

**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 INFANTIL DR. ARTURO GRULLON\_\_

**FECHA:**

\_\_Agosto 2022\_\_

## 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><b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b><br/>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 en el año 2021 realizó una actualización de la misión, visión y valores, los cuales tendrán una vigencia de 2 años. Estas fueron socializadas con los grupos de interés internos, mediante reuniones de socialización con cada departamento y encuesta digital.</p> <p>Evidencia: Minuta de las reuniones, listado de asistencia, letreros en las entradas del centro de salud que están en impresión, Carnet del personal donde se encuentra impreso en el dorso la misión, visión y valores institucionales.</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>La institución ha definido el marco de valores institucionales mediante reuniones del comité de calidad en consonancia con la misión y la visión del centro. Se cuidó de respetar los principios fundamentales del sector público, así como los inherentes de la persona y la salud. Además, se encuentran definidos los valores institucionales por un código de ética institucional que garantiza la prevención de actos lesivos a la ética institucional.</p> <p>Evidencia: Marco de valores, Código de ética institucional, Minutas de reuniones, Listado de asistencia.</p> |                 |
| <p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias</p>  | <p>La reestructuración de la misión, visión y valores se encuentra alineada con la estrategia nacional de salud, así como con los Planes Operativos Anuales de</p>  |                 |

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| <p>nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>   | <p>la institución. Estas se encuentran definidas en la pagina Web de la institución.</p> <p>Evidencias: Minuta de las reuniones, listado de asistencia, Estrategia Nacional de Salud, Plan Operativo Anual.</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>El Hospital aseguró la comunicación de la Misión, visión y valores mediante la publicación en murales colocados en la entrada principal, el área de emergencia y el área de consulta de centro. Además, de estar impreso en el dorso del carnet del personal.</p> <p>Evidencia; carné, letreros, listado de asistencia de las socializaciones departamentales.</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>El pasado año se realizó la revisión y redefinición de la misión, visión y valores, con la integración del nuevo logo del hospital tomando en consideración los diferentes grupos de interés, así como las características sociodemográficas y los cambios del entorno se realizó una previsión de los posibles cambios en la institución y las estrategias descritas para el comportamiento a largo plazo del entorno externo de la organización. Se plantea una vigencia de 2 años, por lo cual se realizará la revisión correspondiente el próximo año 2023.</p> <p>Evidencias: Minutas de la reunión revisión visión, misión y valores, Plan de Mejora Institucional, encuesta de consulta misión, visión y valores con grupos de interés.</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 se realiza</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>Periódicamente se imparten la charla sobre el régimen ético y disciplinario por parte del MAP, se ha elaborado un código de ética entregado a cada área, para su socialización con todos los actores. Actualmente se trabaja con un sistema computarizado en diferentes áreas con fines de tener mejores controles de las mismas Ej. Farmacia, cocina, suministro, facturación.</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>Existe un nivel de confianza y respeto entre los gestores de cada área y el personal que la integra. Se motiva a los colaboradores a una política de puertas abiertas a través de las reuniones realizadas mensualmente con los gestores de cada área, donde se le otorga un espacio para la discusión de un turno libre, donde el personal puede expresarse y sus opiniones son tomadas en consideración por los directivos.</p> |  |
|   | <p>Evidencias: Minutas de reuniones de gestores, Listado de asistencia de Taller de mando medio impartido por el INFOTEP.</p>  |  |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|---|---|-----------------|
| <p>I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p> | <p>El centro cuenta con una estructura organizativa consensuada y aprobada por el MAP y el SNS. Además, las funciones y requisitos de cada cargo están definidas en el manual de cargos y funciones del</p> |                 |

