

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

FECHA:

MAYO 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

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|---|
| <p>Los líderes (Directivos y supervisores):</p> <p>1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p> | <p>Nuestra Misión y Visión están formulados y desarrollados, implicando a los empleados.</p> | <p>No se evidencia la implicación de todos los grupos de interés.</p> |
| <p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p> | <p>Se evidencia un marco de valores alineados con la misión y la visión de la organización, respetando el marco general de valores del sector público y los principios del Artículo 61 Derecho a la Salud de la Constitución 2015.</p> <p>Para garantizar que los valores institucionales están acordes con los valores establecidos en el sector público, contamos con la Oficina de Libre Acceso a la Información y el Sistema 311 con lo que garantizamos los canales para la interacción y contacto con nuestros grupos de interés</p> | |
| <p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p> | <p>El Hospital evidencia que la misión y visión y valores están alineados con la Constitución de la República Dominicana del año 2015 Art. 61 del Derecho a la Salud, garantizando la protección en salud de las embarazadas y sus neonatos como grupo vulnerable.</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>No se evidencia</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,</p> | | <p>No se evidencia</p> |

| | | |
|--|---|------------------------|
| <p>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>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p> | | <p>No se evidencia</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>El HIDRRC cuenta con el Comité de Ética Pública, también con el Comité de Bioética, responsable de velar por el cumplimiento de las normas éticas en la prestación del servicio de salud. El Comité de Ética fue conformado siguiendo estrictamente lo exigido en las normativas vigentes por el órgano rector (DIGEIG)</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>Las estrategias empleadas para garantizar un ambiente de confianza y respeto mutuo entre las personas que interactúan dentro y fuera de la institución, van dirigidas a fortalecer la transparencia en todo el accionar de la dinámica organizacional y pueden sintetizarse en las siguientes líneas de acción: Cumplimiento con el marco legal. Garantía del cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios. Perfiles, funciones y responsabilidades definidas para cada persona que trabaja en la institución.</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización. | En el 2020 fue emitida la Resolución No. 12/2020 que aprueba la estructura organizativa de nuestro centro de salud, contemplando las unidades organizativas que garantizan el cumplimiento de sus mandatos legales y de las estrategias En el 2022, fue elaborado y aprobado el Manual de Organización y Funciones del HIDRRC mediante la Resolución No. 042/2022 con apoyo del SNS y MSP. | |
| 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. | Anualmente se elabora el Plan Operativo (POA), el cual contiene los objetivos y metas para el año, el cual tiene indicadores de eficacia, efectividad y eficiencia. Otros indicadores que medimos corresponden al SISMAP SALUD, el Ranking de Gestión Hospitalaria, los indicadores de calidad del Viceministerio de Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud | |
| 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 realizan grupos focales para conocer las opiniones de las usuarias sobre los servicios a fin de mejorar la gestión. | No se evidencia que en base a los grupos focales se realicen planes de mejoras al sistema de gestión y rendimiento de la organización |
| 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). | Se evidencia mediante la matriz de VMGC, cumplimiento del POA | No se evidencia el desarrollo de un Balanced Scorecard, NOBACI. |
| 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. | Desde el 2015 el HIDRRC ha estado inmerso en la aplicación del CAF como herramienta de calidad | |
| La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. | | No se evidencia |
| Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos | | No se evidencia |

| | | |
|--|--|--|
| organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo. | | |
| 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. | Se evidencia la actualización constante de la cartera de servicio mediante el modulo digital diseñado para esos fines. Se evidencia mediante un Print Screen del modulo y la matriz de cartera de servicio | |
| 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. | Cambio de infraestructura y equipos informáticos para mejora del rendimiento. Trabajamos con el Modelo CAF para mantener la mejora continua. Evidencia: Autodiagnostico CAF | |
| Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes. | Otro medio de constante difusión de informaciones de interés son las charlas y conferencias realizadas por el personal del Departamento de Enfermería. Comunicamos a grupos de interés como el SNS cambios en la Cartera de Servicios Se evidencia mediante las minutas de reuniones | |
| El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento. | La institución cuenta con un comité de ética con la finalidad del seguimiento al cumplimiento ético de los empleados proporcionando charlas. Se evidencia a través del Acta de conformación del Comité de Ética | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p> | <p>Los directivos muestran el compromiso personal con los enunciados estratégicos, mediante la presencia en cada una de las actividades realizadas dentro y fuera de la institución, el cumplimiento cabal con las funciones y responsabilidades de sus respectivos cargos y con las normas institucionales, la coordinación, planificación y participación activa en reuniones, así como el apoyo directo al logro de objetivos y metas.</p> <p>Se evidencia a través de Actas de reuniones de los equipos y comités. Actas constitutivas de los comités, políticas de recursos humanos</p> | |
| <p>Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p> | <p>La accesibilidad de las autoridades se demuestra con disposición permanente para recibir a usuarios externos y personal, para escuchar y contribuir a la satisfacción de sus requerimientos.</p> <p>Comunicación entre los diferentes niveles y grupos de interés, tanto a lo interno como a lo externo, permitiendo así el intercambio de información de como son percibidos los servicios.</p> <p>Se evidencia través de Actas de Reunion, Entrega de Guardia, Reporte 67-A y 72-A</p> | |
| <p>Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p> | <p>Diariamente, a primera hora de la mañana se presenta un informe al personal denominado “Entrega de Guardia”</p> <p>Se evidencia a través de las Entrega de Guardia, Actas de reunion y Registro de Participantes</p> | |
| <p>Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retro-alimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.</p> | <p>La División de Planificación y las Sección de Monitoreo y Evaluación y Calidad de la Gestión, retro-alimentan de manera continua para el logro de las metas y objetivos del Hospital Apoyamos a los empleados mediante la implementación del Plan de Capacitación que toma en cuenta los planes y objetivos de la institución y los objetivos de las personas,</p> <p>Diariamente se realiza la reunión “entrega de guardia” encabezada por la Dirección y Subdirección médica del hospital, donde se evalúan las novedades presentada en las últimas 24 horas y las decisiones tomadas en esta se comunican a todos los involucrado.</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| | Se evidencia en la formulacion del POA Institucional, actas de reuniones | |
| Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas. | | No se evidencia que se fomente el empoderar a los colaboradores mediante la delegación de responsabilidades y competencias |
| 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. | La “Entrega de Guardia”, proceso habitual que se realiza diariamente en cualquier centro hospitalario, ha sido convertido en el HIRRC en un espacio de aprendizaje y socialización en que de manera conjunta el personal clave de la institución presenta temas clínicos | |
| Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo. | | No se evidencia el reconocimiento a los empleados |

