

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

_HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JAIME MOTA

FECHA:

02-02-25

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

Documento Externo
SGC-MAP

GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020
Página 2 de 67

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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 tiene definida su misión visión y valores implicando los grupos de interés y a los empleados. Revisada y modificada la Misión y la visión y publicada Evidencias: . Es socializada a través de 8 pantallas a todos los visitantes a este centro asistencial y el personal Banner en pantallas En el reverso de los carnets del personal En las redes sociales FB, Instagram y el portal Web 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.	Valores corporativos definidos incluido en el plan estratégico, socializados y publicado Evidencias: Banner en pantallas En el reverso de los carnets del personal En las redes sociales FB, Instagram y el portal Web del Hospital Evidencias: en el reverso del carnet del personal, en banners a través de 8 pantallas distribuidas en todo el hospital.	

<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>La misión y la visión fueron trabajadas en el marco de la Reforma del Sector salud, los cuales contemplan la atención orientada a los usuarios y a la calidad de la atención</p> <p>Evidencias: Contenido de la Misión y la Visión publicada en área de acceso del hospital</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>Se ha publicado la misión y la visión al público en las redes sociales, Instagram y FB, además de estar publicado en el área de recepción. Esta colocado además en el reverso del carnet de los empleados</p> <p>Evidencia: Imagen publicada carnets</p>	

Comentado [FTDLS1]: Por favor colocar las evidencias

<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		<p>No se ha actualizado la Misión y la Visión adaptada a cambio climático.</p>
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>	<p>Se han digitalizado el expediente clínico único, en estos momentos solo se cuenta con odontología. El laboratorio digitalizó los resultados del laboratorio, haciendo entrega digital del mismo a los usuarios. Se realizan capacitación utilizando las TICs, reuniones virtuales, utilizando las videoconferencias para orientar al personal Evidencias: Lista de participantes Resultados de laboratorios digitalizados</p>	<p>No existe estrategias de digitalización para todo el hospital</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>Existen en algunos departamentos sistemas de gestión enfocados a aspectos éticos, como son manual de procedimientos de enfermería y en laboratorio. Contamos con un borrador del Código de Ética Evidencias: Manuales en laboratorio y enfermería Fue conformado el Comité de Ética Evidencia: Acta constitutiva del comité Ética Cámaras de video se captan acciones delictivas tanto en el personal como en los usuarios.</p>	<p>No se ha socializado a los grupos de interés el Código de Ética.</p>

8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).		No se ha realizado

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.	<p>Están definidas las estructuras de cargos, organigrama, manual de cargos). Proceso de facturación desarrollado e implementándose y monitoreado.</p> <p>Evidencias: Resoluciones emitidas por el MAP y el SNS tanto para el SNS como para el Manual de cargos Organigrama publicado en mural de la dirección. Flujograma del proceso de facturación desarrollado por el hospital</p>	
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.	<p>Se monitorean 30 indicadores de Gestión y clínicos a través del SISMAP Salud A través del POA, se establecen indicadores de gestión y clínicos para la mejora de la calidad de la atención, con indicadores que son monitoreados trimestralmente.</p> <p>Evidencias: Reconocimiento por el SNS y el MAP por el desempeño realizado Ranking SISMAP Salud % de logro en el POA</p>	

<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 han realizado convenios con el MAP, con las ARS privadas, con pro-consumidor, con el Consorcio azucarero central y organismos internacionales para la garantía del acceso a grupos priorizados. Se han realizado talleres para sensibilizar al personal sobre estigma y discriminación y profilaxis post exposición laboral al VIH. Con apoyo del CONAVISIDA Evidencia: Listado de talleres y acuerdos firmados</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>El SISMAP Salud el hospital ha alcanzado el 82% de rendimiento ocupando el lugar 5 de 100 hospitales. En este momento tenemos un DashBoard de Gestión propuesto por el SNS e iniciamos su implementación. Se está dando seguimiento a 4 indicadores en el Dash board. Evidencias: Informe mensual del Dashboard Informe de Rendimiento del SISMAP Salud</p>	<p>No se ha implementado el NOBACI</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>El hospital ha estado implementando EL CAF, en 2009, 2011, 2016, 2019,2021, 2022 y en el 2023 en esta ocasión es su séptima autoevaluación. Evidencias: Autodiagnóstico digital</p>	

