

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares

**FECHA:**

\_Enero 2023\_

## 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

Documento Externo  
SGC-MAP

GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020  
Página 2 de 75

## 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
<b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	Contamos con una misión y visión alineadas al propósito de nuestra organización que es la atención integral oncológica y a la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y al PNPSP. Éstas son revisadas conjuntamente con el Plan Estratégico Institucional, periódicamente, en el cual se integra la Alta Dirección y diferentes grupos ocupacionales. Evidencias: Informe del Plan Estratégico, páginas web, mural del Lobby, carnet de empleados, Memoria Anual Institucional, Portal de Transparencia institucional, Código de Ética del Servidor Público del INCART.	
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.	En un taller de trabajo directores y gerentes del INCART, en 4 sesiones de trabajo y mediante una metodología participativa técnicamente conducida, se redefinieron los valores del INCART con los cuales se permitirá alcanzar la Misión y Visión. Estos valores están alineados a nuestra visión estratégica, respetando el marco general de valores del sector público. Evidencias: Plan Estratégico página web, mural del Lobby, carnet de empleados, Portal de Transparencia institucional, Código de Ética del Servidor Público del INCART.	
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias	La Misión, Visión y Valores se comunican durante la inducción de personal de nuevo ingreso y a través de talleres de toma de conciencia.	

<p>nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>Los Objetivos Estratégicos y Operativos son comunicados a través del informe final del PEI, en talleres de socialización y en el seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) mediante una comunicación interactiva con cada una de las áreas comprometidas con el cumplimiento del logro de los Objetivos Estratégicos.</p> <p>Evidencias: mural de Lobby principal, carnets de empleados, registro de participantes, página web, inducción personal de nuevo ingreso, correo electrónico y Tablero de Control.</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>La Misión, Visión y Valores se comunican durante la inducción de personal de nuevo ingreso y a través de talleres de toma de conciencia.</p> <p>Los Objetivos Estratégicos y Operativos son comunicados a través del informe final del PEI, en talleres de socialización y en el seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) mediante una comunicación interactiva con cada una de las áreas comprometidas con el cumplimiento del logro de los Objetivos Estratégicos.</p> <p>Evidencias: mural de Lobby principal, carnets de empleados, registro de participantes, página web, inducción personal de nuevo ingreso, correo electrónico y Tablero de Control.</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>La visión, misión y valores son revisados tomando en cuenta los cambios en el entorno, aplicando el análisis PEST.</p> <p>Evidencias: Matriz del Plan Estratégico, análisis PEST y FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).</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>El INCART tiene sistemas y/o aplicaciones que ayudan a aumentar la eficacia de la prestación del servicio, a potenciar las habilidades digitales e interrelacionar los procesos: HIS, DYNAMIC, LABPLUS, PATWIN, X-FARMA, GLPI, Microsoft Office. El depto. de Tecnología de la Información y Comunicaciones capacita a los usuarios y da las pautas para la protección de datos.</p> <p>Evidencias: Listado de asistencia.</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>Contamos con 3 comisiones de ética: Ética Pública, Bioética de la investigación y Bioética Asistencial, conformadas y juramentadas por los organismos rectores.</p> <p>Evidencias: Portal de Transparencia, Código de Ética del Servidor Público del INCART, Actas de conformación de Comités y actas de reuniones.</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>Se realizan reuniones y capacitaciones donde se socializa con todo el personal del INCART todo lo relacionado a la misión, visión y valores de la institución. En adición se realizan Revisiones por la Dirección donde se evalúa el desempeño y adecuación de la Misión, Visión, Valores y Política de la Calidad.</p>	

	En el Plan de Capacitación, se incluye el curso Habilidades de Liderazgo orientado a formar y a desarrollar capacidades a los líderes de la institución Evidencias: listado de asistencia a reuniones y entrenamientos.	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	Existe una estructura institucional que está en proceso de adecuación para la certificación con el MAP y el SNS. Hemos identificado cambios, los cuales se están negociando con el MAP: reuniones internas y reuniones con el MAP, correos, entre otros. Evidencias: reuniones internas y reuniones con el MAP, correos, entre otros.	No existe un organigrama aprobado por el MAP.
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.	Existen indicadores de desempeño y objetivos definidos a todos los niveles. Evidencias: POA de las áreas, Gráficas de indicadores y objetivos, Tablero de Mando, entre otras.	
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.).	Se han identificado los grupos de interés, sus necesidades y expectativas. Esas necesidades y expectativas se traducen en requisitos para poder cumplirlas.  Evidencia: LI-SGC-06, Análisis de la comunidad de interés La percepción de las partes interesadas sobre la calidad de los servicios ofrecidos por el Incart, se recoge mediante encuestas y buzones de sugerencias. Se introducen mejoras del sistema de gestión y el rendimiento basado en los resultados de éstos. Evidencias: encuestas de satisfacción, manejo de buzones, redes sociales y Línea 311.	

<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>Nuestra Organización ha implementado sistemas de información que nos permiten monitorear, evaluar y dar seguimiento a los procesos fundamentales de nuestra organización, permitiéndonos crear y fomentar una cultura de mejoramiento continuo.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dashboard (BSC): indicadores Clínicos y Salud.</li> <li>• Tablero de Control POA: Seguimiento al cumplimiento de las actividades de los Planes Operativos.</li> <li>• Procedimiento para la Creación, Actualización y Control de la Información Documentada de los servicios.</li> <li>• Matriz e Gestión de Riesgo y Oportunidades de los procesos.</li> <li>• Sistemas Informáticos: ayudan a administrar, recolectar, recuperar, procesar, almacenar y distribuir información.</li> </ul>	
<p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>	<p>El Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución está basado en los lineamientos de la norma ISO 9001:2015 con lo cual se demuestra un compromiso hacia la Mejora Continua de los Procesos.</p> <p>Actualmente se encuentran certificadas bajo la norma ISO 9001:2015 como procesos misionales las áreas de Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica así como los procesos de apoyo de Gestión de Compras, Gestión Humana, Planificación y Desarrollo, Gestión de la Calidad, Servicios Auxiliares, Tecnología de la Información, Electromedicina, Mantenimiento e Infraestructura, Logística y Almacén, Gestión a Usuarios y Finanzas. La certificación se obtuvo en marzo del 2020 y en marzo de 2021 la institución pasó por la auditoría de seguimiento del 1er año y en abril 2022 la segunda auditoría, obteniendo resultados satisfactorios en todas las auditorías.</p> <p>Evidencias: Planes e informes de auditorías</p>	



<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Nuestra Organización cuenta con sistemas Informáticos que ayudan a administrar, recolectar, recuperar, procesar, almacenar y distribuir información</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dashboard (BSC): indicadores Clínicos y Salud.</li> <li>• Tablero de Control POA: Seguimiento al cumplimiento de las actividades de los Planes Operativos.</li> </ul>	
<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>El direccionamiento estratégico de nuestras operaciones ha creado las condiciones para nuestros procesos y prestaciones de servicios, tomando en cuenta el impacto y beneficios de una cultura de mejoramiento continuo, gestión de proyectos y trabajo en equipo, sustentado en la formulación e implementación de Planes Estratégicos y un Sistema de Gestión de la Calidad, como ejes fundamentales. Estos sistemas nos han permitido identificar oportunidades de proyectos para aumentar la capacidad y mejoras de nuestros procesos, así como la satisfacción de nuestros usuarios.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEI 2020-2023</li> <li>• ISO 9000-2015</li> <li>• Buzón Sugerencias</li> <li>• Procedimientos</li> <li>• Políticas</li> <li>• Matriz de Riesgos y Oportunidades.</li> </ul>	
<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>Existe un Plan de Comunicación que define: quién comunica, qué, cuándo, a quién y cómo comunicar. Además, la Alta Dirección mantiene un ambiente de receptividad y respeto para lograr una comunicación eficaz.</p> <p>La cartera de servicios está publicada en la recepción del hospital y en la página web.</p>	

	<p>Evidencias: Plan de Comunicación LI-SGC-08, resultados encuesta de Clima Laboral, de satisfacción del usuario/cliente, mensajes en cuentas de redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter), memos, publicaciones en correos electrónicos, página web, portal de transparencia, intranet, murales y periódicos, Listado de asistencia a reuniones y capacitaciones.</p>	
<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>Los líderes/ directivos demuestran su compromiso hacia la mejora continua brindando apoyo al SGC implementado, cumpliendo con los requerimientos del MAP y el SNS, los requisitos legales y reglamentarios.</p> <p>En reuniones analizan y evalúan los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición y que conducen a la mejora.</p> <p>El INCART, a través de la Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento, promueve la investigación clínica y somete proyectos al Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT) y evalúa trabajos de investigación y proyectos de tesis universitarias.</p> <p>Evidencias: Certificado ISO 9001:2015, reuniones del equipo de Calidad, reuniones internas y externas, auditorías externas, alianzas internacionales para mejora de procesos gerenciales, de investigación y asistenciales, informes. Comité de Bioética de la Investigación, Certificación CITI, resultados encuestas de Clima Laboral y de satisfacción del usuario/cliente.</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>El Departamento de Recursos Humanos comunica todos los cambios y asuntos de interés relacionados con los colaboradores.</p> <p>Todo lo relacionado con la comunicación a los grupos de interés se realiza en coordinación con el Departamento de Mercadeo y Comunicaciones a través de las redes sociales, publicaciones en</p>	

	<p>periódico, murales y página web, p. ej., actividades sociales, charlas, cartera de servicios, cambios de horarios, teléfonos, artículos médicos, notas de prensa.</p> <p>La Oficina de Libre Acceso a la Información Pública pone a disposición de los ciudadanos los contenidos de transparencia considerados en la Ley General de Libre Acceso a la Información Pública Ley 200-04 y el Decreto No. 130-05 que regula esta ley. Es además el medio de recepción y remisión de las quejas, denuncias, reclamaciones y sugerencias de la ciudadanía.</p> <p>Estas comunicaciones siempre deben contar con la aprobación de la Dirección General.</p> <p>Evidencias: correos electrónicos, memos, mensajes en redes sociales, publicaciones en murales, página web, portal de transparencia, intranet y periódico, realización de actividades sociales y eventos, informes de auditorías, visitas de seguimiento, entre otros. Listado de asistencia a reuniones y capacitaciones.</p>	
<p>II. 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>Gestionamos la prevención de la corrupción, a través del código de ética y la ley 41-08 de Función Pública.</p> <p>Acorde a la Ley 340-06 de Compras y Contrataciones tenemos conformado el Comité de Compras, el cual se asegura del cumplimiento para la compra y contrataciones de bienes y servicios. Se realizan reuniones y capacitaciones donde se socializa con todo el personal</p> <p>Evidencias: comité de ética, código de ética, registros de asistencia, inducción del nuevo personal, registro de asistencia y minutas del Comité de Compras.</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
----------	--------------------------------------	-----------------

