

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte

FECHA:

Junio, 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.

Documento Externo
SGC-MAP

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
Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	El hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte tiene desarrollada y definida su filosofía (misión, visión y los valores), fue realizado en el año 2018 conjuntamente con los grupos de interés. Evidencias: Copia Carta compromiso 2018, cuadros exhibidos en lugares visibles con la filosofía del Hospital.	
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.	Los valores se encuentran constituidos y alineados a la misión y visión del centro. Están colocados en las áreas de Imágenes y Rayos X, Emergencia, Consulta, Internamiento y Odontología. Evidencias: fotos de los valores colocados en los diferentes lugares	
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.	El centro hospitalario asegura que el marco institucional del hospital fue elaborado tomando en cuenta la filosofía de los entes supervisores, que son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS). Evidencia: página web (MSP): https://www.msp.gob.do/web/?page_id=249 del Servicio Nacional de Salud (SNS):	

	<p>(https://sns.gob.do/sobre-nosotros/quienes-somos/) y Pagina web hospital:https://hospitalensanchelibertad.site123.me/</p>	
<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>	<p>La misión, visión y valores están publicados en rótulos dentro de las instalaciones del hospital, en la página web y en todas nuestras redes sociales, donde tanto los usuarios internos, externos y los ciudadanos pueden acceder y verificar nuestra filosofía. Además, la filosofía es socializada con todos los colaboradores del centro hospitalario. Evidencia: página web: https://hospitalensanchelibertad.site123.me/ Redes sociales: Instagram @hospitaljosedejjimenezalmonte. Facebook: josedejesusjimenezalmonte. Lista de participación, fotos.</p>	
<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		No se evidencia.
<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>Se asegura el efectivo funcionamiento de la organización, utilizando herramientas como el plan de capacitación para mantener a nuestro personal actualizado en las diferentes áreas y alineados a filosofía del hospital, igualmente estamos implementando el uso de las tecnologías adquiriendo equipos médicos modernos como el</p>	

	<p>electrocardiógrafo que sustituimos recientemente, ya que el que encontramos al inicio de la gestión no funcionaba y estaba obsoleto, asimismo, dotamos al departamento de odontología con un localizador apical digital para optimizar los tratamientos endodonticos, también dos ultrasonidos dental . Por otra parte, adquirimos algunas impresoras/fotocopiadoras, computadoras, para equipar áreas que carecían de estas y así eficientizar los procesos de facturación, administrativos y atención al usuario. Además, logramos cambiar el servidor del sistema de laboratorio de Probeta de acuerdo a los estándares requerido por la empresa Versamed proveedora del software. El hospital cuenta con 43 computadoras y dos tablets. Todas las computadoras tienen clave de acceso y se realiza back up periódicamente a las pc.</p> <p>Evidencias: solicitud de compras y facturas de electrocardiógrafo, computadoras, servidor impresoras, equipos médicos: localizador apical, ultrasonidos, reporte levantamiento de informática. Fotos, contrato Versamed y requisitos servidor.</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>Se previenen los conflictos mediante capacitaciones al personal sobre ética, se realizó el taller de Inducción a la administración pública parte II. Contamos con los comités activos de: ética, de disciplina y de compras los cuales velan por la integridad, compromiso y el comportamiento ético del personal en el desempeño de sus labores. El presupuesto anual se realiza mediante el POA y se da seguimiento al cumplimiento del mismo, las compras se manejan mediante la ley de compras y contrataciones.</p> <p>Evidencia: lista de asistencia, foto de reunión, y los certificados del curso a la Inducción a la administración pública parte II, actas constitutivas y sesiones de trabajo de los comités. Ley 41-08 de función pública, ley 340-06 sobre compras y</p>	<p>No se ha realizado la integración del hospital al portal de transparencia.</p>

	contrataciones.	
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).	Existe un ambiente de confianza mutua, lealtad y respeto entre todos los miembros de la organización. Evidencia: resultados enviados de la encuesta de clima laboral del año 2022	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	La institución se rige por el manual de funciones del Ministerio de Administración pública (MAP). Se dispone de un organigrama interno y algunos mapas de procesos. Evidencia: dirección web Manual de funciones del MAP, organigrama, mapa de procesos administrativos.	No se evidencia la modificación o actualización del organigrama institucional.
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	Se emplean objetivos y resultados con indicadores tanto en el POA, en el plan de mejoras hospitalario, plan de fortalecimiento de hostelería hospitalaria, plan de capacitación de RR.HH, plan de mejora de la metodología de la gestión productiva, ejecución presupuestaria. Evidencia: resultados mensuales y trimestrales del POA, matriz evaluación de desempeño, revisiones de gastos realizadas por fiscalización y control del Servicio Nacional de Salud. Ejecución presupuestaria.	

<p>3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).</p>	<p>Se introducen mejoras en el sistema de gestión escuchando las sugerencias tanto de los usuarios internos como externos. En este centro se practica la inclusión laboral, se realizan grupos focales en donde se escucha el pensar de los usuarios y se toman en cuenta como oportunidades de mejoras, además de la revisión semanal de los buzones de sugerencias ubicados en las distintas áreas del hospital. Evidencia: formulario solicitud de materiales, servicios, equipos, insumos, informe apertura de buzones y seguimiento. Reportes de resultados de grupos focales, y reportes de gestión de buzones del POA.</p>	
<p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p>	<p>En el Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte gestiona varios sistemas de control interno para garantizar la calidad de los procesos. Evidencia: Control de Ponche electrónico y digital, formulario 67A, EPI, Lista de emergencia, registros de biopsia, vacunas, Programas de TB, SAI, planificación familiar, el sistema Sugemi para el control de inventario de farmacia.</p>	
<p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>	<p>Esta institución cuenta con tres premios de modelo CAF, 2016, 2017 Y 2019. Actualmente estamos en el proceso de auto diagnóstico del modelo CAF, también cabe destacar que el centro fue admitido en el SISMAP. Se actualiza anualmente el CAF y se da seguimiento a las planificaciones planteadas en el plan de mejora, se crean formularios de manejo interno basados en sistemas de gestión de calidad nacionales e internacionales y descritos por las guías del SNS. Evidencia: fotos de los trofeos certificaciones, y guía auto diagnóstico. Informes de seguimiento a plan de mejora y formularios de verificación y proceso de limpieza, así como procedimiento de control y almacenamiento de productos químicos de limpieza.</p>	

<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>En cada departamento se implementan estrategias electrónicas para realizar y registrar las actividades diarias. Evidencia: Matriz de citas, matriz de RRHH, POA, PACC.</p>	
<p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p>	<p>Se desarrollan reuniones constantes con los diferentes comités conformados donde se socializan las necesidades de la organización y se trabaja en la mejora de los mismos. Evidencias: Reuniones comités, minutas, Listado de participación, fotos, POA.</p>	
<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>Se dispone de diferentes medios para transmitir todas las informaciones del centro para que los usuarios internos, externos, y público en general puedan consultar cualquier información. Evidencias: Murales informativos, charlas de lactancia, prevención materna, Charlas de diarias de instrucción de higiene oral, comunicados, circulares. Redes sociales: Instagram @hospitaljosedejjimenezalmonte. Facebook: josedejesusjimenezalmonte, chats WhatsApp https://hospitalensanchelibertad.site123.me/</p>	
<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>El Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte elabora un plan de capacitación anual para fortalecer los conocimientos de los empleados. Este plan de capacitación se está ejecutando a través del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) y el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP). Se realiza un levantamiento de las necesidades de capacitación por departamento para realizar dicho plan. Evidencias: Plan de capacitación anual y su ejecución. Listado de participación, certificaciones de los participantes, fotos de los cursos. Se han adquirido equipos más modernos en las áreas de imágenes como implementación de mejora</p>	

	continua y eficientización de los procesos. Adecuación de áreas en triage y facturación de laboratorio, todo como proceso de innovación.	
10. Se comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Se realizan reuniones con los distintos comités y los encargados de áreas en donde se da a conocer los avances e implementaciones de nuevos aspectos de mejoras que son de interés común. Evidencia: minutas, listados de participación, actas de reunión y fotos	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Los directivos predicen el ejemplo en las acciones y se basan en la ética, Se imparten capacitaciones sobre ética de acuerdo a la ley de Administración Pública, así como los derechos y deberes del servidor público. Evidencia: Listados de participación, fotos, plan de capacitaciones.	