<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Están automatizados los procesos de consulta externa, emergencia y epidemiología. Sistema de información en ginecobstetricia y perinatología. Evidencias: Se pueden evidenciar a través de reportes de estas plataformas.</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 promueve el trabajo en equipo, en este momento el hospital cuenta con varios comités de trabajo, entre estos el comité de calidad, comité de emergencia, comité IASS, Bioseguridad, Compra y contrataciones, Comité Farmacoterapéutico, Etica Evidencias: Listados de asistencia de las reuniones del Comité de calidad de los servicios, Comité de farmacoterapéutico, Comité de compras, comité de emergencias y desastres. Actas constitutivas.</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>Existe comunicación interna a través de comunicaciones escritas y se está implementando un grupo de WhatsApp por Área de interés, donde están agrupados, médicos, enfermeras, bioanalistas, personal administrativo. Existe comunicación para procesos administrativos por escrito. Evidencias: Oficios enviados a los departamentos Captura de Grupos de WS</p>	

<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>Los directivos participan en las reuniones de seguimiento a los planes de mejora continua desarrollados por los departamentos, tanto clínicos como administrativos. Forman parte de los comités conformados en el hospital.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia a actividades, minutas donde se evidencia la participación de los Directivos.</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se da la retroalimentación de manera informal, individual. En el laboratorio publican las fallas de los procedimientos en el procesamiento de las muestras trimestralmente.</p> <p>Evidencias: Informes de fallas en laboratorio. Enfermería realiza registro de las eventualidades con el personal. Se programan reuniones para mostrar resultados del Monitoreo de la Práctica Materno Perinatal.</p>	
<p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p>	<p>Disposición de aplicar Ley de Función pública y los reglamentos, normas nacionales a los servicios de enfermería y laboratorio, Cumplimiento ley de compras. Procedimiento de objetos perdidos.</p> <p>Evidencias: Comunicaciones en RRHH donde se establecen sanciones por falta grave. Cámaras de video se captan situación delictiva en el personal o a los usuarios</p>	

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. 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>Se han realizado reconocimientos y premiaciones a los diferentes departamentos que han cumplido con los objetivos de la institución.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Fotos de premiaciones de médicos que han sido propuestos para premios nacional.</p> <p>Imagen de mural de la enfermera del año.</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>Existe un clima de respeto y confianza entre líderes, se manejan los conflictos.</p> <p>Se realizan reuniones semanales con el equipo gerencial.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informes de manejo de conflictos especialmente en enfermería.</p> <p>Fotos de reuniones de equipo.</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Se informa y consulta en algunos departamentos, a través de reuniones donde se comparte las situaciones presentadas en el servicio, tanto con personal clínico como administrativos</p> <p>Evidencias:</p> <p>Asambleas realizadas con los gremios de enfermería y médicos.</p> <p>Reuniones con el Departamento de Obstetricia y Pediatría.</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 actividades de capacitación de los distintos departamentos para impulsar la consecución de los objetivos de la organización. Se envían a actividades de Benchmarking.</p> <p>Evidencias: Listas de capacitaciones por área y en algunos casos individuales Asistencia a actividades de Benchmarking</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>Se realizan cursos de liderazgo, dirección y manejo de conflictos. Comunicación efectiva para mandos medios y altos directivos.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia de talleres del INAP</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>Se apoyan las actividades de capacitación de los distintos departamentos para impulsar la consecución de los objetivos de la organización. A través de videoconferencias, talleres. Se han enviado recursos humanos a actividades de Benchmarking para observar procesos de facturación.</p> <p>Se da la retroalimentación individual. En el laboratorio publican las fallas de los procedimientos en el procesamiento de las muestras trimestralmente.</p> <p>Retroalimentación a los jefes de servicios y encargados sobre el alcance de los indicadores hospitalarios.</p> <p>Al personal clínico sobre los alcances en el monitoreo del cumplimiento de protocolos.</p> <p>Evidencias: Informes de fallas en laboratorio.</p>	

