HOSPITAL
PROVINCIAL
INMACULADA CONCEPCIÓN

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

Preparado por la Analista de Calidad en la Gestion
Lic. Cinthia Maria Otañez Torres

Cotui
Mayo 2023

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital Inmaculada Concepción es un hospital de segundo nivel de atención perteneciente a la Regional Cibao Central, el mismo, ha presentado un crecimiento sostenido y muchos de los servicios de salud que no existían antes, hoy son producto del crecimiento de la población y la demanda de servicios por parte de esta.

El Hospital Inmaculada Concepción fue fundado el día 23 de marzo el año 1971 a principio de la década de los años 70 y brinda los servicios de salud a los 4 municipios de la Provincia de Sánchez Ramírez (Cevicos, Villa La Mata, Fantino y Cotuí); nuestra área de mayor influencia directa es el municipio cabecero de Cotuí. El objetivo de nuestro Hospital Provincial Inmaculada Concepción de segundo nivel de atención se focaliza en brindar todas las atenciones de lugar a nuestros clientes/ciudadanos, identificando sus necesidades o requerimientos primordiales, teniendo como respuesta indicadores en salud integral, aplicada, enfocada en todas nuestras especialidades.

El Modelo CAF (Common Assestment 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 en 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.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, el Hospital Provincial Inmaculada Concepción, 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 prestadora de servicios de salud, articulada a la red publica de los servicios regionales VIII Cibao Central, trabajamos orientado al usuario atendiendo de forma directa y personalizada, brindando una atención oportuna, segura y confiable con una amplia cartera de servicio.

1.1.2 VISIÓN: Aspiramos como prestadora de servicios de salud a ser un modelo de referencia para nuestros altos estándares de calidad.

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES:

- Calidad
- Transparencia
- Compromiso
- Responsabilidad
- Integridad
- Humanización

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:

- Dirección Hospital.

1.1.5.2 Unidades Consultivas o Asesoras:

- Consejo Administrativo Hospitalario
- Sección de Recursos Humanos
- Sección de Planificación y Desarrollo
- División de Epidemiología, con:
  - Sección de Bio-seguridad

1.1.5.3 Unidades Auxiliares o de Apoyo:

- División Administrativa Financiera, con:
  - Sección de Hostelería Hospitalaria
  - Sección de Contabilidad
  - Sección de Facturación y Seguros Médicos
  - Sección de Compras y Contrataciones
  - División de Servicios Generales
- División de Servicio de Atención al Usuario, con:
  - Sección de Admisión y Archivo Clínico
- Sección de Trabajo Social

1.1.5.4 Unidades Sustantivas u Operativas:

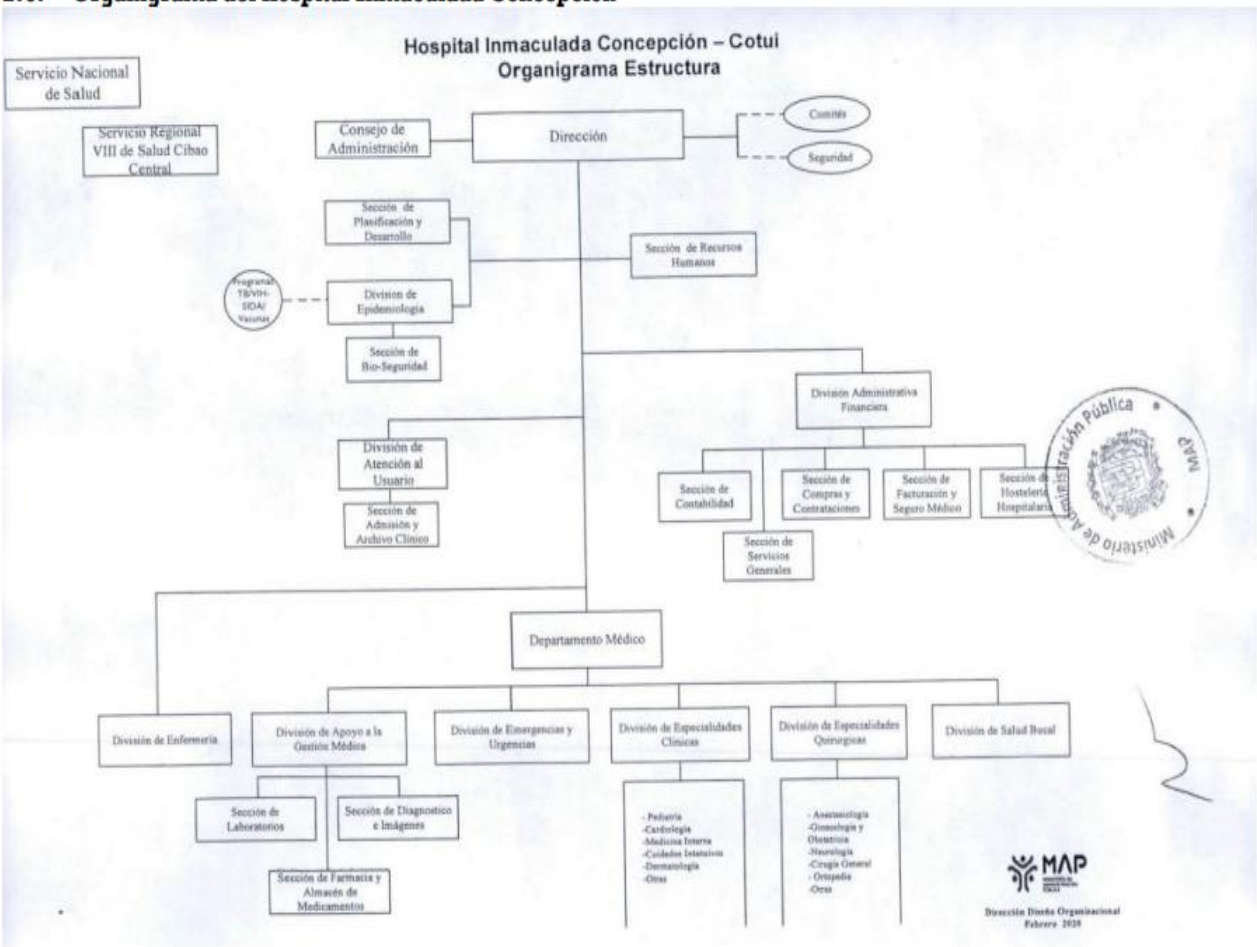
- División de Enfermería
- Departamento Médico, con:
- División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica, con:
  - Sección de Diagnóstico e Imágenes
  - Sección de Laboratorios
  - Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos

- División de Emergencias y Urgencias
- División de Especialidades Clínicas
- División de Especialidades Quirúrgicas
- División de Salud Bucal

1.1.6 SERVICIOS

- Servicios de Consulta Externa
- Emergencia
- Hospitalización
- Laboratorio e imágenes
- Procedimientos quirúrgicos
- Hemodiálisis

2.6. Organigrama del Hospital Inmaculada Concepción



1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

- Calidad en la prestación de los servicios de salud.
  Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención.
- Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos Humanos.
- Fortalecimiento Institucional.

Objetivos principales

- Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Redes de servicios integrados y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población.
- Disminución de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, mediante el fortalecimiento y la integración de los servicios de salud antes de la concepción, durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención.
- Fortalecer la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.
- Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.
- Aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios.
- Incrementar las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.

1. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

- Estructura organizativa definida, manuales de funciones, responsabilidades y competencias adecuadas.
- Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano v2.
- Existencia de un comité de calidad.
- Oficina de Libre Acceso a la Información.

- Capacitaciones al personal.
- Políticas publicas relevantes relacionadas con el sector salud.
- Cumplimiento del POA.
- Reporta consistentemente la producción hospitalaria mediante el 67ª.
- Asegura la transparencia financiera y presupuestaria mediante la ley de compra y contrataciones.
- Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas.

2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.

- No se monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.
- No se toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos.
- No contamos con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).
- No gestionamos el ciclo de vida de los servicios y productos.
- No contamos con un plan para reconocimientos a los empleados de la organización.
- No implementamos 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.
- No se mide la digitalización en la organización.
- No se mide el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores.
- No medimos la apertura de la organización para el cambio y la innovación.
- No revisamos la necesidad de promover la carrera y desarrollar planes en consecuencia.
- No se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.
- No se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria.

2.2.1 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

2.1.1 LIDERAZGO

- No contamos con un plan para reconocimientos a los empleados de la organización.

2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

- No implementamos 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.

2.1.3 PERSONAS

- No contamos con la promoción de la carrera.

- No se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.

- No se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria.

2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS

- No se monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.
- No se toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos.

2.1.5 PROCESOS

- No se Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización.
- No gestionamos el ciclo de vida de los servicios y productos.

2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

- No tenemos mediciones de Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.
- No medimos la digitalización en la organización.
- No se ha definido un indicador que nos permita medir el porcentaje de métodos nuevos e innovadores.
- No se ha definido un indicador que nos permita medir el grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y prestación de los servicios y los procesos de toma de decisiones.

2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

- No contamos con un indicador que nos permita medir los cambios y la innovación.
- No tenemos un indicador que nos permita medir la agilidad en la organización.

- No tenemos evidenciado la gestión del conocimiento.
- No tenemos medido el alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.
- No contamos con un indicador que nos permita medir los cambios y la innovación.
- No se evidencia que en nuestra institución haya un plan para incentivar la carrera y las competencias.
- No se evidencia que la organización tenga planes de motivación y empoderamiento.

2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

- No tenemos un indicador que nos permita medir el impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes.
- No tenemos evidenciado la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad.
- No lo tenemos evidenciado el impacto de la organización en la calidad de la democracia.
- No tenemos evidenciado la percepción social en relación con la sostenibilidad a nivel local.
- No tenemos evidenciado la toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la movilidad.
- No tenemos evidenciado la cantidad de felicitaciones recibidas.

2.2.4 RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

- No tenemos mediciones de los resultados de la evaluación comparativa.
- No tenemos evidencia de los resultados de la innovación en servicios/productos.
- No tenemos mediciones de la implementación de reformas del sector público.
- No tenemos mediciones del número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.
- No tenemos mediciones de benchmarking.
- No tenemos mediciones relaciones al costo-efectividad, incluyendo la evaluación a suplidores.

2. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Al concluir con este proceso de autoevaluación CAF, podemos decir que se logro el objetivo principal que es identificar puntos fuertes y áreas de mejora relacionados al funcionamiento de nuestro hospital, no obstante, es bueno resaltar las debilidades que tiene el comité de calidad para la realización del informe afinado y de la puntuación, ya que considero que nos hizo falta tiempo

para la realización de este proceso que es totalmente nuevo para los hospitales.

Por su parte es bueno resaltar que la realizaron de este proceso nos ha dejado grandes aprendizajes significativos y nos dio la oportunidad de conocer cosas que antes eran desconocidas para nosotros.

3. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución:		
Criterios	**Puntos Totales Actual**	**Puntos Totales Propuesto**
1: Liderazgo (140 puntos)	119	
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	115	
3: Personas (100 puntos)	84	
4: Alianzas (100 puntos)	86	
5: Procesos (120 puntos)	100	
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	84	
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	88	
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	86	
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	89	
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	***851***	