Documento Externo  
SGC-MAP

<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>I. 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>La institución pone en práctica lo que establece en sus objetivos y valores de la forma más abajo expuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgando los objetivos estratégicos de la Planeación Estratégica Institucional (PEI) y promoviendo a los empleados los valores contenidos en la Filosofía Institucional.</li> <li>- Ejerciendo un liderazgo efectivo y participativo en su ámbito de influencia.</li> <li>- Asegurando el correcto y transparente uso de los recursos, respetando los derechos de personal y usuarios, emulando así con su comportamiento, los valores institucionales.</li> <li>- Conformación del Comité de Ética Pública en cumplimiento con DIGEIG.</li> <li>- Creación del código de ética y de identidad institucional.</li> <li>- Realizando reuniones de seguimiento tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión por la Dirección: reunión de la Alta Dirección y el equipo de calidad para revisar el estado y cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.</li> <li>Revisión del Equipo de Calidad: reunión para revisar los indicadores de desempeño de las diferentes áreas de la institución, así como, el seguimiento a los planes de mejoras.</li> <li>• Reuniones Comité de Garantía de la Calidad: revisión de los indicadores de salud y puntos de mejora de la institución.</li> <li>• Reuniones periódicas para de metas y objetivos de producción y servicio con el involucramiento de las áreas involucradas a través del formulario 67<sup>a</sup>, Ejecuciones Presupuestaria, Tablero de Mando CEAS</li> </ul> </li> </ul>	
---	---	--

	Evidencias: Minutas de reuniones, listados de asistencia, formulario 67ª, remisiones de formularios, informes al SNS, código de ética.	
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>Para promover la cultura de confianza y respeto la institución establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones para discutir temas de importancia con la participación de empleados de diferentes niveles jerárquicos de la institución.</li> <li>- Cultura de puertas abiertas en todos los niveles de la organización.</li> <li>- Talleres de Humanización y Sensibilización al personal de la institución.</li> <li>- Actividades sociales y culturales entre los empleados de la organización.</li> </ul> <p>Evidencias: Minutas de reuniones, programa de capacitación, Lista de asistencia a capacitación y reuniones.</p>	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	<p>La institución mantiene informado a los empleados a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicaciones y memorándums internos, correos y anuncios a través de la página web y en murales informativos a través de publicaciones.</li> <li>- Se han realizado encuestas de clima laboral a los empleados por parte de Gestión Humana y el Comité de Ética.</li> <li>- Seguimiento a los buzones de denuncias del Comité de Ética Pública.</li> </ul> <p>Evidencias: Página Web, comunicaciones, invitaciones a actividades, correos electrónicos, denuncias de 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>Establecimiento de inducción al puesto, procedimientos, instructivos, manuales, ayudas visuales y otros documentos que ayuden a los empleados a realizar sus tareas de una forma estandarizada.</p> <p>Para impulsar la consecución de planes y objetivos, se elaboran planes de acción donde se monitorea el avance mediante reuniones de seguimiento.</p> <p>Evidencias: procedimientos, planes de acción, acuerdos de desempeño, minutas de reuniones, nóminas de incentivo por cumplimiento.</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>Elaboración y monitoreo de los acuerdos de desempeño de los empleados</p> <p>Reuniones de staff, reuniones de áreas, reuniones de Calidad</p> <p>Evidencias: Acuerdos de desempeño, minuta de reuniones, listados de asistencia.</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>Entrenamiento cruzado, charlas y capacitaciones de acuerdo a la detección de necesidades, programa de Capacitación, tanto para el personal administrativo como para el personal de la salud.</p> <p>Evidencias: Registro de entrenamiento, formulario de detección de necesidades, programa de capacitación.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>Los esfuerzos individuales y de equipo son reconocidos en reuniones de seguimiento del desempeño y en actividades.</p> <p>Evidencias: Incentivos por Desempeño.</p>	<p>No existe un programa formal de reconocimiento.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo</p>	<p>Al definir el contexto de la institución en el diseño del SGC y en el proceso de Planeación Estratégica, se hizo un Análisis de los grupos de interés del INCART, donde</p>	

<p>sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>se plasmaron sus necesidades y expectativas para convertirlas en requisitos y poder satisfacerlas. Se revisa conjuntamente con el avance los objetivos estratégicos y operativos.</p> <p>Evidencias: LI-SGC-06 Análisis de la comunidad de interés, revisión del PEI y POA.</p>	
<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>Colaboramos con el Ministerio de Salud Pública, el Viceministerio de Garantía de Calidad, el Servicio Nacional de Salud, el Servicio Regional de Salud Metropolitano.</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Se ha definido el Marco Normativo que rige la organización y contiene los requisitos legales y reglamentarios que se deben cumplir. Entre los principales se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 42-01, Ley General de Salud y sus reglamentos</li> <li>- Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus Reglamentos</li> <li>- Ley 41-08 de Función Pública</li> <li>- Decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud</li> <li>- Constitución de la República Dominicana</li> <li>- Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo</li> <li>- Decreto No. 00024-05 que oficializa el Modelo de Redes de los Servicios Regionales de Salud</li> <li>- Decreto No. 134-12 que otorga autonomía funcional al INCART como parte de la Red Pública de Servicios Asistenciales</li> <li>- Reglamento 434-07 para los CEAS y demás normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</li> </ul> <p>Evidencias: Definido en MA-SGC-01, documentos de origen externos (INTRANET), página web y memorias institucional.</p>	

4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	La Planeación Estratégica del INCART se alinea con la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) y los objetivos de los órganos rectores (SNS, SRSM...); A partir de la PE, se elabora el Plan Operativo Anual (POA), que conlleva un Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) y un presupuesto, los cuales son la expresión financiera cuantitativa de los propósitos, programas y actividades. Este presupuesto es aprobado por el organismo correspondiente.	
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.).	Desarrollan alianzas con universidades, proyectos de cooperación internacional, centros hospitalarios y entidades del sector público.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	La Alta Dirección participa en actividades de nuestros órganos rectores, fundaciones y voluntariado.	
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.	A través de las redes sociales y la página web del Incart se publican los servicios que brinda, artículos y actividades centrado en las necesidades de grupos de interés a través del depto. de Mercadeo.	

**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
----------	--------------------------------------	-----------------

Documento Externo  
SGC-MAP



<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>El contexto de la organización se analiza mediante análisis FODA y PEST al realizar el PEI y ante cambios que impacten el SGC.</p> <p>Evidencia: Informe del ejercicio realizado para definir el Plan Estratégico Institucional vigente.</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>Contamos con una matriz con nuestro grupo de interés identificado. Ha sido informado a áreas impactadas por el SGC.</p> <p>Evidencias: matriz de grupo de interés, reuniones, correos, convocatorias.</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>Periódicamente hacemos revisiones tomando en cuenta el análisis PEST.</p> <p>Evidencias: análisis PEST.</p> <p>Contamos con reportes electrónicos tanto en Excel como en nuestro Sistema informático hospitalario, dichos reportes son generados y analizados periódicamente y permite a cada área y a la institución evaluar el desempeño de los procesos y de la organización para la toma de decisiones..</p>	
<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>El desempeño de la organización se analiza mediante indicadores definidos internamente y por nuestros órganos rectores; análisis FODA al realizar el PEI y ante cambios que impacten el SGC.</p> <p>Además, se han definido matriz de riesgos a los procesos del alcance del sistema de gestión de calidad, las cuales son monitoreadas periódicamente.</p> <p>Evidencias: Informe del ejercicio realizado para definir el Plan Estratégico Institucional vigente, monitoreo de indicadores y matriz de riesgos de procesos.</p>	

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

Documento Externo  
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Se traduce la misión y la visión a través del Plan Operativo Anual (POA) y el Plan Estratégico Institucional (PEI). Nuestros Objetivos estratégicos están orientados a la Visión y Misión institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio integral al paciente oncológico.</li> <li>- Calidad del Servicio.</li> <li>- Investigación y Docencia.</li> <li>- Sostenibilidad Financiera e Institucional.</li> </ul> <p>Contamos con un análisis FODA donde se identificaron las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que sirvieron de base para establecer los Objetivos Estratégicos de nuestro PEI.</p> <p>Tenemos un Sistema de Gestión de Calidad certificado ISO 9001:2015, por lo tanto tenemos un sistema de Gestión de Riesgos establecido por procesos con la finalidad de identificar riesgos potenciales que nos permiten tomar acciones para la mitigación o eliminación del riesgo identificado para contribuir al logro de nuestros objetivos.</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>Fueron involucrados todos los grupos de interés relevantes en la elaboración del PEI. También contamos con una matriz de análisis de nuestra comunidad de interés.</p> <p>Evidencias: registros, talleres, invitaciones o convocatorias, Matriz Análisis Comunidad de Interés (LI-SGC-06)</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y</p>	<p>Durante el monitoreo y seguimiento de nuestro POA y PEI podemos analizar los resultados (salidas) de nuestros procesos y determinar el impacto (el cual</p>	

transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	integra los aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género) de estos comparándolos contra los resultados esperados o planificados, lo cual nos ayuda a determinar el cumplimiento de las actividades para determinar la calidad de nuestro POA y PEI.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Durante la elaboración de nuestro POA se toman en cuenta las necesidades de recursos de cada área, la cual incluye: Recursos Humanos Necesidades de Capacitación Necesidades de Equipos y nuevas Tecnologías Planificación de recursos para apertura de nuevos servicios	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2023, establece las prioridades de los planes, programas y proyectos a realizar en el marco temporal, luego de analizar el contexto de la institución mediante un Análisis FODA. Incluye 1 objetivo estratégico, 4 ejes estratégicos, 13 objetivos específicos, 21 líneas de acción, redactadas de manera tal que puedan articularse con la planificación operativa.  Evidencias: Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2023.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	A partir de los objetivos del PEI, anualmente se elabora el Plan Operativo Anual (POA), donde se definen los planes, programas y proyectos para las	

