se realiza.
<p>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.</p>	<p>Se realizan planes de capacitación de desarrollo de habilidades de liderazgo en el personal (Evidencia: Plan de capacitaciones y listados de asistencia)</p>	

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).	Previo a la inclusión libre en las áreas, se realiza un proceso de inducción y entrenamiento. (evidencia: Programa de Inducción)	
6. Promover la movilidad interna y externa de los empleados.	Al presentarse una vacante, se da prioridad al personal interno que esté capacitado para el puesto. Esto ha permitido la promoción interna, con cambios de asignación. Se pretende continuar motivando al empleado para desarrollo de sus capacidades. Evidencias: Llamado a concurso interno	
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).	Se promueve la creación y utilización de los grupos de WhatsApp y Apps de reuniones virtuales. Dar continuidad a la creación de la página web e intranet y Se requiere mantener el desarrollo de los sistemas informáticos. Evidencia Grupos y chat intrahospitalarios	
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.	Se ha desarrollado el código de ética el cual fue actualizado en mayo 2021. Fue socializado con los jefes departamentales para que estos a su vez lo socializaran con cada uno del personal de su área. Evidencia: Código de ética, listas de asistencia a reuniones de socialización, minutas de la reuniones	
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 análisis costo/beneficio.		No se realiza
10. Revisar la necesidad de promover carreras para las mujeres y desarrollar planes en concordancia.	La mayoría del personal del centro está conformado por mujeres y en formación. Evidencia Nomina	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Promover una cultura de comunicación abierta, de diálogo y de motivación para el trabajo en equipo.	Se realizan talleres de comunicación efectiva, se promueve una cultura de comunicación abierta entre los gestores de cada área y el personal que la integra Evidencia: listados de participación en los talleres	
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)).		No contamos con buzones e sugerencias internos
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.	Existen agrupaciones sindicales y diferentes comités.. Evidencia: comités del centro, sindicato de enfermería	
4. Procurar el consenso/acuerdo entre directivos y empleados sobre los objetivos y la manera de medir su consecución.	Se realizan acuerdos de desempeños con los empleados y jefes departamentales. Estos son discutidos y reevaluados periódicamente. (Evidencia: convocatoria a reuniones y acuerdos)	
5. Realizar periódicamente encuestas a los empleados y publicar sus resultados, resúmenes, interpretaciones y acciones de mejora.	Se realiza encuesta de clima laboral bianual, 202, aún resta socializar resultados y establecer planes a partir de los mismos . Evidencia: informe de encuesta 2021	
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.		No se realiza
7. Asegurar buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral.	Se garantizan buenas condiciones de salud y seguridad (Vestimentas, vacunas, seguro laboral, capacitaciones).	

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.	Se ofrecen oportunidades para asistir a universidades. En caso de necesitar permisos o concesiones para horario de estudio, se fijan los horarios en caso de ser necesario Se cuenta con un área de lactancia materna, dispuesto para el uso conjunto de los pacientes y el personal de la institución. (Evidencia: Acuerdos realizados)	
9. Prestar especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.		No se realiza
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).		No se realiza

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.).	Se encuentran identificados los proveedores. El departamento de compras tiene un listado de proveedores de productos e insumos. Con la sociedad civil se encuentra establecidos convenios con el voluntariado Jesús con los Niños, Saint Jude, Banco Emmanuel, Fundación Vanessa, CAIPI, INAIPI, USAID, Universidades, Politécnicos, Infotep. Copiar diapo Rotary	
2. Desarrollar y gestionar acuerdos de colaboración adecuados, incluyendo los diferentes aspectos de la	Se han desarrollado y gestionado los acuerdos de colaboración: ARS (Senasa	

responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.	subsidiado, Humano, Monumental, Renacer, Banreservas, Senasa contributivo, Primera de Humano y Humano, GMA), universidades (PUCMM, UTESA, UASD, hospitales internacionales como el Saint Jude, patronatos Jesús con los niños (Evidencias: contratos de colaboración con las entidades educativas, patronatos y con las ARS)	
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.	El Hospital ha colaborado con organizaciones internacionales tales como la OPS en la formulación de protocolo Nacional de Triaje Pediátrico y el Protocolo Nacional de traslado neonatal. (Evidencia Instagram del HIRUDAG)	
4. Monitorizar y evaluar de forma periódica la implementación y resultados de las alianzas o colaboraciones.	Las ARS realizan revisiones de contratos, Se realiza medir la alianza con el Saint Jude. Se plantea realizar mediciones de las alianzas y revisión de los contratos y acuerdos:	
5. Identificar las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y desarrollarlas cuando sea apropiado.	Se gestionan nuevas contrataciones de los servicios de ARS (Ars Yunen, Sigma, APS	
6. Definir las responsabilidades de cada socio en la gestión de la alianza/colaboración, incluyendo sistemas de control, evaluación y revisión.	Existen compromisos previos a las alianzas los cuales definen las responsabilidades de cada parte, pero debe actualizarse y redefinirse dichos acuerdos (Evidencias: contratos y alianzas)	
7. Aumentar las capacidades organizativas, explorando las posibilidades de las agencia de colocación.	Con la alianza de Saint Jude se ha logrado dotar de equipos para medición de signos vitales para el programa de evaluación de deterioro temprano, por medio de algoritmos establecidos. Capacitación del personal enfermería. Se ha desarrollado el comité de infecciones hospitalaria a nivel de la institución.	
8. Intercambiar buenas prácticas con los socios y usar el benchlearning y el benchmarking.		No se realiza.

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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	Recientemente se apertura el portal de transparencia, en cual se encuentra en funcionamiento. Contamos con un técnico encargado de dar seguimiento a la página.	.
2. Animar activamente a los ciudadanos/clientes a que se organicen y expresen sus necesidades y requisitos y apoyar las alianzas con ciudadanos, agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil.	Motivar a los usuarios de realizar sus sugerencias y quejas por medio del Buzón de sugerencia y encuesta de satisfacción digital Evidencia Buzones de sugerencias, página web emergencia hirudag	
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.	.	No se realiza
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.).	Se instalaron buzones de sugerencias, y encuesta del trato humanizado de los médicos y enfermeras, nivel de satisfacción de los clientes a través de la encuesta de los servicios humanizados. Evidencia: ver resultados encuesta	
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).		No se realiza

6. Definir y acordar 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).		No se realiza
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.		Aún no está publicada la carta compromiso ciudadano, en espera aprobación por el MAP (ver ordenanza)
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.		No se realiza

SUBCRITERIO 4.3.Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
1. Alinear la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz, eficiente y ahorrativa.	Se alinea la gestión financiera a fin de priorizar de forma eficaz los servicios brindados, se realiza cotización de cada compra con un mínimo de 3 suplidores, seleccionando el suplidor que oferte un producto de mejor calidad a menor costo y que sea proveedor del hospital.. (Evidencia: cotizaciones, facturas de compra de oxígeno, alimentos, medicamentos, activos, combustibles, cartas de requisiciones	
2. Analizar los riesgos y oportunidades de las decisiones financieras.	Los ingresos percibidos por ARS se definen en la utilización de los fondos recibidos en las necesidades. Actualmente el Hospital costea los medicamentos que necesita e insumos. Además el pago de incentivos y nomina interna.	

	compra de equipos inmobiliarios e informáticas queridos (Evidencia: facturas de compras, comina interna, Copia de cheque)	
3. Asegurar transparencia financiera y presupuestaria.	Se asegura la transparencia financiera se enta con el departamento de auditoria terna, donde cada proceso realizado por el ospital es auditado por este departamento y ego es remitido al departamento de ontraloría en Santo Domingo, quien lo revisa y troalimenta. La regional de salud realiza una eauditoria de los pagos que corresponden al ndo destinado al Hospital. Posterior a este se ala o corrige, remitiendo al SNS quienes ualmente lo revisan, aprueban y troalimentan (Evidencia: auditorias, copias e contraloría, presentación al SNS)	
4. Asegurar la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos financieros usando una contabilidad de costos y sistemas de control eficientes.	Se asegura la gestión ahorrativa. Evidencia: forme financiero de contraloría.	
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).	Se realiza la planificación del presupuesto ensual, tomando en cuenta los gastos fijos de omina interna, compra de medicamentos e sumos. (Evidencia: presupuesto: resumen e presupuesto anual (POA), consolidado ensual)	
6. Delegar y descentralizar las responsabilidades financieras manteniendo un control financiero centralizado.	Se cuenta con los diversos departamentos ministrativos donde tanto compra como ntabilidad tienen sus funciones tandarizadas. Lo cual permite descentralizar e la persona del administrador y el director el ntol financiero absoluto. (Evidencias: la rección descentraliza delegando en la ministración.	
7. Fundamentar las decisiones de inversión y el control financiero en el análisis costo-beneficio, en la sostenibilidad y en la ética.	Las decisiones de inversión son analizadas en mando en cuenta los costos y los criterios éticos. Se fomenta la inversión en las	

