

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

_HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JAIME MOTA

FECHA:

23-05-22

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

Evaluación de consenso:

Una vez completada la evaluación individual, el Comité de Calidad deberá reunirse para revisar el Autoevaluación, analizar todas las fortalezas con las evidencias identificadas y las áreas de mejora por Subcriterio, y luego de completado el consenso, elaborar el Informe de Autoevaluación y el Plan de Mejora.

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

Considere qué están haciendo el liderazgo de la organización para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>El Hospital tiene definida su misión visión y valores implicando los grupos de interés y a los empleados. Revisada y modificada la Misión y la visión y publicada Evidencias: . Es socializada a través de 8 pantallas a todos los visitantes a este centro asistencial y el personal Banner en pantallas En el reverso de los carnets del personal En las redes sociales FB, Instagram y el portal Web del Hospital</p>	
<p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p>	<p>Valores corporativos definidos incluido en el plan estratégico, socializados y publicado Evidencias: Banner en pantallas En el reverso de los carnets del personal En las redes sociales FB, Instagram y el portal Web del Hospital</p> <p>Evidencias: en el reverso del carnet del personal, en banners a través de 8 pantallas distribuidas en todo el hospital.</p>	

<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>La misión y la visión fueron trabajadas en el marco de la Reforma del Sector salud, los cuales contemplan la atención orientada a los usuarios y a la calidad de la atención</p> <p>Evidencias: Reverso del carnet de los colaboradores</p>	
<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>	<p>Se ha publicado la misión y la visión al público en las redes sociales, Instagram y FB, 8 pantallas distribuidas en todo el hospital.</p> <p>Evidencia: Captura de pantallas FB, Instagram.</p>	

<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		<p>No se ha actualizado la Misión y la Visión adaptada a cambio climático.</p>
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>		<p>No existe estrategias de digitalización</p>
<p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p>	<p>Existen en algunos departamentos sistemas de gestión enfocados a aspectos éticos, como son manual de procedimientos de enfermería y en laboratorio. Evidencias: Manuales en laboratorio y enfermería Fue conformado el Comité de Etica Evidencia: Acta constitutiva del comité Cámaras de video se captan situación de robo en el personal o a los usuarios</p>	<p>No tenemos un manual y código de ética en coordinaron con los grupos de interés y el apoyo del nivel central.</p>
<p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>		<p>No se ha realizado</p>

Subcriterio 1.2 Gestionar la organización, su desempeño y su mejora continua.

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>Están definidas las estructuras de cargos, organigrama, manual de cargos). Proceso de facturación desarrollado e implementándose y monitoreado</p> <p>Evidencias: Resoluciones emitidas por el MAP y el SNS tanto para el SNS como para el Manual de cargos Organigrama publicado en mural de la dirección. Flujograma del proceso de facturación desarrollado por el hospital</p>	
<p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p>	<p>Se monitorean 30 indicadores de Gestión y clínicos a través del SISMAP Salud</p> <p>Evidencias: Reconocimiento por el SNS y el MAP por el desempeño realizado</p>	
<p>3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).</p>	<p>Se han realizado convenios con el MAP, con las ARS privadas, con pro-consumidor, con el Consorcio azucarero central y organismos internacionales para la garantía del acceso a grupos priorizados. Se han realizado talleres para sensibilizar al personal sobre estigma y discriminación y profilaxis post exposición laboral al VIH. Con apoyo del CONAVISIDA</p> <p>Evidencia: Listado de talleres y acuerdos firmados</p>	

<p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p>	<p>El SISMAP Salud En este momento tenemos un DashBoard de Gestión propuesto por el SNS e iniciamos su implementación. Se está dando seguimiento a 4 indicadores en el Dash board. Evidencias: Informe mensual del Dashboard Informe de Rendimiento del SISMAP Salud</p>	
<p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>	<p>El hospital ha estado implementando EL CAF, en 2009, 2011, 2016, 2019,2021 y en el 2022 en esta ocasión es su sexta autoevaluación. Evidencias: Autodiagnóstico digital versión 2020</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Están automatizados los procesos de consulta externa, emergencia y epidemiología. Sistema de información en ginecobstetricia y perinatología. Evidencias: Se pueden evidenciar a través de reportes de estas plataformas.</p>	
<p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p>	<p>Se promueve el trabajo en equipo, en este momento el hospital cuenta con varios comités de trabajo, entre estos el comité de calidad, comité de emergencia, consejo administrativo, Evidencias: Listados de asistencia de las reuniones del Comité de calidad de los servicios, Comité de farmacoterapéutico, Comité de compras, comité de emergencias y desastres.</p>	

<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>Existe comunicación interna a través de cartas y más informal por correo electrónico y los grupos de WhatsApp Existe comunicación para procesos administrativos por escrito. Evidencias: Oficios enviados a los departamentos</p>	<p>No existe un sistema de comunicación dirigido a los usuarios internos desde RRHH</p>
<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>Los directivos participan en las reuniones de seguimiento a los planes de mejora continua desarrollados por los departamentos, tanto clínicos como administrativos. Forman parte de los comités conformados en el hospital. Evidencias: Lista de asistencia a actividades, minutas,</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se da la retroalimentación de manera informal, individual. En el laboratorio publican las fallas de los procedimientos en el procesamiento de las muestras trimestralmente. Evidencias: Informes de fallas en laboratorio. Enfermería realiza registro de las eventualidades con el personal. Se programan reuniones para mostrar resultados del Monitoreo de la Práctica Materno Perinatal</p>	

<p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p>	<p>Disposición de aplicar Ley de Función pública y los reglamentos, normas nacionales a los servicios de enfermería y laboratorio, Cumplimiento ley de compras. Procedimiento de objetos perdidos. Evidencias: Comunicaciones en RRHH donde se establecen sanciones por falta grave. Cámaras de video se captan situación de robo en el personal o a los usuarios</p>	
---	---	--

Subcriterio I.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>Se han realizado reconocimientos y premiaciones a los diferentes departamentos que han cumplido con los objetivos de la institución. Evidencias: Fotos de premiaciones de médicos que han sido propuestos para premios nacionales.</p>	
<p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p>	<p>Existe un clima de respeto y confianza entre líderes, se manejan los conflictos. Se realizan reuniones semanales con el equipo gerencial. Evidencias: Informes de manejo de conflictos especialmente en enfermería. Fotos de reuniones de equipo.</p>	

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se informa y consulta en algunos departamentos, a través de reuniones donde se comparte las situaciones presentadas en el servicio, tanto con personal clínico como administrativos Evidencias: Asambleas realizadas con los gremios de enfermería y médicos. Reuniones con el Departamento de Obstetricia y Pediatría.	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	Se apoyan las actividades de capacitación de los distintos departamentos para impulsar la consecución de los objetivos de la organización. Se envían a actividades de Benchmarking. Evidencias: Listas de capacitaciones por área y en algunas casos individuales Asistencia a actividades de Benchmarking	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Se realizan cursos de liderazgo, dirección y manejo de conflictos. Evidencias: Lista de asistencia de talleres del INAP	

<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p>	<p>Se apoyan las actividades de capacitación de los distintos departamentos para impulsar la consecución de los objetivos de la organización. A través de videoconferencias, talleres. Se han enviado recursos humanos a actividades de Benchmarking para observar procesos de facturación..</p> <p>Se da la retroalimentación individual. En el laboratorio publican las fallas de los procedimientos en el procesamiento de las muestras trimestralmente. Retroalimentación a los jefes de servicios y encargados sobre el alcance de los indicadores hospitalarios.</p> <p>Al personal clínico sobre los alcances en el monitoreo del cumplimiento de protocolos.</p> <p>Evidencias: Informes de fallas en laboratorio. Enfermería realiza registro de las eventualidades con el personal. Se programan reuniones para mostrar resultados del Monitoreo de la Práctica Materno Perinatal</p> <p>Evidencias: Listas de capacitaciones por área y en algunos casos individuales Asistencia a actividades de Benchmarking.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>Se realizan reconocimiento público a los empleados por los diferentes departamentos, enfermería, bioanálisis.</p> <p>Evidencias: Fotos empleados del año y reconocimientos nacionales a médicos</p>	