|   |  |               |
|---|--|---------------|
|   | <p>Ministerio de Salud Pública y en los reglamentos de hospitales y normas nacionales</p> <p>Evidencias: Estructura organizativa, Manual de cargos y funciones, Reglamento de Hospitales, Normas nacionales de salud</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>A través del Plan Operativo Anual (POA) institucional se establecen los objetivos, así como las tareas y resultados a esperar. Estos son definidos y evaluados por el SNS. Además, por medio del ranking SISMAP se cuantifican los resultados de los indicadores en seguimiento por el departamento de calidad del SNS y el MAP.</p> <p>Evidencia: POA institucional, y planes departamentales y reporte de evaluación del hospital por el departamento de calidad del SNS, Ranking SISMAP.</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> |  | No se realiza |
| <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>En la institución se cuenta con normas básicas de control interno NOBACI, se realiza constante monitorización de nuestro POA anual, así como el SISMAP, ya que nuestro centro forma parte de los Hospitales priorizados.</p> <p>Evidencia: Normas básica de control interno, POA, SISMAP.</p>   |               |
| <p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión</p>  | <p>Tenemos implementado el modelo de calidad de marco común de evaluación CAF, el departamento de</p>  |               |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>   | <p>laboratorio está trabajando con las normas ISO 9001-1589</p> <p>Evidencias: Marco Común de Evaluación (CAF) 2021, Registros de normas ISO</p>   |  |
| <p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>   | <p>El hospital cuenta con un software HIRUDAG, donde se alinea con los objetivos operativos con la administración electrónica. Además, se cuenta con email institucional en los diversos departamentos y una página Web institucional.</p> <p>Evidencias: Email Institucionales, Pagina Web Institucional. Software en departamento de informática,</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 cuenta con diferentes comités en la institución como el de calidad, de farmacia, control de infecciones, historia clínica, compra, Administrativo, Bioética, Emergencias y desastres, entre otros.</p> <p>Evidencias: Actas constitutivas, Listado de asistencias y minutas de los diferentes comités hospitalarios.</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>Con el objetivo de garantizar una adecuada comunicación interna se realizan reuniones con los diferentes gestores de departamentos, redes sociales, prensa escrita, televisiva y contamos en la actualidad con la página web institucional.</p> <p>Evidencia: Listados de asistencia de reunión de gestores departamentales, Página de Facebook, Tweeter, Instagram, Programa tv, Pagina Web institucional.</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>A través del INFOTEP, INAP, MAP se realizan capacitaciones del personal que labora en el centro sobre prevención y control de infecciones, talleres de actualizaciones y conferencias de educación médica continua, capacitación al personal de enfermería de neonatal sobre la importancia del control de infecciones y como se pueden adherir al programa de control de infecciones en el área, socialización de Protocolos de manejo Hospitalarios.</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia y fotos de los diferentes talleres y conferencias médicas, publicación en redes sociales</p> |  |
| <p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>  | <p>Mensualmente se realizan reuniones con los diferentes gestores de departamentos y capacitaciones a los empleados del hospital donde se les comunica asertivamente las diferentes estrategias a implementar por la institución a fin de promover la cultura de calidad de los servicios de salud</p> <p>Evidencias: Minutas y Listado de asistencia a las reuniones, fotos y registros de capacitaciones.</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>Se mantiene una cultura de gestión apegada a los principios éticos de la institución, los cuales están estandarizados en el Manual de Ética Hospitalario, el cual fue socializado y entregado a cada departamento. Para evitar ocurran actos no apegados a las normas anticorrupción. Del mismo modo se mantiene una política de puertas abiertas, donde se escuchan las diferentes opiniones y alternativas a fin de garantizar el cumplimiento de la ética y principios.</p> <p>Evidencias: Manual de ética, Reportes de amonestaciones, Minutas de reuniones departamentales</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><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> 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>Los líderes de la institución y Los altos directivos predicán con el ejemplo con el empoderamiento de la gestión y resolución de conflictos e inconvenientes. Cumpliendo con el horario establecido en la jornada laboral, Se trata con respeto la personal o subordinados, escuchando las opiniones de los empleados.</p> <p>Evidencia: Chat a través de WhatsApp, reportes de desempeño laboral, la productividad del personal médicos</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>   |   | No se realiza   |
| <p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>  | <p>El personal del centro es consultado a través de la encuesta de clima laboral, la cual se realiza cada 2 años. También a través del buzón de quejas y sugerencias interno se reciben las opiniones y quejas de los empleados.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral, Reportes del buzón de sugerencia interno y minuta de reuniones del comité de apertura de los buzones.</p>   |                 |
| <p>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.</p>   | <p>El personal del centro mediante las evaluaciones de desempeño que se realizan de forma periódica es evaluado dando seguimiento a sus funciones y objetivos planteados en el acuerdo de desempeño. Además de retroalimentar a cada equipo de forma</p>  |                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p>individual en los resultados obtenidos y las áreas de mejora a fortalecer.</p> <p>Evidencia: evaluaciones de desempeño y minuta de reuniones de retroalimentación.</p>   |  |
| <p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>   | <p>A partir de diciembre 2021 con la nueva gestión se han realizado rotaciones en los diferentes departamentos del centro. A su vez se han designado nuevos gestores tomando en consideración sus competencias y conocimientos en el área de consulta externa, Subdirección médica, Recursos Humanos, Atención al Usuario, Administración, Compras, Trabajo Social, Transparencia, Calidad, Cómputos, Hostelería, Enseñanza y Residencias médicas.</p> <p>Evidencia: Carta de designación de nuevos gestores, comunicación de rotación pediatras, Minutas e reuniones</p>   |  |
| <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 fomenta a través de entrenamientos y capacitaciones docentes, capacitación continuas programada anual través de INFOTEP, INAP, SDP, así como talleres de educación médica continua, RCP, Protocolos de Manejo Hospitalarios. También se realiza un programa de capacitaciones anual con los temas requeridos para formación y capacitación en los respectivos departamentos y encuesta donde cada departamento de la institución reflejaba la necesidad de recibir capacitación en un tema específico.</p> <p>Evidencia: ver fotos de actividades y registro de asistencia, Plan anual de capacitaciones.</p> |  |
| <p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>   | <p>El departamento de enfermería tiene establecido el reconocimiento del empleado destacado trimestralmente. Estamos en proceso de extender el reconocimiento a nivel institucional, en los diferentes departamentos del Hospital.</p>  |  |

Evidencia: Mural de reconocimiento entrada emergencia.