	ecesidades básicas del usuario. Cuidando la transparencia en la toma de decisiones. Evidencia: cotizaciones, protocolo de compras, acta de aprobación.	
8. Incluir datos de resultados en los documentos presupuestarios, como información de objetivos de resultados de impacto.	Las inversiones se realizan en base a un análisis de los objetivos y resultados. Evidencias: POA, minutas de reuniones, cipo de pago, resultados de indicadores	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p> <p>2. Garantizar que la información disponible externamente sea recogida, procesada, usada eficazmente y almacenada.</p> <p>3. Controlar constantemente la información y el conocimiento de la organización, asegurarse de relevancia, exactitud, fiabilidad y seguridad. Alinearla también con la planificación estratégica y con las necesidades actuales y futuras de los grupos de interés.</p> <p>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 conocimiento relacionados con sus tareas y objetivos (intranet, newsletter, revista interna, etc.).</p> <p>5. Asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización (por ejemplo: coaching, manuales redactados, etc.).</p> <p>6. Garantizar el acceso y el intercambio de información relevante.</p>	<p>Se realiza en el área de epidemiología, emergencias, vigilancia epidemiológica. (Evidencias: Encuesta de vigilancia epidemiológica, POA, EPI</p> <p>En las reuniones departamentales se informa las estrategias y lineamientos a seguir por la organización. (Evidencias: minutas de reuniones departamentales</p>	<p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p>

<p>ntecontodoslos gruposdeinterésypresentarladeforma sistemática y accesibleparalosusuarios, teniendo en cuenta las necesidades específicas de todos los miembros de la sociedad, como personas mayores o con discapacidad.</p> <p>7. Garantizarqueseretienedentrode laorganización,enlamedidadeloposible, lainformaciónyelconocimientoclavedelosempleados,encasodequeéstos dejenlaorganización.</p>	<p>La información concerniente al empleado (expedientes personales, laborales) se mantienen guardado en los archivos de recursos humanos y residencias médicas en el caso particular de los residentes. Permanecen en el centro aun el empleado deje de laborar en la organización. (Evidencia expediente de personal</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.5.Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Diseñarlagestiónde latecnología de acuerdo con los objetivosestratégicosyoperativos.</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 las personas.</p> <p>4. Aplicardeformaeficientelastecnologías másadecuadasa: ✓ Lagestiónde proyectos ytareas</p>	<p>Las plantillas electrónicas están incorporadas en el área de emergencia e ingresos. Se inicio el llenado del EIS. En consulta se cuenta con un sistema computarizado para la asignación de citas (Evidencia: plataforma EIS, plantillas electrónicas</p> <p>Se asegura el uso eficiente de la tecnología implementando el uso del sistema linux Evidencia: sistema linux.</p>	<p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p> <p>No se realiza</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ La gestión del conocimiento ✓ Las actividades formativas y de mejora ✓ La interacción con los grupos de interés y asociados ✓ El desarrollo y mantenimiento de las redes internas y externas. <ol style="list-style-type: none"> 5. Definir cómo las TIC pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado. Por ejemplo, utilizando el método de arquitectura empresarial para la gestión de la información en la administración pública. 6. Adoptar el marco de trabajo de las TIC y de los recursos necesarios para ofrecer servicios online inteligentes y eficientes y mejorar el servicio al cliente. 7. Estar siempre atento a las innovaciones tecnológicas y revisar la política si fuera necesario. 8. Tener en cuenta el impacto socio-económico y medioambiental de las TIC. Por ejemplo: gestión de residuos de los cartuchos, reducida accesibilidad de los usuarios no electrónicos. 	<p>Las tecnologías son implementadas en las tareas de la institución. Evidencia: cargos online</p> <p>Se realizan actividades formativas. Evidencias: certificados de participación</p> <p>Se asegura la capacidad de red en todo el hospital. Evidencia: acceso a red en los servidores del hospital)</p> <p>Se les proporciona mantenimiento a las redes dotando de servidores de más capacidad. Evidencia: registro de mantenimiento de redes</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> <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 del centro de 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>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</p>	<p>El Hospital es accesible por transporte público pues convergen 5 líneas de transporte público (F, CK, A, E, C). Las áreas internas del centro están ubicadas para facilitar el acceso. Evidencia: Mapa del centro</p> <p>Se realiza un mantenimiento de la planta de energía eléctrica periódico cada 3 meses, los aires acondicionados se les da mantenimiento cada 15 días por medio de la limpieza de los ductos y rejillas. La cisterna de la institución se le da mantenimiento con cloro y limpieza de la instalación cada 6 meses (Evidencia: Reporte de mantenimiento)</p> <p>Se garantiza una adecuada accesibilidad física a los edificios por las líneas del transporte público, así como el sistema de vigilancia de los parqueos. Además, que se implementó un sistema de ticket en la entrada del centro, para asegurar la vigilancia del centro. (Evidencia: mapa del centro, talonario ticket parqueo)</p> <p>Reciclado de los desperdicios se desarrolla por un programa del ayuntamiento para desechos hospitalarios junto con el gobierno</p>	<p>No se realiza.</p> <p>No se realiza</p>