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.)</p> <p>I. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>El departamento de enfermería realiza capacitaciones constantes del personal sobre temas de interés, llevadas a cabo por la Subdirectora de Enfermería. Además, las enfermeras participan en las capacitaciones que gestiona RRHH, especialmente sobre temas de bioseguridad hospitalaria y atención al usuario. La encargada de Emergencia, realiza, gestiona reuniones con el personal de medicina general para organizar las guardias y la distribución de horarios, así como dar a conocer las informaciones directivas. Las máximas autoridades del hospital José de Jesús Jiménez Almonte se involucra en los procesos, solicita reuniones constantes con los encargados de áreas</p>	

	<p>para validar resultados, persigue la optimización de procesos y se caracterizan por participar en la mayoría de las capacitaciones y socializaciones que convoca el departamento de Recursos Humanos. Además, se cuenta con el comité de calidad para dar seguimiento a las mejoras solicitadas.</p> <p>Evidencias: listado de participación de capacitaciones del director, la administradora, Enc. RRHH, Contabilidad, certificados del INAP e INFOTEP, Acta de Reunión Comité de calidad, minutas, fotos.</p>	
<p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p>	<p>El personal directivo es receptivo y respetuoso con todos los empleados, siempre escuchan las sugerencias de los colaboradores, se tienen publicados los derechos y deberes de los empleados donde se impulsa al respeto. Cabe destacar que en el centro cuenta con personal con discapacidad visual los cuales son incluidos en las actividades y capacitaciones al igual que los demás empleados.</p> <p>Evidencias: los derechos y deberes que se encuentran colocados en las áreas de consulta, sótano, odontología y emergencia, listados de participación y fotos de las capacitaciones.</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Se realizan reuniones con los comités y colaboradores para socializar inquietudes de ambas partes (directiva –colaboradores).</p> <p>Evidencias: minutas de las reuniones RRHH.</p>	
<p>4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.</p>	<p>Se apoyan las iniciativas que proponen los colaboradores para fortalecer sus funciones, las cuales inciden positivamente en el logro de los objetivos de la organización, realizando la dotación de equipos informativos y de comunicación (puertos wifi) equipos médicos e insumos, mobiliarios de oficina, entre otros, además de las solicitudes de mejoras para eficientizar</p>	

	<p>y agilizar los procesos que se ejecutan. Evidencia: Entrega de Balanza digital neonatal a la consulta de pediatría, entrega de computadora en Computadora a Contabilidad, vacuna. Entrega de Tablets a los departamentos de Atención al Usuario y Odontología. Entrega de sillas secretarias nuevas en atención al usuario, farmacia y contabilidad. Formularios entrega activos fijos. Facturas de las compras. Cronogramas de Inspección Baños, fotos. Socialización Cronograma Bolsas para desechos. Charlas y cursos de Bioseguridad.</p>	
<p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>El hospital cuenta con encargados en cada departamento los cuales están empoderados y tienen la responsabilidad de los colaboradores que integran su equipo de trabajo, delegando funciones y trabajando junto a RRHH, permisos, vacaciones y dando a conocer los procesos a ejecutar definidos por las autoridades del SNS, SRS y las internas. Evidencias: Acciones de encargados de áreas, permisos otorgados, lista de distribución de enfermería, guardia emergencia, reportes.</p>	
<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente).</p>	<p>Este centro está ejecutando el plan de capacitación anual y además es flexible con los permisos educativos universitarios. Evidencia: Hojas de solicitud de permisos para estudiar, hoja de selección universidades, programa de capacitación anual, listados de participantes.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>La institución se esfuerza en reconocer a sus colaboradores realizando actividades para agradecer el importante trabajo que realizan diariamente, esto a través de actividades en donde se reconocen a los empleados más sobresalientes durante el año, llevadas a cabo especialmente el día que se celebra el trabajador, días de secretarias, día de enfermeras, etc. Evidencias: fotos celebración día de las enfermeras,</p>	<p>No se evidencia reconocimiento del empleado.</p>

bio-analista y secretarias.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>La organización posee convenios con algunas universidades e institutos que nos expresan la necesidad de que sus estudiantes realicen pasantías y prácticas en el centro. Además, se han canalizado las donaciones de equipos con otros hospitales. Por otro lado, con la de autoridades políticas se ha logrado colaboración canalizar la corrección total de un escape de agua potable que tenía un tubo subterráneo, el cual inundaba el sótano del hospital. Asimismo, se llevan a cabo la siembra de árboles en el parque de la comunidad, realizando nuestra campaña para preservar el medio ambiente con la colaboración de la dirección provincial del Ministerio de Medio Ambiente, el cual nos donó los árboles para este fin. En el caso de los pasantes se realiza una inducción en los departamentos que van a colaborar y se informa a los demás por si necesitan soporte en alguna área. Estas informaciones son compartidas a través de nuestros grupos internos de WhatsApp y redes sociales.</p> <p>Evidencias: Convenios con las universidades, politécnicos, instituto ITEVO, convenio con el HOMS, residencia de cirugía general. Fotos incubadora neonatal, rayos x dental, laringoscopio, cambio de tubería de agua potable, fotos de la donación de los árboles y la siembra de estos.</p>	
<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el</p>	<p>El centro hospitalario está abierto a las autoridades políticas, se participa en eventos de gran y mediana envergadura con la finalidad de ser entes activos en las nuevas decisiones tomadas por el poder legislativo, así como crear relaciones efectivas que impulsen a las</p>	

<p>establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>mejoras de los servicios brindados a los usuarios. Evidencias: fotos</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Si se identifican y son aplicadas con el fin ofrecer un servicio de salud con calidad, toda la gestión del hospital se rige estrictamente por las políticas públicas establecidas en el MAP, Dirección general de ética e integridad gubernamental, la ley 340-06 de compras y contrataciones, ley No. 41-08 de función pública y todas las resoluciones y normas emitidas por las autoridades. Evidencias: Fotos ley 41-08 y 340-06, fotos curso inducción a la administración pública II.</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>El hospital dirige su desempeño de acuerdo con la función pública, Mispas, servicio Nacional de Salud, Hacienda y Map. Evidencias: Leyes de función pública que rigen el sector salud.</p>	
<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>	<p>Con la finalidad de identificar y satisfacer las necesidades de la población el centro tiene acuerdos y alianzas con diversas instituciones tales como: (UASD, UTESA, ITEVO, SOCIETY FOR FAMILY HEALTH DOMINICAN REPUBLIC SFH). Evidencias: Fotos, convenios, acuerdos.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>El Hospital José de Jesús Jiménez Almonte asiste a capacitaciones y actividades por la SISARIL, SENASA, SNS, MAP. Y además solicita la colaboración del INFOTEP y el INAP para la cumplir con el plan de capacitación cont161nua del personal. Evidencias: Fotos capacitaciones de la SISARIL, registro de participantes de taller CAF, SENASA, comunicaciones</p>	<p>No evidencia que miembros de la institución participen en actividades organizadas por grupos de presión.</p>

	enviadas al INFOTEP, INAP.	
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere a la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	La entidad promueve la difusión de información para concientizar a los usuarios a través de murales infamativos y redes sociales, sobre la prevención del dengue, difteria, monitores informativos para prevenir la higiene bucal, VIH, planificación familiar, planificación para prevención de embarazos en adolescentes, concientización sobre cuidado del medio ambiente y recursos naturales. Evidencias: fotos monitores, murales y publicaciones en las redes sociales, cartera de servicios, lista de participantes.	

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>I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>La institución identifica las condiciones que deben cumplirse a través del POA, Renovación de la Habilitación de los servicios ofertados por el centro, los requerimientos y socializaciones de los comités, asimismo se realizan mensualmente los análisis de auditorías de facturación, de tesorería, de presupuesto, informes del comportamiento de los gastos e ingresos y los estados financieros para la toma de decisiones.</p> <p>Evidencias: POA Anual, certificación de la habilitación, acta reuniones comités hospitalarios.</p>	

<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>Se recopilan la información de los grupos departamentales sistemáticamente, con la finalidad de prestar atención a las necesidades presentadas y buscar soluciones oportunas. Los grupos de interés son los usuarios de zonas aledañas. Con los cuales se realizan grupos focales y encuestas de satisfacción. Evidencias: acta reuniones, minutas, fotos, encuestas.</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>El hospital consulta constantemente la ley de compras y contrataciones públicas 340-06 para llevar a cabo las compras y contrataciones, el plan operativo anual POA. Evidencia: Aplicación de la ley.</p>	<p>No se evidencia el análisis a las reformas del sector público.</p>
<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>La institución ha analizado el desempeño interno y las capacidades enfocados en las fortalezas, debilidad, oportunidades y amenazas. Se realiza un levantamiento de control de riesgos de manera anual y actualmente se cuenta con un comité de control de riesgos. Se planifican las capacitaciones determinando las necesidades de los distintos departamentos para convertirlas en fortalezas, se realiza aplicación de la encuesta de clima laboral para analizar amenazas y oportunidades de mejora. Evidencia: FODA 2018, encuesta de clima laboral 2022.</p>	<p>No se ha realizado un análisis FODA actualmente.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>±.Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Los directivos han establecido los objetivos alineados a la misión y visión de la entidad y estos se reflejan en proyectos, y planes a través del Plan Operativo Anual, plan de mejora CAF, plan de mejora de la metodología de la gestión productiva y plan de mejora de hostelería y bioseguridad</p>	