	<p>Enfermería realiza registro de las eventualidades con el personal. Se programan reuniones para mostrar resultados del Monitoreo de la Práctica Materno Perinatal</p> <p>Evidencias: Listas de capacitaciones por área y en algunos casos individuales Asistencia a actividades de Benchmarking.</p>	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	<p>Se realizan reconocimiento público a los empleados por los diferentes departamentos, enfermería, bioanálisis.</p> <p>Evidencias: Fotos empleadas del año y reconocimientos nacionales a médicos Informe de pago de incentivos por desempeño</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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>Se han realizado encuentros de trabajo con el Ayuntamiento, la Gobernación Provincia Barahona, Defensa Civil y otros organismos para cumplir con las políticas públicas de prevención, mitigación y atención en caso de desastres naturales, Intoxicación por alimentos con pro-consumidor.</p> <p>Evidencias: Fotografías, reportes</p>	

<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>Se realiza un trabajo coordinado con la Dirección Provincial de Salud Barahona, formando parte de la mesa de salud para atender de manera conjunta y consensuada los problemas de salud colectiva.</p> <p>Evidencias: Fotografías, reportes Lista de participación</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Se han definido y se trabajan, SUGEMI, Nuevo Modelo de Salud, Garantía de la Calidad, Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil (vacunación a embarazadas H1N1). Vacunación a los RRHH, Atención a niños con riesgo de Microcefalia por Zika, Lactancia Materna.</p> <p>Evidencias: Fotos, listas de asistencia, certificaciones de cursos</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>Se desarrollan el Plan Operativo Anual y los Planes de mejora de Enfermería, Planes de Mejora de Mantenimiento e infraestructura, Planes de Mejora Materno Infantil, Plan de Mejora Área Quirúrgica, que las actividades son coherentes con los objetivos y metas institucionales y las políticas públicas.</p> <p>Evidencias: Evaluación semestral del POA por el SNS Planes de Mejora en ejecución</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>Fue reactivado el comité hospitalario Se hace acuerdos con comité de Veeduría social. Reuniones comunitarias con la DIDA, en la que se escucha las necesidades y avances de la comunidad. Existen acuerdos de colaboración de esta gestión con la Gobernación y el Ayuntamiento de Barahona. Evidencias: Fotografías y acuerdo de colaboración firmados, acta de constitución del comité hospitalario.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>Los gerentes participan en reuniones y asambleas con gremios de profesionales Médicos y de Enfermería. Se hace acuerdos con comité de Veeduría social. Encuentros con representantes en la provincia de la Defensoría del Pueblo. Evidencias: Fotografía de encuentros, acuerdos</p>	
<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p>	<p>El Hospital desarrolla una promoción en las redes sociales donde informa a los usuarios de los servicios brindados, actividades, eventos, las redes de Facebook, Instagram, portal de transparencia. También se promueven los logros a través de 8 pantallas distribuidas en todo el hospital de esta manera aumenta la reputación y el reconocimiento del Hospital. Evidencias: Seguimiento a los portales de FB, Instagram, portal de transparencia. https://www.facebook.com/HOSPITAL-REGIONAL-UNIVERSITARIO-JAIME-MOTA-215729038449503</p>	

	<p>Resultados de encuestas de Satisfacción de usuarios en el Portal encuesta del SNS.</p> <p>https://hospitaljaimemota.gob.do/</p> <p>https://www.instagram.com/hospitaljaimemota/</p> <p>http://encuesta.sns.gob.do/</p>	
--	--	--