Subcriterio 1.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>Se han realizado encuentros de trabajo con la Gobernación Provincia Barahona, Defensa Civil y otros organismos para cumplir con las políticas públicas de prevención, mitigación y atención en caso de desastres naturales, Intoxicación por alimentos con pro-consumidor.</p> <p>Evidencias: Fotografías, reportes</p>	
<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>Se realiza un trabajo coordinado con la Dirección Provincial de Salud Barahona, formando parte de la mesa de salud para tender de manera conjunta y consensuada los problemas de salud colectiva.</p> <p>Evidencias: Fotografías, reportes</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Se han definido y se trabajan, SUGEMI, Nuevo Modelo de Salud, Garantía de la Calidad, Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil (vacunación a embarazadas H1N1). Vacunación a los RRHH, Atención a niños con riesgo de Microcefalia por Zika, Lactancia Materna.</p> <p>Evidencias: Fotos, listas de asistencia, certificaciones de cursos</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>Se desarrollan el Plan Operativo Anual y los Planes de mejora de Enfermería, Planes de Mejora de</p>	

	<p>Mantenimiento e infraestructura, Planes de Mejora Materno Infantil, Plan de Mejora Área Quirúrgica, que las actividades son coherentes con los objetivos y metas institucionales y las políticas públicas.</p> <p>Evidencias: Evaluación semestral del POA por el SNS Planes de Mejora en ejecución</p>	
<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>	<p>Se hace acuerdos con comité de Veeduría social. Reuniones comunitarias con la DIDA, en la que se escucha las necesidades y avances de la comunidad. Existen acuerdos de colaboración de esta gestión con la Gobernación y el Ayuntamiento de Barahona.</p> <p>Evidencias: Fotografías y acuerdo de colaboración firmados</p>	<p>No está activo el Consejo Hospitalario.</p>
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>Los gerentes participan en reuniones y asambleas con gremios de profesionales Médicos y de Enfermería. Se hace acuerdos con comité de Veeduría social. Encuentros con representantes en la provincia de la Defensoría del Pueblo.</p> <p>Evidencias: Fotografía de encuentros, acuerdos</p>	
<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p>	<p>El Hospital desarrolla una promoción en las redes sociales donde informa a los usuarios de los servicios brindados, actividades, eventos, las redes de Facebook, Instagram, portal de transparencia. También se promueven los logros a través de 8 pantallas distribuidas en todo el hospital de esta</p>	

	<p>manera aumenta la reputación y el reconocimiento del Hospital.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Seguimiento a los portales de FB, Instagram, portal de transparencia.</p> <p>https://www.facebook.com/HOSPITAL-REGIONAL-UNIVERSITARIO-JAIME-MOTA-215729038449503</p> <p>Resultados de encuestas de Satisfacción de usuarios en el Portal encuesta del SNS.</p> <p>https://hospitaljaimemota.gob.do/</p> <p>https://www.instagram.com/hospitaljaimemota/</p> <p>http://encuesta.sns.gob.do/</p>	
--	---	--

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

SUBCRITERIO 2.1. Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno externo y la información de gestión relevante.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La Organización:</p> <p>I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>Son tomados en cuenta los cambios climáticos para la planificación de los servicios de salud, ya que se espera un aumento de casos de Dengue, Malaria, Neumonía.</p> <p>Los cambios migratorios y las medidas migratorias emitidas por el gobierno central son tomadas en cuenta para la organización de los servicios hospitalarios, principalmente para la atención materno neonatal.</p>	

	<p>En cuanto a los cambios culturales, cada año son realizados reuniones previo a las fiestas patronales y semana santa.</p> <p>Evidencia: Informes de actividades realizadas en el POA</p>	
<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>Samos seguimiento a los buzones de sugerencia y las quejas y sugerencias a través del 3.1.1</p> <p>Se han identificado los grupos de interés relevantes: alcaldía, medio ambiente, cruz roja, prensa, defensa civil, ARS, juntas de vecinos, entre otros, las ONGs y las Fundaciones.</p> <p>Evidencias: Documento de Planificación Estratégica</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>Recabamos información sobre el número de afiliados que visitan al hospital o solicitan atención en el hospital. Se tiene el número de visitante que llega al hospital en 24 horas, incluyendo el número de inmigrantes. El manejo de certificado de nacimiento tardías, certificados de defunción, certificados de salud.</p> <p>Evidencias: Informes de DIGEP, presentaciones de resultados de levantamiento de datos</p>	

<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>Se ha implementado El CAF en cuatro ocasiones (2013,2016,2019,2021). Se han realizado análisis FODA institucional. Se socializan los resultados del alcance de indicadores de calidad en la gestión clínica y administrativa. El laboratorio tiene un sistema de gestión de calidad implementado Evidencias: Plan de Mejora Institucional luego de realizar CAF en el 2016 hasta el 2022.</p>	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>↳ Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Se han establecidos las necesidades en el plan operativo anual Evidencias: Plan Operativo Anual 2022</p>	
<p>2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>Se realizan cada año encuestas de satisfacción de usuarios en las distintas áreas de los servicios, los buzones de sugerencias en el laboratorio. Evidencias: Resultados de encuestas http://encuesta.sns.gob.do/ Fotos de buzones de sugerencia en el laboratorio, consulta, hospitalización y emergencia Acta de Buzones de Sugerencias</p>	

3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Se desarrollan planes de mejora del proceso de facturación y auditoría médica, se amplió el cuerpo de auditores de 2 a 6 auditoras. Se realiza supervisión del proceso de auditoría para la reducción de glosas, se han firmado nuevos acuerdos con ARS privadas. Evidencias: Informes de reducción de glosa por mes Acuerdos de colaboración con ARS Semna, APS.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Se realiza un presupuesto anual conforme a la productividad de servicios. Además, se realiza un informe mensual de la ejecución presupuestaria y del gasto. Evidencias: Se realiza un informe mensual y trimestral del gasto	

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
Los líderes (directivos y supervisores): I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	Implementando planes operativos, planes de mejora por áreas. Evidencias: Planes digitales	

2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Cada encargado de departamento tiene definidas sus actividades del POA 2022, partiendo de los objetivos estratégicos, definidas por las líneas estratégicas del SNS. del POA 2022. Evidencias: Informe del POA por trimestre emitido por el SNS	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	Son difundidos los planes y actividades en reuniones de trabajo, donde participan todo el personal involucrado en las áreas de interés del Plan. Evidencias: Lista de asistencia para la elaboración del Plan.	
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	Desarrollamos un sistema de Monitoreo de la calidad de la atención en el servicio Materno neonatal cada 2 meses. Monitoreo de aplicación de protocolos será trimestral. Seguimiento a las actividades del POA mensualmente. Evidencia: Reportes de aplicación de las observaciones.	