	<p>hospitalaria. Evidencia: POA 2022, 2023 y PACC.</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>La institución fomenta la participación de los grupos de interés para llevar a cabo los objetivos del Plan Operativo Anual (POA), realizando socializaciones periódicas con los diferentes comités hospitalarios. Evidencia: Minutas de las sesiones de trabajo comité. Fotos de las solicitudes de necesidades y la dotación de la misma. Fotos del cambio de todos los gabinetes del departamento de odontología, fotos cambio de puertas en los departamentos de Tuberculosis y facturación, cambio de piso de cemento a porcelanato y pintura de paredes en tubérculos, reparaciones de camilla y elaboración de colchón para emergencia, compra de colchones nuevos para camas de internamiento, entre otros.</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>En los planes y estrategias de organización, se manifiesta la integración de la diversidad de género que se expresa con la presencia de personal de ambos sexos. Asimismo, se está desarrollando el proyecto de reciclaje de cartón procedente de Farmacia y papel que se origina de los departamentos de: laboratorio, facturación y oficinas administrativas, reutilizando el lado no escrito. Actualmente se lleva a cabo el proyecto: TAPITAS POR QUIMIO, donde se recolectan las tapitas plásticas que genera el hospital procedente de botellones de agua potable, cocina, etc, y se entregan al proyecto @tapitasxquimio el cual se encarga de reciclarla y entregar los recursos generados a la Fundación amigos Contra el Cáncer infantil. Se realiza la siembra de árboles en sectores aledaños al hospital y se imparten charlas de concientización para el cuidado del medio ambiente. Evidencia: reporte de RRHH, no. Empleados por sexo, Esquema proyecto reciclaje papel, fotos</p>	

	contenedores.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Este centro asegura la disponibilidad de recursos, pues cuenta con presupuesto anual y un plan anual de compras que se ejecutan con los ingresos devengados y percibidos a través de la facturación de ARS SENASA, Fondo Reponible y a través del cobro de cuota de recuperación por parte de los servicios odontológicos. Se han incluido nuevas ARS (ARS YUNEN, METASALUD Y SEMMA). Evidencias: POA 2023, PACC 2023, facturación ARS SENASA, Reporte ingresos odontología diariamente 2023, deposito Fondo Reponible 2023.	

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): I. 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>El hospital José de Jesús Jiménez Almonte implementa estratégicamente el Plan Operativo Anual (POA), fijando plazos mensuales para ejecutar las actividades establecidas tomando en cuenta su estructura organizativa. Además, se cuenta con el plan de mantenimiento anual de infraestructura y equipos, el cual permite ejecutar según lo planificado. Se desarrollan planes de mejoras por áreas de acuerdo a las necesidades que se identifican a medida de la implementación del POA.</p> <p>Evidencias: Ejecución del POA, Plan de mantenimiento de infraestructura y equipos, plan de mejora de hostelería hospitalaria., plan de mejora de la metodología de la gestión productiva, plan de mejora de bioseguridad, plan de mejora CAF.</p>	

<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>La organización elabora sus planes utilizando indicadores estratégicos que sirven de guía y verificación de los procesos ejecutados en las diferentes áreas.</p> <p>Evidencias: Formulario supervisión de desechos peligrosos, formulario de recepción y expediente de liquidación de fondos SRS, formulario inspección hostelería hospitalaria, plan de acción RRHH, plan de mejoras. Indicadores Gestión hospitalaria, POA.</p>	
<p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p>	<p>Esta entidad utiliza los diferentes tipos de comunicaciones organizacionales para transmitir las informaciones a todo el personal y grupos de interés.</p> <p>Evidencia: Grupo de Whatsapp. Minutas reuniones, comités.</p>	<p>No se ha realizado presentación de avances/logros a los empleados.</p>
<p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>Se realizan monitoreo periódicos utilizando medios de comprobación en todos los departamentos a través del Poa, evaluación de desempeño del personal, plan de mejoras, reporte de buzón de sugerencias, plan de mantenimiento, plan de compras, se realiza además monitoreo mensual del cumplimiento en el llenado de los expedientes y los resultados de avances y/o mejoras son medidos, verificados, analizados y socializados con los departamentos de ginecología y pediatría. Se realizan charlas odontológicas en el área de consulta diariamente, a las pacientes de ginecología y se trabaja a las pacientes embarazadas en saneamiento y libre de costo.</p> <p>Evidencias: cronogramas de mayordomía, hostelería, formularios de contabilidad, arqueo de caja chica, reportes y plan de mantenimiento. Resultados de las auditorias de expedientes de pediatría y ginecología, listados de participación, fotos</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>Uno de los principales objetivos de la institución es ofrecer servicios de calidad y para ello se realizan levantamientos de las necesidades tecnológicas y se implementa la innovación, utilizando las herramientas tecnológicas como computadoras, tabletas digitales, impresoras, fotocopiadoras, software de Probeta para la interface de los equipos de laboratorio de bioanálisis (interface en la máquina de hemograma). Se han adquirido nuevas computadoras e impresoras más modernas y eficaces, implementación del CR Digital para el área de Rayos X, pasando de radiografía en acetato a impresión en papel fotográfico de alta resolución. En el área de odontología adquisición de localizador apical, motor endodóntico e irrigador endodóntico y ultrasonido. Se aumentó la capacidad de internet de 10 megas a 100 megas. Se agregaron 6 cámaras al sistema de seguridad. Evidencia: fotos, contrato VERSAMED- PROBETA, resultados analíticas, cursos virtuales, conexiones de internet wifi. Facturas de estas compras, fotos, facturas de claro.</p>	
<p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p>	<p>Se realiza el benchlearning por parte del departamento de odontología, socializando con todo lo encargados de odontología de los demás hospitales de la regional Norcentral. Se ha recibido la visita del personal de otros hospitales con el fin de fortalecer su entrenamiento en atención al usuario, y también se han visitado otros centros hospitalarios para fortalecer el departamento de estadística. Actualmente se recibe el apoyo de instituciones como: el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), la Regional de Salud</p>	

	<p>(Norcentral), MAP y la SISARIL, quienes ayudan a ejecutar el plan de capacitación programado. El hospital Presidente Estrella Ureña, sirve como banco de sangre para este centro y a su vez, el hospital está a la disposición para cualquier requerimiento de apoyo, con miras a fortalecer el desarrollo de las organizaciones en conjunto y lograr siempre la buena sinergia.</p> <p>Evidencias: Fotos de la vista del personal del Hospital Infantil Arturo Grullon en atención al usuario. Foto de la visita del personal de RRHH del hospital Dr. Rafael Castro a nuestro hospital. Foto de nuestra visita al hospital Dr. Rafael Castro y Presidente Estrella Ureña al departamento de estadística. Plan de capacitación, fotos, certificados, listas de participación, reportes.</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se resaltan en las redes sociales sociales y grupos internos de WhatsApp los servicios ofertados, las mejoras en los programas, las nuevas implementaciones.</p> <p>Evidencia: redes sociales sociales y grupos internos de WhatsApp Instagram @hospitaljosedejjimenezalmonte. Facebook: josedejesusjimenezalmonte https://hospitalensanchelibertad.site123.me/</p>	
<p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p>	<p>El hospital dispone de diferentes medios para realizar levantamientos de necesidades, propuestas sugerencias e ideas para mejorar la gestión del hospital.</p> <p>Evidencias: Matriz apertura buzón de sugerencias, reportes POA, resultados encuestas digitales. Comparación de cotizaciones para hacer compras.</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>Se implementan estrategias y nuevas metodologías para agilizar los procesos, como es adecuación y reorganización del área de triaje, facturación en todas las áreas requeridas para eficientizar los procesos de las ARS, aplicación del método probeta para registro de las analíticas. Evidencias: probeta, fotos de mejoras.</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Se aseguran mediante la asignación del Fondo Reponible, los ingresos provenientes de la facturación de aseguradora ARS SENASA, ya través del cobro de cuota de recuperación por parte del servicio de odontología del Hospital y a través del acuerdo con la SFH PSI Society for Family Health Evidencia: relación de ingresos Marzo 2022, relación de cuenta por cobrar a SFH PSI por servicios brindados a pacientes de SAI y TB.</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
<p>I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>Se analizan anualmente mediante la aplicación de encuestas de clima laboral y levantamientos realizados de manera interna por el departamento de RRHH en conjunto con la Regional y el MAP. Además se realizan levantamientos de necesidad de personal los cuales son canalizados mediante la Regional, para que estos a su vez lo dirijan al SNS. Evidencia: plan de mejora de clima laboral 2022, copias del manual de cargo firmado por los nuevos ingresos, levantamientos de necesidades de personal y solicitudes de contratación.</p>	

