



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL
(En base al Modelo CAF, de Excelencia en la Gestión)**

Preparado por el Comité Institucional de Calidad

Dr. Eligio Joel Ortega - Director General - Coordinador

Dr. Anthony Richard Lora - Sub-Director General - Evaluador

Dr. Juan Luis Rosario - Sub-Director Médico - Evaluador

Ing. Ana Marsel López - Gerente Administrativo Financiero - Evaluador

Ing. Francisco Castillo - Gerente Planificación y Desarrollo - Evaluador

Licda. Griselis Minaya - Enc. Recursos Humanos - Evaluador

Licda. Génesis Morel - Enc. Ofic. Acceso a la Información - Evaluador

Licda. Araisa Peguero - Enc. Sección Jurídica - Evaluador

Licda. Yahaira Romero - Enc. Atención al Usuario - Evaluador

Ing. Virginia Peña - Enc. Calidad en la Gestión - Evaluador

La Vega, Rep. Dom.

Mayo 2023 CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

El Hosp. Regional Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch, es un hospital descentralizado de tercer nivel de atención, perteneciente a la red pública del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el primer hospital de la región del Cibao dedicado a la atención de usuarios traumatizados y con patologías ortopédicas y quirúrgicas. Por ser una institución del sector público, regido por el Servicio Nacional de Salud y el Ministerio de Administración Pública, estamos llamados a implementar El Modelo CAF.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- es 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, y así transitar e el camino de la mejora continua y desarrollar la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el 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 sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

Antes de iniciar con la aplicación de la autoevaluación CAF, el Comité Institucional de Calidad recibió la capacitación pertinente para estos fines el día 7 de febrero del corriente año, a cargo de Guadalupe Sosa del Ministerio de Administración Pública, donde se les explicó el procedimiento y además se introdujo las novedades y mejoras del proceso.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, El Hosp. Regional traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch, mediante el consenso de los miembros del Comité Institucional de Calidad, midieron 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 este 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.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

- 1.1.1. MISIÓN: Somos una institución de servicios de salud especializada, que brinda atenciones, con calidad y humanizadas, con énfasis en traumatología y cirugía, utilizando procesos asistenciales estandarizados e integrales, apoyados en la utilización eficiente de los recursos y el uso racional de tecnologías, promoviendo el constante desarrollo del conocimiento científico a través de la docencia e investigación.

1.1.2. VISIÓN: Alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios traumatológicos y quirúrgicos basados en la autogestión y la oferta de servicios de salud oportunos, accesibles y de calidad, garantizando la sostenibilidad y el desarrollo de nuestros Recursos Humanos.

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES:

- Calidad
- Educación
- Excelencia
- Honestidad
- Humanidad
- Integridad
- Lealtad
- Responsabilidad Social
- Trabajo en Equipo

1.1.4 BASE LEGAL: Las leyes 42-01 Ley General de Salud, 87-01 que es la ley que crea el sistema dominicano de Seguridad Social y el Decreto No. 434-07 que pone en vigencia el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas. Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS)

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

1.1.5.1 Unidades Normativas o de Máxima Dirección:

- Servicio Nacional de Salud.
- Dirección de Servicio Regional de Salud Cibao Central.
- Consejo de Administración.
- Dirección Hospital.

1.1.5.2 Unidades Consultivas o Asesoras:

- División de Recursos Humanos.
- Departamento de Planificación y Desarrollo.
 - División de Calidad en la Gestión.
- División de Auditoría Médica.
- División de Epidemiología.
 - Sección de Bioseguridad.
 - Sección de Jurídica
 - Sección de Comunicaciones