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

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

<p>1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>Hemos sido invitados a actividades de Benc hlearning desde el SNS, recientemente para la facturación. Hospital Traumatológico de la Vega. El hospital cuenta además con un plan de capacitación a los recursos humanos.</p> <p>Evidencias: Fotos de actividades, donde el Director del Hospital Traumatológico Juan Bosch mostro su experiencia de gestión</p>	
<p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p>	<p>Compartimos conocimiento con hospitales explicando la experiencia en el desarrollo del SISMAP Salud con el Hospital Jaime Sánchez.</p> <p>Evidencia: Lista de Asistencia</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se comunican los resultados de los indicadores con los grupos de interés a través de reuniones y difusión de los reportes por grupos de WS.</p> <p>Los indicadores de producción de los servicios son socializados a través de informes a las autoridades.</p> <p>Evidencia: Lista de asistencia. Captura de pantalla de envió de reportes. Informe de Producción de Servicios</p>	
<p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p>	<p>Se implementó el programa de higiene y lavado de manos utilizando la tecnología para la difusión del mensaje en todo el hospital durante 1 mes</p> <p>Evidencia:</p>	<p>No se planifica la innovación y la modernización con los grupos de interés más relevantes basados en la investigación</p>

	Videos mostrando la intervención realizada en el hospital	
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	El hospital desarrolla una promoción constante de los servicios disponibles y nuevos programas, a toda la población a través de las redes sociales Instagram, FB. Evidencia: Portal de redes sociales	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Desarrolla Plan de Mejora en el Proceso de Facturación y Auditoría con el objetivo de mejorar los ingresos por venta de servicios. Realiza acuerdos con nuevas ARS privadas. Realiza reunión con autoridades del hospital y personal de auditoría para comunicar resultado de evaluación y realizar Plan de Mejora Evidencias: Informe de evaluación realizada a los departamentos de Facturación y Auditoría Lista de asistencia a los encuentros de socialización del informe.	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

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

<p>1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>Se Analizan las necesidades de Recursos Humanos. Y se toman en cuenta grupos de interés como madres solteras, se desarrolla un plan de capacitación</p> <p>Evidencias: Levantamiento de necesidades de recursos humanos, comunicaciones de los departamentos</p>	
<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>Para el proceso de reclutamiento se solicita currículum, se le realiza una entrevista y se le da tres meses de prueba.</p> <p>Evidencias: Currículos disponibles del personal contratado.</p>	<p>No se cumplen los procesos de reclutamiento y selección del personal como lo establecen los reglamentos, no se publican los puestos vacantes, no seleccionan por competencias</p>
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>Se han realizado premiación al mérito a médicos, enfermeras, En lo que respecta. En lo que respecta a la selección de personal predomina las mujeres, apoyando de esa manera las madres solteras del municipio. Se preserva el medio ambiente, limitando las impresiones de documentos y difundiendo por redes sociales al personal.</p> <p>Evidencias: Fotos publicadas en Mural al Merito</p>	<p>No existe política de recursos humanos orientada a la neutralidad, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social. No se realiza premiación a personal administrativo.</p>
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>		<p>No existe un Plan de Promoción de carrera</p>
<p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas,</p>	<p>Existe manual de cargos por grupo ocupacional, se</p>	<p>No son utilizados para seleccionar el personal según perfil</p>

<p>centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p>	<p>Evidencia: Resolución de aprobación del Manual de cargos por el MAP y el SNS</p>	
<p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p>	<p>Se toman en cuenta las capacidades del recurso humano sin importar su condición de género, discapacidad, religión, raza. Evidencia: En los departamentos se puede evidenciar la diversidad que existe en los recursos humanos.</p>	<p>No se ha completado la estructura organizacional.</p>
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>Se han realizado entrenamiento a personal administrativo en office y a médicos en Sistema Informático Perinatal y los digitadores en el SIHGO. Al personal de atención a usuarios en "Atención al cliente" Evidencias: Listas de asistencia</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>Se da seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de desempeño por cada encargado de departamento. Evidencia: Guía de observación.</p>	

9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.		No funciona una unidad de género.
--	--	-----------------------------------

SUBCRITERIO 3.2. Desarrollar y gestionar las competencias de las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Se realizó una encuesta de necesidad de capacitación con el apoyo del MAP y se identificaron las necesidades en la encuesta de clima laboral 2019 y 2020. Se realizó Plan de Capacitación 2021 Evidencias: Informe de encuesta	No existe un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos basados en la competencia actual y el desarrollo de los perfiles.
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.		No existe un Plan de Inducción definido.
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.		No se promueve la movilidad interna y externa
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	Con frecuencia el personal asiste a capacitaciones y encuentros virtuales desarrolladas por otras instituciones o grupos de interés. Evidencias: Lista de asistencia a reuniones con el MAP	No son utilizadas las redes sociales y plataformas digitales para la formación de los RRHH
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Se realizan capacitaciones sobre Atención al Cliente y Manejo de conflictos en el personal de Atención a Usuarios cada año son incluidas en el Plan de Capacitación. Evidencias: Plan de Capacitación	

6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.		No se evalúa el impacto de los programas de capacitación.
--	--	---

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	<p>Se promueve el uso de las redes sociales por Área, a través de grupos de WhatsApp, por áreas, clínicas y administrativas, lo que facilita la comunicación ágil y continua entre colaboradores, fomentando de esa manera el trabajo en equipo.</p> <p>Evidencias: Lista de los grupos de WS existentes en el Hospital.</p>	
2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	<p>Se han implementado los distintos comités de trabajo, espacios donde el personal intercambia ideas.</p> <p>Evidencias: Actas de conformación de los comités</p>	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	<p>Se hizo una encuesta de clima con el apoyo del INAP en el 2019 y 2020</p> <p>Evidencias: Resultados de la encuesta</p>	No se ha actualizado la encuesta de clima laboral para el año 2022.
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	<p>Se da seguimiento al uso de medidas de protección personal, áreas climatizadas, se da seguimiento a los accidentes laborales por epidemiología y el Servicio de Salud Integral. Se vacuna periódicamente al personal clínico y administrativo.</p>	

	<p>Evidencias:</p> <p>Registros de vacunación del personal, Registro de Accidentes Laborales.</p> <p>Observación en las áreas de personal usando medidas de protección personal.</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>Son respetadas las vacaciones y permisos, como derechos adquiridos por los recursos humanos, en ocasiones son apoyados con cambios que faciliten su situación personal y familiar.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informes de encargados de departamentos.</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>Personal con una enfermedad o discapacidad son reubicados de puestos con frecuencia. Médicos, enfermeras y personal administrativo.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Comunicación de asignación de personal a áreas de menor demanda.</p>	
<p>7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo).</p>	<p>Se realiza incentivos al personal con la premiación periódica por departamentos. En el personal de enfermería se recompensan con días libres. Se realiza la premiación de la enfermera del a;o</p> <p>Evidencias:</p> <p>Listas de servicios.</p> <p>Lista de pago de incentivos</p> <p>Mural donde se visualiza la enfermera del a;o</p>	

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes de la organización:</p> <p>1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>Con la gobernación Provincial de Barahona, se han realizado colaboración en suministro de insumos.</p> <p>Evidencias: Fotografías, lista de asistencia</p>	
<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>	<p>Se han realizado encuentros con el Consorcio Azucarero Central para gestionar su colaboración para apadrinar áreas del hospital.</p> <p>Evidencias: Fotografías, lista de asistencia</p>	<p>No se han concluido acuerdos con CAC</p>
<p>3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p>		<p>No se establecen controles ni se monitorea el impacto de las alianzas.</p>

4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se tienen identificadas las necesidades de alianzas publico privadas.
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Son seleccionados proveedores locales que cumplen con la ley de compras y contrataciones. Evidencias: Lista de proveedores	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	El Hospital realiza encuestas diarias en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia donde los usuarios hacen sugerencias sobre aspectos a mejorar. También se ha realizado grupo focal con usuarios de consulta externa, donde tenemos la posibilidad de profundizar en sus principales inquietudes con respecto a la atención recibida. Evidencias: Reporte de encuestas de Satisfacción de usuarios Informe de Grupo focal.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	El hospital cuenta con un portal de transparencia donde publica información básica los procesos gerenciales. Se publican los estados financieros en el portal de transparencia, las compras, la nómina. Existe un auditor interno de la contraloría de la Republica. Un departamento de compra que cumple con los procedimientos de la ley 340-06 Evidencias: Manual de procedimientos de compra Presupuesto anual	No se actualizan las informaciones en el portal de transparencia.