	<p>unidades. El nivel de cumplimiento se revisa mensualmente y se reporta cada 3 meses al SRSM.</p> <p>Evidencias: Plan Operativo Anual (POA).</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>Mensualmente, la Gerencia de Planificación, le da seguimiento mediante un cuadro de mando a estos planes y tareas, reportando el estatus a la Gerencia de Área de Salud Distrito Nacional Oeste (D.N.O); al final del trimestre se reporta al SRSM el estatus de lo programado vs ejecutado y las evidencias.</p> <p>Evidencias: Cuadro de mando, reportes y evidencias.</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>Para asegurar la implementación de la estrategia, se realizan reuniones, por lo menos dos veces al año, para evaluar los logros de la organización en la consecución de los objetivos planteados en el Plan Estratégico Institucional.</p> <p>Evidencias: Plan Estratégico Institucional 2020-2023, Plan Operativo Anual (POA), Seguimiento a planes, programas y proyectos, seguimiento a la ejecución del presupuesto, listado de asistencia a reuniones.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. 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>Existe un Departamento de Investigación y Gestión del Conocimiento que promueve la investigación clínica y transnacional y la educación continuada del personal de la salud.</p> <p>Evidencias: proyectos de investigación realizados, Comité de Bioética de la Investigación, evaluaciones de trabajos de investigación y tesis universitarias, programa académicos..</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>Existe un Departamento de Investigación y Gestión del Conocimiento que promueve la investigación clínica y trasnacional y la educación continuada del personal de la salud. Evidencias: proyectos de investigación realizados, Comité de Bioética de la Investigación, evaluaciones de trabajos de investigación y tesis universitarias, programa académicos.</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Existe un Plan de Comunicación que considera lo siguiente: Responsable (quien comunica), Tipo de comunicación (que comunicar), a quién va dirigido, si es comunicación externa o interna.  Evidencias: memos, correos electrónicos, letreros, LI-SGC-08 Plan de Comunicación.</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>En la formulación de los acuerdos de desempeño, el colaborador junto a su supervisor pueden proponer mejoras en sus áreas de trabajo.  Evidencia: Formularios acuerdos de desempeño.</p>	
<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.</p>	<p>Existe un Departamento de Investigación y Gestión del Conocimiento que promueve la investigación clínica y trasnacional y la educación continuada del personal de la salud. Evidencias: proyectos de investigación realizados, Comité de Bioética de la Investigación, evaluaciones de trabajos de investigación y tesis universitarias, programa académicos.</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Para la adquisición de bienes y servicios para la implementación de los cambios, se siguen los lineamientos del PR-COM-01. Evidencias: PR-COM-01, órdenes de compra y contrataciones.</p>	

**CRITERIO 3: PERSONAS**

Documento Externo  
SGC-MAP

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>El departamento de Gestión Humana realiza reuniones con el área de calidad periódicamente para crear, actualizar y modificar procedimientos internos y mejoras continuas. Evidencias: Formularios Procedimientos Descripciones de Puestos</p>	
<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>Existe una Política de Gestión de Recursos Humanos que incluye flexibilidad. Evidencias: Política de Gestión de Recursos Humanos, damos cumplimiento a la ley 41-08 La Dirección de Gestión Humana posee políticas de RRHH alineadas a la Ley 41-08 y la Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad No. 05-13 Evidencias: Procedimiento de Contratación e Inducción de Personal. Formularios de permisos, licencias, vacaciones, tardanzas. Licencias y permisos por maternidad y paternidad. Permisos de estudios.</p>	
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>Existe una Política de Gestión de Recursos Humanos que incluye flexibilidad. Evidencias: Política de Gestión de Recursos Humanos, damos cumplimiento a la ley 41-08 La Dirección de Gestión Humana posee políticas de RRHH alineadas a la Ley 41-08 y la Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad No. 05-13 Evidencias:</p>	

	<p>Procedimiento de Contratación e Inducción de Personal.</p> <p>Formularios de permisos, licencias, vacaciones, tardanzas.</p> <p>Licencias y permisos por maternidad y paternidad.</p> <p>Permisos de estudios.</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>Existe una Política de Gestión de Recursos Humanos que incluye flexibilidad como son: permisos de estudios, capacitaciones de desarrollo presenciales y virtuales.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Correos de solicitud de información sobre capacitaciones virtuales y presenciales.</p> <p>Lista de Asistencia de Capacitaciones sobre Hacienda e Inversión Pública (CAPGEFI), Formación de Facilitador de la Formación Profesional (INFOTEP).</p> <p>Lista de Asistencia de Capacitaciones del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).</p>	
<p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p>	<p>La Dirección de Gestión Humana garantiza que las capacidades de su personal sean adecuadas a través del análisis de los Perfiles y Descripciones de Puesto, Inducción Administrativa e Inducción al puesto, y mediante el cumplimiento de lo establecido en los Procedimientos de Contratación e Inducción de Personal y Reclutamiento y Selección de Personal.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Perfiles y Descripciones de Puesto actualizadas.</p> <p>Lista de asistencia a Inducción Administrativa.</p> <p>Procedimiento de Contratación e Inducción de Personal.</p> <p>Procedimiento de Reclutamiento y Selección.</p>	
<p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p>	<p>La Dirección de Gestión Humana garantiza que las capacidades de su personal sean adecuadas a través del análisis de los Perfiles y Descripciones de Puesto, Inducción Administrativa e Inducción al puesto, y mediante el cumplimiento de lo establecido en los</p>	

	<p>Procedimientos de Contratación e Inducción de Personal y Reclutamiento y Selección de Personal. Evidencia:</p> <p>Perfiles y Descripciones de Puesto actualizadas. Lista de asistencia a Inducción Administrativa. Procedimiento de Contratación e Inducción de Personal. Procedimiento de Reclutamiento y Selección.</p>	
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>La institución apoya la cultura del desempeño a través de la implementación de los Acuerdos de Desempeño, para este proceso se analizan las metas, individuales y de equipo, establecidas desde el ingreso del empleado, las calificaciones obtenidas son tomadas en cuenta para la distribución de las remuneraciones. También tenemos la política de Reconocimiento al Mérito que se realiza de forma anual.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Formulario de Acuerdos de Desempeño. Formulario de Evaluación de Empleados para Reconocimiento al Mérito.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>Están implementados los Acuerdos de Desempeño, para este proceso se analizan las metas, individuales y de equipo, establecidas desde el ingreso del empleado, las calificaciones obtenidas son tomadas en cuenta para la distribución de las remuneraciones. También tenemos la política de Reconocimiento al Mérito que se realiza de forma anual.</p>	



	Evidencia:  Formulario de Acuerdos de Desempeño. Formulario de Evaluación de Empleados para Reconocimiento al Mérito.	
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.	La Dirección de Gestión Humana posee políticas de RRHH alineadas a la Ley 41-08 y la Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas.	No existe una Política de género como tal, tampoco existe una unidad de género.

**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.	Se ha implementado indicadores de cumplimiento de capacitación (programados vs. realizados). Se realizan actividades cursos, talleres, diplomados y conferencias, dirigidos a mejorar la competencia del colaborador y la atención en salud. También existe un Procedimiento de Realización Actividades Académicas del INCART También existe un Departamento de Investigación y Gestión del Conocimiento que promueve la investigación clínica y trasnacional y la educación continuada del personal de la salud. Evidencias: proyectos de investigación realizados, Comité de Bioética de la Investigación, evaluaciones de trabajos de investigación y tesis universitarias, programa académicos.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	La institución posee como parte de su procedimiento de Contratación e Inducción de Personal, la Inducción Administrativa y la Inducción al Puesto, ambas sirven de apoyo y acompañamiento al empleado desde su inicio y en el proceso de adaptación al cargo.  Evidencias:	

	<p>Procedimiento de Contratación e Inducción de Personal</p> <p>Lista de asistencia a la Inducción Administrativa</p>	
<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>El área de reclutamiento en conjunto con los encargados departamento realizan las promociones internas de los colaboradores, de acuerdo al perfil del puesto.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios de Entrevistas</li> <li>Pruebas psicométricas requeridas de la posición</li> <li>Acción de personal</li> <li>Carta del área autorizando el traslado</li> </ul>	
<p>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).</p>	<p>En la actualidad se está ofreciendo las capacitaciones virtuales y presenciales a través de la plataforma ofrecida por INAP, INFOTEP y CAPGEFI.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios de solicitudes Capacitaciones sobre Hacienda e Inversión Pública (CAPGEFI),</li> <li>Fotos por Whatsapp y lista de asistencia virtual a través de plataforma, calificaciones Formación Profesional (INFOTEP).</li> <li>Formularios de solicitudes Capacitaciones (INAP)</li> </ul>	
<p>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.</p>	<p>La institución, a través de la División de Capacitación y Desarrollo, se analiza las áreas de impacto y a través de este análisis se incluyen las capacitaciones detectadas en el Plan de Capacitación Anual y Posteriormente se dan a conocer en el Programa de Capacitación Trimestral. La ejecución de la capacitación de manejo de conflicto, y ética profesional. Actualmente contamos con un comité</p>	

	de ética, el mismo es convocado a las inducciones y trata temas relacionados a la ética como servidor público, derecho y deberes.	
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.	<p>La institución evalúa los programas de formación a través de los Formulario de Evaluación de Capacitación y Facilitador y Evaluación de Eficacia de la Capacitación, a través de estos se reciben la retroalimentación de los participantes y de los responsables de área en cuanto a la mejora de los colaboradores luego de la capacitación.</p> <p>También se emite trimestralmente el Informe de Capacitación, donde se dan a conocer indicadores de asistencia, logro del programa de capacitación, horas, nombres empleadas en capacitación, etc.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario de Evaluación de Capacitación y Facilitador</li> <li>Formulario de Evaluación de Eficacia de la Capacitación</li> <li>Informe Trimestral de Capacitación</li> </ul>	

**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>
I. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	<p>La institución cuenta con canales de comunicación para los empleados.</p> <p>Evidencias: Buzones, Comité de Ética, Unidad de Relaciones Laborales</p>	