2.5.3. Unidades Auxiliares o de Apoyo:

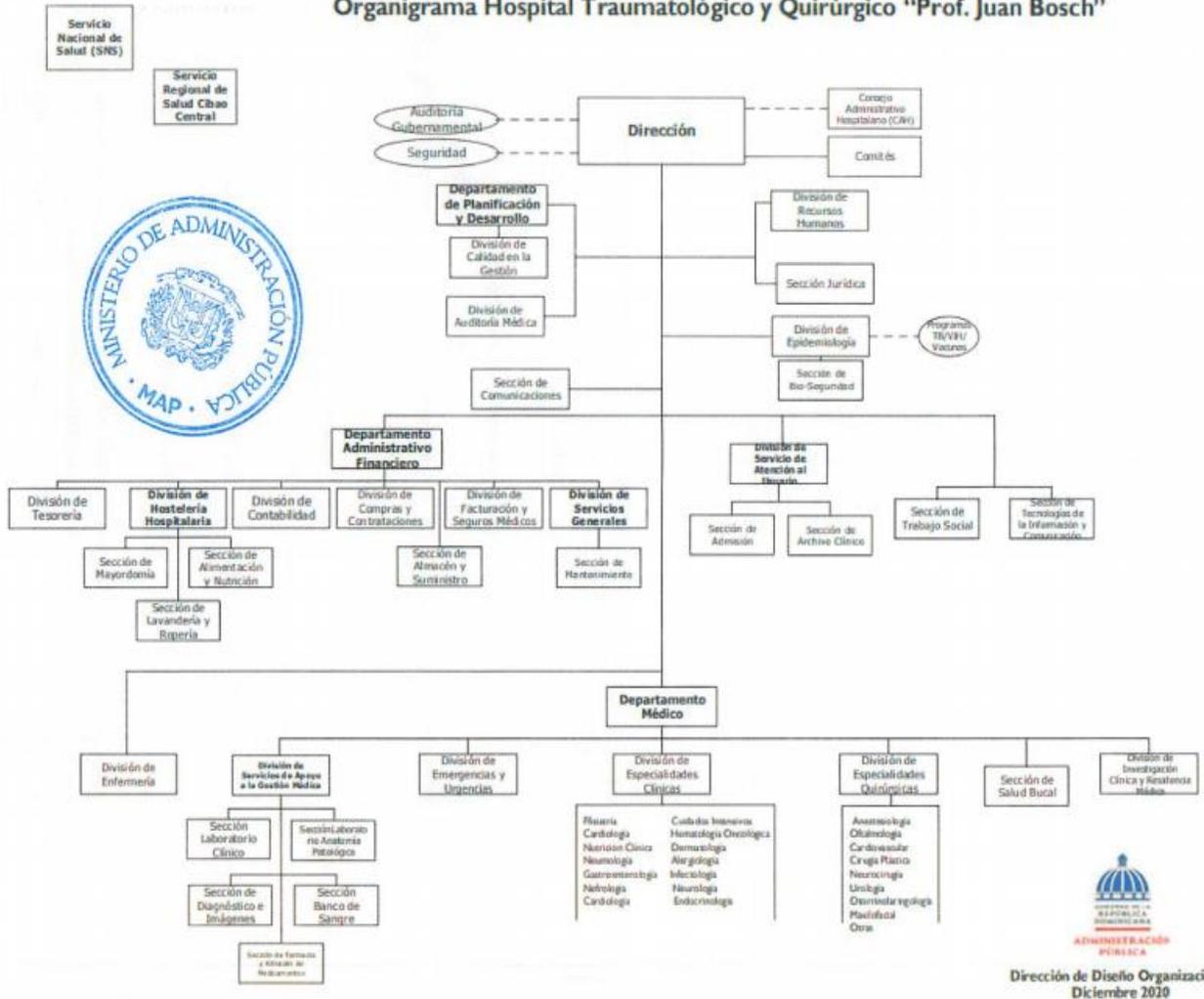
- Departamento de Administrativo y Financiero.
 - División de Contabilidad.
 - División de Facturación y Seguro Médico.
 - División de Tesorería.
 - División de Hostelería Hospitalaria.
 - Sección de Alimentación y Nutrición
 - Sección de Lavandería y Ropería.
 - Sección de Mayordomía.
 - División de Compra y Contrataciones.
 - División de Almacén y Suministro.
 - División de Servicios Generales.
 - Sección de Mantenimiento.
- División Servicio de Atención al Usuario.

- Sección de Admisión
- Sección de Archivo Clínico.
- Sección de Trabajo Social.
- Sección de Tecnologías de la Información y Comunicación.