	<p>Comité de veedores Portal de transparencia. https://hospitaljaimemota.gob.do/</p>	
<p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p>	<p>El Hospital está comprometido con informar a los usuarios, desarrollando una amplia promoción a través de las redes sociales publicando sobre los nuevos servicios, promueve los especialistas, a firmado una carta compromiso con el MAP donde cada año es evaluado por el MAP.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informe de Carta compromiso por el MAP</p>	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>La gestión financiera está alineada con los objetivos estratégicos, se puede visualizar en la ejecución del POA, donde las actividades están presupuestadas</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informes trimestrales de gestión financieras por áreas servicios.</p> <p>Planes de austeridad en el manejo de despensa y manejo de combustible</p> <p>Informe de ejecución del POA.</p>	<p>No existe una herramienta para el sistema de costo ni compras</p>

<p>2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>El hospital realiza planes de mejora en el área de auditoría y facturación con el objetivo de captar más recursos al hospital. Realiza control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros.</p> <p>Evidencias Informe de evaluación proceso de auditoría y facturación. Lista de asistencia de reuniones realizadas para reportar resultados de la evaluación.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>El departamento financiero realizar un informe mensual de ejecución presupuestaria.</p> <p>Evidencia: Informe financiero mensual</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>		<p>No se publican los estados financieros en el portal de transparencia, las compras, la nómina.</p>
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>El Hospital reporta mensualmente la producción de servicios al Sistema de Información Producción Hospitalaria en línea a nivel nacional</p> <p>Evidencias: Reporte del POA por SNS</p>	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

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

<p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>	<p>El hospital cuenta con un sistema de información interno SIGHO, SIP, Pro gasto, SUGEMI, 67 A producción hospitalaria en línea, Registro de Nacidos vivos, Defunciones. Se está implementando el EIS en odontología</p> <p>Evidencias: Reportes e informes del sistema</p>	<p>INo se ha implementado un sistema para la gestión de RRHH. No se ha implementado el EIS en todos los servicios especializados</p>
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>		<p>No se controla la información externa</p>
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>El hospital desarrolla canales internos de comunicación tanto interna como externa a través de las redes sociales como WS, FB, Instagram,</p> <p>Evidencias: Reportes de redes sociales</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>		<p>No existen redes de aprendizaje y colaboración establecidos.</p>
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>		<p>No se monitorea la información y el conocimiento de la organización asegurando su relevancia.</p>
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>Existen grupos de Whatsapp por áreas, por ejemplo, de facturación, atención al cliente, grupo por especialidades</p> <p>Evidencias: Capture de grupos</p>	<p>No existe un grupo de Whatsapp de todos los empleados desde RRHH.</p>

<p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>	<p>Del departamento de calidad realiza capacitación participante con personal de los diferentes departamentos en temas de desarrollo institucional. Se realiza capacitación del personal de enfermería por área para mejora de la calidad.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia</p>	
<p>8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.</p>	<p>El hospital cuenta con una oficina de acceso a la información pública y un portal de transparencia donde se suministra información importante del hospital. También cuenta con un portal de quejas y sugerencias 3.1.1.</p> <p>Evidencias: Informes mensuales de la OAI</p>	
<p>9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.</p>	<p>La información relevante de la organización como producción de servicios se registran en un sistema de información de los establecimientos que es controlado por el SNS, lo cual permite mantener su integridad.</p> <p>Evidencias: Reportes del 67 A</p>	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>	<p>Se han diseñado programas para facilitar el proceso de facturación llamado PROGASTO para facturar medicamentos.</p> <p>Evidencias: Reportes de PROGASTO</p>	<p>No se diseña la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>

2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	Se evalúa el costo beneficio de las tecnologías cuando se va a implementar. Evidencias: Cotizaciones de las diferentes solicitudes de adquisición de tecnología, con 3 cotizaciones y se elige por comparación de precios	
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).	Se automatizó los reportes de Laboratorio Evidencias: Reporte de resultados de laboratorio	No contamos con aplicaciones de código abierto
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Utiliza la tecnología para realizar reuniones y capacitaciones virtuales con los gestores a nivel Nacional SNS y MAP Evidencias: Capturas de pantalla de reuniones.	
5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	Para los usuarios externos existe una línea telefónica 1-200 y también a través de las redes sociales los ciudadanos se comunican y se les da respuesta. Para los usuarios internos se utiliza el WS. Evidencias: Captura de pantalla de las solicitudes y respuestas a los usuarios. Captura de grupos de WS por área	

<p>6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.</p>		<p>No están establecidas normas/ protocolos para la protección de datos, que garanticen la protección de datos.</p>
<p>7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>		<p>No existe política medioambiental de las TIC, por ejemplo, la gestión de residuos de cartuchos de tintas, partes de computadoras.</p>
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>Se implementa SUGEMI 2 acorde al modelo de atención hospitalario Evidencia Reporte de SUGEMI 2</p>	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

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

<p>1. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p>	<p>Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de manera preventiva al tomógrafo, a los equipos de laboratorio, los aires acondicionados. Equipos de informática. Calidad del Agua. Plantas eléctricas.</p> <p>Evidencias: Formulario para registro de mantenimiento de los equipos. Solicitud. Registro de mantenimiento</p>	<p>No existe un Plan de Mantenimiento Preventivo para cirugía y emergencia</p>
<p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>Con la entrega del nuevo edificio del Hospital, los ambientes laborales están bien iluminados, climatizados, ascensor a disposición de los empleados escaleras seguras, pasillos con más amplitud, que garantizan el distanciamiento y el desplazamiento, disponibilidad de parqueos,</p> <p>Evidencias: Fotografías de las distintas áreas y su distribución.</p>	
<p>3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>	<p>Se implementó el departamento de Activos fijos, el cual lleva un control de los equipos, las fechas de instalación, el área donde están ubicados.</p> <p>Evidencia: Matriz de equipos médicos y de oficina</p>	<p>No existe una política de ciclo de vida del edificio.</p>
<p>4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>	<p>Existe garantía de acceso a los edificios, tanto para los empleados como para los usuarios. Son restringidas las áreas de internamiento para los usuarios, estableciendo un horario de visitas de 4 horas. En ocasiones son prestados los salones para actividades de capacitación de otras instituciones como las Universidades y otras instancias públicas.</p>	

	Evidencias. Fotografías de actividades y áreas.	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	se realiza uso del transporte para las actividades de apoyo del área de maternidad y consulta externa. Se le da mantenimiento trimestral o cada 5 mil kilómetros. Es asignado 1 chofer responsable de garantizar el cuidado de ese medio de transporte. Evidencia: Reportes de consumo de combustible Factura de mantenimiento.	No existe un registro de mantenimiento de vehículos
6.Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	El hospital garantiza acceso a parqueos y transporte público ya que el hospital se ubica en la vía principal de acceso al municipio cabecera y cuenta con 4 amplias áreas de parqueo para 120 vehículos y motocicletas. Evidencias: Fotografía que muestra áreas de parqueo	
7.Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Los hospitales tienen definido y en funcionamiento el comité de emergencias y desastres y un Plan de emergencia: Evidencia: Plan de Gestión de Riesgos y/o Desastres.	
8.Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)		No disponemos de un Plan preventivo/correctivo de Infraestructura, mobiliarios de Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCIN.