Subcriterio I.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|---|
| <p>Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p> | <p>Se tienen identificados los grupos de interés</p> | <p>No se evidencia que analicen y monitorean las necesidades y expectativas de los mismos</p> |
| <p>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, el Viceministerio de Garantía de Calidad, el Servicio Nacional de Salud, el Servicio Metropolitano de Salud, y el Área V de Salud en la definición de las políticas para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, control de enfermedades emergentes y reemergentes y la mejora de la calidad de los servicios Evidencias: Actas de Reunion, fotos de eventos</p> | |
| <p>Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p> | <p>Las políticas públicas que afectan a la institución, ya que representan el marco normativo sobre el que se debe desarrollar el accionar, siendo las más importantes: Constitución de la Republica. -Ley General de Salud y sus reglamentos. -Ley de Seguridad Social y sus Reglamentos. -Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. -Objetivos de Desarrollo Sostenible. -Plan Plurianual del Sector Público -Plan Estratégico del SNS. -Ley 41-08 de Función Pública. -Decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud. -Resoluciones de órganos rectores y directivos. Lineamientos de políticas de salud de organismos internacionales como OPS, UNICEF, UNFPA y otros. Evidencias: Leyes, resoluciones, decretos, planes, disposiciones.</p> | |
| <p>Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p> | <p>Plan Operativo anual están alineados con los planes globales del país y con el PEI del Servicio Nacional de Salud. Por tanto, todos nuestros objetivos y metas de desempeño se encuentran en sintonía y armonía con las políticas públicas. Evidencia: POA alineado.</p> | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| <p>Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p> | <p>Mantenemos excelentes relaciones con el Gabinete de Salud encabezado por la vicepresidenta y el ministro de Salud Evidencias: Actas de Reunion, listado de participantes y fotos de reuniones .</p> | |
| <p>Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p> | | <p>No se evidencia</p> |
| <p>Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p> | <p>El hospital cuenta con la Unidad de Relaciones públicas, responsable de coordinar las informaciones relacionadas con la institución y su posicionamiento en la comunidad. Evidencias: notas de prensa de Relaciones Públicas, print screen de la página web y redes sociales.</p> | |

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|---|
| <p>La Organización:</p> <p>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> | | No se evidencia |
| <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>Nuestra institución tiene identificados todos los grupos de interés y están clasificados en los siguientes grupos focales, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órganos Rectores y Directivos. • Instituciones Académicas. • Prestadores de Servicios de Salud. • Representantes de la Comunidad. • Entidades Transportistas. • Proveedores. • Administradoras De Riesgos de Salud (ARS). • Servicios de Apoyo Nacional (Cuerpo de Bomberos, Policía Nacional, etc.) • Entidades Financieras(Bancos Cooperativas). • Empleados Internos. • ONG'S y Fundaciones. • Instituciones Internacionales. | No se evidencia que de forma sistemática analiza información sobre sus necesidades y expectativas |
| <p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p> | | No se evidencia |
| <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> | | No se evidencia |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>1. 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>A través del plan operativo anual POA se establecen las actividades las cuales dan respuesta a cada eje estratégico cuyos indicadores de cumplimientos están orientados a la misión y 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>No se evidencia</p> |
| <p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p> | <p>Contamos con una lista de chequeo de evidencias para la evaluación del agua, saneamiento, higiene y salud y seguridad. El cumplimiento y posesión de evidencias es monitoreado periódicamente por un equipo de Salud Ambiental del Ministerio de Salud y la Dirección del Área III.</p> <p>Disponemos de protocolo para la operación y mantenimiento de equipos de tratamiento del agua.</p> <p>Se realizan pruebas periódicas microbiológicas del agua. Se hacen reportes de la limpieza de los filtros del agua. Se lleva registro del análisis físico/químico del agua. También el hospital registra los servicios de mantenimiento de los equipos de agua.</p> <p>Evidencia: Resultados lista de chequeo de evidencias del MSP en temas de evaluación medio ambiental</p> | |
| <p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p> | <p>De forma anual, el HIDRRC, se elabora el presupuesto anual de la institución, donde se detallan las partidas financieras y el monto asignado a cada una. Esto se realiza con el fin de asegurar y controlar la disponibilidad de recursos financieros para el desarrollo y ejecución de las actividades de la</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | organización y por ende que den respuesta positiva al cumplimiento de las actividades pautadas en el POA Elaboramos el Plan Anual de Compras y Contrataciones Evidencia: POA, PACC | |
|--|--|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|--|
| <p>Los líderes (directivos y supervisores): Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p> | | <p>No se Evidencia</p> |
| <p>Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p> | <p>Contamos con el Plan Operativo Anual (POA), el cual contiene todas las actividades a realizar para el año. Disponemos además de un Plan de Emergencias y Desastres 2023., y Planes de Acción y Planes de Mejoras. De igual manera, se realizan las evaluaciones de desempeño al personal anualmente a través del MAP y por el hospital se realizan semestralmente. Evidencia: Plan de Emergencias y Desastres, Planes de Mejoa y POA</p> | <p>No se evidencia la tabla de indicadores</p> |
| <p>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>No se evidencia</p> |
| <p>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>El sistema de monitoreo, es realizado mensualmente para ser remitido al SNS, y un consolidado cada tres (3) meses lo que nos permite evaluar los logros del periodo a todos los niveles y así cuando se evidencian algunas deficiencias, tomar las medidas de lugar. Ver evidencias - POA 2023</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital. | | No se evidencia |
| 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. | | No se evidencia |
| 3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes. | <p>Mantenemos comunicación sobre la innovación dando a conocer por diversos medios los nuevos servicios que agregamos a nuestra cartera, los nuevos equipos médicos recibidos, los equipos para mejorar los servicios de apoyo a la gestión clínica, entre otros.</p> <p>Los resultados de la organización son comunicados mediante las entregas de guardia para los grupos de interés internos, las reuniones trimestrales de rendición de cuenta y los informes y reportes al Servicio Nacional de Salud, servicio Regional de Salud Metropolitano, Gerencia de Área SDN, a todo el personal mediante correos y el chat institucional, entre otros.</p> <p>Evidencias: Presentación de nuevos servicios, nuevos equipos en funcionamiento.</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>Esta promoción también se realiza mediante la entrega de guardia donde cada día se aportan ideas para mejorar los servicios.</p> <p>Contamos con diversos comités los que en sus reuniones monitorean y evalúan la situación y hacen recomendaciones de mejoras.</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>No se evidencia</p> |
| <p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p> | <p>Contamos con presupuesto anual, plan de inversiones y plan de compras Evidencias: Presupuesto y PACC</p> | |