2.5.4. Unidades Sustantivas u Operativas:

- División de Enfermería.
- Departamento Médico.
- División Servicio de Apoyo a la Gestión Médica.
 - Sección de Laboratorio Clínico.
 - Sección de Laboratorio de Anatomía Patológica.
 - Sección de Diagnóstico e Imágenes.
 - Sección de Banco de Sangre.
 - Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos.
- División de Emergencias y Urgencias.
- División de Especialidades Clínicas.
- División de Especialidades Quirúrgicas.
- División de Salud Bucal.
- División de Investigación Clínica y Residencia Médica.

Organigrama Hospital Traumatológico y Quirúrgico "Prof. Juan Bosch"



1.1.6 SERVICIOS

- Servicios de Consulta Externa
- Emergencia
- Hospitalización
- Procedimiento Quirúrgicos Electivos
- Estudios de Imágenes
- Exámenes Anatómo-Patológicos
- Medicina Física y Rehabilitación
- Hemodiálisis
- Exámenes del Laboratorio Clínico

1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

1.2.3 Objetivos Estratégicos Generales del HTQPJB:

- Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos.
- Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

- Definir y ejecutar las actividades Gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación.
- Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad.
- Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.
- Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.
- Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital

1.2.4 Estrategias Generales para garantizar el logro de los objetivos.

1.2.4.1 Estrategias Generales Para Garantizar los Fundamentos del Hospital:

- Garantizar el cumplimiento del marco legal vigente.
- Estandarización de los servicios brindados, a través de la utilización de protocolos en todas las áreas.
- Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción e indicadores de calidad.
- Evaluaciones periódicas del desempeño a todo el personal del hospital.
- Establecer convenios de cooperación e intercambio científico con instituciones nacionales e internacionales.
- Conformar los diferentes comités que garanticen la calidad y profesionalidad en la entrega de los servicios. (bioética, vigilancia infecciones intrahospitalaria, control farmacéutico, eventos adversos, análisis mortalidad)
- Las decisiones serán tomadas en base al análisis de las informaciones.

1.2.4.2 Estrategias de Mercado:

- Trato adecuado a los usuarios.
- Mantener un alto Niveles de Satisfacción en los Usuarios.
- Garantizar servicios de calidad con alto niveles de seguridad de la atención.
- Implementar una estrategia de mercadeo donde se destaque lo siguiente: Capacidad resolutive de los recursos humanos, ubicación geográfica, capacidad instalada en equipos, calidad de los servicios brindados, seguridad en la atención, 7 salas de cirugía, entre otros.
- Mantener precios asequibles y competitivos.
- Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos.
- Departamento de Atención al Usuario.
- Formulación de campañas publicitarias (participación, entrevista y reportajes en programa radio y televisión, periódicos, señalizaciones externas, brouchure, afiches, participación de estudiantes como facilitadores).
- Creación de revista.

1.2.4.3 iii. Planificación y Control

- Realizar ejercicios de planificación en todas las áreas.

- Monitoreo periódico de calidad y satisfacción e usuarios.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas establecidas en los diferentes planes formulados del hospital y por departamentos.
- Implementar el sistema de auditoría al expediente clínico.
- Implementar planes de desarrollo de los recursos humanos en todas las áreas.
- Implementación de sistema de administración y contabilidad organizado.
- Análisis y control de costo.
- Análisis y control de Glosas.
- Evaluación de cumplimiento de los protocolos y procesos.
- Evaluación de desempeño del personal.
- Formulación de planes operativos de intervención cuando no se obtengan los objetivos y metas establecidos.
- Monitorear el cumplimiento e impactos logrados por los planes operativos de intervención.
- Presentación de informes periódicos del cumplimiento de los planes operativos de intervención.

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

- Voluntad gubernamental para la existencia del hospital y potenciar su desarrollo.
- Existencia de un comité de calidad
- Existencia protocolos y perfiles de puestos definidos para el ejercicio y el manejo interno de la institución.
- Oficina de Libre Acceso a la Información
- Licencia de habilitación del SNS.
- Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano v4.0
- Asistencia o participación del personal en las actividades relacionadas con el plan de educación
- Alta valoración de la institución por el personal.
- Percepción de buen clima organizacional.
- Comunicación Interna y Externa dinámica y accesible por vías tecnológicas y de redes sociales.

2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.