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La Organización:</p> <p>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>Son tomados en cuenta los cambios climáticos para la planificación de los servicios de salud, ya que se espera un aumento de casos de Dengue, Malaria, Neumonía.</p> <p>Los cambios y las medidas migratorias emitidas por el gobierno central son tomadas en cuenta para la organización de los servicios hospitalarios, principalmente para la atención materno neonatal.</p> <p>En cuanto a los cambios culturales, cada año son realizados reuniones previas a las fiestas patronales y semana santa y navidad.</p> <p>Evidencia: Informes de actividades realizadas en el POA Lista de participantes</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>Damos seguimiento a los buzones de sugerencia y las quejas y sugerencias a través del 3.1.1 Se han identificado los grupos de interés relevantes: alcaldía, medio ambiente, cruz roja, prensa, defensa civil, ARS, juntas de vecinos, entre otros, las ONGs y las Fundaciones. Evidencias: Documento de Planificación Estratégica</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>Recabamos información sobre el número de afiliados que visitan al hospital o solicitan atención en el hospital. Se tiene el número de visitante que llega al hospital en 24 horas, incluyendo el número de inmigrantes. El manejo de certificado de nacimiento tardío, certificado de defunción, certificado de salud. Número de nacimientos, defunciones. Evidencias: Informes de DIGEP, presentaciones de resultados de levantamiento de datos. Informe de Producción hospitalaria 67 A</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>Se ha implementado El CAF en siete ocasiones (2019, 2013, 2016, 2019, 2021, 2022 y 2023). Se han realizado análisis FODA institucional. Se socializan los resultados del alcance de indicadores de calidad en la gestión clínica y administrativa. El laboratorio tiene un sistema de gestión de calidad implementado Evidencias: Plan de Mejora Institucional luego de realizar CAF en el 2016 hasta el 2022. Planes de Mejora luego de evaluar los resultados de las observaciones a la atención clínica.</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>1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Se han establecidos las necesidades en el plan operativo anual Evidencias: Plan Operativo Anual 2022</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>Se realizan cada año encuestas de satisfacción de usuarios en las distintas áreas de los servicios, los buzones de sugerencias en el laboratorio. Evidencias: Resultados de encuestas http://encuesta.sns.gob.do/ Fotos de buzones de sugerencia en el laboratorio, consulta, hospitalización y emergencia Acta de Buzones de Sugerencias</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>Se desarrollan planes de mejora atendiendo a la diversidad de género, nacionalidad y condición social. Para la sostenibilidad financiera se han realizado cambios en el personal de facturación y auditoría y</p>	

	<p>auditoría médica, se amplió el cuerpo de auditores de 2 a 6 auditoras. Se realiza supervisión del proceso de auditoría para la reducción de glosas, se han firmado nuevos acuerdos con ARS privadas.</p> <p>Evidencias: Informes de reducción de glosa por mes Acuerdos de colaboración con ARS Semna, APS.</p>	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	<p>Se realiza un presupuesto anual conforme a la productividad de servicios. Además, se realiza un informe mensual de la ejecución presupuestaria y del gasto.</p> <p>Evidencias: Se realiza un informe mensual y trimestral del gasto</p>	