9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).		No cuenta con un Programa de Administración de Bienes
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Se clasifican los desechos en funda roja y negra y los punzo cortantes en recipientes separados. Evidencias: Fotografía	No cuenta con un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos Sólidos

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La organización:</p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>Se desarrolla el proceso de facturación ha sido diseñado, monitoreado y evaluado. Se establecido un procedimiento para la compra</p> <p>Evidencias: Reportes de evaluación Reporte proceso de compra</p>	<p>No se tienen identificados los procesos en un MAPA.</p>
<p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>		<p>No son descritos los procesos claves, ni documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes</p>

<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>		<p>No se impulsa la innovación y la optimización de los procesos aprovechando las oportunidades externas e involucrando los grupos de interés.</p>
<p>4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.</p>		<p>No se realiza</p>
<p>5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p>	<p>Se han establecidos compromisos de desempeño, cartera de servicios, carta compromiso con el ciudadano.</p> <p>Evidencia: Informe de alcance de la Carta Compromiso al Ciudadano. Acuerdo de desempeño firmado.</p>	<p>No se establece indicadores de resultados para todos los procesos</p>
<p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p>	<p>El hospital implementa un Sistema de Información para Vigilancia Epidemiológica, Provisión de Servicios, Control de protocolos, el expediente clínico integral se ha implementado parcialmente en la consulta de odontología. El proceso de articulación en red se implementa para las emergencias y urgencias a través del enlace regional.</p> <p>Evidencias: Reportes de producción de servicios Reporte de evaluación de protocolos</p>	<p>No se ha completado el Expediente clínico Integral en todas las consultas del Hospital.</p>

7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El Hospital cuenta con la Habilitación desde el 2018, en este momento se recibe la renovación integrando nuevos servicios. Evidencia: Certificado de Habilitación renovado 2022.	
---	--	--

Subcriterio 5.2 Entregar productos y servicios para clientes, ciudadanos, grupos de interés y la sociedad.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.	Se realizan encuestas diarias donde se incluyen consultas sobre la mejora del servicio. Se realizó un grupo focal en consulta externa, Evidencias: Copia de la encuesta	No se involucra con frecuencia a los ciudadanos o clientes en el diseño de las encuestas.
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No se realiza reciclaje y reutilización en los servicios brindados.
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	Promueve la accesibilidad a los productos y servicios a través de las redes sociales, línea telefónica 1-200 para las citas. Evidencias: Captura de pantalla	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	Se coordina con SeNaSa, el MAP, INAP, INAPA Evidencias: Documentos afines, acuerdos, notas de interés	

<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>El hospital facilita el intercambio de información de los pacientes referidos de otros hospitales, a través del enlace regional principalmente para la atención materno neonatal.</p> <p>Con SeNaSa y otras ARS se intercambia el Sistema de Facturación para facilitar la facturación del Servicio a SeNaSa.</p> <p>Evidencia: El SIRS, mesa de salud de la provincia.</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>Realiza encuentros comunitarios con la DIDA, donde participa el director del Hospital.</p> <p>Evidencia: Foto de encuentros con la comunidad.</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>Realiza acuerdos de colaboración con otros hospitales para ampliar la oferta de servicios, como es el caso del Hospital Ramon de Lara donde asignan cirujanos para que roten por 3 meses para disminuir la lista de espera quirúrgica.</p> <p>Con la UASD para ampliar las residencias medicas.</p> <p>Evidencia: Acuerdo firmado</p>	

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

I. Resultados de la percepción general de la organización, en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	El hospital firmo un acuerdo, Carta Compromiso al Ciudadano, donde acaba de recibir la evaluación del 17 marzo año 2020, logrando un 100% en los acuerdos Para el año 2021 Para el período Dic. 2020 nov. 2021 la calificación fue de un 83% Evidencias: Informes del MAP reportando resultados alcanzados en las evaluaciones.	No esta incluida en la consulta a los usuarios sobre el manejo de desechos contaminantes.
2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	En recursos humanos son aplicaciones la ley 41-08 Evidencias: Cartas dirigidas al personal que contemplan la aplicación de la ley	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	Los pacientes participan a través de las encuestas diarias de satisfacción que realiza la oficina de atención a usuarios.	

	Evidencia: Informe General de Encuesta de Satisfacción.	
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	El hospital tiene en funcionamiento el portal de transparencia, trabaja en las actualizaciones de la información con los distintos departamentos. Evidencia https://hospitaljaimemota.gob.do/	No se realiza rendición de cuenta del funcionamiento de la organización
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Se puede contactar la integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos /servicios a través de los informes de la CCC, logrando un 100% de cumplimiento en la cartera de servicios para el 2020 y 83% en 2021. Las calidades internas se están trabajando a través del monitoreo de indicadores de cumplimiento de protocolos. Evidencias: Reporte de evaluaciones del MAP y del SNS.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	El Hospital está en una vía céntrica que permite el acceso En la emergencia y consulta externa, existen rampas de acceso Horarios de 24 horas para emergencia. Cartera de servicios definida y publicada en las redes sociales. El acceso a los servicios solicitados fue valorado positivamente en un 99%, cuando fueron consultados los usuarios el 77% reportó como muy bueno y un 22% bueno.	

	Evidencias: Informe de resultado de encuesta de satisfacción enero -junio 2021.	
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	En las encuestas de satisfacción se indaga sobre la calidad de la atención y el tiempo de espera. Evidencias: Encuesta de Satisfacción de Usuarios.	No esta incluido en las consultas a los usuarios sobre el funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas.
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No se indaga sobre la edad, sexo o nacionalidad al momento de la consulta a los usuarios
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se indaga sobre las capacidades de la organización para la innovación
5. Digitalización en la organización.		No se indaga sobre la digitalización de la organización

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Documento Externo
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	<p>El 99% de los usuarios dijo estar satisfecho con la respuesta de los resultados de estudios realizados, solo un 1% dijo que era regular.</p> <p>Evidencia: Informe de resultado de encuesta de Satisfacción enero -junio 2021</p>	
<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>Se realiza seguimiento diario al Sistema 311 sobre Quejas, Sugerencias</p> <p>Evidencias: Informe mensual de la Encargada de Oficina de Acceso a la Información Pública.</p>	No esta establecido el promedio de tiempo de respuesta de las quejas y sugerencias recibidas.
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.		No tenemos resultados de las medidas de evaluación
5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.		No son evaluados estos indicadores de eficiencia sanitaria.
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Laboratorio Clínico Servicio de Vacunación	No tiene ajustada su cartera de servicios.

Unidad de Emergencia
Servicio de Anatomía Patológica
Sala de Cirugía General
Servicio de Anestesiología
Banco de Sangre y Servicio de Transfusión
Servicio de Hemodiálisis
Imagenología (Radiografía general, Tomografía,
Sonografía, Doppler)
Unidad de cuidados intensivos
Sala de Cirugía Obstétrica y Partos
Salud Mental
Perinatología
Consulta de:
Medicina General
Especialidades:
Urología
Pediatría
Diabetología
Neumología
Medicina Física y Rehabilitación
Endocrinología y Ginecológica
Medicina Interna
Nefrología
Nutrición
Ortopedia y traumatología
Otorrinolaringología
Psicología Clínica
Psiquiatría
Cardiología
Gastroenterología
Ginecología y Obstetricia
Dermatología
Cirugía General
Oftalmología
Evidencia:
Servicios aprobados en la Habilitación por la DGHA

7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	<p>Para el período enero-junio 2021 el Hospital muestra un nivel de satisfacción de 99%, mostrando una notable mejoría, superando en un 2.5% los resultados del año anterior.</p> <p>Evidencias: Informe de resultados de la Encuesta de Satisfacción al ciudadano.</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	<p>El Hospital cuenta con 2 redes sociales, correo electrónico y un portal de transparencia.</p> <p>Evidencias: https://www.facebook.com/HOSPITAL-REGIONAL-UNIVERSITARIO-JAIME-MOTA-215729038449503 https://hospitaljaimemota.gob.do/ https://www.instagram.com/hospitaljaimemota/</p>	No realiza medición de la utilización de los canales de información.
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	<p>Todos los días se publica en las redes sociales las novedades con relación a los servicios, personal y actividades realizadas por el equipo gerencial.</p> <p>Evidencias:</p>	

	Ver publicaciones en las redes.	
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.	El hospital dispone de informes físicos de las actividades realizadas en el POA por carpeta por año. Evidencias: Informes de gestión clínica. Informes del alcance de indicadores gerenciales.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).	Los grupos de interés interactúan a través de las redes sociales con la organización, donde frecuentemente realizan denuncias. Evidencias: Interacción en FB e Instagram de los usuarios con colaboradores.	No se mide el nivel de participación de los grupos de interés.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).	3 redes sociales 1 línea 1200 gratis 1 portal de quejas y sugerencias 311 Evidencias: Captura de las redes sociales y el portal de quejas	No se ha trabajado la medición de la utilización de estos métodos innovadores de interacción con los usuarios.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	Con el nuevo sistema de producción hospitalaria 67 A en línea se puede evidenciar la atención a pacientes de diversa nacionalidad, edad, sexo, afiliación a la seguridad Social, lo cual permite	