gestión directa o la subcontratación.	de Barcelona. Evidencia: Acuerdo de desperdicios biodegradables	No se realiza
7. Poner las instalaciones a disposición de la comunidad local.		

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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identificar, mapear, describir y documentar los procesos clave de forma continua.</p> <p>2. Identificar y asignar responsabilidades a los propietarios de los procesos (las personas que controlan todos los pasos del proceso).</p> <p>3. Analizar y evaluar los procesos, riesgos y factores críticos de éxito, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante.</p>	<p>Proceso de habilitación, Plan de mejoras continuas, comité de compras, comité de Control de IAAS, comité de emergencias y desastres (no reactivados), comité de farmacia, Comité de Mortalidad, Comité de Historia Clínica y comité de calidad (Evidencias: Minutas de reuniones, lista de asistencia y fotos)</p> <p>Las responsabilidades de los gestores de servicios tienen su perfil y asignación de funciones, manual de descripción de puestos Cambio de Gestores en algunas áreas. Evidencia: Perfil de funciones y Manual Descripción de Puestos, minutas</p>	No se realiza

<p>4. Asegurar que los procesos apoyan los objetivos estratégicos y están planificados y están planificados y gestionados para alcanzar los objetivos establecidos.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>7. Simplificar los procesos a intervalos regulares, proponiendo cambios en los requisitos legales, si fuera necesario,</p> <p>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 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>Planificación y desarrollo con nueva gestora de calidad e ingeniero industrial Evidencias: Informes mensuales a las diferentes instancias</p> <p>Empleados: Gestores involucrados en comités para la mejora, Socializaciones de procesos de cambios implementados, Capacitaciones. Los grupos de interés externos: Buzones de sugerencias, redes sociales, página del hospital, Entrenamiento PROMESE-CAR, entrenamientos y capacitaciones suplidores de equipos, St Jude, OPS/OMS, MSP, MAP, SNS.</p> <p>Evidencias: Formularios de buzones, minutas, fotos, reporte mensuales de Infecciones de Oncología y de ficha flebitis, Reportes de evaluaciones</p> <p>Asignación de espacios físicos e insumos a gestores y al personal, Infraestructura de Programa Higiene de las manos, Ruta Sanitaria, ... Evidencias: Dispensadores colocados, consumo de alcohol gel por áreas, facturas, fotos</p> <p>Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, evaluación del desempeño. Evidencia ver carta compromiso, y cartera de servicios y evaluación del desempeño.</p> <p>Sistema de Software HIRUDAG. (Evidencia ver en el Departamento de Informática).</p>	<p>No se realiza</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.		No se realiza
---	--	---------------

SUBCRITERIO 5.2.Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a losciudadanos /clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identificar los outputs (productos y servicios en los procesos nucleares.	Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, evaluación del desempeño. Evidencia ver carta compromiso, y cartera de servicios y evaluación del desempeño.	
2. Involucraralosciudadanos/clientes eneldiseñoymejoradelloserviciosy productos (por ejemplo, por medio deencuestas, retroalimentación, grupos focales, sondesacercalosservicios yproductos y si son eficaces teniendo encuestaaspectosdegeneroydediversidad, etc.).	Encuesta de satisfacción al usuario externo por el MAP. Encuesta de satisfacción al usuario externo del laboratorio clínico. Evidencia (Ver encuestas).	
3. Involucraralosciudadanos/clientesy 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.	- Se desarrollan capacitaciones por medio de Infotep (soporte entrenamiento y capacitación al personal del hospital y desarrollo personal) Diplomado de gestión en salud para el personal de enfermería y personal administrativo, (Evidencia: Certificado de participantes Programa anual de capacitación del personal por RRHH Y Listados de participantes).	
4. Involucraralosciudadanos/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.	Funciona el voluntariado Jesús con los Niños, Jornada de donación de sangre voluntaria. Personas particulares que aportan y prestan servicios de forma	