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 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.   |   | No se realiza          |
| 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.   |   | No se realiza          |
| 3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.  |   | No se realiza          |
| 4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.  |   | No se realiza          |
| 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>La institución cuenta con alianzas de trabajo con voluntariado Jesús con los niños, St Jude, UTESA; UASD; PUCMM; UNEV; UCATECI, UCN. Diferentes ARS, trabajos en red con el Hospital Hugo Mendoza, Robert Reid Cabral, Fundación Los Arturitos, Pediatric Ortopedic Proyect (POP), Club Rotario Internacional, Fundación Popular.</p> <p>Evidencia: convenio St Jude, fotos del voluntariado, acuerdo con las diferentes universidades, fotos de jornadas quirúrgica realizadas en el Hospital Hugo Mendoza, y pacientes enviados al Robert Reid Cabral, convenios con la ARS, Jornadas POP.</p> |                        |

|   |   |               |
|---|---|---------------|
| 6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.  |   | No se realiza |
| 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. | Se promueve la reputación de la institución a través de diferentes medios de comunicación destacando los diferentes programas desarrollados en el centro, promoviendo la salud y medidas de prevención de las diversas patologías prevalentes en la infancia.<br><br>Evidencias: Página Web Institucional, Página Web del SRNS, Instagram, Facebook, Tweeter. |               |

## 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><b>La Organización:</b></p> <p>1. 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>La institución no realiza Plan estratégico, el Plan Operativo Anual (POA) realizado por el centro se alinea con el Plan estratégico del Servicio Nacional de salud (SNS). Se realiza informe de desempeño trimestral, el plan operativo anual y se recopilan informes de seguimiento mensuales.</p> <p>Evidencias: informes trimestrales, POA, SUGEMI, NOBACI, plan de emergencias y desastres</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>Se encuentran identificados los grupos de interés del centro tanto externos como internos. Además, mensualmente se realizan reuniones con los diferentes gestores de departamento para comunicar los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios realizadas.</p>   |                 |

|   |  |               |
|---|--|---------------|
|   | <p>Tenemos buzones de sugerencias en diferentes áreas del hospital para recopilar las expectativas y nivel de satisfacción de los usuarios que acuden a este centro de salud. Los diferentes departamentos realizan un análisis FODA donde se expresa las diferentes necesidades de la institución.</p> <p>Evidencias: Listado de grupos de interés, minutas, listado de asistencia y fotos de la reunión, fotos de los medios y periódicos, buzones de sugerencias, reportes de recogida y discusión de los buzones. Memoria institucional anual, comunicados a los medios digitales.</p> |               |
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.   |  | NO SE REALIZA |
| 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>Cada gestor de los diferentes departamentos, conjuntamente con cada equipo de trabajo, realiza anualmente un análisis FODA donde se analiza y documentan las fortaleza y oportunidades, así como las amenazas y debilidades.</p> <p>EVIDENCIAS: Análisis Foda y Guía de autoevaluación CAF</p>  |               |

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| <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>Si, Se están llevando a la acción en los procesos tanto la misión como la visión. Se realizan continuo entrenamiento en todas las áreas, a través de los departamentos involucrado.</p> <p>Evidencias: POA, Minutas de reuniones de seguimiento</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 continuo entrenamiento en todas las áreas, a través de los departamentos involucrado. Se llevan las estadísticas y el seguimiento por áreas de servicios. Un ejemplo lo constituye el curso de limpieza y desinfección, realizado hace una semana, donde se entrenaron diferentes hospitales e instituciones privadas a fin de dar respuesta a los problemas sanitarios emergentes, como el control de las infecciones dentro de los hospitales.</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia, fotos de las actividades, programas de las capacitaciones.</p> |                      |
| <p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>  | <p>Se desarrolla una política de responsabilidad social mediante diversas actividades destacándose la educación en pantalla para prevención del embarazo en adolescentes, charlas del programa adolescentes sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas de Santiago. Educación de sobre lactancia materna, educación en salud oral en el área de consulta.</p> <p>Evidencias: ver fotos de actividades, listados de asistencias.</p>  | <p>NO SE REALIZA</p> |
| <p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>  | <p>Se asegura la disponibilidad de recurso mediante de desarrollo del presupuesto institucional que se realiza anual POA, y además por las ventas de servicios a las diferentes ARS</p> <p>Evidencias: ver POA, ver los depósitos realizados por las ARS por concepto de venta de servicios</p>   |                      |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b><br/>1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p> | <p>Implementamos estrategias, planificamos y priorizamos de acuerdo a las necesidades institucionales.</p> <p>Evidencias: Minutas, fotos, listado de participación y publicada en las redes.</p>   |                 |
| <p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>   | <p>Se tiene un POA en cada área de servicio y se evalúa de acuerdo a su productividad y desempeño.</p> <p>Evidencia: informe del POA departamental.</p>  |                 |
| <p>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.</p>               | <p>Se realizan actividades, donde se dan a conocer los avances de las actividades planificados. Se realizan monitoreos del SNS de forma trimestral a través de los logros obtenidos en la institución para asegurar la implementación de estrategia</p> <p>Evidencia: minutas, listado de participación, informes trimestrales, reconocimiento por desempeño excelente en envió de evidencias al SISMAP.</p> |                 |
| <p>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.</p>         | <p>Cada departamento, informa sobre su producción de servicios a través del POA.</p> <p>Evidencia: SISMAP salud, lindicadores de calidad)</p>  |                 |