<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>Periódicamente se realizan reuniones de seguimiento del POA, donde participan todas las áreas en conjunto con el departamento de planificación y Desarrollo.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de asistencia de los encargados de áreas</li> <li>Correos electrónicos</li> </ul>	
<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>La organización realiza encuesta de clima organizacional cada dos años de acuerdo a los lineamientos del MAP</p> <p>Evidencia: Encuesta de Clima, y los informes de seguimiento.</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>Integramos un médico ocupacional para la supervisión de la seguridad laboral, concientizar al personal por medio de charlas, capacitaciones.</p> <p>Evidencia: Acción de personal integración medico ocupacional, listas de participantes, diapositivas.</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>La institución posee varios horarios trabajo para garantizar un horario flexible para cada empleado. El horario administrativo es de 40 horas a la semana. La organización cuenta con un Comité de Bioética, la cual promueve una cultura de valores éticos. El personal de nuevo ingreso es inducido en los valores éticos de la institución.</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>La Dirección de Gestión Humana posee políticas de RRHH alineadas a la Ley 41-08 y la Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad No. 05-13</p>	

	Evidencias: Personal con discapacidad contratada.	
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.	La institución tiene en proyecto un programa de ejercicios y monitoreo de alimentación para los empleados.  Evidencia: Proyecto Gimnasio	

#### CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><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>Existen académicos, universidades, otros centros de salud nacionales e internacionales, proveedores, sociedad civil, publico privado. Evidencias: convenios, resultados de la colaboración, listado de proveedores, colabores, patrocinadores</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>El Incart ha desarrollado acuerdos con universidades nacionales para la realización de residencias médicos a cargo del Comité de Enseñanza y de pasantías para el personal administrativo. Se han sometido propuestas de investigación al Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT) y realizadas en colaboración con el Instituto de Cancerología Nacional de México y la UASD. Creación del Club de donantes.</p>	

Documento Externo  
SGC-MAP

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.	No se dispone de esta información	Formalizar alianza público-privada y crear herramientas para evaluar el nivel de cumplimiento de los acuerdos.
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	Actualmente, contamos con algunas alianzas público-privadas pero no están formalizadas muchas de ellas (voluntariado, donantes en especies, dinero y eventos musicales.	Identificar y desarrollar alianzas público privadas (APP)
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Los proveedores son contratados de acuerdo a la Ley de Compras y Contrataciones 340-06 tomando en consideración criterios de responsabilidad social. Evidencias: Procesos de Compras	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. 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.	No se cuenta con el involucramiento de los ciudadanos/clientes en el proceso de toma de decisiones	Desarrollar programa para involucrar a los ciudadanos/clientes en la toma de decisiones dentro de la organización.
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.	Se cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la información, que mediante un portal se hace transparente el funcionamiento de la organización. Se cuenta con una página web y diferentes redes sociales donde se colocan informaciones pertinentes para los diferentes grupos de interés. También la institución cumple con la entrega a tiempo y calidad	

	de la información de los reportes solicitados por órganos rectores (SNS, SRSM, MAP, etc). Evidencias: Portal de Libre Acceso a la información. Página Web y Redes Sociales Informes	
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.	La organización informa a los usuarios sobre sus servicios a través de la página web de la institución y a través de las diferentes redes sociales. Se cuenta con una cartera de servicios aprobada por la Dirección General de Habilitación.  Evidencias: Página Web Redes Sociales	Se encuentra en proceso el desarrollo de la Carta Compromiso al Ciudadano

**SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Para garantizar el cumplimiento del objetivo estratégico "Asegurar la autosostenibilidad financiera de la institución mediante la gestión eficiente de los recursos, la institución utiliza la herramienta "flujo de caja", lo que nos permite establecer una base sólida para sustentar las deudas y/o compromiso con proveedores y colaboradores. El Incart cuenta con un POA institucional alineado al PEI, el cual es monitoreado por el funcionario correspondiente. Evidencia:	Mejorar las tarifas con las ARSs Gestionar Recursos con organismos e instituciones que pueda cubrir parte del gasto de mantenimiento, ya que actualmente el INCART no genera los recursos necesarios para los fines. Reducir las glosas médicas, mediante el análisis intrínseco de sus causas.

	<p>Flujo de caja proyectado Flujo de caja mensual ejecutado Poa</p> <p>PEI</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 INCART cuenta con la Unidad de Auditoría de la Contraloría y con la Gerencia de Revisión y Control, las cuales realizan revisión minuciosa de todas las operaciones de compras, y desembolsos (pagos a proveedores y colaboradores, conforme a las normas establecidas. Así mismo la institución cuenta con la Unidad de Acceso a la Información y su portal de transparencia apegados a las normas establecidas. La institución cuenta además con el comité de compras y contrataciones públicas para analizar las compras y garantizar la transparencia en las compras de la institución.</p> <p>Evidencias: Portal <a href="http://www.incart.gob.do">http://www.incart.gob.do</a> Sección OAI Sigef Ejecución Presupuestaria</p>	<p>Por la cantidad de operaciones y recursos que la institución genera, el INCART debe contar con un sistema financiero robusto, que permita: Facturación oportuna y eficiente, lo que redundará en la disminución de los tiempos de espera de los pacientes. Módulo de reclamaciones, que identifique con oportunidad las facturas pendientes de reclamar y de donde se obtenga la trazabilidad de los expedientes clínicos luego de las altas médicas.</p>
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>EL INCART realiza análisis de riesgos y oportunidades en decisiones financieras relevantes, realizando análisis financiero y reuniones con las áreas pertinentes</p> <p>Evidencia: Actas de Reuniones Análisis financieros</p>	<p>Identificar y Desarrollar la matriz de riesgos, que nos permita tener una herramienta razonable para la toma de decisiones. Desarrollar junto a la dirección de planificación una matriz para los estudios financieros de proyectos</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>Contamos con el Comité de Compras para asegurar la Gestión rentable y ahorrativa de los recursos. La institución cuenta con un sistema de contabilidad por centro de costos, donde se identifica las</p>	



	<p>debilidades financieras de cada centro y son socializadas con los gerentes de áreas para presentar posibles mejoras a los resultados.</p> <p>El INCART cumple con las normativas del Sistema de Administración Financiera del Estado (SIAFE), mediante la herramienta SIGEF, contando con los componentes Presupuesto, Tesorería. Todos los ingresos del INCART son depositados en la cuenta única del tesoro y los pagos realizados a través de la plataforma SIGEF, validados por la Contraloría General del la RD. Los activos fijos están registrados y controlados en el sistema de administración de bienes SIAB</p> <p>Evidencia: Registro Bienes SIAB SIGEF</p>	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	<p>Existe un informe mensual del área de hospitalización, donde se evidencia la producción y los indicadores de esta área. Además de un informe trimestral de producción del área; Un informe mensual de los insumos y medicamentos</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>	<p>Existencia de bases de datos actualizados institucionales, para el análisis y producción de información alineada a la estrategia y objetivos operativos.</p> <p>Evidencia: Base de datos actualizadas y extraíbles con fines de información</p>	

<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Contamos con un procedimiento de Control de Documentos que define la forma que se manejan los documentos de origen externos. Existe un Departamento de Estadísticas que recoge, procesa y almacena los datos requeridos por nuestras entidades superiores (MSP, SRSM, D.N.O). Formamos parte del sistema de vigilancia epidemiológica y para esto el Departamento de Epidemiología reporta las enfermedades infectocontagiosas de Alerta Temprana y de casos de otras enfermedades especiales y no transmisibles, a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)' Evidencias: PR-SGC-01, documentos externos en carpeta de Documentación SGC (intranet), reporte de datos estadístico.</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>Contamos con herramienta de difusión masiva es un boletín de información de circulación interna para transmitir contenido académico y eventos.</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Las informaciones externas que se envía del servicio son retransmitida por difusión masiva a todo el personal del Incart; a través del área de Recursos humanos a partir de esto se distribuye una agenda programada de capacitaciones que funciona para el desarrollo y el aprendizaje de los colaboradores.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>Difusión de charlas, capacitaciones, mediante, correos masivos, y plataforma virtual de INFOTEP y mural institucional.  Evidencias: Correos electrónicos para difusión masiva</p>	

6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	La organización cuenta con la matriz del “Plan de Comunicación” donde está establecido los responsables de comunicar temas específicos y a quien se debe de comunicar.  Evidencias: LI-SGC-08 Plan de Comunicación	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se cuenta con una base de datos de Procedimientos, Manuales e Instructivos de los diferentes servicios, los cuales son accesible para todo el personal de la institución. Evidencias: Documentación del SGC en la Intranet	
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.	Se implementó el taller de fármaco vigilancia y la charla sensibilización para las personas con discapacidad para todo el personal de INCART. Evidencia: Fotos y listas de participantes	
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.	Se retiene un informe de los procesos que realizan y de los entregables, de esta manera para la persona que vaya a sustituir pueda continuar con el proceso. Evidencias: Informes Entregables	

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	Los procesos de Gestión de Tecnología, así como las formulaciones de los planes estratégicos y operativos se realizan mediante un proceso de análisis exhaustivo y participativo de forma	

Documento Externo  
SGC-MAP

	<p>colaborativa entre los directivos del INCART, dentro de los cuales está el Área de Tecnología como unidad divisional de su organigrama, y es el mecanismo mediante el cual la Dirección especifica los resultados que desea lograr e intenta orientar los esfuerzos de la organización hacia metas comunes.</p> <p>Evidencias:</p> <p>POA DTIC</p>	
<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>La Dirección de Tecnología en conjunto con las Áreas Funcionales realiza las evaluaciones de las necesidades de cada área, así como los análisis de costo-efectividad de los equipos y tecnologías a adquirir para satisfacer la misma.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Requerimientos de Compras Evaluaciones Técnicas</p>	<p>No existe un proceso formal de análisis del tiempo de Retorno de la Inversión, sino más bien de Evaluaciones de Costos de las tecnologías a adquirir.</p>
<p>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>	<p>El INCART se encuentra inmerso en un proceso de renovación de su plataforma tecnológica para actualizar e implementar diferentes soluciones para la mejora de los servicios como meta prioritaria.</p>	
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>Los sistemas y recursos de tecnologías están controlados y el acceso a los mismos basados en perfiles de usuarios que son asignados para definir los niveles a los cuales los usuarios tienen permisos</p> <p>El INCART cuenta con un proceso de Inducción Tecnológica que se lleva a cabo cuando el personal de nuevo ingreso entra en la institución</p>	<p>No existen todas las políticas de Seguridad de Información basado en un Estándar como la ISO27001 que define las Políticas de Seguridad de un Sistema de Gestión de Seguridad Información</p> <p>No se llevan métricas y análisis de causas que identifiquen y clasifiquen las incidencias reportadas al área de</p>