	desinteresada (Padrinos en el área Oncológica), Convenio con el ST. Jude Children`s Hospital.	
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.	Apertura de la página web, presencia en la redes, sociales, murales.	
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.	Planificación y Desarrollo y equipo de redes y comunicación	
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, tabloneros de noticias en formato de audio, etc.).	Sistema de solicitud de citas para consulta	
8. Desarrollar un elaborado sistema de respuestas a las quejas recibidas, de gestión de reclamaciones y procedimientos.	- Buzón de sugerencias y encuesta de satisfacción al cliente. Y el sistema 311	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Definir la cadena de prestación de los servicios a la que la organización y sus colaboradores/socios pertenece.	Se encuentra definida la cartera de servicios, pendiente de	
2. Coordinar y unir procesos con socios claves del sector privado, no lucrativo y público.	Actualmente se han realizado acuerdos o convenios con el ST. Jude Children`s Hospital. Club de Rotario Gurabito Santiago. Voluntariado Jesús con los Niños, Banco Popular R.D. (Evidencia Equipos Hematología, Química Clínica, Aféresis y construcción del Laboratorio y Banco de sangre	

3. Desarrollar un sistema compartido con los socios en la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.	Se realizan intercambios institucionales con el Hospital Robert Reid Cabral y Hospital Dr. Hugo Mendoza. Convenio con las Universidades y ONG	
4. Emprender el análisis de ciudadanos/clientes a través de diferentes organizaciones, para aprender acerca de una mejor coordinación de procesos y superar los límites organizacionales.		No se realiza
5. Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.	Bioseguridad hospitalaria, Evidencia (Epidemiología hospitalaria-infectología, minutas, fotos). Comité de disciplina y calidad de enfermería. Evidencia (Listado de participantes).	
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 realiza
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).	El Hospital se encuentra en un proceso de gestión de la calidad como es la autoevaluación CAF.	

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"> 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). 2. Involucración y participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización. 3. Accesibilidad (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de apertura y de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.). 4. Transparencia (en el funcionamiento de la organización, en la explicación de la legislación aplicable, en los procesos de toma de decisiones, etc.). 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.). 6. La diferenciación de los servicios de la organización en relación con las diferentes necesidades de los clientes (género, edad, etc.). 	<p>Se realizó una encuesta de satisfacción del usuario con el MAP donde la satisfacción del usuario por los servicios recibidos refleja un 60% de satisfacción (Evidencia: Encuesta CID)</p> <p>Por la ubicación del hospital, las rutas de transporte público de acceso aledañas son: F, C, A, E. Los horarios de servicios se encuentran expuestos en letrero (entrada principal del hospital). En el área de laboratorio se realizó la medición del tiempo de espera de los hemogramas, en la emergencia se encuentra estandarizado el tiempo de espera por medio del sistema de triage. (Evidencia: Resultado de los registros, letrero entrada principal, tiempo de espera establecido en área de triage y laboratorio, Protocolo institucional de RAC emergencia)</p> <p>En el área del laboratorio se mide uno de los procesos (Evidencia: ISO 9001-15189)</p>	<p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a su participación.</p> <p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a la transparencia del Hospital.</p> <p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a la diferenciación de los servicios.</p>

<p>7. La información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p> <p>8. La correcta recepción de la información por los clientes/ciudadanos.</p> <p>9. La frecuencia de encuestas de opinión a los ciudadanos/clientes en la organización.</p> <p>10. Nivel de confianza hacia la organización y sus productos/servicios.</p>		<p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a la disponibilidad de la información.</p> <p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes.</p> <p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a la frecuencia de aplicación de encuesta.</p> <p>No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes con relación a el nivel de confianza hacia el Hospital.</p>
--	--	--