**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>Actualmente se ha implementado en el área de nutrición que se realicen o tiene ordenes digitales, en el área de archivo se tiene digitalizado para salvaguardar la información vital de los departamentos de compras, facturación.... Igualmente, el Hospital ha instalado puntos de acceso WIFI en distintas áreas.</p> <p>Evidencia. Fotos, Informes trimestrales del departamento informática</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>Nos mantenemos en constante capacitación con las diferentes entidades formativa. La institución ha participado en varios entrenamientos formativos. Se han realizado benchlearning en los departamentos de facturación, auditoría y control de infección, Así como con el Hospital Toribio Bencosme</p> <p>Evidencia: minutas, listado de participación, fotos. Cronograma de educación continua por Enc. Docencia enfermería (IAAS), semana concientización lavado de manos, conferencia COVID, charlas vocación de servicio, taller ventilación mecánica.</p> | <p>No se realiza</p>  |
| <p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>   |  | <p>No se realiza.</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>No se realiza</p>  |

|  |   |               |
|--|---|---------------|
| 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. | En el área de laboratorio se han introducido nuevas pruebas de laboratorios, integrando equipos nuevos para su realización. No se realiza en todos los departamentos. |               |
| 6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.  | Evidencia. Equipos, cartera de servicios con nuevas ofertas   | No se realiza |

### 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 |
|---|---|-----------------|
| 1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.  | <p>Se gestionan las plazas necesarias cada vez se nos solicitan del nivel central. Se lograron cubrir las plazas de atención al usuario, personal de enfermería y personal médico, quedando pendiente completar los jefes de servicios, los cuales han prosperado pocas, muchas plazas en las áreas administrativas.</p> <p>Evidencias: (Requerimiento de personal por departamentos, Copias informes enviados, Solicitud de nombramientos)</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 | Se les da seguimiento a los procesos establecidos para la gestión de los recursos humanos. Todo se gestiona de acuerdo a la ley de función pública. (Evidencias: controles de asistencia, actualización de expedientes, nombramientos.  |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
| cuenta las competencias necesarias para el futuro.   |   |  |
| 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.  | Se da seguimiento a la formación alcanzada y se gestiona los cambios de asignación, conforme a las vías correspondientes. Se han alcanzado reclasificaciones de cargo en base a los niveles de formación alcanzados.<br><br>Evidencias: Reclasificación/ Nombramientos. |  |
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.  | Se promueve el empoderamiento del personal en el ejercicio de sus funciones, seleccionando el personal en base a los perfiles de puesto. Se aplican reportes de rendimiento para disminución niveles de errores.  |  |
| 5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación | Se reajustaron los puestos asignados de acuerdo al perfil del empleado y expedientes revisados con el propósito de socializar y garantizar la misión y visión establecida por la institución.<br><br>(Evidencias: Ver expedientes del personal completos)               |  |
| 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).  | Se trabaja con unas políticas de inclusión laboral. Como evidencia se cuenta con persona con discapacidad, multinacionales. Respetando la orientación religiosa, raza.<br>Evidencia: Ver nombramientos, tenemos talentos diversos.                                      |  |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas  | Se define un acuerdo de objetivos y metas a desarrollar durante la jornada laboral, los mismos son implementados de manera anual, para tomar en cuenta los resultados obtenidos. Evidencias: Acuerdos y Evaluación de Desempeño.  |  |

|  |   |                |
|--|---|----------------|
|  |   |                |
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.   | Se evalúan periódicamente el cumplimiento de los acuerdos de desempeño, retroalimentando a cada equipo de trabajo sobre sus resultados y estrategias a desarrollar para mejorar de forma continua.<br><br>Evidencias: listado de asistencia y minutas de reuniones para discusión de resultados de acuerdo de desempeño |                |
| 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 se realiza. |

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| 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. |   | No se realiza.         |
| 2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.   | Se realiza charlas de inducción para el personal nuevo, se da entrenamiento, asesoría de equipo y conocimiento de las diferentes áreas. ( Evidencias: Lista e inducción al personal de nuevo ingreso) |                        |
| 3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.   | Al presentarse una vacante, se da prioridad al personal interno que esté capacitado para el puesto. Esto ha permitido la promoción interna, con cambios de asignación.                                |                        |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  | Evidencias: reasignación y promociones de puestos  |               |
| 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).  | Se promueve la creación y utilización de los grupos de WhatsApp, Apps de reuniones virtuales, cursos online, en la plataforma virtual de la OPS, curso de control de infecciones, St. Jude, curso CS, COMISCA en la plataforma Echo. Se está reforzando el departamento de cómputos para el desarrollar de los sistemas informáticos.<br><br>Evidencia Grupos y chat intrahospitalarios. |               |
| 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.                             |  | No se realiza |
| 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 realiza |