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): 1. 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>Implementando planes operativos, planes de mejora por áreas. Evidencias: Planes digitales</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Cada encargado de departamento tiene definidas sus actividades del POA 2022, partiendo de los objetivos estratégicos, definidas por las líneas estratégicas del SNS. del POA 2022.</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>Son difundidos los planes y actividades en reuniones de trabajo, donde participan todo el personal involucrado en las áreas de interés del Plan.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia para la elaboración del Plan.</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>Desarrollamos un sistema de Monitoreo de la calidad de la atención en el servicio Materno neonatal cada 2 meses. Monitoreo de aplicación de protocolos será trimestral. Seguimiento a las actividades del POA mensualmente.</p> <p>Evidencia: Reportes de aplicación de las observaciones.</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>I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>Hemos sido invitados a actividades de Benc hlearning desde el SNS, recientemente para la facturación. Hospital Traumatológico de la Vega. El hospital cuenta además con un plan de capacitación a los recursos humanos.</p> <p>Evidencias: Fotos de actividades, donde el Director del Hospital Traumatológico Juan Bosch mostro su experiencia de gestión</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>Compartimos conocimiento con hospitales explicando la experiencia en el desarrollo del SISMAP Salud con el Hospital Jaime Sánchez. Evidencia: Lista de Asistencia</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se comunican los resultados de los indicadores con los grupos de interés a través de reuniones y difusión de los reportes por grupos de WS. Los indicadores de producción de los servicios son socializados a través de informes a las autoridades. Evidencia: Lista de asistencia. Captura de pantalla de envío de reportes. Informe de Producción de Servicios</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>Se implementó el programa de higiene y lavado de manos utilizando la tecnología para la difusión del mensaje en todo el hospital durante 1 mes Evidencia: Videos mostrando la intervención realizada en el hospital</p>	<p>No se planifica la innovación y la modernización con los grupos de interés más relevantes basados en la investigación</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>El hospital desarrolla una promoción constante de los servicios disponibles y nuevos programas, a toda la población a través de las redes sociales Instagram, FB. Evidencia: Portal de redes sociales</p>	

6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	<p>Desarrolla Plan de Mejora en el Proceso de Facturación y Auditoría con el objetivo de mejorar los ingresos por venta de servicios.</p> <p>Realiza acuerdos con nuevas ARS privadas.</p> <p>Realiza reunión con autoridades del hospital y personal de auditoría para comunicar resultado de evaluación y realizar Plan de Mejora</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informe de evaluación realizada a los departamentos de Facturación y Auditoría</p> <p>Lista de asistencia de.</p>	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	<p>Se Analizan las necesidades de Recursos Humanos. Y se toman en cuenta grupos de interés como madres solteras, se desarrolla un plan de capacitación</p> <p>Evidencias:</p> <p>Levantamiento de necesidades de recursos humanos, comunicaciones de los departamentos</p> <p>Plan de capacitación</p>	
2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo,	<p>Para el proceso de reclutamiento se solicita currículum, se le realiza una entrevista y se le da tres meses de prueba.</p>	<p>No se cumplen los procesos de reclutamiento y selección del personal como lo establecen los reglamentos, no se publican los puestos vacantes, no seleccionan por competencias</p>

Documento Externo
SGC-MAP

<p>delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>Evidencias: Ver expediente de reclutamiento con formulario de selección llenado</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 han realizado premiación al mérito a médicos, enfermeras. En lo que respecta a la selección de personal predomina las mujeres, apoyando de esa manera las madres solteras del municipio. Se preserva el medio ambiente, limitando las impresiones de documentos y difundiendo por redes sociales al personal.</p> <p>Evidencias: Fotos publicadas en Mural al Merito</p>	<p>No existe política de recursos humanos orientada a la neutralidad, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social. No se realiza premiación a personal administrativo.</p>
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>Solo existen 4 personas pertenecientes a la carrera administrativa.</p> <p>Evidencia: Ver documentación en el MAP</p>	<p>No se realiza Plan de Promoción de carrera</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>El personal reclutado es asignado al cargos por grupo ocupacional, según su perfil.</p> <p>Evidencias Resolución de aprobación del Manual de cargos por el MAP y el SNS</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 toman en cuenta las capacidades del recurso humano sin importar su condición de género, discapacidad, religión, raza.</p> <p>En este mes de marzo y abril 2023 se realizó una evaluación de los cargos faltantes en la estructura y los puestos ocupados por personal en funciones.</p> <p>Evidencia: En los departamentos se puede evidenciar la diversidad que existe en los recursos humanos. Informe de oportunidades de puestos en la organización de la estructura.</p>	<p>No se ha completado la estructura organizacional.</p>
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>Se han realizado entrenamiento a personal administrativo en office y a médicos en Sistema Informático Perinatal y los digitadores en el SIHGO. Al personal de atención a usuarios en "Atención al cliente"</p> <p>Evidencias: Listas de asistencia</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>Se da seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de desempeño por cada encargado de departamento.</p> <p>Evidencia: Guía de observación.</p>	
<p>9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.</p>		<p>No funciona una unidad de género.</p>