- No poseemos Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard
- No se registran los resultados que establecen estrategias y planificación mediante la definición de prioridades, tomando en cuenta los tiempos que cada proceso amerita y la estructura organizativa del hospital que debería ser revisado cada 4 meses.

- No se implementan sistemas que generen ideas creativas, las propuestas innovadoras nacen del interés propio de los colaboradores en dar un servicio con calidad y mejora continua.
- No poseemos unidad de género ni acciones relacionadas a esta
- No se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.
- No se Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.
- No se mide nivel de Innovación
- No se mide la digitalización

2.2.1 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

2.1.1 LIDERAZGO

- No poseemos Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard

2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

- No se registran los resultados que establecen estrategias y planificación mediante la definición de prioridades, tomando en cuenta los tiempos que cada proceso amerita y la estructura organizativa del hospital que debería ser revisado cada 4 meses.
- No se implementan sistemas que generen ideas creativas, las propuestas innovadoras nacen del interés propio de los colaboradores en dar un servicio con calidad y mejora continua.

2.1.2 PERSONAS

- No poseemos unidad de género ni acciones relacionadas a esta
- No 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.

2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS

- No se ha creado pero si se tiene un plan de acción para la creación de 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 Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.

- No gestionamos los procesos del SUGEMI

2.1.5 PROCESOS

- No poseemos mapa general de proceso, solo algunas áreas críticas poseen su mapa de proceso.

2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

- No se mide la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización
- No se mide nivel de Innovación
- No se mide la digitalización
- No se mide la utilización de métodos de innovación
- No se mide el cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes
- No se miden los 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.).

2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

- No se llevan métricas de la conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.
- No se mide la responsabilidad social de la institución.
- No se mide el impacto de la digitalización en la organización
- No se llevan métricas de las comunicaciones internas y medidas de información.
- No se poseen métricas en cuanto al enfoque de la organización para los cambios y la innovación, pero estas se aplican de forma regular y natural.
- No se mide la frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.

2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

- No poseemos programas para emplear a minorías, pero si poseemos empleados con discapacidades motoras e intelectual.
- No se mide la responsabilidad social
- No se posee plan de reducción de consumo eléctrico pero si se miden.

2.2.4 RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

- No poseemos medición de Innovación
- No poseemos estadísticas en cuanto al número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización, pero si recibimos voluntarios tanto para las jornadas quirúrgicas como para la facilitación de actividades formativas.
- No se han realizado Benchmarking en el último año, por tanto no se han medido
- No medimos la eficacia de las alianzas, mas poseemos alianzas de servicio y de cooperación.
- No tenemos resultados en reconocimientos porque en 2022 no nos postulamos a premio de calidad por el alta tasa de rotación de personal y cambios administrativos
- No se posee mediciones del costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Al concluir con el proceso de la autoevaluación CAF nos quedan muchas lecciones aprendidas entre las cuales podemos destacar la falta de tiempo en el desarrollo de las actividades del plan de mejora, pues cuando se pone en ejecución ya se llega el momento de reevaluar el CAF, proceso que para realizarse correctamente requiere de la disposición y disponibilidad del Comité Institucional de Calidad, que está conformado mayormente por los entes encargados de las áreas sustantivas de la Institución y que por ende disponen de poco tiempo por tu agenda de trabajo, por lo que sugerimos sopesar y evaluar que este proceso se realice cada dos años y no anual como hasta el momento. Otra de las lecciones es que es más productivo el proceso de autoevaluación cuando todos los miembros del comité no solo hayan recibido capacitación, sino que, hayan tenido la experiencia previa, y ante los altos cambios del personal que hemos tenido ha hecho repercusión en este proceso.

A pesar de los inconvenientes presentados, podemos concluir con que logramos el objetivo principal de este proceso que es identificar las fortalezas y oportunidades de mejora de la institución a los fines de crear y ejecutar planes de mejora en busca de eliminarlas o en su defecto controlarlas.

4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución:		
Crterios	Puntos Totales Actual	Puntos Totales Propuesto
1: Liderazgo (140 puntos)	129	
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	129	
3: Personas (100 puntos)	95	
4: Alianzas (100 puntos)	94	
5: Procesos (120 puntos)	116	
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	98	
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	94	
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	93	
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	93	
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	941	