		<p>tecnología haciendo una relación de las mismas con las capacidades de las personas en el uso de las tecnologías que apoyan sus funciones dentro de la institución</p> <p>No se cuenta con un listado de capacitaciones técnicas formales que abarque todas las áreas de la institución, limitándose especialmente a capacitaciones al personal médico que labora utilizando el Sistema de Información Hospitalaria</p>
<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>	<p>El INCART cuenta con aplicaciones para brindar los servicios principales de su razón de ser, estando disponible de forma digital las áreas de mayor importancia de la institución.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de Información Hospitalario</li> <li>Sistema de Trazabilidad de Citostático</li> <li>Sistema Aria</li> <li>Sistema de Recursos Empresariales</li> </ul>	<p>No se han completado todas las actividades necesarias para lograr un uso generalizado de todas las herramientas de gobiernos electrónicos en la institución.</p>
<p>6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.</p>	<p>La institución ha avanzado en la implementación del Uso de la TIC implementado e integrando sus sistemas de informaciones a través de las diferentes normativas gubernamentales para brindar las informaciones y servicios a usuarios.</p>	
<p>7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>	<p>El INCART ha adoptado la modalidad de contratación del servicio de impresión mediante el uso de impresoras de alto rendimiento en lugar del manejo interno de poseer impresoras bajo nivel.</p>	

	<p>Evidencias:</p> <p>Contrato de Servicio de impresión con proveedor externo</p>	
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>En el INCART se lleva conjuntos de proceso que cumple con el SNS y se lleva a cabo, que coordina las actividades de: PROGRAMACIÓN ANUAL, SOLICITUD, DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS.</p> <p>Tiene su propio formulario para estos fines, tenemos Evidencias :</p> <p>La matriz de solicitud para los pedidos mensuales de medicamentos, insumos y Kit de Hemodiálisis.</p>	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. 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>Nuestra edificación está compuesta por 2 edificios conectados por un gran atrio central de doble altura que facilita la ubicación y circulación, 25 salas de espera y 3 puntos de facturación; 2 ubicados en el 1er nivel y otro en el sótano.</p>	

Documento Externo  
SGC-MAP

<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>Un gran espacio central "ATRIUM" común a sótano, 1er y 2do nivel baña de luz natural el interior, generando un espacio iluminado y cálido de agradable temperatura, con salas de esperas dispuestas a su favor. En sótano un comedor de empleados con paredes hermosamente ambientadas simulando relajantes playas al momento de almorzar, una pasarela exterior techada con bancadas integradas donde se pueden caminar libremente todos los que lo necesiten, así mismo el inicio del programa de musicoterapia ubicado en el sótano para todos los pacientes y colaboradores; facilitándoles mejoras en su capacidad de comunicación y expresión.</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 evidencia la realización de un Plan Anual de Compras y Contrataciones (PAAC) para la adquisición de bienes y servicios, así como el programa de mantenimiento preventivo de los equipamientos e infraestructura.</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>Debido a nuestra clasificación como hospital de 3er nivel (Especializado en Oncología) ante emergencias nacionales somos un Hospital de respuesta inmediata para referimiento a otros de la Red Pública.</p> <p>Nuestro programa de educación al paciente a cargo del Dpto. Trabajo Social con activa agenda de charlas públicas en nuestras salas de espera permite a cualquier persona dentro del hospital la participación</p>	

<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>Se evidencia la renovación de baterías de gelatina que sustentan los 5 bancos de UPS, totalizando 1,650 K disponibles para dar soporte a nuestros equipos médicos y servidores.</p> <p>Se evidencia el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de sistema eléctrico (4 plantas eléctricas de 750 KW cada una con sistema automático de entrada, regulador de voltaje y media tensión.</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>Nuestra localización es óptima para acceder y salir a través de 3 entradas peatonales al interior y 3 vehiculares a parqueos. Estamos ubicados en una esquina de importante Avenida dotada de transporte público variado incluyendo 2 paradas del Metro.</p>	<p>Tenemos oportunidad de mejora en el número de parqueos existentes 140 con déficit de 300, se estudian y presupuestan nuevas soluciones ya que la solución ideal es el alquiler o uso autorizado del parqueo UASD localizado justo al lado. Esto está siendo gestionado por Dirección General</p>
<p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>	<p>Existe la conformación y la puesta en funcionamiento de los comités hospitalarios de emergencia y desastres.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta Constitutiva</li> <li>Plan de Contingencia</li> <li>Plan hospitalario para respuestas a emergencia y desastres.</li> </ul>	
<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>En el INCART existen planes de mantenimiento de equipos que se envía de manera mensual al Dpto. de Calidad más los informes trimestrales del POA</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% Cumplimiento de Mantenimiento Equipos Electromecánicos (Indicador)</li> <li>% Cumplimiento de Mantenimiento Neveras</li> </ul>	

**Comentado [SC1]:**



	Cumplimiento de Mantenimiento Preventivo y Calibraciones	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Se cuenta con un formulario del SNS donde se registran los inmuebles que están para descargo porque están obsoletos en desuso.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	La implementación del programa de saneamiento y gestión de desechos y residuos hospitalarios se lleva a través de PR-AUX-01 que habla sobre el manejo de desechos y residuos hospitalarios además se hace un reporte de Programa de Prevención de Infecciones Intrahospitalaria	

#### 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>La organización tiene un enfoque basado en proceso, donde se cuenta con un mapa de proceso de los servicios ofrecidos y procedimientos documentos de los principales servicios.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Mapa de Proceso Procedimientos</p>	
<p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las</p>	<p>La organización tiene un SGC implantado basado en la Mejora Continua, donde los procesos son</p>	

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>	<p>auditados periódicamente. En dichas auditorías de procesos son identificadas Oportunidades de Mejoras para la mejora de estos.</p> <p>Evidencias: Informe de Auditoría Interna Listado de asistencia a mejoras de procesos</p>	
<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>	<p>Como resultado de encuestas, se evalúan y modifican procesos para mejorar la atención al ciudadano.</p> <p>El Incart tiene establecido procesos basados en la norma ISO 9001:2015, que conducen a la mejora: auditorías internas de calidad, revisiones por la dirección, análisis de datos, acciones correctivas y aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios, colaboradores y médicos.</p> <p>El Incart cuenta con equipos de alta tecnología para sus procesos y tiene contratos por comodato con empresas especializadas en la comercialización de reactivos, equipos y dispositivos médicos que velan por la innovación y no obsolescencia de los mismos, Evidencias: Resultados de encuestas, informes de auditorías, solicitudes de acciones correctivas, lista de asistencia a reuniones, contratos por comodato.</p>	
<p>4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.</p>	<p>Se cuenta con un enfoque basado en Riesgos, donde se cuenta con Matrices de Riesgos para las áreas dentro del alcance del SGC ISO 9001:2015.</p> <p>Durante la elaboración del Plan Estratégico se realiza un análisis FODA para la identificación de riesgos que pudieran afectar los Objetivos de la Organización.</p> <p>Evidencias: Matrices de Riesgos</p>	

	Análisis FODA Plan Estratégico	
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>El PEI es realizado tomando en consideración los factores externos e internos que impactan a la organización, por lo tanto los objetivos estratégicos e indicadores de resultados son trazados orientados a cumplir los requerimientos de los diferentes grupos de interés identificados.</p> <p>Evidencias: PEI Matriz de Grupo de Interés</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>Existe un Departamento de Estadísticas que recoge, procesa y almacena los datos requeridos por nuestras entidades superiores (MSP, SRSM, D.N.O). Formamos parte del sistema de vigilancia epidemiológica y para esto el Departamento de Epidemiología reporta las enfermedades infectocontagiosas de Alerta Temprana y de casos de otras enfermedades especiales y no transmisibles, a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).</p> <p>Evidencias: PR-SGC-01, documentos externos en carpeta de Documentación SGC (intranet), reporte de datos estadísticos.</p>	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	<p>La organización informa a los usuarios sobre sus servicios a través de la página web de la institución y a través de las diferentes redes sociales. Se cuenta con una cartera de servicios aprobada por la Dirección General de Habilidadación.</p> <p>Evidencias:</p>	

Documento Externo  
SGC-MAP

	Página Web Redes Sociales Certificado de Habilitación	
--	---	--

**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.	La organización tiene un programa de realización de Encuestas de Satisfacción, donde se realiza mínimo 2 veces al año. En dichas encuestas se miden diferentes aspectos para determinar el grado de satisfacción de los usuarios y así poder identificar Oportunidades de Mejora para mejorar los servicios ofrecidos. También se cuenta con un programa de Quejas y Sugerencias, donde la información recibida se analiza en búsqueda de mejora de los servicios ofrecidos. Evidencias: Resultados de Encuestas de Satisfacción. Resultados de Buzones de Quejas y Sugerencias.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	El mobiliario deteriorado (Chatarra Hospitalaria) se dispone su salida con éxito a través de protocolos y normas de bienes nacionales. Los desechos peligrosos salen gestionados por contrato externo con empresa especialista AIDS.A. Ejecutamos reciclaje de cartón con una empresa del reglón (Green).	