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

Documento Externo
SGC-MAP

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.	Se realizó una encuesta de necesidad de capacitación con el apoyo del MAP y se identificaron las necesidades en la encuesta de clima laboral 2019 y 2020. Se realizó Plan de Capacitación 2021 Evidencias: Informe de encuesta	No existe un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos basados en la competencia actual y el desarrollo de los perfiles.
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se le da inducción a los nuevos recursos humanos, con un recorrido por las diferentes oficinas, donde se le presenta al personal del hospital y los distintos departamentos. Evidencias: Manual de Inducción en borrador	No está bien estructura el Plan de Inducción definido.
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.		No se promueve la movilidad interna y externa
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).	Con frecuencia el personal asiste a capacitaciones y encuentros virtuales desarrolladas por otras instituciones o grupos de interés. Para el año 2023 fue realizada una capacitación vía Zoom donde se capacitaron el personal de Atención a Usuarios en Atención al Ciente. Evidencias: Lista de asistencia a reuniones con el MAP	
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.	Se realizan capacitaciones sobre Atención al Cliente y Manejo de conflictos en el personal de Atención a Usuarios cada año son incluidas en el Plan de Capacitación. Evidencias:	

	Plan de Capacitación	
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.		No se evalúa el impacto de los programas de capacitación.

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 promueve el uso de las redes sociales por Área, a través de grupos de WhatsApp, por áreas, clínicas y administrativas, lo que facilita la comunicación ágil y continua entre colaboradores, fomentando de esa manera el trabajo en equipo. Evidencias: Lista de los grupos de WS existentes en el Hospital.	
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.	Se han implementado los distintos comités de trabajo, espacios donde el personal intercambia ideas y participa de la toma de decisión Evidencias: Actas de conformación de los comités Listas de participación	
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 hizo una encuesta de clima con el apoyo del INAP en el 2019, 2020 y 2022 Evidencias: Resultados de las encuestas de clima.	

<p>4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p>	<p>Se da seguimiento al uso de medidas de protección personal, áreas climatizadas, se da seguimiento a los accidentes laborales por epidemiología y el Servicio de Salud Integral. Se vacuna periódicamente al personal clínico y administrativo.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Registros de vacunación del personal, Registro de Accidentes Laborales. Observación en las áreas de personal usando medidas de protección personal.</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>Son respetadas las vacaciones y permisos, como derechos adquiridos por los recursos humanos, en ocasiones son apoyados con cambios que faciliten su situación personal y familiar.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informes de encargados de departamentos. Registro de permisos, licencias.</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>Personal con una enfermedad o discapacidad son reubicados de puestos de menor demanda. Médicos, enfermeras y personal administrativo. Personal con hijos, se les otorga permiso para visitas médicas.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Asignación de personal de enfermería en consulta externa.</p>	
<p>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).</p>	<p>Se realiza incentivos al personal con la premiación periódica por departamentos, asociada al desempeño. En el personal de enfermería se recompensan con días libres.</p> <p>Evidencias:</p>	