<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>El reclutamiento es realizado por las autoridades del SNS. El hospital realiza recolección de posibles candidatos de acuerdo a los requerimientos establecidos en el manual de cargos para los distintos puestos, y posteriormente se envían a la Regional Norcentral para que ellos procedan con los protocolos de selección establecidos. Cuando el personal ingresa nuevo al centro hospitalario, se les da la inducción de lugar y se le entrega la descripción y funciones del puesto a ocupar. Evidencia: copia del manual de cargo firmada por el empleado, solicitudes del contratación de personal. Plantilla de planificación anual de RRHH 2023, 2024.</p>	
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>Se realiza una política de igualdad y merito entre el trabajo y la vida personal proporcionando a los colaboradores permisos para fines de estudios y días libres cuando el horario es nocturno. Se resaltan los deberes y derechos de cada empleando impulsando a la igualdad de criterios en todos los casos, beneficios y responsabilidades. Evidencias: formularios de permisos, hojas de inscripción del empleado, hoja de horarios rotativos de las áreas.</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>El centro elige colaboradores mediante el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el departamento de recursos humanos del Hospital, tomando en cuenta el perfil del puesto y las competencias del colaborador que recluta el personal. Se da seguimiento a la plataforma del MAP, en el área de concurra para estar pendientes a las vacantes que se presentan, validar si algún empleado cumple con los requisitos y de este modo pasar a ser profesionales de carrera administrativa. Se espera que se abran vacantes para el centro hospitalario. Evidencia: perfil del puesto y currículo.</p>	

<p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p>	<p>Se toma en cuenta para la ejecución de un cargo, las competencias que posee el colaborador y sus habilidades para que puedan ejercer la visión misión y valores de la institución, este se realiza a través del manual de cargo del Sistema Nacional de Salud. Resaltando que el reclutamiento es realizado por las autoridades del SNS. El hospital realiza recolección de posibles candidatos de acuerdo a los requerimientos establecidos en el manual de cargos para los distintos puestos, Evidencias; Manual del cargo de SNS, solicitudes de contratación de personal.</p>	
<p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p>	<p>Se toma en cuenta para la ejecución de un cargo, las competencias que posee el colaborador y sus habilidades para que puedan ejercer la visión misión y valores de la institución, este se realiza a través del manual de cargo del Sistema Nacional de Salud. Resaltando que el reclutamiento es realizado por las autoridades del SNS. El hospital realiza recolección de posibles candidatos de acuerdo a los requerimientos establecidos en el manual de cargos para los distintos puestos, Evidencias; Manual del cargo de SNS, solicitudes de contratación de personal.</p>	
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>Se realiza a través de la evaluación de desempeño de manera semestral, las cuales son llevadas a cabo por el departamento de recursos humanos en conjunto con los encargados de cada departamento, con el objetivo de evaluar y evidenciar el cumplimiento individual de cada colaborador. Evidencias; evaluaciones de desempeño.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>Al concluir las evaluaciones de desempeño, los colaboradores son retroalimentados sobre los resultados obtenidos y se trabaja con base a ello para mejorar las competencias que se persiguen.</p>	

	Evidencia: evaluación de desempeño, registro de resultados de evaluación individual firmado por el colaborador y encargado de área.	
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>Se trabaja con igualdad de oportunidades sin discriminación, ya que la institución posee colaboradores profesionales y técnicos de acuerdo a las necesidades del puesto, entre ellas están los facilitadores con discapacidad física.</p> <p>Evidencia: ver record de empleados.</p> <p>Se realizó una auditoría, interna por el departamento de RRHH, de levantamiento de identificación de personal por género, nacionalidad, discapacidad, por grupo ocupacional, los cuales fueron documentados para estadística.</p> <p>Evidencia: Informe de auditoría realizado por RRHH.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	<p>Se implementan las evaluaciones de desempeño para evaluar el personal. Se efectúa la detección de necesidades cognitivas del personal en conjunto con el INAP, se realiza el plan de capacitación con un año de anticipación por igual con el INAP. El departamento de odontología realiza capacitación periódica con el personal, de manera interna y con el SNS, al igual que el departamento de enfermería.</p> <p>Evidencia: evaluación de desempeño 2022, plan anual de RRHH, Informe de detección de necesidades 2022, plan de capacitación 2023.</p>	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	<p>Los nuevos empleados son orientados sobre las funciones que desempeñará, se les entrega el manual de cargos, se describe el horario laboral.</p> <p>Evidencia: Acuse de recibo de carta para carnet y manual de funciones.</p>	

3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Los empleados son rotados por las áreas, en especial las secretarías, las cuales son capacitadas para las necesidades que se puedan presentar por falta de colaboradores, ya sea por vacaciones o licencias, con la finalidad de que el trabajo continúe su flujo normal y que cada una pueda desempeñarse en las distintas áreas.	No se evidencia el registro de movilidad del personal entre las distintas áreas.
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	El hospital promueve la capacitación y formación virtual, el uso de WhatsApp para los encargados de departamentos y grupos de capacitación. Evidencia: Ver grupo de WhatsApp y fotos y lista participación de las capacitaciones virtuales.	
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Si se planifican actividades formativas de manera anual, tanto para el personal de atención al usuario, como para todos los colaboradores del centro, siempre centradas en brindar servicios de calidad y seguridad a los pacientes y el personal interno, Estas capacitaciones son llevadas a por parte del INAP e INFOTEP. - Organización de charlas bioseguridad. - Cursos taller de primeros auxilios. - Humanización de los Servicios de Salud. -Servicio al cliente -Atención telefónica. - Manejo de conflictos. -Ley de administración pública. Evidencias: cronograma y plan de capacitación anual.	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	Se realiza un plan de capacitación anual y el programa de detección de necesidades del personal, el cual proporciona un costo por actividad de acuerdo a la cantidad de personas. Evidencia; POA 2022, 2023, plan de capacitación anual.	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Se realizan reuniones con los distintos comités creados y con los encargados de departamentos, en donde muestran sus ideas y los avances en las ejecuciones de los procesos. Evidencia: Minutas, listados de participación, fotos, levantamiento de necesidades por departamentos.	
2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Los empleados participan a través de reuniones que se ejecutan por departamento para debatir ideas, se aplican las encuestas anuales de clima laboral. Evidencia: minutas de reunión, fotos.	No se dispone de buzón de sugerencias de empleados.
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	Se realizan encuestas anualmente de clima laboral, gestionadas por RRHH al MAP, a partir de estas surgen oportunidades de mejoras que son plasmadas en la matriz y posteriormente implementadas de acuerdo a la socialización con el Director, administración, calidad y planificación. Además se aplican encuestas sobre la aceptación de los alimentos que suministra el centro hospitalario. Evidencia: Encuesta de clima laboral, encuesta de aceptación del menú.	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Se suministran los equipos de protección personal, materiales gastables necesarios para el cuidado y protección de la salud en el ambiente laboral. Además se realizan evaluaciones médicas y jornadas de vacunación al personal administrativo, con la finalidad de establecer protocolos preventivos. Se creó el comité de Riesgos Laborales para dar atención al cumplimiento de los protocolos. Evidencias: equipos de protección del personal de	

	limpieza, enfermeras etc., record de vacunas, expedientes de consulta médica.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Si se aseguran las condiciones a través de un horario flexible, flexibilidad en los permisos, se respeta el cumplimiento de las vacaciones, licencias, permisos necesarios. Evidencia; - Licencia de maternidad. - Licencia de paternidad. Permisos de los empleados	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Si se cumple, se cuenta con rampas, antideslizantes en las escalas y flexibilidad de horarios. Además el personal con algún tipo de discapacidad es ubicado en áreas en que el desempeño de sus funciones no afecte se salud física o emocional. Se realizó reunión con el personal que presenta discapacidad visual, en donde presentaron sus necesidades. Evidencia: fotos de la rampa, horarios flexibles a los discapacitados, fotos escaleras, fotos, minuta, lista de participación.	
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.		No se 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:</p> <p>1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>Se realiza relaciones estratégicas con la Instituciones, Suplidores y Universidades como son: USAID, ITEVO, UTESA, Almanzar Estévez, Medisan, Probeta y Convenios con otras instituciones del estado como son: INFOTEP, INAP, Instituto Politécnico México y Rafaela Pérez, Nuestra Señora de las Mercedes. Evidencia: ver convenios con las universidades, escuelas y proveedores.</p>	
<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>	<p>Se analizan las necesidades y se realizan las alianzas mediante las mismas. Se evalúa que cumplan con los requerimientos del SNS. Se realiza a través del convenio con Almanzar, escuelas, universidades, INFOTEP. Evidencia: Ver convenios con las escuelas y acuerdos con los proveedores y contratos.</p>	
<p>3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p>	<p>Si se realiza, se especifica en los contratos los acuerdos cantidad de compra de reactivos, las compras de tirillas, formulario de llenado de asistencia de los estudiantes Evidencia: ver Contratos, acuerdos.</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>Se tienen alianzas con Almanzar Estévez, Fundación de menopausia y climaterios y convenio de banco de sangre con el hospital Estrella Ureña. Evidencia: Ver convenios.</p>	
<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>El hospital se rige por la ley 340-06 y modificaciones 449-06 reglamento 543-12 que nos dirige como accionar y proceder a comprar Evidencia: cotizaciones con diferentes proveedores</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	Se realizan grupos focales con los usuarios, donde expresan sus necesidades y a partir de ellas se incluyen las mejoras, tanto en infraestructura, adquisición de equipos, adecuación de espacios. Mediante el comité de calidad, comité buzón de sugerencia, comité de ética, comité de compras y contratación, comité de farmacia, encuesta al ciudadano, mural de sugerencias evidencia: ver actas constitutivas del comité, buzón de sugerencia.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Se tienen establecidos mecanismos mediante el RAI de solicitud de Información, a todo usuario que requiera información se le suministra mediante la aplicación de los formularios pertinentes. Se ha solicitado la inclusión del hospital en el portal transaccional y portal de transparencia a la regional, se está a la espera de que envíen el personal requerido. Evidencia: Portal de transparencia del SNS, acuse de solicitudes de portal transaccional y portal de transparencia.	
3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	El hospital cuenta con el catálogo de servicios ofrecidos con sus horarios. Evidencia: carteras de servicios ubicados en la entrada, sótano, y segunda planta, y en las páginas del hospital.	No se evidencia actualización de la carta compromiso con la nueva gestión.