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| 1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización. | | No se evidencia |
| 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. | | No se evidencia una política de recursos humanos |
| 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. | | No se evidencia |
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. | | No se evidencia |
| 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 | | No se evidencia |
| 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). | | No se evidencia |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas | En el POA se establecen las metas generales del Centro Estas metas se monitorean y evalúan trimestralmente. Todos los empleados de los departamentos, divisiones y secciones deben aportar su cuota para el logro de las metas generales. Pero también, cada empleado firma un acuerdo de desempeño anual, que contiene las metas y productos | |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>a entregar. Estos acuerdos se monitorean y evalúan de forma semestral. Del logro de estos acuerdos se desprenden acciones para el plan anual de capacitación.</p> | |
| <p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p> | <p>Se cuenta con un responsable de dar seguimiento al cumplimiento de evaluar los acuerdos de desempeño utilizando un documento estandarizado del SNS.</p> <p>Estos acuerdos son enviados a los encargados de cada departamento con la finalidad de que sus colaboradores socialicen las actividades a programar.</p> <p>Evidencias POA, Monitoreo del POA, Acuerdos de Desempeño, Resultados de acuerdos de desempeños.</p> | |
| <p>9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.</p> | <p>Esta se ha caracterizado por un horario según las características de los servicios brindados, de manera que nuestros colaboradores gozan de diferentes horarios, dependiendo del área de prestación de servicios en donde ejerzan sus funciones.</p> <p>En las charlas de inducción se establecen las jornadas de trabajo, los permisos de maternidad y paternidad, permisos de estudio, permisos para el cuidado de familiares, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género; inserción laboral de personas con discapacidad nos acogemos a lo establecido en la ley de Función Pública 41-08.</p> <p>Según la Ley de la Seguridad Social a las madres trabajadoras les corresponden 14 semanas de licencia pre y postnatal.</p> <p>Evidencias: Licencias reportadas, Registro de nuevos colaboradores.</p> | <p>No se evidencia una política de género</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>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.</p> | <p>Contamos con un plan anual de capacitación basado en competencias para el desarrollo del personal. Este Plan es estructurado de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MAP y el INAP. Para la elaboración del Plan se toma en cuenta los resultados de las evaluaciones del desempeño, y los requerimientos de nuestro POA. Evidencias: Plan de Capacitación</p> | |
| <p>Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p> | <p>Contamos con un salón multiuso con equipos tecnológicos, como laptop y data show donde se realizan frecuentemente conferencias, charlas, discusión de casos clínicos y la entrega de guardias. Evidencias: Reportes de la Entrega de Guardia, Certificados de capacitaciones realizadas.</p> | |
| <p>Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p> | | No se evidencia |
| <p>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> | | No se evidencia |
| <p>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>A través de las redes sociales de la institución y también grupos digitales se comparten informaciones de interés (Twitter, Facebook, Instagram entre otras). Contamos con un Plan Anual de Capacitación aprobado por el INAP para el desarrollo de los talentos de nuestros colaboradores. El Plan se elabora tomando en cuenta los resultados de la evaluación de desempeño. Dentro de los temas seleccionados para las capacitaciones están: -Liderazgo -Inteligencia emocional. -Técnicas de gerencia moderna. -Inducción a la Administración Pública. -Comunicación efectiva. -Servicio al cliente. -Supervisión efectiva.</p> | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Manejo del tiempo. -Gestión de equipos y manejo de Conflictos. -Humanización de los servicios de Salud. -Ética <p>En el interés de disminuir los conflictos, para nosotros lo primordial es la prevención por lo que se fomenta la transparencia y la comunicación proactiva a todos los niveles como forma de disminuir los problemas de comunicación que se pueden presentar entre profesionales de áreas tan diversas como las que convergen en un hospital.</p> <p>Evidencias: Plan de capacitación.</p> | |
| <p>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> | | <p>No se evidencia</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>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> | <p>Con el interés de promover la comunicación, la alta Dirección realiza reuniones con los coordinadores de los servicios de salud para analizar diversos temas de interés para la mejoría de los servicios ofrecidos a los usuarios y promover una comunicación abierta. A partir de las 7:30 de la mañana, se realiza la “Entrega de Guardia”, actividad en la cual se presentan las informaciones del comportamiento del servicio y se discuten los casos clínicos relevantes que se manejaron durante el servicio. Evidencias: Actas de reunión, Reporte Entrega de Guardia.</p> | |
| <p>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>No se Evidencia</p> |
| <p>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>Aplicación de encuesta de clima organización</p> | |
| <p>Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p> | <p>Se realizan las contribuciones al Sistema de Seguridad Social para el pago de seguro médico (Administradoras de Riesgos de Salud, ARS, Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, Administradoras del Fondo de Pensiones AFP), de manera que las necesidades de salud y seguridad están cubiertas, de acuerdo al marco legal. Se ha elaborado un Manual de Bioseguridad para la realización de sus labores, que indican al trabajador los equipos e insumos necesarios que deben poseer para protegerse y realizar el procedimiento así mismo como debe ser realizarlo sin poner en riesgo su salud ni sufrir accidentes.</p> | |

| | | |
|--|--|-----------------|
| Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados. | Se logra conciliación de la vida laboral con los colaboradores, se otorgan permisos especiales de estudio. | |
| Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | | No se evidencia |
| Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo. | | No se evidencia |