6.2. Mediciones de resultados.

Resultados en relación con la participación:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos en el diseño de los procesos de toma de decisiones.</p> <p>2. Sugerencias recibidas e implementadas.</p> <p>3. Grado de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes.</p> <p>4. Indicadores de cumplimiento de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>El departamento de Atención al usuario hasta el momento ha recibido 21 sugerencias, de las cuales se han implementado 13, las demás no precedían.</p> <p>Anteriormente se estaba utilizando la plataforma EIS, pero actualmente el centro no dispone de computadoras para tales fines en el área de consulta, por lo cual no se está implementando a cabalidad. (Evidencia: Pagina EIS)</p>	<p>No se ha medido</p> <p>No se esta midiendo actualmente.</p> <p>No se ha medido</p>

5. Alcance de la revisión periódica realizada con los grupos de interés para supervisar sus necesidades cambiantes y el grado en que se cumplen.		No se ha medido
--	--	-----------------

Resultados de la accesibilidad de la organización:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).	<p>El horario de consulta está definido, pendiente publicar carta compromiso. Se encuentra determinado parcialmente en el área de emergencia y laboratorio. En emergencia el horario de atención al usuario se realiza las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En el área de laboratorio se prestan servicios de forma regular a partir de las 7AM hasta las 5PM, a partir de las 5PM solo se prestan los servicios de emergencia.</p>	
2. Tiempo de espera. Tiempo para prestar el servicio.	<p>En emergencia se encuentra estandarizado el tiempo de espera de acuerdo al nivel de urgencia del paciente, por medio del triaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. riesgo vital = atención inmediata 2. Muy urgente = < 10 minutos 3. Urgente = < 60 minutos 4. Normal = < 120 minuto 5. No urgente = < 240 minutos 6. Laboratorio = <0 .55 minutos <p>Evidencia letreros tiempo de espera por áreas</p>	No se ha medido en las demás áreas, que están pendientes determinar el tiempo de espera.
3. Costo de los servicios.	Todos los servicios son gratuitos para el usuario.	No se ha determinado el costo para la institución de la prestación de los servicios.
4. Disponibilidad de información acerca de la responsabilidad de gestión de los distintos servicios.		No se ha medido la disponibilidad de la información sobre la responsabilidad de gestión de los servicios.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de canales de información y su eficiencia. 2. Disponibilidad y precisión de la información. 3. Disponibilidad de los objetivos de rendimiento de la organización. 4. Número de actuaciones del Defensor Público. 5. Alcance de los esfuerzos para mejorar la disponibilidad, precisión y transparencia de la información. 		<p>No se ha medido No se ha medido No se ha medido</p> <p>No se ha medido No se ha medido</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Número y tiempo de procesamiento de las quejas. 2. Número de expedientes devueltos por errores o casos que necesiten repetir el proceso/compensación. 3. Cumplimiento de los estándares de servicio publicados (por ejemplo requerimientos legales). 		<p>No se ha medido No se ha medido</p> <p>No se ha medido</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:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. La imagen y el rendimiento global de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés). 	El 70 % del personal encuestado considera que el nivel de satisfacción positivo sobre la imagen del hospital	

<ol style="list-style-type: none"> 2. Involucramiento de las personas de la organización en el de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores. 3. Participación de las personas en las actividades de mejora. 4. Conocimiento de las personas de los posibles conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético. 5. Mecanismos de consulta y dialogo. 6. La responsabilidad social de la organización. 	<p>Evidencia: Encuesta clima laboral.</p> <p>El 81.63% del personal de la organización se siente involucrado en el de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores. Evidencia: Encuesta clima laboral</p> <p>El 64.81% de las personas participa en la elaboración e implementación de los planes de mejora. Evidencia: Encuesta clima laboral</p> <p>El 80.38% del personal conoce de los posibles conflictos de interés y la importancia del compromiso ético. Evidencia: Encuesta clima laboral</p> <p>El 75.19% de las personas percibe que dispone de mecanismos de consulta y diálogo dentro de la institución. Evidencia: Encuesta clima laboral</p>	<p>No se ha medido la percepción del personal con relación a la responsabilidad social de la organización.</p>
---	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. 		<p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</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>5. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.</p>		<p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p>
--	--	--

Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.).</p> <p>2. El enfoque hacia las cuestiones sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, salud).</p> <p>3. La toma en consideración de la igualdad de oportunidades y del trato y comportamientos justos en la organización.</p> <p>4. La disposición del lugar de trabajo y las condiciones ambientales de trabajo.</p>		<p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</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"> 1. Plan de Carrera sistemático y desarrollo de competencias. 2. Motivación y empoderamiento. 3. Acceso y calidad de la formación en relación con los objetivos estratégicos de la organización. 		<p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p> <p>No se ha medido la percepción del personal con relación a lo planteado en el ejemplo.</p>

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del desempeño.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 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.). 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). 3. Indicadores relacionados con el rendimiento individual (por ejemplo, índices de productividad, resultados de las evaluaciones). 4. Nivel de involucramiento en las mejoras de las 	<p>Se cuenta con un registro automatizado para la asistencia. (Registros de Ponche, licencias)</p> <p>Para el año 2020 se calcula un índice de absentismo de 1.3 % para el año. Seguido por un índice de rotación del personal de 11.39% para el año 2020.</p>	<p>No se han medido indicadores relacionadas con la motivación del personal.</p> <p>No se han medido indicadores relacionadas con el rendimiento individual del personal.</p> <p>No se ha medido</p>

<p>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>9. Número de dilemas éticos reportados (por ejemplo, posible conflicto de interés).</p> <p>10. Frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social, promovidas por la organización.</p>		<p>No se ha medido</p> <p>No se han medido indicadores relacionado con el desarrollo del personal</p> <p>No se han medido indicadores relacionado con la capacidad del personal y su respuesta a las necesidades de los ciudadanos clientes.</p> <p>No se ha medido</p> <p>No se tiene registro</p> <p>No se ha medido la frecuencia de participación del personal en las jornadas de responsabilidad social del Hospital</p>
---	--	---

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.

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

<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Reputación de la organización, (por ejemplo, como empleador o contribuyente a la sociedad local/global). 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.). 4. Percepción del enfoque hacia las cuestiones medioambientales (por ejemplo o percepción de la huella ecológica, de la gestión energética, de la 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.). 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.). 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>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación al impacto de la organización sobre la calidad de vida de los ciudadanos</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la reputación de la organización No se ha medido la percepción de la sociedad con relación al impacto económico en la sociedad</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación al medioambiente</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la sostenibilidad</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la calidad de la participación democrática.</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>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la accesibilidad y transparencia</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la participación en eventos culturales y sociales.</p> <p>No se ha medido la percepción de la sociedad con relación a la responsabilidad social.</p>
---	--	---

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional
Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo, presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medio ambiente, 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>Se realiza cobertura de las actividades del hospital en medios locales como periódico la información y diario de salud, con un total de la cobertura del 100% de las actividades</p> <p>Ver artículos del hospital difundidos en periódicos y diario de salud</p>	<p>No se han medido las actividades del Hospital para mantener el medio ambiente.</p> <p>No se tiene registro de que se realice</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>Desde el hospital se identifica una actividad de participación de los empleados en actividades sobre el derecho de niña niños y adolescente en el parque Duarte Evidencias: ver fotos de la actividad</p> <p>El Hospital cuenta con una Unidad de diabetes un proyecto destinado al programa de atención a niños niñas y adolescentes diabéticos que se desarrollaba en el consultorio de Endocrinología y en la sala de espera común de la consulta externa, varias instituciones actualmente el centro cuenta con un Unidad de diabetes infanto juvenil en el Hospital Universitario Infantil “Dr. Arturo Grullón” (HIRUDAG). http://fonper.gob.do/portfolio/construccion-modulo-educativo-del-patronato-diabetes-infanto-juvenil-hospital-arturo-grullon/ El servicio Integral al Paciente Hospitalizado del Hospital Infantil Regional Universitario “Dr. Arturo Grullón”, ha celebrado varios eventos destacándose “Zumba por la vida”. Los fondos recaudados son destinados a la construcción de la Unidad Para Pacientes Hemofílicos de la región del Cibao. Read more:</p>	<p>No se han medido el apoyo destinado por el hospital a personas en situación de desventaja.</p> <p>No se han medido el apoyo a políticas de inclusión</p> <p>No se han medido el apoyo destinado por el centro a proyectos de desarrollo</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>10. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo informe de sostenibilidad).</p>	<p>http://www.resumendesalud.net/categorias/52-genetica/2273-el-arturo-grullon-a-favor-pacientes-hemofilicos#ixzz5IUyOGtTJ El programa de Atención Integral del Adolescente realiza y gestiona la vacunación contra el HPV menores de sexo femenino, con el apoyo del Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico (Promese/Cal) se ha logrado inmunizar contra el cáncer cervical y las verrugas genitales a 690 niñas y adolescentes de escasos recursos, con una inversión de RD\$5,447,194 .00. https://www.diariolibre.com/buenasnoticias/promese-cal-vacuna-a-690-nias-y-adolescentes-contr-el-cncer-cervical-CCDL390637</p> <p>Intercambio de conocimiento con la visita de médicos de Children' s Hospital Philadelphia y a todo su equipo, por la visita de intercambio cultural y a sus importantes conocimientos expuestos al equipo de gestión hospitalaria. La doctora Winkler, realizó actividad de capacitación, para nuestros representates de salud, dentro de los que destaco como realizar Reanimación Cardiopulmonar, Manejo de Fluidos y de Electrolitos. Ver fotos</p>	<p>No se ha medido</p> <p>No se ha medido</p>
--	--	---