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| 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. | Se realizan talleres de comunicación efectiva, se promueve una cultura de comunicación abierta entre los gestores de cada área y el personal que la integra.<br><br>Evidencias: listados de participación en los talleres, lista de cotejos, una cultura abierta |                        |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <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> | <p>Se realiza mecanismo para socializar ideas en los procesos e implementación del mismo, para el mejor funcionamiento. Evidencias. Minutas y Reuniones.</p>   |  |
| <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>  | <p>Se realiza encuesta de clima laboral bianual, la cual fue aplicada en el 2021. Evidencia: informe de encuesta de clima laboral 2021.</p>  |  |
| <p>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>  | <p>Se garantizan buenas condiciones de salud y seguridad, Vestimentas, vacunas, seguro laboral, capacitaciones, manuales y comité de bioseguridad para dar seguimiento que se cumpla con las normas, Se conformo el departamento de salud ocupacional donde se le presta servicio a los empleos de la institución, contando con un médico familiar y ocupacional. Además de que la institución pretende iniciar la conformación del comité SISTAP.</p> <p>Evidencias: Fotos, listado de vacunación, Lista de servicios prestados en la unidad de salud ocupacional</p> |  |
| <p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>  | <p>Se autorizan permisos para situaciones familiares, personales, de estudio, etc.</p> <p>Evidencia. Registro de Permisos.</p>   |  |
| <p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>  | <p>Se le asigna un área favorable para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus funciones de la manera adecuada.</p> <p>(Evidencias: reasignación de puestos a personas con discapacidades, verificar área de trabajo, reacomodación de horarios y listados de servicios</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. |  | No se realiza |
|---|--|---------------|

**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**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| <p><b>Los líderes de la organización:</b></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>Se encuentran identificados los proveedores. El departamento de compras tiene un listado de proveedores de productos e insumos. Con la sociedad civil se encuentra establecidos convenios con el Voluntariado Jesús con los Niños, Saint Jude, Banco Enmanuel, Fundación Vanessa, CAIPI, INAIPI, USAID, Universidades, Fundación Luz y Esperanza por el Autismo, Red de Misericordia, Fundación POP, Politécnicos, INFOTEP, Fundación Los Arturitos y Rotary. Se encuentra inmerso en desarrollar nuevas alianzas con otros proveedores. Adquisición de nuevos suplidores. Al mismo tiempo establecer convenios con otras instituciones que trabajan a favor de la niñez.</p> <p>Evidencias: Acuerdos, fotos de actividades y jornadas</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>Hemos desarrollado y gestionado los acuerdos de colaboración: ARS (Senasa subsidiado, Humano, Monumental, Renacer, Banreservas, Senasa contributivo, Primera de Humano y Humano, GMA), universidades (PUCMM, UTESA, UASD, hospitales internacionales como el Saint Jude, Voluntariado Jesús con los niños, otros centros Hospitalarios y Operación Sonrisa.</p> <p>(Evidencias: contratos de colaboración con las entidades educativas, patronatos,</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>Si, mediante los acuerdos de colaboración con las diferentes alianzas se encuentran definidos los derechos y deberes de cada una de las partes. Así mismo se han estandarizado los indicadores de resultados a evaluar en cada uno.</p> <p>Evidencia. Acuerdo con el Hospital St. Jude, Acuerdo HIRUDAG/PUCMM)</p>  |               |
| <p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>   |  | No se realiza |
| <p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>  |  | No se realiza |

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

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



|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>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.</p> | <p>Mediante el buzón de quejas y sugerencias los pacientes participan con sus sugerencias aportando ideas y opiniones, que sirven de insumo para la toma de decisiones. Mediante el portal 311 se reciben de forma digital las sugerencias y quejas. Además, por medio de las encuestas de satisfacción llenadas diariamente se da seguimiento a estas sugerencias.</p> <p>Evidencias. Matriz de quejas y sugerencias, Expediente de quejas y sugerencias en el portal 311, minuta de reuniones de socialización de quejas y sugerencias</p> |  |
| <p>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.</p>   | <p>Mediante el portal de transparencia se mantiene abierto al público en general conteniendo los datos de recursos humanos, compra y contrataciones, contabilidad, comunicaciones, finanzas, almacén, cartera de servicios, resoluciones de protección de datos, hospitalarios.</p> <p>Evidencias. Portal de transparencia hospitalario <a href="http://www.hopitalarturogrullon.gob.do">www.hopitalarturogrullon.gob.do</a></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>Si, se está proyectando al usuario cada servicio de manera individualizada para el conocimiento de estos, mediante la cartera de servicios que se encuentra publicado el personal y las especialidades con la que cuenta el centro. Además, mediante las redes sociales se publicita los servicios disponibles en la institución.</p> <p>Evidencia. Página web hospital, instagram, Facebook</p>  |  |