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>Si, se realiza en base al POA Y PACC Evidencia: verificación del POA 2023 Y PACC 2023, Ejecución presupuestaria 2023.</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 llevan a cabo levantamientos de inventarios de manera mensual, trimestral, semestral y cierre anual, así como auditoría interna de los gastos, informes mensuales de farmacia, despensa, almacén, odontología. El hospital cuenta con la debida habilitación por dos años. Evidencias: consolidados comprobante salida de almacén farmacia, costo por departamentos, informes mensuales de farmacia, despensa, odontología y almacén, estados financieros, inventarios.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>Se realizan los presupuestos teniendo en cuenta datos del rendimiento mensual. Evidencia: POA 2023 Y estadísticas del POA 2022, 2023 y PACC.</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>Se llevan a cabo levantamientos de inventarios de manera mensual, trimestral, semestral y cierre anual, así como auditoría interna de los gastos, informes mensuales de farmacia, despensa, almacén, odontología. Evidencias: consolidados comprobante salida de almacén farmacia, costo por departamentos, informes mensuales de farmacia, despensa, odontología y almacén, estados financieros, inventarios.</p>	<p>No se evidencia portal transaccional del hospital</p>
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>En el hospital se cuenta como factor principal la ARS SENASA, además de las ARS SEMMA, Meta Salud las cuales se integraron recientemente. La ARS SENASA realiza auditorias de facturación cada 15 días y a partir de estas se realiza la verificación de glosas y beneficios obtenidos por facturación de las mismas.</p>	

Evidencias: Reportes de facturación ARS.

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Si se crea a través de la inducción que recibe el empleado a través del empleador, los talleres y cursos impartidos por la institución, información a través de los murales y pantallas de T.V en la sala de espera y las actualizaciones las páginas web y redes sociales, grupos de WhatsApp de los encargados de cada área Evidencia: minutas reuniones, páginas web del Hospital, fotos murales, fotos tv.	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	Si se realiza, Se almacena en un disco externo los backup, REGISTRO DE PONCHE, libro record de pacientes, estadísticas del hospital. Evidencia: REGISTRO DE PONCHE, libro record de pacientes, estadísticas del hospital.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Se realizan capacitaciones vía digital y grupos de WhatsApp para organización de las actividades y ejecución de lo mismo, las informaciones son registradas en las plataformas del centro hospitalario para ser almacenadas, además, en las redes sociales se tiene colocada la cartera de servicios e informaciones relevantes del centro y el SNS. A través de la pantalla de televisión en los pasillos, murales que dan información, redes sociales donde se da información y aportes, pagina web. Se realizó un curso de manejo de paquete office impartido por el INFOTEP. Evidencia: REGISTRO DE PONCHE, páginas web del Hospital, whatsapp, convocatorias.	

<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Se establece mediante el plan de capacitación del INAP y el MAP. Se tiene prevista una capacitación para el departamento de Contabilidad sobre Fundamento del Sistema de Contabilidad Gubernamental, la cual será impartida por el CAPGEFI. Evidencia: Plan de capacitación 2022, 2023, correo de fiscalización y control de la regional, listado de selección.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>Se realiza el monitoreo en los diferentes sistemas por ejemplo PROBETA, FORL (formulario estadístico diario), PONCHE, estadísticas, se realiza una evaluación al mes y monitorea antes de publicar por parte de la dirección y administración. Evidencia: Ponche, PROBETA.</p>	
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>Si realizamos vía los correos institucionales, mis sitios de red, WhatsApp, memorándum a distintos departamentos firmado por quienes lo leen. Enviar información para fines conocimientos. EVIDENCIA: Comunicados mediante whatsapp y físicamente, circulares, reuniones minutas, listados, fotos.</p>	
<p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>	<p>En las reuniones que se realizan frecuentemente con los encargados de áreas se orientan unos con otros en los procesos que realiza cada departamento, con la finalidad que todos puedan entender los procesos que se ejecutan y a su vez facilitar opiniones de mejora y optimización de los mismos. Evidencia: Listas de participación, minutas, fotos.</p>	
<p>8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las</p>	<p>Si se asegura, porque a través de las pantallas de t.v, murales informativos, memorándum por departamentos, los avisos ubicados en todas las áreas, las redes sociales. Y de esto se toma como</p>	

necesidades específicas.	evidencia la firma de que se recibió y la constancia que se recibió el mensaje. Evidencia: Redes sociales, whatsapp, fotos.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		No se 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.	Se trabaja con tecnología, se ha mejorado la capacidad de internet para agilizar los procesos tecnológicos, se utiliza la herramienta PROBETA en laboratorio de análisis clínicos, matrices en línea con autoguardado para las citas y correos electrónicos institucionales, se entregan flotas a los encargados, ponche digital, sistema registro de paciente. Se realizan talleres y conferencias usando proyectores y computadoras, se difunde la información mediante pantalla. Evidencia: Ponche, probeta, registros, matriz de citas.	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	Se realizan verificaciones y análisis de los costos de acuerdo a la implementación de la tecnología, validan los resultados de facturación en comparación con las facturas de servicio telefónico e internet y del sistema PROBETA con los resultados de analíticas mensuales. Evidencia: sistema de probeta, factura de claro, factura Maycast y PACC.	
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.).	Las citas de consultas externas son manejadas mediante la plataforma de outlook, excel, permite el autoguardado y se puede trabajar simultáneamente. Evidencia: matriz de citas externas.	

<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>Si utiliza programas como PROBETA en laboratorio clínico, FORL (formulario estadístico diario) sistema de ponche huellas digital, pagina web, Instagram, Facebook, correo de la institución programas para citas de pacientes. Evidencia: Ponche, probeta, grupos de whatsapp, plataforma de citas.</p>	
<p>5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>	<p>Se realizan verificaciones mediante el sistema 3-1-, pág., web y redes sociales, además se utiliza el whatsapp y distintos medios electrónicos para agilizar los procesos y eficientizar la comunicación. Evidencia: plataforma 3-1-1, Páginas Web.</p>	
<p>6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.</p>		<p>No se evidencia.</p>
<p>7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>		<p>No se evidencia.</p>
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>El departamento de farmacia del hospital gestiona mensualmente dos SUGEMI para la adquisición de medicamentos, que son: SUGEMI-1 de programas: en este se gestionan y reportan los medicamentos utilizados en los programas de SAI, planificación familiar y tuberculosis. Se envía del 25 al 30 de cada mes con el consumo y existencia de cada medicamento y este genera automáticamente el pedido. SUGEMI-2 de PROMESE CAL: en este se gestionan los medicamentos esenciales y material gastable que se utiliza en el centro. Se realiza el 15 de cada mes y es enviado a PROMESE CAL para su despacho en la primera semana de cada mes.</p>	

	Evidencia: SUGEMI.	
--	--------------------	--

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p>	<p>Se realiza un plan de mantenimiento anual de infraestructura y equipos, se inspecciona diariamente la planta eléctrica, se garantiza el abastecimiento del combustible para la planta y el mantenimiento del inversor, se realizan inspecciones de los equipos informáticos e inventarios mensuales de almacén y control de cloración del agua de cisterna.</p> <p>Evidencia: formulario de inspección de planta eléctrica, planes de mantenimiento de equipo e infraestructura, inventario.</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 colocaron antideslizantes en las escaleras, la habilitación del ascensor y rampas de acceso, además de dispensadores con jabón y papel toalla en los baños de pacientes y personal del centro hospitalario.</p> <p>Evidencia: ver hojas mantenimientos e instalaciones, fotos.</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.		No se evidencia.
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Se realizan operativos médicos para la comunidad en el centro hospitalario. Se facilita el área de salón de conferencias para las actividades realizadas por la DPS 1. Evidencia: Jornada de optómetra.	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	Se garantiza el uso eficaz de recursos energéticos ya que solo se utilizan como plan de contingencia en la ausencia de energía eléctrica. Evidencia: Planta eléctrica e inversor, factura de suministro de gasoil, facturas de mantenimiento de planta.	No se evidencia transporte.
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).	El hospital está localizado con fácil acceso para los usuarios con la posibilidad de optar diferentes rutas de transporte público y consta con área de parqueo para los médicos y personal administrativo Evidencias: fotos ubicación del hospital, fotos de los parqueos, rampas.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	El hospital cuenta con un comité de control de riesgos, el cual se encarga de realizar levantamientos para identificar las condiciones de seguridad de infraestructura y equipos, además cuenta con un comité de emergencias y desastres para brindar atención a catástrofes naturales, como terremotos, huracanes, etc. Evidencia: actas de conformación de comités, listados de participación, minutas, fotos.	