	Listas de servicios. Informe de incentivos	
--	---	--

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>Con la gobernación Provincial de Barahona, el Ayuntamiento Municipal de Barahona, se han realizado colaboración en suministro de insumos. La Universidad Autónoma de Santo Domingo en el Recinto Barahona colabora con los espacios para la realización de actividades, proveedores de insumos de laboratorio, contribuyen con acuerdos que favorecen la gestión</p> <p>Evidencias: Fotografías, lista de asistencia Facturas</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 han realizado encuentros con el Consorcio Azucarero Central para gestionar su colaboración para apadrinar áreas del hospital.</p> <p>Evidencias: Fotografías, lista de asistencia</p>	No se han concluido acuerdos con CAC

3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.		No se establecen controles ni se monitorea el impacto de las alianzas.
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	La alta gerencia del Hospital tiene identificadas las necesidades de alianza con empresas privadas de la provincia, realizando	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Son seleccionados proveedores locales que cumplen con la ley de compras y contrataciones. Evidencias: Lista de proveedores	

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.	El Hospital realiza encuestas diarias en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia donde los usuarios hacen sugerencias sobre aspectos a mejorar. También se ha realizado grupo focal con usuarios de consulta externa, donde tenemos la posibilidad de profundizar en sus principales inquietudes con respecto a la atención recibida. Evidencias: Reporte de encuestas de Satisfacción de usuarios Informe de Grupo focal.	
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.	El hospital cuenta con un portal de transparencia donde publica información básica los procesos gerenciales. Se publican los estados financieros en el portal de transparencia, las compras, la nómina.	No se actualizan las informaciones en el portal de transparencia.

	<p>Existe un auditor interno de la contraloría de la Republica.</p> <p>Un departamento de compra que cumple con los procedimientos de la ley 340-06</p> <p>Evidencias:</p> <p>Manual de procedimientos de compra</p> <p>Presupuesto anual</p> <p>Comité de veedores</p> <p>Portal de transparencia.</p> <p>https://hospitalajaimemota.gob.do/</p>	
<p>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.</p>	<p>El Hospital está comprometido con informar a los usuarios, desarrollando una amplia promoción a través de las redes sociales publicando sobre los nuevos servicios, promueve los especialistas, a firmado una carta compromiso con el MAP donde cada año es evaluado por el MAP.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informe de Carta compromiso por el MAP</p>	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>La gestión financiera está alineada con los objetivos estratégicos, se puede visualizar en la ejecución del POA, donde las actividades están presupuestadas</p> <p>Evidencias:</p> <p>Informes trimestrales de gestión financieras por áreas servicios.</p> <p>Planes de austeridad en el manejo de despensa y manejo de combustible</p>	<p>No existe una herramienta para el sistema de costo ni compras</p>

Documento Externo
SGC-MAP

	Informe de ejecución del POA.	
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.	El hospital realiza planes de mejora en el área de auditoría y facturación con el objetivo de captar más recursos al hospital. Realiza control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros. Evidencias Informe de evaluación proceso de auditoría y facturación. Lista de asistencia de reuniones realizadas para reportar resultados de la evaluación.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	El departamento financiero realizar un informe mensual de ejecución presupuestaria Evidencias: Informes financieros Control del Gasto	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.		No se publican los estados financieros en el portal de transparencia, las compras, la nómina.
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El Hospital reporta mensualmente la producción de servicios al Sistema de Información Producción Hospitalaria en línea a nivel nacional Evidencias: Reporte del POA por SNS 67 A producción hospitalaria	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>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.</p>	<p>El hospital cuenta con un sistema de información interno SIGHO, SIP, Pro-gasto, SUGEMI, 67 A producción hospitalaria en línea, Registro de Nacidos vivos, Defunciones. Se está implementando el Expediente único de Salud (EIS) solo en odontología</p> <p>Evidencias: Reportes e informes del sistema</p>	<p>No se ha implementado un sistema para la gestión de RRHH. No se ha implementado el EIS en todos los servicios especializados</p>
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>		<p>No se controla la información externa</p>
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>El hospital desarrolla canales internos de comunicación tanto interna como externa a través de las redes sociales como WS, FB, Instagram,</p> <p>Evidencias: Reportes de redes sociales</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>		<p>No existen redes de aprendizaje y colaboración establecidos.</p>
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>		<p>No se monitorea la información y el conocimiento de la organización asegurando su relevancia.</p>
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>Existen una comunidad en Whatsapp con todo el personal por áreas, por ejemplo, de facturación, atención al cliente, grupo por especialidades</p> <p>Evidencias: Capture de grupos</p>	