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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados en términos de output (cantidad y calidad de la prestación de servicios y productos). 2. Resultados en términos de outcome (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos.). 3. Nivel de calidad de los servicios o productos facilitados en cuanto a estándares y regulaciones. 4. Grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. 5. Resultadosdelasinspeccionesyauditorias de resultados de impacto. 6. Resultadosdelbenchmarking (análisis comparativo) en términos de outputs y outcome. 7. Resultados de la innovación en servicios/productos para la mejora del impacto. 	<p>Las autoridades del hospital constantemente sostienen reuniones con diversas autoridades del área política, salud, legislativa, religiosas. Ver: : Link http://elnacional.com.do/medina-supervisa-avances-hospitales-cabral-y-baez-arturo-grullon-y-morillo-king/ http://www.srsnorc2.gob.do/archivos/1443 https://www.instagram.com/p/BdsRY-lhXRe/?taken-by=hospitalinfantilarturogrullon https://www.instagram.com/p/Bggpa4BnRco/?taken-by=hospitalinfantilarturogrullon https://www.instagram.com/p/BaWlOyln2OM/?taken-by=hospitalinfantilarturogrullon</p> <p>Jornada de cirugía con el Hospital Hugo Mendoza Se realizó auditoría externa Evidencias ver resultados de auditoria</p>	<p>No se ha medido</p> <p>No se ha medido</p> <p>No se ha medido</p> <p>No se ha medido</p>

SUBCRITERIO 9.2.Resultadosinternos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. La respuesta de los líderes a los resultados y las conclusiones de las mediciones, incluyendo la gestión de riesgos. 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). 3. Resultados de la mejora del desempeño y de la innovación en productos y servicios. 4. Resultados de benchmarking (análisis comparativo). 5. Eficacia de las alianzas (por ejemplo, grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, actividades conjuntas.). 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.). 7. Resultados de las mediciones por inspecciones o auditorias de funcionamiento de la organización. 8. Resultados de la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de la calidad del sistema de gestión (premios a la excelencia, etc.). 9. Cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros. 	<p>El hospital tiene elaborado un plan de emergencias y desastre donde se realizó un simulacro de ese plan Ver fotos, plan de emergencias</p> <p>Se realiza evaluación de desempeño anua a todos los empleados del hospital Ver evaluación de desempeño</p> <p>Acuerdo de colaboración con S Jude... Evidencias: Reuniones virtuales, reportes estadísticos, formularios, fichas, proyectos flebitis, proyecto IAAS Oncología Ver software</p> <p>Contamos con un software Linux para mayor transparencia en acortamiento de los procesos.</p> <p>Fue realizado una auditoria externa recientemente Ver resultados de auditoria</p> <p>El hospital fue galardonado con el premio provincial a la calidad donde postulo el área de emergencias Ver certificado y estatuilla del premio</p> <p>El presupuesto anual es monitoreado por la dirección regional de salud de forma trimestral donde se muestra el porcentaje de cumplimiento</p>	<p>No se ha medido</p> <p>No se ha medido</p>

<p>10. Resultados de las auditorías e inspecciones de la gestión financiera.</p> <p>11. Eficiencia de costos (impactos logrados al menor costo posible.).</p>	<p>Evidencias ver resultados de monitoreo trimestral</p> <p>Fue realizada una auditoría externa Ver resultados de auditoría</p> <p>El hospital ha bajado sustancialmente la deuda pendiente Ver resultados de deudas</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.