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**Considere lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:****SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>Los líderes de la organización: 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>El hospital ha identificado sus principales socios claves o grupos de interés. Dentro de los principales están: órgano rector de la salud (Ministerio de Salud Pública), órganos gestores (Servicio Nacional de Salud, Servicio Regional de Salud Metropolitano, Ministerio de Administración Pública, entre otros), instituciones formativas y de capacitación, Administradoras de Riesgo de Salud (ARS),</p> | |
| <p>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>Con la finalidad de desarrollar y gestionar acuerdos de colaboración adecuados ha realizado (8) acuerdos y/o convenios con instituciones académicas para formación de personal, y ampliar las oportunidades, además de fortalecer las líneas de trabajo de enseñanza e investigación, claves para ofrecer servicios con mayor calidad y seguridad de la atención en salud. Es bueno destacar que el HIRRC ha formalizado acuerdos con las distintas ARS, como fruto de la mejora continua a la mejora continua.</p> | |
| <p>Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p> | | No se evidencia |
| <p>Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p> | | No se evidencia |
| <p>Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p> | | No se evidencia |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p> | <p>En la entrega de guardia y las diversas reuniones gerenciales se reciben las ideas sobre cómo mejorar los servicios. Dirección y División de Planificación realizan una reunión donde presentan los resultados de todos los departamentos. Contamos con los diferentes comités institucionales exigidos por el decreto 434-07 así como los pertinentes que se requieran. Evidencia RTP evaluado, Actas constitutivas de los comités.</p> | |
| <p>Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p> | <p>El Hospital cuenta con las áreas de Atención al Usuario, Relaciones Públicas, la Oficina de Acceso a la Información (OAI), Tecnología de la Información y la Unidad de Compras, a través de estas áreas, mantenemos informados a nuestros grupos de interés. La OAI mantiene publicado los datos requeridos por órganos gestores de la transparencia institucional. Las compras de la institución son cargadas al Portal de Compras, con lo que garantizamos la transparencia del proceso. Además desarrollamos una cultura de rendición de cuentas a la Rectoría y órganos gestores del sistema, como es al Servicio Nacional de Salud y Servicio Regional de Salud Metropolitano. Anualmente el Hospital elabora su memoria institucional. Evidencia: Transparencia institucional, informes y reportes de rendición de cuentas, lista de asistencia a reuniones de rendición de cuentas, Memoria Anual.</p> | |
| <p>Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p> | <p>Mediante la Cartera de Servicios (disponible en el lobby del primer piso del hospital, en diferentes medios digitales y el página web del centro) informa el catálogo de servicios disponibles y sus novedades.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>En 2022 fue aprobada segunda versión de Carta Compromiso al Ciudadano la cual cuenta con un brochure informativo digital.</p> <p>También la gestión de las expectativas de realiza a través de encuestas preparadas para tales fines.</p> <p>Evidencia: Cartera de Servicios y Carta Compromiso</p> | |
|--|--|--|

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| <p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p> | <p>Para garantizar el cumplimiento de los objetivos se han establecido procesos para asegurar que los servicios prestados por el hospital se enmarquen dentro de las normativas definidas por los protocolos de Atención, garantizando así el adecuado uso del equipamiento, recursos técnicos y materiales. Evidencia: Objetivos del Plan Operativo Anual, Presupuesto</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>Se cuenta además con los medios para mantener un registro detallado de los procedimientos, medicamentos y otros materiales que intervienen en la prestación de los servicios de atención; garantizando con ello el efectivo control sobre el gasto y un adecuado monitoreo de la calidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos que acuden al centro. Para asegurar un adecuado retorno de la inversión que supone la prestación de servicios, nuestra unidad de contrataciones se ha ocupado de establecer contratos de prestación de servicios con las diferentes ARS que operan en el país. Evidencias: Presupuesto</p> | |
| <p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p> | | <p>No se evidencia</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>Cumple con todos los lineamientos de transparencia financiera y presupuestaria que demanda la sociedad, primero por vía del establecimiento de una unidad para el manejo de la planificación y control presupuestario y segundo no menos importante, por vía del cumplimiento a cabalidad de cada lineamiento de la Ley 340-06 (Ley de Compras y Contrataciones del Estado) y 200-04 (Ley de Libre Acceso a la Información) y para garantizarlo funcionan los diferentes comités correspondientes, entre los que destaca el Comité de Compras que analiza las solicitudes y vigila el cumplimiento y apego a la ley.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | Una vez elaborado y aprobado el presupuesto, se carga en el Portal de Transparencia Institucional. | |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | <p>Diariamente se recolecta la información de toda la producción hospitalaria a través de los reportes diarios de producción de las distintas áreas de atención.</p> <p>La producción se reporta mensualmente a través de la plataforma creada por el SNS para tales fines, en la completitud de los formularios 67-A y 72-A .</p> <p>Los indicadores estandarizados se reportan a través de la Videoconferencia del VMGC con frecuencia semestral.</p> <p>Evidencia: Reportes 67-A / 72-A, Videoconferencia VMGC.</p> | |

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización. | | No se evidencia |
| Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada. | | No se evidencia |
| Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales. | | No se evidencia |
| Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. | La gestión formativa y de mejoras a través de Internet, las redes sociales, sistemas de Datos abiertos y salón de conferencias y salón de conferencias. Evidencias: Publicaciones de las redes sociales | |
| Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad. | | No se evidencia |
| Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. | | No se evidencia |
| Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. | | No se evidencia |
| 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. | | No se evidencia |
| Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización. | | No se evidencia |

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. | POA de TIC alineado a los Planes Estratégicos del SNS. Evidencia: Actividades POA realizadas en la frecuencia establecida | |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. | | No se evidencia |
| 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.). | | No se evidencia |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación. | | No se evidencia |
| 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. | | No se evidencia |
| 6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos. | | No se evidencia |
| 7. Toma en cuenta el impacto socio-económico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc. | | No se evidencia |
| 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. | | No se evidencia |