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

**SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.**

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>   | <p>Se alinea la gestión financiera a fin de priorizar de forma eficaz los servicios brindados, se realiza cotización de cada compra en un mínimo de 3 suplidores para cotización. Seleccionando el suplidor que oferte un producto de mejor calidad a menor costo y que sea proveedor del estado. (Evidencia: cotizaciones, facturas de pago oxígeno, alimentos, medicamentos, reactivos, combustibles, cartas de requisiciones)</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 centro se encuentra avocado en el trabajo de efficientizar los servicios mediante la contratación de nuevas ARS, cuyos ingresos se definen en la utilización de los fondos recibidos en las necesidades. Actualmente el Hospital costea los medicamentos que necesita e insumos. Además del pago de incentivos y nomina interna. Compra de equipos inmobiliarios e informáticas Se asegura la transparencia financiera se cuenta con el departamento de auditoría interna, donde cada proceso realizado por el Hospital es auditado por este departamento y luego es remitido al departamento de contraloría en Santo Domingo, quien lo revisa y retroalimenta. La regional de salud realiza una preauditoria de los pagos que</p> |                 |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | <p>corresponden al fondo destinado al Hospital. Posterior a este se avala o corrige, remitiendo al SNS quienes igualmente lo revisan, aprueban y retroalimentan (evidencias: requeridos (evidencia: facturas de compras, Nomina interna, Copia de cheque, auditorias, copias de contraloría, presentación al SNS.)</p> |  |
| <p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>              | <p>Mensualmente se realiza el análisis de los riesgos, mediante un presupuesto y los estados financieros. Evidencia. Presupuesto 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>Se publica constantemente los presupuestos y reportes financieros mediante el portal de transparencia.</p> <p>Evidencia. Portal de transparencia</p>  |  |
| <p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>                                       | <p>El departamento de epidemiología realiza reportes mensualmente de los diferentes indicadores de salud, así como su cumplimiento. Además, que trimestralmente se realizan monitoreo del SNS donde se evidencia el cumplimiento.</p> <p>Reportes de monitorias, informes de cumplimiento de los indicadores.</p>      |  |

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| 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. |  | No se cuenta  |
| 2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.   |  | No se realiza |
| 3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.   |  | No se realiza |
| 4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.  |  | No se realiza |
| 5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.  |  | No se realiza |
| 6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.   | Se crea chat de whatsapp donde por departamentos se reciben todas las informaciones generales. Además, que se cuenta con correos institucionales departamentales para la comunicación entre las diferentes áreas de la institución.<br><br>Evidencia. Chats institucionales, correos institucionales |               |
| 7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.   | Se realizan talleres donde personal de la misma institución entrenan a los colaboradores.<br><br>Evidencia. Listado de asistencia de los talleres.   |               |
| 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.  | Mediante el portal de transparencia se asegura el acceso a los datos de la institución a todas las partes interesadas.<br><br>Evidencia. Portal de transparencia institucional   |               |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  |  |               |
| 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. |  | No se realiza |

#### **SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.  |   | NO SE REALIZA          |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.   |   | No se realiza          |
| 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.). | <p>SI, ACTUALMENTE SE HA INICIADO LA IMPLEMENTACION DE SOFTWARE FREE-BSD (PFSENSE) PARA LA GESTION, ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA RED INTERNA DEL HOSPITAL.</p> <p>Evidencia. Software Free-BSD</p>  |                        |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.   | <p>SI, ACTUALMENTE EL DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION CUENTA CON SERVICIOS EN LA NUBE LOS CUALES SON UTILIZADOS AL DIA A DIA POR TODO EL PERSONAL. SE DEBE FORMENTAR LA PARTICIPACION EN MASA DEL PERSONAL PARA QUE ESTE APORTE IDEAS INNOVADORAS Y COLABOREN ENTRE SI</p> |                        |
| 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.             | <p>SI, PUESTO QUE LAS TIC INCIDEN DE MANERA DIRECTA EN TODOS LOS SERVICIOS QUE SE PROPORCIONAN A LOS USUARIOS.</p>  |                        |

|  |   |               |
|--|---|---------------|
|  | Evidencia. Portal 311, Whatsapp del Hospital para toma de citas,  |               |
| 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. |   | NO SE REALIZA |
| 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.   |   | NO SE REALIZA |
| 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>SI, SE GESTIONAN LOS PROCESOS DEL SUGEMI ACORDE AL MODELO DE ATENCION REQUERIDO PARA LA ORGANIZACIÓN, GARANTIZANDO ASI EL ACCESO OPORTUNO A MEDICAMENTOS DE CALIDAD A TODOS LOS USUARIOS QUE LOS REQUIERAN.</p> <p>Evidencia. POA mensual, Programación del SUGEMI en plataforma</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 garantiza la provisión y mantenimiento de los equipos tanto en el laboratorio, como las demás instalaciones del centro.</p> <p>Evidencia. Formulario de mantenimiento, registro de mantenimientos en laboratorio.</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>No se realiza</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 realizan mantenimientos preventivos a equipos del laboratorio clínico.</p> <p>Evidencia. Registros de mantenimientos de los equipos en laboratorios</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>No se realiza</p> |
| <p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>   |  | <p>No se realiza</p> |
| <p>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).</p> | <p>Se garantiza el acceso, contamos con parqueos disponibles para los usuarios y personal del centro. Además, tenemos acceso al centro por medio de 3 rutas de transporte público.</p> <p>Evidencia. Parqueo de embarazadas, discapacitados, rampas en la entrada de emergencia.</p> |                      |
| <p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>   | <p>Si, comité de desastres y emergencias.</p> <p>Evidencia. Acta de constitución del comité de Emergencias y desastres</p>   |                      |