<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>Se cuenta con un plan de mantenimientos preventivos para evitar cualquier eventualidad, se registran los manteamientos correctivos realizados a equipos y mobiliarios y se reúne en conjunto con el comité de emergencias y desastres para brindar atenciones a las temporadas ciclónicas, prevención ante desastres naturales y temporadas festivas. Evidencia: Minutas, listados de participación, fotos.</p>	
<p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p>	<p>El hospital fue intervenido en el mes de abril 2023 por la unidad de activos fijos del SNS en la rotulación de los activos fijos y la actualización del inventario de activos fijos, no obstante, se está a la espera de que bienes nacionales realice el retiro o descargo de las chatarras. Evidencia: Inventarios de activos fijos, fotos de rotulaciones de activos y acta de visita.</p>	
<p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p>	<p>El hospital tiene definida la ruta sanitaria, con horarios y áreas de acceso para el retiro de los desechos, además se dispone de un programa de limpieza y fundas de color negro y rojo, las cuales se utilizan dependiendo del tipo de material, si son desechos biológicos se utilizan fundas rojas y si son desechos comunes se utilizan fundas negras. Evidencia: Fotos de ruta sanitaria, programa de limpieza, fotos de zafacones con fundas.</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:</p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>Se identifica por el record del paciente donde se recopila y maneja las informaciones del mismo, encuesta de satisfacción al usuario y clima Laboral, expediente del personal que labora en el hospital, datos estadísticos y los mapas de procesos, se documentan los procesos de limpieza y ejecuciones de actividades de mejoras que se han llevado a cabo, tanto en infraestructura como equipos y demás. Evidencia; historia clínica, encuestas, hoja de reclutamiento personal, 67A, mapa de procesos.</p>	
<p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>	<p>Se han realizado mejoras en las áreas de triaje, toma de muestras y facturación, con la finalidad de optimizar los procesos y brindarles facilidades a los pacientes. Evidencias: Fotos de las mejoras, cotizaciones.</p>	
<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>	<p>El hospital realiza las buenas prácticas e innovación con las capacitaciones virtuales, los procesos y la innovación están coordinados según el SNS. El hospital cuenta con Programa PROBETA, este maneja las informaciones del paciente en cuanto a las analíticas que se realiza. Se realiza citas programadas en una matriz de Excel en línea, la cual tiene autoguardado y se puede abrir de distintos dispositivos electrónicos a la vez. Evidencias PROBETA, FORL, listado de participación, fotos, matriz de citas.</p>	
<p>4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.</p>	<p>Se evalúan los procesos mediante las reuniones de encargados, de los comités conformados. Evidencia: minutas, listas de participación, fotos.</p>	
<p>5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por</p>	<p>El hospital para lograr los resultados con eficacia establece indicadores para los resultados como son:</p>	

<p>ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p>	<p>cronogramas de hotelería hospitalaria, cronogramas de limpieza, indicadores de los documentos liquidación de fondos, formulario de recepción de los expedientes. Evidencia: Cronogramas, POA, PACC, planes de mejoras.</p>	
<p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p>	<p>Se reportan mensualmente las enfermedades que se presentan en el centro hospitalario de vigilancia epidemiológica, se verifican las condiciones para la seguridad de los pacientes y el personal del hospital como son: controles de jeringas, aguas negras, todos los procesos de bioseguridad, de acuerdo a las normas establecidas. Se tiene un control de referencia y contra-referencia, tomando en cuenta los pacientes que vienen referidos de los centros de primer nivel de las zonas aledañas y luego de ser tratados, si se da la necesidad de contra-refieren a su centro inicial. El hospital hace referimientos a los centros de tercer nivel, de acuerdo a las necesidades que presenten los pacientes. Evidencia: matriz de referimientos y contrareferimientos, reportes de epidemiología. Los expedientes únicos son clasificados con numeraciones para cada usuario.</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>El hospital cuenta con la acreditación de certificación para la Habilitación por dos años, en fecha de 03/06/2022 hasta 03/06/2024. En dicha habilitación se establece que el hospital cumple con los requerimientos mínimos requeridos para ofrecer servicios de salud. Cuenta con el 100% de los servicios que ofrece habilitados y certificados por el Ministerio de Salud Pública. Hasta el momento el hospital se desempeña con las ARS SENASA, SEMMA Y VITA SALUD brindado soporte de aseguramiento de los usuarios. Además, se cuenta con la Licencia Institucional de Operación,</p>	

	<p>en la cual se establece que se cumple con los requerimientos del reglamento de Protección Radiológica (Decreto 244-95). Evidencia: Certificado de habilitación por Salud Pública, Licencia Institucional de Operación Radiológica de energía y minas.</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>1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.</p>	<p>Todos los días se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios de la institución, además de manera semanal se apertura los buzones de sugerencias y también se lleva a cabo la actividad de los grupos focales, todo esto con la finalidad de involucrar a los usuarios y escuchar las mejoras que le gustaría que se implementasen en el hospital. Los diseños de procesos se realizan a raíz de las sugerencias de los ciudadanos. Evidencia: fotos encuestas, minutas y fotos del comité de buzón de sugerencia.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>El hospital lleva a cabo la reutilización de papeles, sin embargo, no se dispone de una empresa que pueda hacer el retiro de los materiales para completar el ciclo.</p>	<p>No se evidencia ciclo completo de vida</p>
<p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>	<p>Se promueve a través de las redes sociales y televisión colocadas en el área de sala de espera atención usuario, sótano y odontología, murales informativos en distintas áreas del hospital. Evidencia: fotos, hospitalensanchelibertad.site123.me, @hospitaljosedejesusjimenezalmonite; FACEBOOKhensanchelibertad</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	De acuerdo a los instructivos y guías del SNS el hospital realiza los procesos, respetando los lineamientos establecidos en los mismos. Si se realiza los mismos protocolos en todas las instituciones hospitalarias. Evidencia: protocolos y guía de limpieza y desinfección.	
2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.	El hospital recibe directamente los usuarios referidos de los Centros de Primer Nivel ubicados en zonas aledañas, a su vez la institución contrarefiere a los mismos, permitiendo de esta manera que se entable un sistema compartido, de igual manera la institución refiere los usuarios que por su condición lo requieran a los distintos centros hospitalarios de tercer nivel. Evidencia: referimientos y contrareferimientos.	
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.		No se evidencia.
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	La institución a través del SNS cuenta con estándares establecidos que rigen y documentan los procesos realizados. El Hospital implementa diferentes tipos de asaciones con entidades públicas y otros hospitales para fortalecer los servicios ofrecidos. Se tiene un convenio con el Hospital Estrella Ureña, el cual sirve como banco de sangre, ya que este centro no dispone del mismo. Además, se tienen acuerdos con universidades como las UASD, UTESA, y escuelas, con la finalidad de que los estudiantes se capaciten en el hospital y a su vez brinden apoyo para ofertar los servicios.	

	Evidencia: Acuerdo entre hospitales, convenios con universidades y escuelas, Referimientos, contrareferimientos, donaciones.	
--	--	--

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura,		No se ha medido.

seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)		
2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	- Amabilidad 8.2 sobre 10 - Información facilitada 8.5 sobre 10 - Atención oportuna 8.4 sobre 10 Evidencia encuesta nacional de satisfacción de la calidad del Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios .	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	Los ciudadanos clientes participan brindando sus aportes mediante buzones de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones, los cuales están distribuidos en diferentes áreas de la institución y mediante la realización de los grupos focales, el año 2022 se realizaron 3 grupos focales, dos por parte de Atención al Usuario y uno gestionado por el Encargado de atención al Usuario de la Regional. Evidencias: Reportes de Grupo Focales y de Buzones de Sugerencias del POA.	
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).		No se ha medido.
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ciudadanos usuarios/ Pacientes.	El resultado relativo a la integridad y confianza generada en los clientes/ciudadanos es de 9.9 sobre 10 Evidencia encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios .	