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| <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>Contamos con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de toda la infraestructura, oficinas, equipos, medios de transporte, energía, agua, caldera, combustibles, aires acondicionados, camas hospitalarias, entre otros.</p> <p>El hospital cuenta con la sección de Mantenimiento responsable del seguimiento del plan general de mantenimiento del Hospital. Se cuenta con personal operativo para garantizar el mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura, quienes brindan servicios 24 horas.</p> <p>Los recursos energéticos son usados de forma racional y de manera eficaz, lo que se demuestra al entrar de manera automática cuando falla el sistema energético formal porque nuestra capacidad instalada responde a la demanda del hospital y más si fuese necesario.</p> <p>Evidencia: Plan de mantenimiento, informes y reportes de mantenimiento</p> | |
| <p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p> | <p>Se proporciona el mantenimiento para garantizar la seguridad. En cuanto al acceso se dispone de rampas para personas discapacitadas y ascensores lo que facilita el acceso al centro.</p> <p>El Hospital funciona las 24 horas del día para satisfacer las necesidades de los ciudadanos clientes</p> <p>Evidencia: Programa de mantenimiento</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>El hospital cuenta con una unidad de activos fijos la cual realiza la coordinación para asegurar una política integral de estos. La organización tiene contrato con la compañía Alianza Innovadora de Servicios Ambientales, (AIDSA), con la recolección de residuos Sólidos, en cumplimiento a LEY N° 27314 en contribución al cuidado medioambiental. Evidencia: Contrato AIDSA, Relación de Activos Fijos.</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>Nuestras instalaciones son parte de las identificadas por los organismos de seguridad y socorro para la atención de emergencias y desastres. Evidencia: Programa de Emergencias y desastres</p> | |
| <p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p> | <p>Nuestros medios de transporte, incluyendo la ambulancia del centro son usados de manera eficiente. Se le da mantenimiento preventivo de acuerdo al plan y correctivo cuando es necesario. Evidencia:</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>El hospital está situado en una de las principales vías del Distrito Nacional, con lo cual se garantiza un acceso rápido a las usuarias demandantes del servicio. Esta vía mueve una gran cantidad de rutas de carros públicos, autobuses de transporte y vehículos privados. Evidencia: Rutas de acceso</p> | |
| <p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p> | <p>La institución cuenta con el Comité de Riesgos y Desastres. Cada año actualiza el Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres, el plan de contingencia para eventos Hidrometeorológicos y el plan de contingencia para la semana santa y navidad. De igual modo se planifica y ejecuta un simulacro como preparativo a desastres Evidencia: Comité de Emergencias y Desastres, Lista de Participantes, Actas de Reunión</p> | |
| <p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p> | <p>La institución cuenta con el Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) definido. Evidencia: Plan de Mantenimiento</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p> | <p>La institución cuenta con el convenio de bienes nacionales para el descargo de los equipos desfasados mal estado. Evidencia: Programa de Descargo de Activos Fijos.</p> | |
| <p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p> | <p>El hospital cuenta con un programa de saneamiento. La gestión de los desechos se hace con criterios técnicos, clasificándose estos por sus riesgos. Los desechos biológicos se depositan en fundas rojas y los comunes de acuerdo a la clasificación establecida por el rector. De igual modo el ayuntamiento elimina los desechos comunes y una compañía contratada elimina los desechos peligrosos. Los desechos nunca se tiran a cielo abierto. Se guardan en depósito cerrado hasta que las instituciones correspondientes los eliminan. Existe un programa para la fumigación periódica del centro. Ver evidencias 4.6.I Plan de Saneamiento, convenio con la Compañía AIDSA y el Ayuntamiento.</p> | |

CRITERIO 5: PROCESOS.**Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:****SUBCRITERIO 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>La organización: 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>Los procesos han sido debidamente mapeados, mostrándose la relación entre ellos y las áreas estratégicas, misionales y de apoyo a la gestión clínica y administrativa. Evidencias: Mapa y manual de procesos.</p> | |
| <p>Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p> | <p>El hospital cuenta con sistemas para gestionar procesos basado en el Modelo CAF o Marco Común de Evaluación. Evidencia: Autoevaluación CAF</p> | |
| <p>Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p> | | No se evidencia |
| <p>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>Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p> | <p>Se monitorean los indicadores relacionados a la Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano y la Gestión Productiva de Servicios. Evidencia: Nivel de cumplimiento de CCC, cartera de servicio publicada así como el reporte trimestral del POA.</p> | |
| <p>Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p> | <p>El área de Estadística consolida la información recolectada y reporta a todos las instancias correspondientes. El centro cuenta con una División de Epidemiología la cual realiza la vigilancia y control de los eventos de notificación obligatoria. Cada semana se reporta a la</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>DIGEPI el EPI-I el cual contiene los casos de eventos de interés epidemiológicos. Para el control se hacen intervenciones a fin de mantener las infecciones asociadas a la atención en salud bajo control.</p> <p>El VMGC del Ministerio da seguimiento a una serie de indicadores relacionados con la calidad y el cumplimiento de las normas y protocolos.</p> <p>Evidencia: Reporte Epidemiológico, Reporte 67-A y 72-A, Videoconferencia del VMGC.</p> | |
| <p>Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p> | <p>El hospital se halla en espera de la emisión del Certificado de Habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública.</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|--|
| <p>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.</p> | <p>Para la elaboración del plan estratégico y plan operativo anual, así como el plan de compras y el presupuesto se involucran a grupos de interés. Diariamente se aplican encuestas para conocer las opiniones de las usuarias sobre los servicios. Periódicamente se realizan reuniones con grupos focales para conocer lo que piensan de nuestros servicios. Tenemos también la Carta Compromiso donde asumimos los atributos de calidad para la entrega de servicios a nuestras usuarias. La misma tiene una vigencia de 2 años. Evidencia: Informe de encuestas de satisfacción, Minutas de las reuniones de grupos focales,</p> | <p>No se evidencia que se involucren a todos los grupos de interés</p> |
| <p>Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p> | <p>Se tiene diseñado procesos y procedimientos para garantizar la continuidad de los mismos. Esto incluye los productos e insumos utilizados en la atención de las usuarias, cuyos desechos generados pueden tomar diferentes vías para su eliminación o reutilización como ocurre con los materiales como papel, cajas y otros.</p> | |
| <p>Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.</p> | <p>Desde el portal transparencia el hospital mantiene actualizada las informaciones relevantes: Estadísticas, Compras, y Nominas. Mediante las redes sociales son publicadas la apertura de nuevos servicios y los horarios. La cartera de servicios es cargada mensualmente en la página web del centro. También se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes. Para garantizar la accesibilidad a los servicios se instauró el Call Center, mediante el cual los usuarios pueden programar sus citas y confirmar las mismas. El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochures, página web y en las áreas del hospital. Evidencias: Cartera de Servicios, Página Web, Listado de usuarios confirmados a cita.</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>Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p> | <p>Se integran los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de las diversas áreas internas. Ministerio de Salud para la vigilancia epidemiológica, reporte de estadísticas vitales, indicadores de calidad del VMGC, evaluación de la gestión medioambiental, entre otros. Con el SNS y el SRSM todo el desarrollo gerencial para la prestación de servicios, así como el monitoreo y evaluación de programas, planes y proyectos. Con el MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional. Con Compras y Contrataciones Públicas lo relativo al proceso transparente de compras y contrataciones y el portal de compras. Con la Contraloría el proceso de la gestión financiera. Evidencias: Informes, Reportes y Comunicaciones de coordinación de procesos.</p> | |
| <p>Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p> | <p>Se mantiene intercambio de datos con las diferentes instituciones públicas a través de las siguientes plataformas: SISTAP (MAP): se registran todos los empleados públicos. TRE: el cual se registran los contratos de los empleados y de los proveedores que tenemos contratados. DIGEPI: se registran los informes y reportes epidemiológicos. DIES (MISPA): se reportan todos los nacimientos y defunciones. Sistema de Reclamación Laboral. Evidencias: Reportes de los diferentes programas</p> | |
| <p>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>Somos un hospital de tercer nivel por tanto nos articulamos en la red con el segundo y primer nivel. Coordinamos acciones con la gerencia de área del SRSM, con el mismo SRSM y con el SNS para solucionar problemas o tratar sobre referencias y contra referencias de pacientes.</p> | |