<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>La organización cuenta con un horario flexible de facturación de los servicios, que permite a los usuarios realizar la facturación de los servicios requeridos antes de la hora de apertura del servicio. También se cuenta con diferentes tipos de información de accesibilidad a la organización en la página web y en las redes sociales.</p> <p>Evidencias:  Página Web de la institución.  Redes Sociales de la institución.</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>Los procesos con las instituciones públicas, que ejercen función de seguimiento a la gestión del Incart, están coordinados, permitiendo que éstas analicen las informaciones emitidas y faciliten la retroalimentación de los procesos que así lo ameriten.</p> <p>Evidencias: Reporte al SNS del seguimiento a las actividades del POA; a la ejecución presupuestaria al SRSM, reportes al D.N.O. y a las otras instituciones, más abajo expuestas.</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>Para facilitar el intercambio de datos con las diferentes instituciones públicas de la cadena de prestación de servicios se han desarrollado sistemas compartidos a través de las siguientes plataformas:  SIGEF: unido con el Sistema de Nómina; en el cual se trabaja la programación, el libramiento y el ordenamiento de los pagos. Éste está conectado con la Contraloría General de la República.</p>	

	<p>SISTAP (MAP): se registran todos los empleados públicos.</p> <p>TRE: en el cual se registran los contratos de los empleados y de los proveedores que tenemos contratados.</p> <p>SINAVE: se registran los informes y reportes epidemiológicos.</p> <p>DIES (MISPA): se reportan todas las defunciones.</p> <p>SAIP: sistema de acceso a la información pública, mediante el cual se suministran, reciben y responden solicitudes de información del hospital.</p> <p>Evidencias: Registros de información en plataformas señaladas.</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>Actualmente no se crean grupos de trabajo con otras organizaciones para la solución de problemas.</p>	<p>Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.</p>
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>Se disponen de contratos a comodato con empresas privadas, que proveen el equipamiento del área de laboratorio y otras áreas médicas con la condición de que la empresa use sus productos. El Incart también cuenta con equipos de alta tecnología para sus procesos y tiene contratos por comodato con empresas especializadas en la comercialización de reactivos, equipos y dispositivos médicos que velan por la innovación y no obsoletización de los mismos.</p> <p>Evidencias: contratos a comodato.</p>	

## CRITERIOS DE RESULTADOS

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

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

#### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.)	<p>La medición de la percepción de los usuarios con relación a la calidad de los servicios ofrecidos por el INCART, se realiza a través de diversas encuestas por parte de Gestión a Usuarios, Gestión de Calidad y Servicios Auxiliares.</p> <p>La imagen global de la organización y su reputación ha quedado valorada por los ciudadanos clientes en la última encuesta (junio 2021) con un buen nivel de satisfacción: CAP-93.93%; Laboratorio-92.41%; Centro de Imágenes-90.67%; Consulta-84. 11%.</p> <p>Evidencias: Resultados de encuestas y % de quejas.</p>	Ampliar las encuestas a todas las áreas de la institución.

<p>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).</p>	<p>La medición de la percepción de los usuarios con relación a la calidad de los servicios ofrecidos por el INCART, se realiza a través de diversas encuestas por parte de Gestión a Usuarios, Gestión de Calidad y Servicios Auxiliares.</p> <p>La imagen global de la organización y su reputación ha quedado valorada por los ciudadanos clientes en la última encuesta (junio 2021) con un buen nivel de satisfacción: CAP-93.93%; Laboratorio-92.41%; Centro de Imágenes-90.67%; Consulta-84.11%.</p> <p>Evidencias: Resultados de encuestas y % de quejas.</p>	<p>Ampliar las encuestas a todas las áreas de la institución.</p>
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>Los procesos de trabajo y toma de decisiones son realizados tomando en cuenta los resultados de las encuestas. Se tiene un enfoque al cliente.</p>	<p>Medición de la percepción del usuario en estos aspectos (2, 3 y 4).</p>
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>Se cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la información, que mediante un portal se hace transparente el funcionamiento de la organización. Se siguen los lineamientos de la ley de Compras y Contrataciones 340-06 para la toma de decisiones en procesos de compras.</p> <p>Evidencias: Portal de Libre Acceso a la información</p>	



<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>Se realizan Encuestas de Satisfacción a los usuarios del hospital, donde se evalúa la percepción del usuario con respecto a los servicios ofrecidos por la organización.</p> <p>Evidencias: Resultados de Encuestas de Satisfacción</p>	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.).</p>	<p>El INCART, por su ubicación, es de fácil acceso, posee acceso para personas con discapacidad, los horarios de operación están definidos y publicados para el conocimiento de los usuarios.</p>	
<p>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.).</p>	<p>Se cuenta con un Sistema de Calidad certificado ISO 9001:2015 para las áreas de Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y centro de Anatomía Patológica. Se utilizan los lineamientos de la norma ISO 9001:2015 para todas las áreas del hospital aún no se encuentren dentro de la certificación del SGC. El SGC de la organización está basado en la mejora continua por lo tanto tiene diseñado indicadores claves de procesos, también se cuentan con procesos de Auditorías Internas y Encuestas de Satisfacción, dichos procesos contribuyen al cumplimiento de los estándares de calidad.</p> <p>Evidencias: Indicadores de Procesos Encuestas de Satisfacción Informes de Auditorías Internas</p>	

<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>En la organización se reciben usuarios de diferentes géneros y edades. Los datos estadísticos por género, edad, procedencia se encuentran registrado en el sistema informático de la institución.</p> <p>Evidencias: Sistema Informático XHIS</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>Se cuenta con un call center para facilitar las citas para los usuarios del hospital. Se encuentra en proyecto la implementación de un sistema de turnos automatizado para mejorar los flujos de atención y disminuir tiempos de esperas innecesarios.</p> <p>Evidencias: Operatividad del Call Center de Gestión de Citas.</p>	<p>Implementación de sistema de turnos automatizados</p>
<p>5. Digitalización en la organización.</p>	<p>El Incart cuenta con sistemas para desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades: el sistema XHIS para la integración de los procesos de la parte médica, accesibles desde cualquier estación o computador, siempre que el colaborador cumpla con los requisitos de seguridad para acceder. Integra admisión, expediente clínico, consulta, hospitalización, bloque quirúrgico, etc.</p> <p>El Labplus, manejado por las gerencias de laboratorio, facturación del área y Banco de Sangre, donde se reportan los resultados, visible al médico tratante.</p> <p>El XFarma para el control de la existencia de los medicamentos. Integra el recibo y dispensación a las diferentes áreas.</p> <p>En el intranet se encuentran carpetas compartidas para facilitar el acceso a informaciones comunes.</p>	

	Evidencias: sistemas y aplicaciones existentes y carpetas compartidas en el intranet.	
--	---	--

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	El tiempo promedio de facturación es de 7 minutos por paciente, y el tiempo de consulta es de 20 minutos aproximadamente. Los tiempos de espera para la entrega de resultados en el Laboratorio Clínico van desde 1 hora y 30 minutos hasta 5 días dependiendo el tipo de prueba a realizar. En el Centro de Imágenes el tiempo de entrega de resultados es de 5 días laborables, y en el Centro de Anatomía Patológica entre 7 y 12 días laborables dependiendo el estudio.	

<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>La institución en el año 2021 recibe un promedio de 48 quejas por mes, dichas quejas tienen un tiempo de procesamiento no mayor a 10 días laborables.</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Con relación al número de Expediente Clínico que cumplen con la norma nacional de Expedientes Clínicos, se tiene un 92.56% de cumplimiento en el período de enero-agosto 2021.</p>	<p>Fortalecer el proceso de Auditorías de Concurrencias.</p>
<p>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.</p>	<p>La institución reporta los Días Promedio de Estadía de los pacientes hospitalizados, índice de Ocupación de Camas, Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios, Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria, Producción de Servicios de Salud y Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias.</p> <p>Evidencias: Subindicadores de Gestión Clínica</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>La cartera de Servicios se encuentra definida y aprobada por la Dirección General de habilitación.</p> <p>Evidencias: Certificado de Habilitación</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>La imagen global de la organización y su reputación ha quedado valorada por los ciudadanos clientes en la última encuesta (junio 2021) con un buen nivel de satisfacción: CAP-93.93%; Laboratorio-92.41%; Centro de Imágenes-90.67%; Consulta-84. 11%.</p> <p>Evidencias: Resultados de encuestas y % de quejas.</p>	

--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Contamos con canales de información por vía de las diferentes redes sociales de la organización: Instagram, Facebook, Twitter y Pagina Web. Contamos con una publicación en el periódico El Nacional donde se publican 2 artículos por mes.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	La información colocada en los medios anteriormente mencionados se mantiene actualizada y disponible por medio del equipo de Mercadeo y Web que trabaja de manera constante en colocar las informaciones pertinentes.	
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.	Se cuenta con el PEI el cual contiene los objetivos estratégicos y específicos de la institución. Dicho documento se encuentra en la página web de la institución.	

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

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

<p>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).</p>	<p>La organización tiene un programa de realización de Encuestas de Satisfacción, donde se realiza mínimo 2 veces al año. En dichas encuestas se miden diferentes aspectos para determinar el grado de satisfacción de los usuarios y así poder identificar Oportunidades de Mejora para mejorar los servicios ofrecidos. También se cuenta con un programa de Quejas y Sugerencias, donde la información recibida se analiza en búsqueda de mejora de los servicios ofrecidos.</p> <p>Por otro lado, la organización trabaja de la mano con ministerios y direcciones (MAP, SNS, SRSM, etc.) en el desarrollo de estándares de Calidad para los procesos.</p> <p>Satisfacción: CAP-93.93%; Laboratorio-92.41%; Centro de Imágenes-90.67%; Consulta-84. 11%.</p> <p>Evidencias: Resultados de encuestas y % de quejas. Resultados de Buzones de Quejas y Sugerencias.</p>	
<p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p>	<p>Se cuenta con un call center para facilitar las citas para los usuarios del hospital. Se encuentra en proyecto la implementación de un sistema de turnos automatizado para mejorar los flujos de atención y disminuir tiempos de esperas innecesarios.</p> <p>El Incart tiene establecido procesos basados en la norma ISO 9001:2015, que conducen a la mejora: auditorías internas de calidad, revisiones por la dirección, análisis de datos, acciones correctivas y aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios, colaboradores y médicos.</p> <p>El Incart cuenta con equipos de alta tecnología para sus procesos y tiene contratos por comodato con empresas especializadas en la comercialización de reactivos, equipos y dispositivos médicos que velan por la innovación y no obsolescencia de los mismos.</p>	

	<p>Se cuenta con sistemas informáticos actualizados para agilizar los procesos de los diferentes servicios de la organización.</p> <p>Evidencias: Resultados de encuestas, informes de auditorías, solicitudes de acciones correctivas, lista de asistencia a reuniones, contratos por comodato, Sistemas informáticos, Operatividad del Call Center de Gestión de Citas.</p>	
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).	<p>En la organización se reciben usuarios de diferentes géneros y edades. Los datos estadísticos por género, edad, procedencia se encuentran registrado en el sistema informático de la institución.</p> <p>Evidencias: Sistema Informático XHIS Indicadores Estadísticos y Epidemiológicos INCART</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	El INCART se encuentra inmerso en un proceso de renovación de su plataforma tecnológica para actualizar e implementar diferentes soluciones para la mejora de los servicios como meta prioritaria. Los procesos de las áreas que conforman el SGC certificado, tanto los misionales como de apoyo, cuentan con indicadores de desempeño a los cuales se le da seguimiento por la Gerencia de Calidad, mensualmente.	Renovar la plataforma tecnológica para actualizar e implementar diferentes soluciones para la mejora de los servicios.