	<p>identificar indicadores enfocados a las mujeres e inmigrantes.</p> <p>Evidencias: Reporte del 67 A</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).		No se ha medido el resultado de los procesos digitalizados.
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	<p>La ciudadanía participa activamente a través de las redes sociales disponibles en el hospital.</p> <p>Evidencias: https://www.facebook.com/HOSPITAL-REGIONAL-UNIVERSITARIO-JAIME-MOTA-215729038449503 https://hospitaljaimemota.gob.do/ https://www.instagram.com/hospitaljaimemota/</p>	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	La imagen del HRJM se ha medido a través de la percepción de la población de los servicios brindados a través de encuestas de satisfacción de usuarios, tanto interno como externo Evidencias: Informe de Satisfacción ciudadana 100% en el 2020 y 99% en el 2021	No se ha actualizado la Encuesta de clima
2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.	Se puede medir el involucramiento de las personas en la toma de decisiones cuando el 93% de los colaboradores respondieron que en su área comparten recursos para fomentar el trabajo en equipo. Evidencia: Informe de Encuesta de clima Noviembre - diciembre 2019. Sistema de Encuesta para la Encuesta de Clima SECAP.	Actualizar encuesta de clima
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	El HRJM propicia la participación del personal cuando el 98% del personal expresa que trabaja en equipo y busca soluciones que beneficien a todos. Mi supervisor promueve la integración de nuestro equipo de trabajo, presenta una valoración positiva de 91.67 % Evidencia: Informe de Encuesta de clima Noviembre - diciembre 2019. Sistema de Encuesta para la Encuesta de Clima SECAP.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	En la encuesta de clima el personal respondió: En mi área actuamos con transparencia y legalidad, presenta una valoración positiva de 97.23 % Evidencias: Evidencia: Informe de Encuesta de clima Noviembre - diciembre 2019.	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No se ha actualizado la encuesta de clima.

<p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>	<p>En el Banco de Sangre van a las escuelas a promover la importancia de donar sangre. Brinda internet gratis a partir de Republica Digital. Evidencias: Fotos, videos comunicaciones enviadas a los centros</p>	
<p>7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.</p>	<p>El HRJM viene desarrollando una cultura de cambio e innovación, involucrando los colaboradores y grupos de interés en los planes de mejora desarrollados en las distintas áreas, enfermería, obstetricia, mantenimiento, hemodiálisis. Plan de Mejora Institucional. Tiene constituidos todos los comités hospitalarios La encuesta de clima revela: En mi área buscamos nuevas formas de brindar los servicios, presenta una de valoración positiva de 92.59 %. Impulso cambios innovadores en mi área para mejorar la forma de trabajo, presenta una valoración positiva de 87.04 % Evidencias: -Actas de conformación de los comités de calidad, bioseguridad, comité de compras, comité de Infecciones asociadas a la atención. -Planes de mejora y su seguimiento -Resultados de encuesta de clima.</p>	
<p>8. El impacto de la digitalización en la organización.</p>	<p>En cuanto al digitalización el hospital ha estado trabajando en incorporar cada vez más el uso de la tecnología tanto en los servicios como en las actividades de apoyo. Evidencia: Se puede evidenciar en los resultados de la encuesta de clima laboral donde se reporta:</p>	<p>No se valora el uso de la tecnología en todos los servicios y actividades administrativas.</p>

	Utilizo eficientemente las tecnologías de la información para mejorar los procesos, trámites y servicios, presenta una valoración negativa de 35.18 %	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>El HRJM trabaja para agilizar los procesos internos tanto del área administrativa como la gestión clínica, esto lo podemos evidenciar en la encuesta de clima donde los colaboradores expresaron lo siguiente:</p> <p>Conozco la normativa aplicada en mi trabajo (procedimiento, procesos, entre otros). Presenta una valoración positiva de 97.22 %.</p> <p>En mi institución implementamos propuestas de solución para simplificar los procesos de trabajo, presenta una valoración positiva de 80.56 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	<p>La capacidad de los altos y medios directivos se han desarrollado con capacitaciones frecuentes tanto del SNS como del MAP, donde nuestros directivos participan en la elaboración de los objetivos estratégicos de la institución, así como en los Planes Operativos, dando participación a los niveles técnicos y las decisiones cada vez son más colectivas y horizontales. Plan estratégico alineado con el Plan Estratégico del SNS, con Plan de Desarrollo 2030.</p> <p>Los colaboradores opinan lo siguiente de sus superiores: Mi supervisor promueve la integración de nuestro equipo de trabajo, presenta una valoración positiva de 91.67 %</p>	No están muy capacitados en comunicación efectiva

	<p>En mi institución recibimos capacitación para trabajar en equipo, presenta una valoración positiva de 82.40 %</p> <p>Evidencia: Plan estratégico POA Presupuesto Planes de mejora Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>En el Hospital en varias ocasiones se ha trabajado los procesos de la institución, se elaboró un mapa de procesos.</p> <p>En la encuesta de clima al consultar a los colaboradores sobre las normas y procesos estos respondieron lo siguiente: Conozco la normativa aplicada en mi trabajo (procedimiento, procesos, entre otros). Presenta una valoración positiva de 97.22 % En mi institución implementamos propuestas de solución para simplificar los procesos de trabajo, presenta una valoración positiva de 80.56 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	<p>No esta actualizado el mapa de procesos</p>
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>Para el proceso de organización de las actividades y tareas, las mismas han sido establecidas en el manual de organización de cada departamento, está definido el perfil de cada cargo y las funciones que debe realizar, por lo que están equilibradas las tareas y las responsabilidades. también son realizadas evaluación del desempeño al final del año.</p> <p>Evidencias:</p>	

	<p>Manual de Organización y funciones</p> <p>Estructura organización</p> <p>Reporte de Evaluación del desempeño</p>	
<p>4. La gestión del conocimiento.</p>	<p>El hospital desarrolla un Plan de Capacitación Anual, desde la División de Recursos Humanos a todo el personal, dirigidos a promover la mejoría de la calidad de la atención y crear habilidades en los recursos humanos.</p> <p>Se puede evidenciar en los resultados de la encuesta de clima:</p> <p>Aplico la capacitación que recibo para mejorar mi desempeño en el trabajo, presenta una valoración positiva de 93.52 %</p> <p>La capacitación que recibo está relacionada con mi desarrollo profesional, presenta una valoración positiva de 89.81 %</p> <p>En mi institución el programa de capacitación está alineado a mis funciones, presenta una valoración positiva de 85.18 %</p> <p>Mi supervisor me permite cumplir con la capacitación que ha programado, presenta una valoración positiva de 91.66 %</p> <p>Evidencia:</p> <p>Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
<p>5. La comunicación interna y las medidas de información.</p>	<p>En mi institución nos comunicamos entre las diferentes áreas, presenta una valoración positiva de 92.59 %</p> <p>En mi trabajo utilizamos de forma eficiente los medios de comunicación interna, presenta una valoración positiva de 81.49 %</p> <p>Mis superiores comunican la visión, misión y los valores de la organización, presenta una valoración positiva de 82.41 %</p>	

	Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El Hospital desarrolla un programa de reconocimientos al personal solo en enfermería, laboratorio. En mi área se reconoce el logro de resultados, presenta una valoración positiva de 85.19 % Mi institución cuenta con un sistema de compensación y beneficios, presenta una valoración negativa de 61.12 % Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019	No en todas las áreas se ha establecido un programa de reconocimientos de los colaboradores. La institución no cuenta con un sistema de compensación y beneficios adecuado.
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El enfoque del HRJM se puede evidenciar en los resultados de la encuesta de clima: En mi área buscamos nuevas formas de brindar los servicios, presenta una de valoración positiva de 92.59 % Impulso cambios innovadores en mi área para mejorar la forma de trabajo, presenta una valoración positiva de 87.04 % Mi supervisor me alienta a ser creativo y toma en cuenta otras formas de realizar el trabajo, presenta una valoración positiva de 86.11 % Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019	

3. Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

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

<p>1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.</p>	<p>Los gerentes de este centro de salud se han preocupado por mantener un ambiente laboral de armonía, respeto y buen trato, se puede evidenciar a través de los resultados de la encuesta de clima: Mis compañeros responden a tiempo a mis requerimientos de servicios e informaciones de trabajo presenta una valoración positiva de 86.11 % Existe armonía entre los empleados de mi área de trabajo presenta una valoración positiva de 88.89 % Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
<p>2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).</p>	<p>Existe flexibilidad de horario para el personal, se evidencia cuando los empleados expresan en la encuesta de clima lo siguiente: Mi trabajo me permite dedicar tiempo a mi familia, presenta una valoración positiva de 91.67 %. Me apoyan en la institución cuando tengo urgencia familiar, presenta una valoración positiva de 91.66 % En mi área se respeta el horario de trabajo, presenta una valoración positiva de 96.29 % Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	<p>No cuenta con guardería infantil, pese ha ser una institución con una población de mujeres muy alta.</p>
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>	<p>En el hospital se da oportunidades en igualdad de condición a todos los empleados, se puede evidenciar en la encuesta de clima: Mi supervisor me trata con respeto, cordialidad y confianza, presenta una de valoración positiva de 93.52 %</p>	

	<p>En mi área conciliamos con respeto las diferencias que se presentan con los compañeros de trabajo, presenta una valoración positiva de 90.74 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
<p>4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>En la actualidad el HRJM cuenta con un nuevo edificio, bien iluminado, climatizado, lo cual garantiza unas buenas condiciones laborales. Podemos evidenciarlo en las siguientes respuestas de la encuesta de clima</p> <p>En mi área se reconoce el logro de resultados, presenta una valoración positiva de 85.19 %</p> <p>Celebro las aportaciones laborales de mis compañeros, presenta una valoración positiva de 94.45 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.</p>	<p>El Plan de Desarrollo de las carreras del personal se implemento en el Hospital, como resultado solo contamos con 4 colaboradores que pertenecen a la carrera administrativa.</p> <p>Evidencia: Pago de bonos anuales por desempeño.</p>	<p>No se les da seguimiento a las promociones para nuevos concursos y la inclusión de nuevo personal que califique a la carrera administrativa.</p> <p>Mi institución promueve el movimiento como una forma de crecimiento dentro del sistema de carrera, presenta una de valoración negativa de 53.70 %</p>

<p>2. Nivel de motivación y empoderamiento.</p>	<p>El personal de este centro muestra motivación y empoderamiento cuando expresa lo siguiente:</p> <p>Mi institución es el mejor lugar para trabajar, presenta una valoración positiva de 87.04 %</p> <p>Siento orgullo por formar parte de mi institución, presenta una valoración positiva de 96.30 %</p> <p>Trabajar en el gobierno me permite contribuir al bienestar del ciudadano, presenta una valoración positiva en 95.37 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
<p>3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.</p>	<p>El HRJM realiza cada año un plan de capacitación, el cual fue realizado luego de una consulta de todo el personal para identificar las necesidades de capacitación.</p> <p>Se puede evidenciar en la encuesta de clima la siguiente apreciación:</p> <p>La capacitación que recibo está relacionada con mi desarrollo profesional, presenta una valoración positiva de 89.81 %</p> <p>En mi institución el programa de capacitación está alineado a mis funciones, presenta una valoración positiva de 85.18 %</p> <p>Aplico la capacitación que recibo para mejorar mi desempeño en el trabajo, presenta una valoración positiva de 93.52 %</p>	

	<p>Mi supervisor me permite cumplir con la capacitación que ha programado, presenta una valoración positiva de 91.66 %</p> <p>Evidencia: Resultados del estudio de Clima y cultura organizacional noviembre-diciembre 2019</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p>		<p>No se miden indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas.</p>
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>En el hospital se involucran al personal por áreas en sus planes de mejora por áreas y en el Plan de Mejora institucional se involucran representantes por área, esto se puede evidenciar en los resultados de la encuesta de clima.</p> <p>En mi área buscamos nuevas formas de brindar los servicios, presenta una de valoración positiva de 92.59 %</p> <p>Mi supervisor me alienta a ser creativo y toma en cuenta otras formas de realizar el trabajo, presenta una valoración positiva de 86.11 %</p> <p>Evidencia:</p>	

	Encuesta de clima	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	<p>En el hospital se manejan frecuentemente dilemas éticos que son manejados a lo interno de cada departamento, tanto en la gestión clínica, como en la gestión administrativa.</p> <p>Se puede evidenciar los valores éticos en las respuestas de nuestros colaboradores en la encuesta de clima:</p> <p>En mi trabajo si veo corrupción la denuncio, presenta una valoración positiva de 83.33 %</p> <p>En mi área actuamos con transparencia y legalidad, presenta una valoración positiva de 97.23 %</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima.</p>	No existe un registro general de los dilemas éticos reportados.
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	<p>El hospital se involucra en actividades de responsabilidad social prestando sus instalaciones (salones de reuniones) a instituciones de índole social, en caso de la pandemia de COVID-19, cedió espacios para toma de muestra a toda la población y la vacunación del personal sanitario de la región.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Registros de toma de muestras</p> <p>Registros de vacunación durante la pandemia</p>	

<p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p>	<p>Las encuestas de satisfacción de usuarios realizada en el hospital revelan un 99% de satisfacción general.</p> <p>En la satisfacción por atributo revela:</p> <p>Amabilidad 99.6% Profesionalidad 99.5% Agilidad 98.6% Fiabilidad 98.9% Accesibilidad 98.7% Tiempo 99.1%</p> <p>Evidencia: Informe de resultados de la encuesta de satisfacción ciudadana de los servicios. Enero-junio 2021.</p>	
--	--	--

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	<p>El rendimiento individual es reconocido por los colaboradores, se puede evidenciar en estas respuestas de la encuesta de clima:</p> <p>Conozco el impacto del trabajo de mi institución, presenta una valoración positiva de 90.74 %</p>	

	<p>Mi supervisor logra los objetivos institucionales sin incrementar el gasto, presenta una valoración positiva de 8148 %</p> <p>Evidencia: Resultados encuesta de clima</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>El personal sanitario y administrativo usa frecuentemente la tecnología, se han capacitado para el uso de nuevos programas y plataformas que facilitan el registro de las actividades que realizan, se puede evidenciar en la encuesta de clima.</p> <p>En los últimos 12 meses tome al menos un curso relacionado con las tecnologías de la información y comunicaciones, presenta una valoración negativa de 63.89 %</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima</p>	<p>No se ha capacitado el personal de nuevo ingreso en el uso de la tecnología.</p>
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>		<p>No se tienen registros de las actividades formativas, ni se miden indicadores de tasa de éxito de estas actividades formativas.</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>El departamento de enfermería y de laboratorio realiza premiación anual de los empleados más destacados, con reconocimientos y premiaciones. Se realiza pago de incentivos al personal anualmente.</p> <p>Evidencias: Imágenes de la enfermera más destacada Mural de personal destacado Reporte de pago de incentivos.</p>	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Considere lo que la organización está logrando con respecto a su responsabilidad social, a través de los resultados de lo siguiente:

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	El hospital participa en charlas en las escuelas apoyando a ONG sobre temas como: Embarazo en adolescentes Prevención sobre violencia de género Apoya en la promoción y prevención de cáncer del cuello y mama, al Ministerio de Salud Pública. Evidencias: fotografías	
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	El 100% de los usuarios consultados expresó que recomendaría a otra persona que se atienda en este establecimiento de salud, lo cual revela la credibilidad, confianza y el cambio de imagen que ha adquirido el Hospital Regional Jaime Mota en este primer semestre del año 2021. Evidencia: Encuesta de satisfacción de usuarios.	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.		No se mide el impacto del hospital en el desarrollo económico de la comunidad
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos,		No se mide el impacto de la organización en la democracia, la transparencia y el comportamiento ético.