| | | |
|--|--|-----------------|
| Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados. | | No se evidencia |
|--|--|-----------------|

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 |
|--|--|-----------------|
| 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 imagen global del HMRA ha sido apreciada por los ciudadanos/clientes entre muy buena y buena en un 96.20%, esto lo demuestra el promedio de percepción en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos en las últimas mediciones realizadas en las encuestas de satisfacción de usuarios.</p> <p>Evidencia: Resultados mediciones encuestas de satisfacción, resultados lista de verificación seguridad de la cirugía.</p> | |
| 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>El informe de medición de satisfacción de usuarios del periodo Julio-Dic 2022 presentó el siguiente resultado:</p> | |

| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>96.6%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>96.5%</td> </tr> <tr> <td>Agilidad</td> <td>96.0%</td> </tr> <tr> <td>Fiabilidad</td> <td>95.9%</td> </tr> <tr> <td>Accesibilidad</td> <td>96.1%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo</td> <td>95.6%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y Co</td> <td>96.4%</td> </tr> </tbody> </table> | Categoría | Porcentaje | Amabilidad | 96.6% | Profesionalidad | 96.5% | Agilidad | 96.0% | Fiabilidad | 95.9% | Accesibilidad | 96.1% | Tiempo | 95.6% | Higiene y Co | 96.4% | |
|---|---|------------------------|------------|------------|-------|-----------------|-------|----------|-------|------------|-------|---------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--|
| Categoría | Porcentaje | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amabilidad | 96.6% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesionalidad | 96.5% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agilidad | 96.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiabilidad | 95.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accesibilidad | 96.1% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo | 95.6% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Higiene y Co | 96.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p> | | <p>No se evidencia</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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>Nuestro hospital se ha caracterizado por mantener un alto nivel de transparencia al proporcionar información.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p> | <p>Cuenta con la resolución No. 001-2023 que aprueba la 2da. Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano con un nivel de cumplimiento de un 96.20%, lo cual es un aval para el cumplimiento de los estándares de calidad.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