<p>2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).</p>	<p>Todo usuario/paciente puede depositar quejas y sugerencias en los buzones correspondientes distribuidos dentro de las instalaciones acerca de los servicios brindados en la institución, además de que se cuenta con una página web, call center y redes sociales las cuales se mantienen actualizadas para brindar información relevante al público.</p> <p>Evidencias: Resultados de Buzones de Quejas y Sugerencias Sitio web oficial del INCART Call Center Redes Sociales</p>	
--	---	--

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

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

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>	<p>La imagen y el rendimiento de la organización es dada a conocer a través de la página web y diferentes redes sociales, así como también a través del portal de transparencia.</p>	
<p>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.</p>	<p>Los empleados se involucran en las tomas de decisiones cuando se realiza cambios o creaciones de nuevos documentos. También proveen talleres a los empleados para socializar la misión, visión y valores de la institución, estos también son dados a conocer durante la inducción del personal.</p> <p>Evidencias: Listado de asistencias a reuniones y entrenamientos.</p>	



3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Los empleados participan en las actividades de mejora a través de la creación e innovación de un proyecto. Evidencias: Listado de asistencias a reuniones y entrenamientos.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	La institución tiene conformado el Comité de Ética Pública, donde se realizan charlas sobre el comportamiento ético y se tiene una política abierta de denuncias al incumplimiento de los lineamientos éticos. Además a través del portal de transparencia de la institución las personas encuentran información sobre el compromiso ético. Evidencias: Conformación Comité Ética Pública Listado de asistencia a reuniones	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Se realizan diferentes charlas de interacción con los usuarios a través del área de Trabajo Social. También la institución cuenta con una política de puertas abiertas para el diálogo.	
6. La responsabilidad social de la organización.	La organización cuenta con un área de Trabajo Social la cual asiste a los usuarios que presentan dificultad económica para adquirir los servicios ofrecidos.	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	La organización promueve una cultura de Mejora Continua y mediante encuestas, solicitudes y buzones se obtiene información de la realización de cambio o modificaciones de los procesos. Evidencias: Solicitud de Acción de Mejora.	

	Encuestas de Satisfacción al Usuario. Buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones. Buzón de quejas de redes sociales.	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	En la institución para realizar las diferentes funciones es de importancia usar las tecnologías de la información y comunicaciones (laptops, computadoras, teléfonos, nubes, redes, entre otros.) Además en las áreas médicas tenemos disponibles sistemas informáticos como XHIS, Lab Plus, entre otros.)	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No se ha completado la agilidad en los procesos internos. Como aspecto a mejorar esta el sistema de turnos automatizados y la descentralización de las cajas.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	La organización cuenta con el PEI, el cual contiene Objetivos estratégicos y a su vez actividades programables para la consecución de estos objetivos. También se cuenta con indicadores de proceso para la evaluación del desempeño de los diferentes procesos y la toma de decisiones. La asignación de recursos se planifica a través del POA institucional. Evidencias: PEI POA Institucional Indicadores de procesos	

<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>La organización está basada en proceso de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9001:2015. Se cuenta con mapas de proceso y procedimientos para los diferentes procesos de la institución.</p> <p>Evidencias: Mapa de Proceso Procedimientos de los diferentes procesos</p>	
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>Las tareas y funciones del personal de la institución están especificadas en las diferentes descripciones de puesto. Se cuenta con un sistema de evaluación del desempeño del personal que se realiza de manera semestral.</p> <p>Evidencias: Descripciones de Puesto Resultados de Evaluación del Desempeño</p>	
<p>4. La gestión del conocimiento.</p>	<p>En la actualidad el INCART consta con un departamento de Investigación y Gestión del Conocimiento que impulsa al desarrollo de una educación continuada del personal de salud y a la búsqueda clínica y trasnacional.</p> <p>Evidencias: Proyectos de Investigación realizados Tesis universitarias y programas académicos Comité de Bioética de la Investigación.</p>	
<p>5. La comunicación interna y las medidas de información.</p>	<p>La comunicación interna en el hospital es de manera efectiva debido a que se realizan diferentes actividades para conservarla.</p> <p>Evidencias: Listado de asistencias de reuniones Correos Memorándums internos</p>	

	Anuncios a través de la página web y en murales informativos.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El alcance y la calidad se reconocen a través de la Evaluación de desempeño reconociendo el rendimiento de cada empleado. Evidencias: Evaluación de desempeño	No se cuenta con un programa de reconocimiento grupal o en equipo.
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	La organización cuenta con una gestión de proyectos donde se evalúan y planifican los cambios de los procesos aplicables.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	La organización cuenta con un Comité de Bioética, la cual promueve una cultura de valores éticos. El personal de nuevo ingreso es inducido en los valores éticos de la institución.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	La institución posee varios horarios trabajo para garantizar un horario flexible para cada empleado. El horario administrativo es de 40 horas a la semana.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	La organización promueve una cultura de valores éticos, esto lo realiza desde el momento que ingresa un personal nuevo que es inducido en los valores éticos de la institución. Además la organización cuenta con un Comité de Bioética.	

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Las instalaciones de la organización son de fácil acceso para los ciudadanos y cuenta con una amplia y moderna infraestructura que garantiza un ambiente adecuado para el trabajo.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Se cuenta con un programa de Capacitación que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades y competencias de acuerdo al puesto a desempeñar dentro de la organización.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Con el objetivo de desarrollar habilidades y competencias de acuerdo al puesto a desempeñar dentro de la organización, se cuenta con un programa de Capacitación.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Se cuenta con capacitaciones continuos en “Humanización de los Servicios” el cual está alineado al objetivo estratégico de “Calidad del Servicio”.	Tomar en consideración todos los objetivos estratégicos para planificar capacitaciones que estén alineadas a ellos.

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

**1. Resultados generales en las personas.**

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p>	<p>Rotación de personal 1.30% (2021) # de Quejas = 383 (2021)</p> <p>Se cuenta con el programa de encuesta de clima laboral de acuerdo a los lineamientos del MAP</p>	<p>No se cuenta con indicador de absentismo</p>
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>Los empleados son involucrados en la mejora de los procesos, dependiendo el proceso a mejorar, cada área impactada es representada por uno o varios empleados.</p>	
<p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>	<p>En el año 2021 se han registrado 5 quejas relacionadas a temas éticos. Evidencias: Buzón Rojo de la Comisión de Ética Público. Comité de Bioética</p>	
<p>4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.</p>	<p>Se cuenta con una participación voluntaria de los usuarios que asisten diariamente y colabora en los programas, eventos y actividades organizadas. Evidencias: Listado de Asistencia</p>	
<p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p>	<p># de Quejas sobre el trato Recibido = 52 (2021) Evidencias: Buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones. Encuestas de satisfacción al usuario. Indicadores de las quejas</p>	

**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>✦ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	<p>Se cuenta con evaluaciones de desempeño para cada empleado. También se cuenta con datos de productividad para cada servicio de la organización.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>Todo el personal de supervisión (Gerentes, Directores, Supervisores) cuenta con una computadora con los diferentes accesos informáticos necesarios para la ejecución de sus actividades. El personal asistencial medico cuenta con una computadora en cada consultorio para el registro de informaciones en el sistema informático de la organización.</p>	
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>	<p>%Cumplimiento Programa de Capacitación = 88.88%</p>	<p>No se cuenta con indicador de efectividad/éxito de las actividades formativas.</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Se cuenta con una evaluación de desempeño donde se mide el esfuerzo y rendimiento para esta forma reconocer al empleado de manera individual.</p>	<p>No se cuenta con un programa de reconocimiento grupal o en equipo.</p>

## CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

### SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	<p>La institución tiene interacción con los usuarios por medio de la realización de jornadas anuales de prevención y detección oportuna de cáncer (Este año realizado durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre).</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Acuerdo de Prestaciones de Servicios o Carta Compromiso.</li><li>2. Listado de usuarios.</li></ol> <p>Se cuenta con una unidad de Educación al Usuario la cual realiza distintas actividades de concientización en todo el año con relación a los diferentes tipos de cáncer y tumores.</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cronograma de Charlas INCART Enero- Diciembre 2022.</li></ol>	No existe un instrumento de medición del impacto de la organización en la calidad de vida de los pacientes.
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	<p>La organización es la única institución de la red pública de salud especializada en cáncer. De acuerdo al último informe de satisfacción de usuarios realizado de Enero- Junio 2022, se tiene un 86.47% de satisfacción con relación a los servicios recibidos.</p> <p>Evidencia:</p>	



	1. Informe de satisfacción general del INCART Enero-Junio 2022 disponible en la página del SISMAP <a href="http://www.sismap.gob.do">www.sismap.gob.do</a>	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	Se cuenta con un departamento de Trabajo Social el cual asiste a los usuarios de escasos recursos.	
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.).	La institución cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la Información para cualquier inquietud de los usuarios con relación al INCART. Se cuenta con un portal de transparencia en la página Web de la institución.  Evidencias: 1. Portal de transparencia disponible en la página web <a href="http://www.incart.gob.do/transparencia/">www.incart.gob.do/transparencia/</a>	
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.).	La institución está utilizando en los baños toallas de mano de papel pre-cortado reciclable.  Evidencias: 1. Orden de compra.	No se cuenta con medición sobre la percepción hacia las cuestiones medioambientales.
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	La institución se esfuerza por garantizar el tránsito vehicular así como el desplazamiento dentro de la institución de los usuarios y colaboradores, las decisiones relativas a la seguridad y protocolos de seguridad son llevados a cabo por la Gerencia de Seguridad y la guía de actuación proporcionada por el SNS.  Evidencias: 1. Guía de Actuación de Seguridad Física para Establecimientos de Salud del SNS.	