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| 8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) | SI, Se trabaja bajo un Plan de Mantenimiento ya definido.<br>Evidencia. Plan de mantenimiento, listado asistencia a reuniones, minutas de reuniones |                |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).   |   | NO, SE REALIZA |
| 10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.   |   | NO SE REALIZA  |

### 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><b>La organización:</b></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>Proceso de habilitación, Plan de mejoras continuas, comité de compras, comité de Control de IAAS, comité de emergencias y desastres (no reactivados), comité de farmacoterapeuta, Comité de Mortalidad, Comité de Historia Clínica y comité de calidad.</p> <p>Las responsabilidades de los gestores de servicios tienen su perfil y asignación de funciones, manual de descripción de puestos Cambio de Gestores en algunas áreas. Evidencia: Minutas de reuniones, lista de asistencia y fotos, Perfil de funciones y Manual Descripción de Puestos</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>Con el propósito de documentar y simplificarlos procesos, se opera en base a un mapa de procesos que describe de forma clara los procesos de la institución. Se toman en consideración las opiniones de los pacientes para implementar aquellas</p>   |                 |



|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  | <p>sugerencias oportunas para agilizar el servicio prestado en el centro.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos, sugerencias de los buzones y minutas de comité, nuevo sistema de implementación de citas por departamentos, para agilizar la gestión de citas en consultas, por medio de contratación de nuevas secretarías</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> |  | NO SE REALIZA |
| <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>   |  | NO SE REALIZA |
| <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>Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, evaluación del desempeño. IMPLEMENTACION DE SOFTWARE FREE-BSD (PFSENSE) PARA LA GESTION, ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA RED INTERNA DEL HOSPITAL</p> <p>Evidencia ver carta compromiso, y cartera de servicios y evaluación del desempeño. SOFTWARE FREE-BSD (PFSENSE).</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 cuenta con un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz. Periódicamente se socializan las guías y protocolos del MSP, con el propósito de mantener actualizado al personal., se cuenta con una red de referencia, concatenado con los diferentes centros de la región.</p> |               |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Evidencia: listado de asistencia, informes periódicos de epidemiológicos, chat de referimientos.     |  |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | El centro de salud cuenta con la habilitación, hasta el año 2024.<br>Evidencia: Habilidad del centro |  |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 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. | Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, evaluación del desempeño.<br>Encuesta de satisfacción al usuario externo por el MAP. Encuesta de satisfacción al usuario externo del laboratorio clínico. Evidencia ( ver carta compromiso, y cartera de servicios y evaluación del desempeño, encuesta satisfacción.). |                        |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.  |   | No se realiza          |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>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, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p> | <p>Sistema de solicitud de citas para consulta<br/>- Buzón de sugerencias y encuesta de satisfacción al cliente. Y el sistema 311.</p> |  |
|--|--|--|

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>  | <p>Se encuentra definida la cartera de servicios.</p> <p>Actualmente se han realizado acuerdos o convenios con el ST. Jude Children`s Hospital. Club de Rotario Gurabito Santiago. Voluntariado Jesús con los Niños, Banco Popular R.D.</p> <p>Se realizan intercambios institucionales con el Hospital Robert Reid Cabral y Hospital Dr. Hugo Mendoza. Convenio con las Universidades y ONG</p> <p>(Evidencia acuerdos institucionales, cartera de servicios.</p> |                 |
| <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>Se cuenta con una gestión de traslado para la debida recepción de los pacientes de acuerdo a la disponibilidad.</p> <p>(Evidencia, Chat interno)</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. | Bioseguridad hospitalaria, Evidencia (Epidemiología hospitalaria-infectología, minutas, fotos).<br><br>Comité de disciplina y calidad de enfermería. Evidencia (Listado de participantes). |  |
| 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.                            | Se realizan intercambios institucionales con el Hospital Robert Reid Cabral y Hospital Dr. Hugo Mendoza.<br>Convenio con las Universidades y ONG   |  |

**CRITERIOS DE RESULTADOS**

Documento Externo  
SGC-MAP

## 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.) | Se realizó una encuesta de satisfacción del usuario en conjunto con la unidad de atención al usuario, cuyo reporte correspondiente al primer semestre del año supera el 90% de satisfacción de los usuarios.<br>(Evidencia: informe de satisfacción usuarios) |   |
| 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).   |   | No se ha medido la percepción de los pacientes sobre las orientaciones al usuario que muestra el personal               |
| 3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.  |   | No se ha medido la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización |
| 4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza,   | )   | No se ha medido   |

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).   |  |                 |
| 5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes. |  | No se ha medido |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b>   |
|--|---|--|
| 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.).                    |   | No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la accesibilidad a los servicios físicos y digitales  |
| 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.). |   | No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a calidad de los productos y servicios                  |
| 3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).  |   | No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la diferenciación de los servicios y productos        |
| 4. Capacidades de la organización para la innovación.  |   | No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a las capacidades de la organización para la innovación |
| 5. Digitalización en la organización.  |   | No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la digitalización en la organización                  |