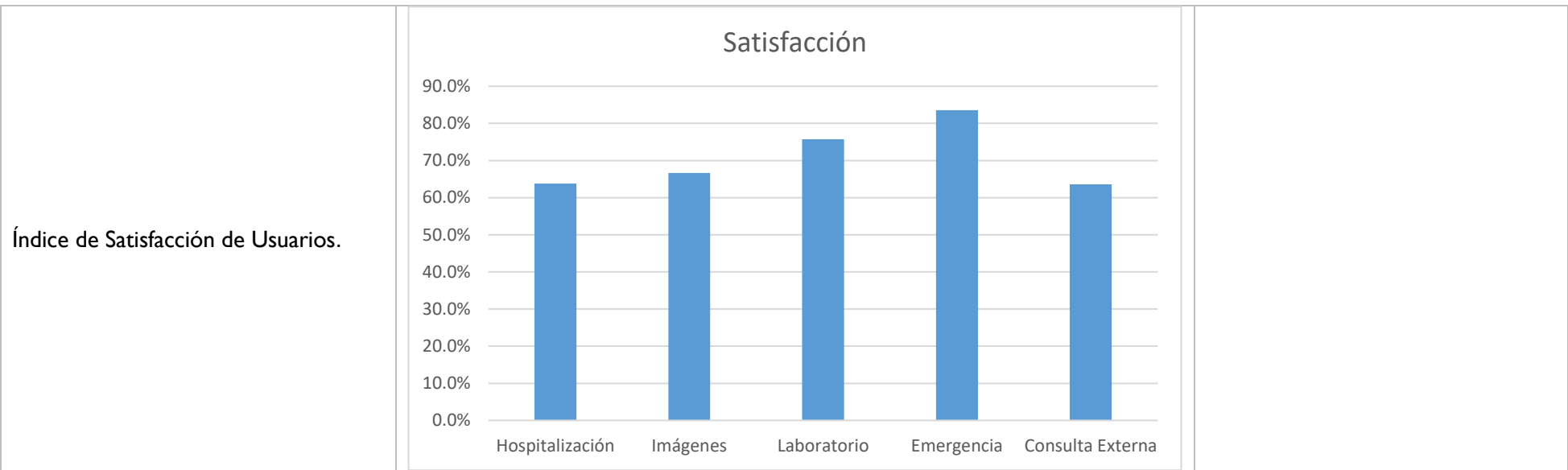
2. Resultados de la percepción de los servicios y productos.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|------------|------------|-------|-----------------|-------|----------|-------|------------|-------|---------------|-------|--------|-------|--------------|-------|--|
| <p>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>No se evidencia</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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> | <table border="1"> <caption>Gráfico de Barras: Resultados de Calidad de Productos y Servicios</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>96.6%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>96.5%</td> </tr> <tr> <td>Agilidad</td> <td>96.0%</td> </tr> <tr> <td>Fiabilidad</td> <td>95.9%</td> </tr> <tr> <td>Accesibilidad</td> <td>96.1%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo</td> <td>95.6%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y Co</td> <td>96.4%</td> </tr> </tbody> </table> | Categoría | Porcentaje | Amabilidad | 96.6% | Profesionalidad | 96.5% | Agilidad | 96.0% | Fiabilidad | 95.9% | Accesibilidad | 96.1% | Tiempo | 95.6% | Higiene y Co | 96.4% | |
| Categoría | Porcentaje | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amabilidad | 96.6% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesionalidad | 96.5% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agilidad | 96.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiabilidad | 95.9% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accesibilidad | 96.1% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo | 95.6% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Higiene y Co | 96.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p> | <p>Dentro de los servicios, está el programa de Adolescentes, el cual atiende las necesidades en salud y apoyo psico-emocional a estas jóvenes. Con la Fiscalía, el Ministerio de Salud, el SNS y CONANI el centro trabaja el tema de violencia de género, violación y embarazo en adolescentes de parejas adultas. Cumpliendo un protocolo para estos casos especiales. Por el Hospital intervienen Salud Mental, el Departamento Médico y el área Legal. Evidencias: Protocolo de la Ruta de Violencia. Protocolo embarazos en adolescentes y casos de violación. 67-A y 72-A.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Capacidades de la organización para la innovación.</p> | | <p>No se evidencia</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Digitalización en la organización.</p> | <p>Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 5 días si son físicas y 10 días si es por buzón. Los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles en 3 días laborables de acuerdo a otro de los compromisos de la Carta.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio). | De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 96% de los usuarios considera que nuestro tiempo de respuesta es de muy buena a buena. Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 5 días si son físicas y 10 días si es por Buzón. | |
| Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). Costo de los servicios. Cumplimiento de la Cartera de Servicios Cumplimiento de los estándares comprometidos. | Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 5 días si son físicas y 10 días si es por buzón. se mantiene funcionando durante las 24 horas del día toda la semana. En horario de la mañana y la tarde se entregan los servicios de consultas externas especializadas. Los servicios de apoyo a la gestión clínica como laboratorio e imágenes diagnosticas funcionan las 24 horas del día. La Cartera de Servicios se cumple un 100%. Evidencias: Reporte de Buzones y Atención al Usuario de quejas y sugerencias. Ver horarios en la Cartera de Servicios. Reporte 67-A cumplimiento cartera de servicios | |
| Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad. | | |
| Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc. | | No se evidencia |
| Tiene ajustada su Cartera de Servicios. | Nuestro centro cuenta con horarios flexibles de atención en los diferentes servicios. Brindando atención personalizada, soporte técnico, programación de citas, llamada para recordar citas, entrega de servicios y realización de procedimientos de manera estandarizada | |



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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales. | <p>Canales de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Prensa: Radial, escrita y televisiva 2- Afiches 3- Mural informativo 4- Carta Compromiso 5- Página Web 6- Redes Sociales 10- Línea 311 <p>Evidencia: Lista de medios digitales, Página Web</p> | |
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.) | <p>Reporta mensual y trimestralmente al MSP, al SNS y al SRSM todos los reportes e informes solicitados, tanto de la producción como de los indicadores del cumplimiento del POA entre otros.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>Principales reportes: 67-A, 72-A, EPI I, EPI Carga de producción en el Sistema del SNS. Reporte cumplimiento del POA Evidencia: Reportes 67-A y 72-A, RTP POA</p> | |
| <p>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.</p> | <p>Toda la información de la producción institucional está disponible en el centro y es remitida con la periodicidad requerida a las instituciones correspondientes (Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, SRSM, MAP, DIGEIG, etc). Ver evidencia 6.2.2.3 Portal Web Institucional, Reportes 67-A y 72-A, foto de mediciones de la DIGEIG.</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen). | | No se evidencia |
| Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas). | | No se evidencia |
| Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad). | | No se evidencia |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 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.). | Los indicadores establecidos y medidos son: Portal de transparencia, Marco legal institucional, Marco legal del sistema de transparencia, Estructura orgánica, Oficina de Libre Acceso a la Información, Plan Estratégico Institucional, Estadísticas institucionales, Información básica de los servicios públicos, Portal 311 de quejas, reclamaciones, sugerencias y denuncias, Declaración jurada de patrimonio, Presupuesto, Recursos humanos | |
| 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). | Oficina de atención al usuario, Encuestas de satisfacción, Redes sociales (Instagram) Evidencias: Encuestas de Satisfacción | |

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 |
|--|--|--|
| La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés). | El 98% de los usuarios recomendaría a otros usuarios los servicios ofrecidos por el hospital. Evidencia: Encuesta de satisfacción | No se evidencia el 100% de los empleados completaran la encuesta de clima organizacional |
| 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. | | No se evidencia |
| La participación de las personas en las actividades de mejora. | | No se evidencia |
| Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad. | | No se evidencia |
| Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal. | | No se evidencia |
| La responsabilidad social de la organización. | | No se evidencia |

| | | |
|--|--|-----------------|
| La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | | No se evidencia |
| El impacto de la digitalización en la organización. | | No se evidencia |
| La agilidad en los procesos internos de la organización. | | No se evidencia |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.</p> | <p>Además, anualmente se elabora el plan operativo anual POA donde participan también todos los directivos. Luego del POA, se elabora el presupuesto anual mediante el cual se asignan recursos a las actividades planeadas. Estos planes se monitorean y evalúan de manera trimestral. Los planes una vez diseñados se comunican a toda la organización. Evidencia: POA y Presupuesto.</p> | |
| <p>El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p> | <p>Contamos con un mapa de procesos donde se visualiza la interacción de los procesos de todas las áreas. Además contamos con un Manual de Procesos. La normativa de mi institución responde a las necesidades actuales. Evidencia: Mapa y Manual de Procesos.</p> | |
| <p>El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p> | <p>En el manual de organización de cada departamento, está definido el perfil de cada cargo y las funciones que debe realizar, por lo que están equilibradas las tareas y las responsabilidades. Anualmente se realiza la evaluación de desempeño suministrada por el MAP al personal administrativo y de enfermería con el interés de conocer los conocimientos, habilidades y actitudes del personal y de esta manera poseer una panorámica de las capacidades de las personas y elaborar planes de formación, capacitación y de educación continua. También el hospital realiza 2 evaluaciones de desempeño semestralmente, donde se evalúa a todo el personal. Evidencias: Manual de organización y funciones. Organigrama y Reporte Evaluación del Desempeño.</p> | |
| <p>La gestión del conocimiento.</p> | | No se evidencia |
| <p>La comunicación interna y las medidas de información.</p> | | No se evidencia |
| <p>El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.</p> | | No se evidencia |
| <p>El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.</p> | | No se evidencia |

Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| El ambiente de trabajo y la cultura de la organización. | | No se evidencia |
| El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | | No se evidencia |
| El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | | No se evidencia |
| Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | | No se evidencia |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| Desarrollo sistemático de carrera y competencias. | | No se evidencia |
| Nivel de motivación y empoderamiento. | | No se evidencia |
| El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | | No se evidencia |

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).**I. Resultados generales en las personas.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| 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.). | Se genera mensualmente un reporte donde se registran las incidencias por las cuales los colaboradores se ausentan de institución Evidencia: Reporte de Licencias médicas, Reporte de Permisos y Vacaciones autorizadas | |
| Nivel de participación en actividades de mejora. | | No se evidencia |
| El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | | No se evidencia |
| La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | La institución en coordinación con el órgano rector en materia de reforestación realiza un cronograma de reforestación con la integración voluntaria de los colaboradores Evidencia: fotos y comunicaciones de solicitud y autorización del proceso de reforestación | |
| Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes). | | No se evidencia |

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>Resultados de Indicadores relacionados con: El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p> | <p>La encuesta de satisfacción de usuarios externos muestra la capacidad de nuestro personal para tratar con las usuarias y sus familiares. Evidencia: Resultados Encuesta de Satisfacción</p> | |
| <p>El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p> | | No se evidencia |
| <p>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>En la matriz de detección de Necesidades se identifican las necesidades de capacitación de los colaboradores para el desarrollo de sus capacidades y habilidades Evidencia: Plan de Capacitación</p> | |
| <p>Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p> | | No se evidencia |

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 |
|---|--------------------------------------|-----------------|
| 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. | | No se evidencia |
| La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | | No se evidencia |
| El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. | | No se evidencia |
| El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.). | | No se evidencia |
| Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.). | | No se evidencia |
| Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad. | | No se evidencia |
| Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.). | | No se evidencia |
| Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios. | | No se evidencia |

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.). | | No se evidencia |
| Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad. | | No se evidencia |
| Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.). | La institución ha recibido una cobertura positiva por parte de los principales medios de comunicación impresa y digital del país. Publicaciones realizadas en los distintos canales digitales: Twitter, Instagram, Página Web | |
| Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.). | | No se evidencia |
| Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas. | | No se evidencia |
| Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales). | | No se evidencia |
| Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas). | | No se evidencia |

| | | |
|--|--|-----------------|
| Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad). | | No se evidencia |
| Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. | | No se evidencia |
| Uso de incinerador para los residuos médicos. | La institución tiene un contrato con una compañía para las incineraciones de los residuos médicos. Evidencia: Contrato con AIDSA | |
| Política de residuos y de reciclado. | La institución cuenta con los manuales, protocolos y políticas de residuos. Evidencia: Manuales, Protocolos y Políticas de residuos | |

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 |
|---|---|-----------------|
| Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos. | Los resultados en términos de salida de los servicios ofrecidos por el hospital son evidenciados y documentados en los reportes de 67ª el cual, mensualmente detalla el nivel de producción de servicio presenta el centro en los diferentes procesos. El análisis de calidad de los servicios es medido a través de las encuestas de satisfacción de los servicios y las quejas presentadas. Evidencia: Reporte 67A y 72A, Encuesta de Satisfacción usuario externos. | |
| Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | El impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios ofrecidos se encuentran evidenciado en la cantidad de atenciones brindadas por el centro. Evidencia: Reporte 67A y 72A | |
| Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | | No se evidencia |
| Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | Es evidenciado a través de las evaluaciones del POA, SISMAP SALUD, Proceso de Habilitación. Evidencia: Ranking SISMAP, Habilitación de Servicios, Cumplimiento de los indicadores priorizados por el MSP. | |
| Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño. | Se evidencian inspecciones y auditorías, por parte de salud ambiental del MISPAS, así como las auditorías | |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | medicas por parte de las ARS. También se realizan auditorias por parte del Ministerio de Salud Pública Área V para el cumplimiento de los indicadores priorizados de salud. Auditoria de SNS atención al usuario, Auditoria por parte de la DIGEIG con respecto al portal de transparencia Evidencia: Informes de Auditoría Área V de Salud, Auditoria POA, Auditoria de Expedientes clínicos ARS y VMGC. | |
| Resultados de la innovación en servicios / productos. | | No se evidencia |
| Resultados de la implementación de reformas el sector público. | | No se evidencia |
| Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. | Listado de las diferentes fundaciones de apoyo a los usuarios | |

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima. | La eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles se analiza mediante los análisis de la ejecución presupuestarias, cumplimiento de plan de compras y contrataciones. s. Análisis financiero del ingreso vs el gasto. Evidencia: Análisis Financiero Ingreso vs Gasto, Balance General, Ejecución Presupuestaria, evaluación acuerdos de desempeño | |
| Resultados de mejoras e innovaciones de procesos. | | No se evidencia |
| Resultados de benchmarking (análisis comparativo). | | No se evidencia |
| Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas). | | No se evidencia |

| | | |
|---|---|-----------------|
| Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.) | | No se evidencia |
| Resultados de las evaluaciones o auditorías internas. | Se evidencian inspecciones y auditorias, por parte de salud ambiental del MISPAS, así como las auditorias medicas por parte de las ARS. También se realizan auditorias por parte del Ministerio de Salud Pública Área III para el cumplimiento de los indicadores priorizados de salud. Auditoria de SNS atención al usuario. | |
| Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | | No se evidencia |
| Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros. | El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se realiza a través de los informes de ejecución presupuestarias, la programación de estos y los informes generales financieros. Evidencia: Ejecución presupuestarias. Nivel de cumplimiento POA | |
| Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores. | | No se evidencia |

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.