<p>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.).</p>	<p>La institución cuenta con grupos de apoyo para pacientes y familiares.</p> <p>Evidencias: 1. Cronograma de grupos de apoyo</p>	
<p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p>	<p>La institución cuenta con veinte buzones de quejas, felicitaciones y sugerencias, así como un buzón rojo del Comité de Ética Pública para canalizar la percepción de los usuarios con relación a los servicios brindados.</p> <p>Se cuenta con indicadores mensuales de satisfacción de los usuarios.</p> <p>Evidencias: 1. Reporte de Buzón de Quejas y Felicitaciones. 2. Indicadores de satisfacción del usuario.</p>	

**SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional**

**Indicadores de responsabilidad social:**

Documento Externo  
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>	<p>El INCART toma medidas encaminadas a proteger a los colaboradores y los pacientes de la exposición a riesgos biológicos y radioactivos, así como también la protección del medio ambiente.</p> <p>Estas medidas se encuentran descritas en instructivos, manuales y procedimientos con la finalidad de proveer una herramienta útil, que oriente, regule, supervise, controle y evalúe estas actividades, minimizando los efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente.</p> <p>Existe un Comité de Bioseguridad conformado por colaboradores del INCART para velar por el cumplimiento de las medidas de bioseguridad establecidas, asegurar el suministro adecuado y oportuno de los recursos necesarios.</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual para el manejo de desechos biológicos, residuos hospitalarios y bioseguridad MA-EPI-01</li> <li>2. Manual de Bioseguridad del Laboratorio Clínico MA-LAB-01.</li> <li>3. Procedimiento de Manejo Integral de Desechos y residuos Hospitalarios PR-AUX-01</li> <li>4. Procedimientos del Centro Ciclotrón</li> <li>5. Utilización de toalla de mano de papel precortado reciclable en los baños del hospital.</li> <li>6. Conformación del Comité de Bioseguridad y lista de asistencia a reuniones.</li> </ol>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>La Dirección del INCART mantiene relaciones con las autoridades del MSP, SRSM, MAP y otras instituciones públicas. Aunque la relación no está</p>	

	formalizada, existe cooperación en ambas vías con las instituciones vecinas UASD y IOHP.	
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	<p>Los colaboradores del INCART realizan publicaciones, difundidas a través de la página web de la institución, periódicos online en circulación nacional, medios impresos y redes sociales.</p> <p>Por estas mismas vías (redes sociales y pagina web), los ciudadanos pueden canalizar sus inquietudes, quejas y sugerencias. Realizamos además encuestas para medir la percepción de nuestros usuarios con relación al servicio ofrecido.</p>	
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).	<p>La institución tiene política de inclusión a personas en situaciones de desventajas. Contamos con colaboradores con autismo, síndrome down, con discapacidad visual y auditiva.</p> <p>Contrata personas sin tomar en cuenta el género, preferencia sexual, nacionalidad, discapacidad, filiación política y religiosa.</p>	
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	<p>Los colaboradores del INCART asisten como apoyo en las jornadas de prevención y detección oportuna realizadas en el Hospital en horario extracurricular.</p> <p>Evidencias: -Listado de colaboradores asistentes a la Jornada de Prevención y Detección Oportuna.</p>	
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	<p>La institución realiza publicaciones en periódicos locales de artículos de interés y en las redes sociales relacionados con la prevención y cuidado del cáncer; Además parte de los colaboradores realiza</p>	

	<p>participaciones en conferencias y congresos nacionales e internacionales.</p> <p>Evidencias:  1. Asistencia a cinco 5 congresos de oncología médica en el transcurso de Enero-Agosto 2022.  2. Publicaciones informativas en la página web y redes sociales del INCART.</p>	
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	<p>La institución por medio de la Unidad de Educación al Usuario imparte charlas instructivas a familiares de usuarios hospitalizados (1); charlas a usuarios oncológicos sobre manejo de la enfermedad (24); charlas preventivas (6); charlas instructivas a familiares, cuidadores, colaboradores y pacientes pediátricos (2), entre otras.</p> <p>Evidencias:  1. Cronograma de Charlas Enero-Diciembre 2022</p>	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No existe un indicador para medir la responsabilidad social de la institución.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No existe un monitoreo de la reducción del consumo energético del hospital.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	<p>La institución cuenta con un procedimiento para el manejo integral de residuos y desechos.</p> <p>Evidencias:  1. PR-AXU-01 Procedimiento de Manejo Integral de Desechos y residuos Hospitalarios.</p>	No existe un incinerador de residuos dentro de la institución.

<p>II. Política de residuos y de reciclado.</p>	<p>La institución posee un procedimiento para el manejo integral de los desechos y residuos generados por el hospital.</p> <p>Evidencias: 1. Procedimiento de Manejo Integral de Desechos y Residuos Hospitalarios PR-AUX-01</p>	<p>No se ha realizado una política para el reciclado de los residuos generados por la institución.</p>
---	--	--

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

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

**SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>Resultados 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mortalidad hospitalaria: 10.24 %</li> <li>-IAAS: 1.91%</li> <li>-Ocupación Hospitalaria: 82%</li> <li>-Nivel de Glosa: 0.31%</li> <li>-Satisfacción del usuario (General): 86.47%</li> </ul>	
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).</p>	<p>INCART Cartera de Servicios/Productividad hasta agosto 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultas especializadas: 39,811 realizadas</li> <li>-Emergencia: 1,833 realizadas</li> <li>-Hospitalización: 750 egresos</li> <li>-UCI: 2,428 atendidos</li> <li>-Cirugía: 127 realizadas</li> <li>-Laboratorio: 14,234 pacientes atendidos</li> <li>-Imágenes: 11,056 imágenes realizadas</li> <li>-PET-CT: 153 imágenes realizadas</li> <li>-Radioncología: 2,056</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Anatomía Patológica: 5,990 muestras</li> <li>-Banco de Sangre: 1,284 transfusiones</li> <li>-Pediatria: 35</li> <li>-Terapia física: 304 secciones</li> <li>-Terapia física cognitiva 12 secciones</li> </ul>	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	En el 2019 se inició el proyecto de Seguridad del Paciente en colaboración con el Instituto de Cancerología de Bogotá Colombia, donde se fortalecieron los procesos de la Central de Esterilización y Central de Mezclas. Para el 2021 implementó la 2da parte de dicho proyecto donde fueron fortalecidos los aspectos de Farmacovigilancia y Humanización de los Servicios.	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	La organización posee contrato con 14 aseguradoras de salud (ARS).	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	La institución posee: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Licencia de habilitación otorgada por el MSP al pasar la inspección realizada de manera satisfactoria.</li> <li>-Certificación ISO 9001:2015 en las áreas del Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica.</li> </ul>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	El INCART cuenta con equipos de tecnología altamente especializados en las áreas de Medicina Nuclear, Centro Ciclotrón, Centro de Imágenes, entre otras. El Centro de Anatomía Patológica adquirió recientemente un nuevo escáner de portaobjetos para la digitalización y análisis de tejido.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	La institución se rige por los lineamientos de los órganos rectores Ministerio de Administración	

	<p>Pública, Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, Servicio Regional de Salud. El INCART adopta todas las reformas y dictámenes que presenten estos órganos.</p> <p>Este año, apegados a la modificación del reglamento 523-09 de Relaciones Laborales de Administración Pública, se implementaron estas disposiciones por la Dirección de Gestión Humana.</p> <p>Evidencias: 1. Memorándum de licencias y permisos de fecha 21 de junio, 2022. (RRHH 2022-013)</p>	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	<p>En la institución se registran un sinnúmero de personas de manera voluntaria para realizar actividades de colaboración, sin embargo, actualmente están asistiendo de manera regular 20 voluntarios.</p> <p>Recientemente el señor Tsuyoshi Nishiyama también asistió como voluntario desde Japón para colaborar en el área de registro de tumores y tecnología.</p> <p>Evidencias: 1. Listado de Voluntarios registrados en el área de Trabajo Social.</p>	

**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	Se han definido indicadores de cumplimiento de capacitación (programados vs. realizados). Se realizan actividades cursos, talleres, diplomados y	

Documento Externo  
SGC-MAP



conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	conferencias, dirigidos a mejorar la competencia del colaborador y la atención en salud.	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	<p>La institución posee áreas y procesos que conforman el SGC certificado, tanto los misionales como de apoyo, cuentan con indicadores de desempeño a los cuales se le da seguimiento por la Gerencia de Calidad de mensual. Se realizan reuniones mensuales de revisión del equipo de calidad con todas las áreas.</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicadores de Calidad.</li> <li>2. Lista de participación a reuniones.</li> </ol>	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	En el 2019 se inició el proyecto de Seguridad del Paciente en colaboración con el Instituto de Cancerología de Bogotá Colombia, donde se fortalecieron los procesos de la Central de Esterilización y Central de Mezclas. Para el 2021 implementó la 2da parte de dicho proyecto donde fueron fortalecidos los aspectos de Farmacovigilancia y Humanización de los Servicios.	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No existe un indicador establecido para medir el grado de cumplimiento de las alianzas con la institución.

<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>	<p>Para aumentar la eficiencia en el uso de la información y de las tecnologías de la comunicación, se realizó un monitoreo del consumo de las impresoras del hospital, el cual evidenció un gasto excesivo de papel, lo que condujo a que el área de TI planteará a la dirección general la colocación de impresoras comunes con la finalidad de hacer más eficientes las áreas críticas de la institución, además de aumentar la eficacia en el servicio de impresiones.</p>	
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Se tiene establecido un programa de auditorías internas de calidad, rondas de calidad y auditorías externas por parte de organismos internacionales para algunos de los procesos. Las no conformidades encontradas en estas auditorías se manejan de acuerdo al proceso de acciones correctivas.</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan de Auditorías INCART 2022</li> <li>2. Reporte de rondas de calidad.</li> <li>3. Informe de auditoría externa.</li> </ol>	
<p>7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.</p>	<p>La institución participó en la Premiación al mejor Desempeño Hospitalario del SNS y ganó el tercer lugar en la categoría de Mejor Desempeño Autogestión.</p> <p>El INCART posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Certificación ISO 9001:2015 para los procesos del Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes y Centro de Anatomía Patológica.</li> <li>-Acreditación de AENOR</li> </ul> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Premio tercer lugar, Mejor Desempeño Hospitalario</li> <li>-Certificación ISO 9001:2015</li> <li>- Acreditación de AENOR</li> </ul>	

<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>La institución maneja el Presupuesto Anual por medio de la Dirección de Planificación y Desarrollo junto a la Dirección Financiera. La ejecución presupuestaria es monitoreada mensualmente. Los indicadores financieros relevantes (índice de razón corriente, prueba ácida, endeudamiento/ingresos) son monitoreados regularmente al igual que el promedio de días de las cuentas por cobrar y el nivel de glosas en facturación a ARSs.</p> <p>Evidencias: 1. Balances de Ejecución.</p>	<p>No cuenta con un indicador para medir el cumplimiento de los objetivos financieros y el presupuesto.</p>
<p>9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.</p>		<p>No se realizan evaluaciones a suplidores.</p>

**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.