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

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

<p>1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p>	<p>- Accesibilidad 8.4 sobre 10 - Tiempo de espera 8.4 sobre 10 -Accesibilidad de servicios digitales como son páginas web, Instagram, Facebook. -Fácil acceso vía transporte público con varias rutas como son las rutas M, A, OMSA, también facilidades de servicios desde las 07h de la mañana hasta las 06 de la tarde y 24 horas en los casos de emergencia y laboratorio. Se dispone de rampas para personas con discapacidad en las 2 entradas disponibles cada una de ellas con sillas ruedas. Evidencia Fotos de rampas Encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	
<p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p>	<p>Calidad de los productos y servicios 8.4 sobre. Evidencia encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>		<p>No se ha medido.</p>
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>		<p>No se ha medido.</p>
<p>5. Digitalización en la organización.</p>		<p>No se ha medido.</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
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	-Facilidad y Rapidez del servicio brindado 8.4 sobre 10 -Tiempo de respuesta en el servicio 8.4 sobre 10 Evidencia encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.	
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.	Las quejas y sugerencias se recolectan semanalmente por medio de los Buzones de QRSD, colocados en distintas áreas del hospital. El procedimiento se documenta mediante las actividades efectuadas en el POA y en la Memoria Institucional Anual. En el periodo enero-octubre 2022 se recibieron un total de 15 quejas, gestionadas en un tiempo de 1 a 15 días laborables. Evidencia: Matriz de QSDR, POA, Memoria Institucional Anual.	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Se realiza auditoria de los expedientes con la finalidad de evaluar la calidad de los servicios ofrecidos, estos resultados son plasmados en planes de mejora, que posteriormente son socializados con los departamentos correspondientes y se da seguimiento al aumento o disminución de los resultados. Los resultados de las auditorias de expedientes en la calidad de los servicios han sido los siguientes: actualmente el departamento de ginecología cuenta con un porcentaje de 57%, siendo el porcentaje inicial de 47%, en el caso de pediatría la media es de 62 en los expedientes de enfermedad diarreica aguda y 78% en los expedientes de neumonía en niños mayores de 2 años. Mediante las encuestas de satisfacción se determina el cumplimiento de los	

	<p>procesos y estándares, se registran los procesos de limpieza y se crean nuevos formularios e instructivos internos para continuar mejorando.</p> <p>Evidencia: encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p> <p>Resultados de auditorías de expedientes, registros de limpieza.</p>	
<p>5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.</p>	<p>Se realiza el levantamiento diario de la cantidad de personas hospitalizadas de acuerdo a la ocupación de camas, en el área de emergencia se realiza conteo de la cantidad de personas diarias asistidas, al igual que se lleva el conteo y registro de las cirugías realizadas por día. El tiempo medio de internamiento es de 3 días, mientras que en cirugía depende de la complejidad del proceso realizado, puede ser ambulatoria o de aproximadamente 3 días de internamiento.</p> <p>Evidencias: RIESS, Datos estadísticos, Bitácoras de registros.</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>El hospital cuenta con las principales especialidades de necesidades de la comunidad, de acuerdo a los parámetros establecidos para hospitales de segundo nivel del SNS. Resaltando se dispone de un psiquiatra y nutriólogos. Sin embargo, las pediatras no son suficientes para la alta demanda del centro, al igual que los ortopedas. Cabe resaltar que la cartera de servicios se encuentra actualizada de manera digital con los horarios establecidos, pero no está plasmada en el área de consulta de manera actualizada.</p> <p>Evidencia: Cartera de servicios digital, lista de médicos.</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>Satisfacción general de los usuarios de un 99%, de acuerdo a las encuestas diarias realizadas en el año 2022.</p> <p>Evidencia encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	

--	--	--

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.	Se han identifica 6 canales de información y comunicación. Evidencia: Facebook, Instagram, Pagina web, Correo Institucional, 3.1.1, Línea Telefónica.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Se dispone de información precisa suministrada por guías del SNS, información del POA mensual y anual disponible, se cuenta con memorias, las cuales son realizadas con los resultados y avances que se obtienen en el trimestre y el año. Estadística suministra las informaciones de manera mensual en el RIESS. El hospital no cuenta con oficina de Acceso a la Información, sin embargo, si se dispuso un representante de acceso a la información, el cual se encarga del seguimiento del portal del 311. Evidencia: RIESS, POA, Memoria Institucional, Guías del SNS. Portal del 311.	
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.	Los objetivos del año son plasmados mediante el POA anual, los cuales al final de año muestran el rendimiento obtenido. Se incluye toda la información pertinente, como compras a realizar durante el año, metas de mejoras, mantenimientos preventivos para evitar paradas de los servicios. La	

	<p>media de los resultados obtenidos del POA del año 2022 fue de 96 puntos.</p> <p>Evidencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - POA, informe de avance - POA informe de ejecución presupuestaria. 	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).	<p>Implementación de grupos focales con el objetivo de incluir las mejoras y sugerencias proporcionadas por los usuarios. Se logró realizar los dos grupos focales programados, dando como resultado el 100% del cumplimiento.</p> <p>Evidencia: reportes de grupos focales, fotos, formulario de preguntas.</p>	
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se ha medido.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	<p>En la institución se garantiza un ambiente libre de discriminación que facilita el ingreso a los servicios de salud sin importar su raza, etnia, creencia religiosa o preferencia sexual, se han aplicado descuentos en el área odontológica, ya que es la única que implica algún costo, a aquellos pacientes que presentan dificultad económica para realizar los pagos.</p> <p>Evidencia: hojas de presupuestos de los procedimientos con descuentos aplicados a los usuarios.</p>	

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

Documento Externo
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	Software y programas en distintas áreas, los cuales sirven para optimizar los servicios, se cuenta con el servicio de PROBETA el cual brinda un mejor manejo de información con el record de los usuarios en el área de laboratorio, también plataformas digitales para el registro de las informaciones suministradas en las bitácoras de internamientos, emergencia, consulta, cirugía, las cuales pueden ser verificadas en el RIESS, cuyo objetivo general es facilitar a los establecimientos de salud el registro de las informaciones básicas de los pacientes y consultas externas, generando a su vez una historia clínica versión electrónica. Evidencia: PROBETA, RIESS, Plataforma de citas.	
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).		No se ha medido.

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	La imagen de la organización según la encuesta de satisfacción se obtuvo en profesionalismo una aceptación de un 84% y amabilidad de un 82% con un nivel de satisfacción 99% y en la encuesta del clima laboral con un nivel de satisfacción general de 89%.	

	<p>Evidencia: encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios y clima laboral.</p>	
<p>2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.</p>	<p>En el año 2022 la institución contó con la inclusión de nuevo personal, a los cuales se les orientó sobre la visión, misión y valores del centro, donde el 85% del personal fue instruido sobre la filosofía. A su vez los resultados de la encuesta de clima laboral, empleada en ese mismo año, arrojaron resultados de liderazgo y participación en un 95%, el cual se puede apreciar el nivel de involucramiento del personal. Cabe resaltar que el 90% del personal dispone de los carnets de identificación, los cuales contienen en la parte trasera la visión, misión y valores institucionales. Evidencia: encuesta clima laboral 2022. Fotos, lista de participación., carnet de empleados.</p>	
<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>Se cuenta con varios comités, en los cuales los integrantes dan su opinión y en la encuesta se obtuvo en colaboración y trabajo en equipo un 95% que representa una participación muy activa. Evidencia: ver encuesta clima laboral 2022.</p>	
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>Se imparten capacitaciones sobre manejo de conflictos y ética de acuerdo a la ley de Administración Pública a todo el personal administrativo. Cabe resaltar que en cuanto a austeridad y corrupción en la encuesta de clima laboral obtuvo un resultado de 94%. Evidencia: Encuesta de clima laboral. Lista de participación, fotos.</p>	
<p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>	<p>Se realiza encuesta de clima laboral de manera anual, la cual es aplicada por la plataforma SECAP, mediante la institución del MAP, en dicha encuesta se obtuvo un resultado de 89% en cuanto a satisfacción general. Evidencia: ver encuesta de clima laboral 2022.</p>	

	<p>La responsabilidad de la institución es dar un servicio de calidad a todos los usuarios, lo cual se resalta en las encuestas de satisfacción al usuario, en donde se obtuvo en resultado porcentual de un 99%.</p> <p>Evidencia: encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	
6. La responsabilidad social de la organización.	<p>La responsabilidad de la institución es dar un servicio de calidad a todos los usuarios, lo cual se resalta en las encuestas de satisfacción al usuario, en donde se obtuvo en resultado porcentual de un 99%.</p> <p>Evidencia: encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	<p>La institución está abierta a cambios de mejoras continuas, por lo que se implementa el uso de la tecnología, en dicho ítem se obtuvo un porcentaje de 87% en la encuesta de clima laboral, así como un porcentaje de 92% en mejora y cambio.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral 2022.</p>	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	<p>Se cuenta con plataformas digitales o página WEP, FACEBOOK E INSTAGRAM. El hospital obtuvo un 87 en uso de tecnología el cual es considerable ante el impacto a la digitalización.</p> <p>Evidencia: clima laboral. hospitalensanchelibertad.site123.me, @hospitaljosedejesusjimenezalmonite; FACEBOOKhensanchelibertad</p>	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>La agilidad de la organización se mide a través de la ponderación de la facilidad y rapidez de los servicios empleados de la encuesta de satisfacción al usuario del SNS, en la cual se obtuvo un porcentaje de 84%. Además, en la encuesta de clima laboral, en el ítem de normatividad y proceso de la encuesta de clima laboral</p>	

se alcanzó un 93%.
 Evidencia: ver encuesta satisfacción usuario encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud.
<https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios> y clima laboral 2022.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	El hospital recibe auditorias de la regional y el SNS para dar seguimiento al cumplimiento de los procesos directivos y establecidos, en la última auditoría realizada en el 2023 el área de RRHH logró una puntuación de 95% de rendimiento. Evidencia: Foto de resultados de auditoria a RRHH.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	La institución cuenta con un organigrama de puestos, guías establecidas por el SNS, mapas de procesos. En la encuesta de clima laboral se alcanzó un porcentaje de 93% en normativas y procesos. Evidencia: Encuesta clima laboral 2022.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	A cada personal nombrado se le facilita el perfil de su cargo y se le hace firmar el acuerdo de desempeño, en el cual cada encargado evalúa el personal y lo puntúa de acuerdo a l cumplimiento de las responsabilidades asignadas. En cuanto a cantidad de trabajo, se obtuvo una puntuación de 76% en la encuesta de clima laboral 2022. Evidencia: ver acuerdo de desempeño perfil de cargo. Encuesta clima laboral 2022.	
4. La gestión del conocimiento.	En el 2022 se logró ejecutar el programa de capacitación anual en un 100%. Evidencia: programa anual de capacitación 2022.	