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).   |   | No se ha medido |
| 2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).<br>1. Costo de los servicios.<br>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios<br>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. |   | No se ha medido |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.  |   | No se ha medido |
| 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 se ha medido |
| 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.   | No se ha medido   | No se ha medido |
| 7. Índice de Satisfacción de Usuarios.   | El índice de satisfacción de usuario es de 97.3% Evidencia, evaluación informe satisfacción de usuario enero- junio 2022. |                 |

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

## 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.   |                                      | No se ha medido  |
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)  |                                      | No se ha medido. |
| 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. |                                      | No se ha medido. |

## 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). |                                      | No se ha medido. |
| 2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número,   |                                      | No se ha medido. |



|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| tipo y resultados de las innovaciones implementadas).   |  |                  |
| 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). |  | No se ha medido. |

#### 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. |
| 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). |                                      | No se ha medido. |

#### 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.

##### 1. 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 | El 80 % del personal encuestado considera que la imagen y rendimiento general de la organización es positivo sobre la imagen del hospital |                 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).   | Evidencia: Encuesta clima laboral   |   |
| 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. | El 81.63% del personal de la organización se siente involucrado en el de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores. Evidencia: Encuesta clima laboral |   |
| 3. La participación de las personas en las actividades de mejora.   |   | No se ha medido la participación de las personas en las actividades de mejora |
| 4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.                                     | El 80.38% del personal conoce de los posibles conflictos de interés y la importancia del compromiso ético. Evidencia: Encuesta clima laboral                                    |   |
| 5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.   | El 75.19% de las personas percibe que dispone de mecanismos de consulta y diálogo dentro de la institución. Evidencia: Encuesta clima laboral                                   |   |
| 6. La responsabilidad social de la organización.  |   | No se ha medido La responsabilidad social de la organización                  |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.   |   | No se ha medido   |
| 8. El impacto de la digitalización en la organización.  |   | No se ha medido   |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización.   |   | No se ha medido   |

## 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. |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.   |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.   |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 4. La gestión del conocimiento.   |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 5. La comunicación interna y las medidas de información.  |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.  |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.  |  | No se ha medido la percepción con relación a lo planteado en el ejemplo. |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización. | Encuesta clima laboral.<br>Se evalúa el ambiente laboral representando un 70% sobre la imagen.<br><br>Evidencia, encuesta clima organizacional. |                        |

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). |  | No se ha medido. |
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.                                |  | No se ha medido. |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.  |  | No se ha medido. |

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b>   |
|---|---|--|
| 1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.                |   | No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias. |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento.                            |   | No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias. |
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. |   | No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias. |

**SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).**

**I. Resultados generales en las personas.**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b>  |
|--|---|---|
| 1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, |   | No se ha medido los indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas |

|   |   |  |
|---|---|--|
| índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).  |   |  |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora.   | <p>Mensualmente se realizan reuniones del comité de calidad. Desde el año 2017 se ha realizado anualmente la autoevaluación CAF y se han realizado los Plan de mejora anual. Estamos en proceso de aprobación de la primera versión de la carta compromiso. Con un nivel de participación del personal en las actividades de mejora en un 85%</p> <p>Evidencias: listado de participación, minutas de reuniones</p> |  |
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.  |   | No se cuenta con registro de mediciones sobre el número de dilemas éticos. |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.   |   | No se ha medido  |
| 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). |   | No se ha medido  |

**2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b>                    |
|---|---|---|
| <p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b></p> <p>1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>   |   | No se ha medido el rendimiento individual |
| <p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>   |   | No se ha medido                           |
| <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> |   | No se ha medido                           |
| <p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>   |   | No se ha medido                           |

**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**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| <p>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.</p> |   | No se ha medido.       |

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.  |  | No se ha medido. |
| 3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.  |  | No se ha medido. |
| 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, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.). |  | No se ha medido. |
| 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 ha medido. |
| 6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.  |  | No se ha medido. |
| 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.).  |  | No se ha medido. |
| 8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.  |  | No se ha medido. |

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora  |
|--|--------------------------------------|------------------|
| 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.). |                                      | No se ha medido. |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.   |                                      | No se ha medido  |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).  |                                      | No se ha medido  |
| 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.).  |                                      | No se ha medido. |
| 5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.  |                                      | No se ha medido  |
| 6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).  |                                      | No se ha medido  |



|  |  |                  |
|--|--|------------------|
| 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). |  | No se ha medido. |
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).  |  | No se ha medido. |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.  |  | No se ha medido. |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos.  |  | No se ha medido. |
| 11. Política de residuos y de reciclado.   |  | No se ha medido. |

#### **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.**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.  |   | No se ha medido.       |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). |   | No se ha medido        |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.                               |   | No se ha medido        |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.  |   | No se ha medido        |

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.                     | . | No se ha medido  |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos.                                |   | No se ha medido. |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.                    |   | No se ha medido. |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. |   | No se ha medido  |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 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.   |   | No se realiza.         |
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.   |   | No se ha medido        |
| 3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).  |   | No se ha medido        |
| 4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).   | .   | No se ha medido        |
| 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.) | .   | No se ha medido        |

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.  |   | No se ha medido |
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | . | No se ha medido |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.  |   | No se ha medido |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.                   |   | No se ha medido |

**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.