como la igualdad, permanencia en el servicio, 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.).		No se mide la percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional o nacional e internacional
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	Se da participación democrática a la socia civil en el ámbito local a través del comité de Veeduría Social. Evidencias: Fotos y lista de asistencia de encuentros.	No se mide la percepción del impacto de la participación de la sociedad civil
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).	El hospital realiza eventos con grupos de profesionales como por ejemplo fiesta de las enfermeras en el día de la enfermera, así como día del médico. Evidencias: Fotografías de dichos eventos	No se realizan actividades culturales o sociales en la comunidad.
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	La población opina a través de las redes sociales sobre la atención recibida, la accesibilidad y transparencia. Evidencias: Opinión en FB del Hospital	

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 medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>	<p>El Hospital ha estado desarrollando un cambio en el uso de plásticos, sustituyendo vasos y platos, por utensilios reusables. Promueve el envío de documentos por las redes sociales para evitar el uso excesivo de papel.</p> <p>Evidencia: fotografías que evidencian el uso de platos plásticos o de Melamina.</p>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>El hospital se reúne con autoridades locales frecuentemente, con Gobernadora, Diputado, El COE, representantes de ONGs.</p> <p>Evidencias: fotografías e imágenes en las redes sociales y portal del hospital</p>	<p>No se mide la frecuencia de esas relaciones.</p>

<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>El hospital da seguimiento a las publicaciones que se realizan en los medios sobre el hospital, dando seguimiento a través del encargado de Medios y la Oficina de Acceso a la Información Pública, se analizan y se le da respuesta.</p> <p>Evidencias: Se puede evidenciar en las respuestas que emite el hospital a través de los medios de comunicación digital locales y las redes sociales, FB, Imstagram,</p>	
<p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p>		<p>No se mide la cantidad de empleados que cuenta en este centro que pertenecen a grupos especiales o minorías.</p>
<p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>		<p>No se mide el apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>
<p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p>	<p>Hemos sido invitados a varios Benchmarking organizados por SENASA Y el SNS, SISALRIL. Los residentes participan en congresos nacionales e internacionales</p> <p>Evidencias: Fotos de asistencia a eventos Registros en los eventos que asisten</p>	<p>No son realizados por la organización</p>

7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Se ha desarrollado el programa de capacitación a empleados en Riesgo post exposición en áreas críticas como emergencia, laboratorio, partos y se suministra medicamentos en Kits por área en caso de accidente laboral. Evidencias: Lista de asistencia Kits en caso de accidente Ayuda visual	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se mide la responsabilidad social
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se han realizado actividades de reducción del consumo energético, ni se mide
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se utiliza incinerador para residuos médicos
11. Política de residuos y de reciclado.	El hospital desarrolla una política de manejo de desechos peligrosos, donde son clasificados y separados los desechos en dos zafacones, para desechos comunes, desechos peligrosos y punzo cortantes. Evidencias: Ver zafacones con funda negra y roja y para el destino final cuentan con 3 depósitos para igual tipo de desechos. fotografías del manejo de desechos.	

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

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

<p>1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>Se tiene los resultados de la producción de servicios en el 67 A. Resultados del monitoreo y evaluación de la práctica clínica, Resultados de los alcances del POA. Resultados del SISMAP Salud. Evidencias: 67 A Memoria anual Reportes enviados por el MAP y el SNS DashBoard mensual Sala situacional</p>	
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).</p>	<p>En la encuesta de satisfacción de usuarios, se puede evidenciar el impacto en los beneficiarios toda vez que recomiendan este centro. El 100% de los usuarios consultados expresó que recomendaría a otra persona que se atienda en este establecimiento de salud, lo cual revela la credibilidad, confianza y el cambio de imagen que ha adquirido el Hospital Regional Jaime Mota en este primer semestre del año 2021. reducción de la Mortalidad Infantil y Maternal. Evidencias: Informe de resultados de encuesta de satisfacción ciudadana. Publicación de indicadores Reuniones de encargados para presentar</p>	
<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>Se realizan comparación de indicadores de resultados con años anteriores y con otros hospitales del país con respecto a la mortalidad materna e infantil, tasa de infección asociada a la atención.</p>	

	<p>Evidencias: Sala situacional Lista de asistencia a encuentros donde se socializan estos indicadores.</p>	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	<p>Se realizan contrato con SeNaSa, se mide el cumplimiento de estos contratos y realizan acuerdos de mejora Evidencias: Acuerdos de mejora</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>Se realizan auditorias externa de todos los procesos administrativos a través de un auditor de la contraloría. El Ministerio de Salud Pública inspecciona el cumplimiento para el proceso de habilitación, el cual hemos obtenido 2 renovaciones de la habilitación. El SNS inspecciona cada 6 meses el cumplimiento de protocolos de atención. Evidencias: Informes de auditoria mensual Certificado de habilitación Informe de evaluación de cumplimiento de protocolos.</p>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	<p>Se está implementando el EIS en algunos servicios brindados. Principalmente el servicio de Odontología. Evidencias: Captura del sistema.</p>	No se mide el resultado de la innovación en servicios y productos
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	<p>Con la implementación Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, pasamos de ser un hospital perteneciente al MSP a formar parte de la red del Servicio Nacional de Salud y su órgano</p>	No se mide la implementación de las reformas del sector salud en este centro de salud.

	desconcentrado el Servicio Regional de Salud Metropolitano. Cumplimos con el marco legal y normativo de las instituciones que rigen el Sistema Nacional de Salud. Nuestros empleados están protegidos por las Leyes 42-01 General de Evidencias_ Leyes y documentos de reforma sector salud.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Existen 10 voluntarios que se distribuyen en varios turnos durante los servicios para apoyo de los usuarios. Evidencia: fotografías de voluntarios de cruz roja, defensa civil y organizaciones religiosas.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	El hospital fue premiado en el año 2021 con el segundo lugar en el Rankin del SNS donde se evalúa calidad de la atención, manejo del gasto, indicadores de gestión hospitalaria. Evidencia: Placa otorgada al hospital	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Mejoramos el proceso de auditoría de cuentas médicas reduciendo las glosas de 20% a menos de 14%. Mejoramos el proceso de facturación la cual presentó un aumento un 66% el primer trimestre del año 2022. Evidencias: Informe de facturación y informe de auditoría.	

<p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p>	<p>La asistencia a Benchmarking realizado por otras instituciones a permitido realizar mejoras en los procesos. Evidencias: Las contrataciones con nuevas ARS surgieron de visitas realizadas a hospitales con experiencias de éxitos.</p>	
<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>		<p>No se mide la eficacia de las alianzas</p>
<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>	<p>Se han realizado estrategias para la reducción del uso de tintas y de papel, utilizando el correo electrónico y el WS para comunicación interna. En algunos servicios se ha desarrollado nueva tecnología donde le suministra al usuario CD en lugar de la hoja impresa. Mamógrafo • Eco cardiógrafo • Equipos de Rayos X portátiles. • Equipos laboratorio clínico. electrocardiógrafo. Evidencias: Reportes de los equipos.</p>	
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos regentes, el HRJM ha renovado en dos ocasiones la licencia provisional (habilitación) para brindar servicios de salud dentro del territorio nacional otorgada por el Vice-Ministerio de la Garantía de la Calidad (VMGC), que es regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Nivel de cumplimiento en la Carta Compromiso al Ciudadano fue de un 83% Evidencias: Certificado de Habilitación</p>	

	Informe de Evaluación Carta Compromiso al Ciudadano.	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	El Hospital recibió en el 2021 el segundo lugar en el Rankin Hospitalario otorgado por el SNS. Evidencia: Placa otorgada por el SNS	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.		No se mide el nivel de cumplimiento de la ejecución presupuestaria.
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No se mide el costo de los servicios por lo que no es posible evaluar la costo-efectividad en los servicios.

NOTA: Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.