5. La comunicación interna y las medidas de información.	La comunicación interna se tramita mediante comunicados o Circulares internas a todos los colaboradores, además mediante el uso de las herramientas tecnológicas como es grupos de Whatsapp, con un nivel de 92% en comunicación en la encuesta de clima laboral. Evidencia: ver encuesta clima laboral 2022.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Se obtuvo un 87%.en el ítem de reconocimiento laboral en la encuesta de clima laboral. Evidencia: encuesta de clima laboral 2022.	No se evidencia reconocimiento del empleado.
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	Se obtuvo un resultado de 92% en cuanto a mejora y cambio en la encuesta de clima laboral 2022. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2022.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	En la encuesta de clima laboral se obtuvo un porcentaje de 92% sobre calidad de vida laboral y un 86% en cuanto a balance trabajo y familia. Cabe resaltar que a partir de estos resultados se realizó un plan de mejora para tener un ambiente de trabajo armonioso y motivador. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2022, plan de mejora encuesta de clima laboral.	No se evidencia buzón de sugerencias interno.
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Se cuenta con flexibilidad de horarios por motivos de estudios o enfermedad, con nivel satisfacción en balance trabajo familia de 86%. Evidencia: ver encuesta clima de laboral 2022.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	La institución es democrática y permite que cada empleado tenga uso de la palabra e igualdad de trato, se obtuvo en equidad y género 87%. Evidencia: ver encuesta clima laboral 2022.	

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	A pesar de las carencias de espacios, el centro hospitalario propicia un ambiente laboral adecuado, manteniendo las instalaciones acordes, limpias y se establece el mantenimiento de equipos e instalaciones. En cuanto a calidad de la vida laboral se obtuvo una puntuación de 92%. Evidencia: Plan de mantenimiento anual, encuestas de clima laboral 2022.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Se incentiva al trabajo arduo en equipo con el fin de cumplir con los altos estándares de calidad que requiere el sistema de salud adaptado a las nuevas políticas de trabajo, con nivel de 86% en servicios profesional de carrera Evidencia: encuesta clima laboral 2022.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.		No se ha medido.
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Se implementa un plan de capacitación anual, el cual se cumple en un 100%, el personal está en constante capacitación en diferentes áreas, con un nivel de satisfacción 89%. Evidencias: ver encuesta clima laboral 2022.	

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		No se ha medido.
2. Nivel de participación en actividades de mejora.		No se ha medido.
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se ha medido.
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se ha medido.
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	<p>El hospital lleva a cabo las encuestas diarias del SNS para medir el profesionalismo y la amabilidad del personal que los asiste, además se verifican de manera semanal los buzones de sugerencias para verificar las quejas y reclamaciones de los pacientes, estas son plasmadas en una matriz de QDSR, en donde se verifica la cantidad mensual de quejas presentadas.</p> <p>El comité de buzón y sugerencia llenan formulario para reclamos.</p> <p>Evidencia: matriz de QDSR, fotos abrir el buzón, formulario para procesar quejas, encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud.</p> <p>https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	<p>Se evaluaron 222 colaboradores mediante las evaluaciones de desempeño laboral, la cantidad de servidores con calificación igual o mayor a 85% en el Componente Logro de Metas: 209. Cantidad de servidores con calificación menor a 85% en el Componente Logro de Metas: 13. Evidencia: matriz de resultados de evaluación de desempeño.</p>	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.		No se ha medido.
3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).		No se ha medido.
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No se ha medido.

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

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

1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.		No se ha medido.
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No se ha medido.
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.		No se ha medido.
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se ha medido.
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No se ha medido.
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se ha medido.
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se ha medido.
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Se dispone de buzones en todas las áreas para que los usuarios coloquen las quejas, sugerencias y felicitaciones. El año 2022 no se recibieron felicitaciones, se recibieron un total de 15 quejas, las	

	<p>cuales fueron canalizadas por los departamentos de lugar. En cuanto a las sugerencias, fueron recibidas varias mediante los grupos focales, tales como: adecuación de los baños, adquisición de un tomógrafo, colocar aire o abanico en el área de nebulización. Cabe resaltar que los baños se adecuaron de acuerdo a estas sugerencias, las demás solicitudes están en planes.</p> <p>Evidencia: reportes de grupos focales, fotos, matriz de quejas y sugerencias, listados de participantes.</p>	
--	---	--

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

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

1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).		No se ha medido.
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No se ha medido.
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No se ha medido.
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No se ha medido.
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No se ha medido.
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha medido.
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).		No se ha medido.
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se ha medido.

9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se ha medido.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se ha medido.
11. Política de residuos y de reciclado.		No se ha medido.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	El hospital obtuvo un nivel de satisfacción de 99% en encuesta satisfacción y en la encuesta de clima laboral se obtuvo 89%. Evidencia: Resultados encuesta clima laboral y encuesta satisfacción al usuario encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios .	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Se han realizado mejoras en el área de triaje para acondicionar el espacio y dar mayor privacidad a los usuarios. En el área de internamiento se colocó un espacio destinado a la facturación y entrega de resultados de laboratorio, para optimizar los procesos con los usuarios. Acondicionamiento de los baños con nuevos inodoros y colocación de dispensadores con papel toalla, todo esto solicitado en varios casos por los pacientes en los encuentros de grupos focales y encuestas de satisfacción al usuario. Nivel de satisfacción de usuarios de 99%. Evidencias: Grupos focales, fotos de los asientos nuevos	

	<p>en triaje, fotos de los baños, resultados de encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud.</p> <p>https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios.</p>	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se ha medido.
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	<p>El hospital consta con una satisfacción con los cumplimientos a demandas de los mantenimientos de equipos médicos y la función desempeñada en el área de laboratorio de las facilidades del manejo programa PROBETA y cumplimiento de los acuerdos con las instituciones universitarias y técnicas. Comparación de la productividad de la probeta.</p> <p>Evidencia: Verificación cantidades analíticas elaboradas en el laboratorio, hojas mensuales del mantenimiento de equipos médicos, lista de estudiantes que hacen pasantía.</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>El centro hospitalario recibe auditorias de manera interna y externa, en las cuales se obtienen reportes con resultados, se realizaron auditorias de Recursos Humanos donde obtuvo un 95% en cumplimiento. Atención al Usuario por parte del SRS y el SNS.</p> <p>En cuanto a las auditorias de los expedientes clínicos de ginecología en consulta de bajo riesgo se logró un aumento de un 42% a un 59% aumentando un 17%.</p> <p>Evidencia: Resultados de evaluación de la encargada atención al usuario, auditoria de las cuentas de Fondo Reponible y ventas de servicios, evaluación mensual del POA, resultado auditoria RRHH. Matriz de resultados mensual de auditorías de expedientes.</p>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No se ha medido.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se ha medido.

8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	No se ha medido.
---	------------------

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	<p>En la gestión de recursos humanos las capacitaciones al personal nuevo a dado un impacto positivo, en cuanto la forma de relación con el paciente ver encuesta satisfacción al usuario.</p> <p>Recursos humanos obtuvo una puntuación del 95% en la auditoría, realizada por el SNS, de acuerdo a la gestión realizada.</p> <p>Evidencia: encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud. https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/formularios, listados de participación, plan de capacitación anual.</p>	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se ha medido.
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se ha medido.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se ha medido.
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)		No se ha medido.

<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Se realizan auditorías internas de expedientes clínicos de las áreas de cirugía, pediatría, ginecología, donde se determina el grado de cumplimiento en correcto llenado de los mismos y se aplican planes de mejoras de acuerdo a los resultados, necesidades y objetivos a lograr. Auditoría interna realizada por los distintos departamentos (RRHH, facturación, etc.). Evidencia: Resultados de auditorías de expedientes clínicos de calidad.</p>	
<p>7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.</p>	<p>Premio calidad modelo CAF, 2016, 2018 y 2019 Evidencia: certificados, medallas y trofeos, fotos.</p>	
<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>Los objetivos de gastos anuales se plasman en el Plan Operativo Anual (POA), todas las compras realizadas son basadas en la ley de compras y se cumplen los requisitos para efectuar las mismas. Evidencia: Cumplimiento del POA 2022</p>	
<p>9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.</p>		<p>No se ha medido.</p>

NOTA: Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.