<p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>	<p>Del departamento de calidad realiza capacitación participante con personal de los diferentes departamentos en temas de desarrollo institucional. Se realiza capacitación del personal de enfermería por área para mejora de la calidad.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia</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 necesidades específicas.</p>	<p>El hospital cuenta con una oficina de acceso a la información pública y un portal de transparencia donde se suministra información importante del hospital. También cuenta con un portal de quejas y sugerencias 3.1.1.</p> <p>Evidencias: Informes mensuales de la OAI</p>	
<p>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.</p>	<p>La información relevante de la organización como producción de servicios se registran en un sistema de información de los establecimientos que es controlado por el SNS, lo cual permite mantener su integridad.</p> <p>Evidencias: Reportes del 67 A</p>	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>	<p>Se han diseñado programas para facilitar el proceso de facturación llamado PROGASTO para facturar medicamentos.</p> <p>Evidencias: Reportes de PROGASTO</p>	<p>No se diseña la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>

2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	Se evalúa el costo beneficio de las tecnologías cuando se va a implementar. Evidencias: Cotizaciones de las diferentes solicitudes de adquisición de tecnología, con 3 cotizaciones y se elige por comparación de precios	
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.).	Se automatizó los reportes de Laboratorio Evidencias: Reporte de resultados de laboratorio	No contamos con aplicaciones de código abierto
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Utiliza la tecnología para realizar reuniones y capacitaciones virtuales con los gestores a nivel Nacional SNS y MAP Evidencias: Capturas de pantalla	
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.	Para los usuarios externos existe una línea telefónica 1-200 y también a través de las redes sociales los ciudadanos se comunican y se les da respuesta. Para los usuarios internos se utiliza el WS. Evidencias: Captura de pantalla de las solicitudes y respuestas a los usuarios. Captura de grupos de WS por área	

6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.		No estan establecidas normas/ protocolos para la protección de datos, que garanticen la protección de datos.
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.		No existe política medioambiental de las TIC, por ejemplo, la gestión de residuos de cartuchos de tintas, partes de computadoras.
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.	Se implementa SUGEMI acorde al modelo de atención hospitalario Evidencia Reporte de SUGEMI	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

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

Documento Externo
SGC-MAP

<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>El Hospital Regional Jaime Mota, cuenta con un Plan de Mantenimiento preventivo que ejecuta mensualmente. Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de manera preventiva al tomógrafo, a los equipos de laboratorio, los aires acondicionados. Equipos de informática. Calidad del Agua. Plantas eléctricas.</p> <p>Evidencias: Plan de Mantenimiento preventivo Informe mensual de seguimiento Formulario para registro de mantenimiento de los equipos. Solicitud. Registro de mantenimiento</p>	
<p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>Con la entrega del nuevo edificio del Hospital, los ambientes laborales están bien iluminados, climatizados, ascensor a disposición de los empleados escaleras seguras, pasillos con más amplitud, que garantizan el distanciamiento y el desplazamiento, disponibilidad de parqueos,</p> <p>Evidencias: Fotografías de las distintas áreas y su distribución.</p>	
<p>3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>	<p>Se implementó el departamento de Activos fijos, el cual lleva un control de los equipos, las fechas de instalación, el área donde están ubicados.</p> <p>Evidencia: Matriz de equipos médicos y de oficina</p>	<p>No existe una política de ciclo de vida del edificio.</p>
<p>4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>	<p>Existe garantía de acceso a los edificios, tanto para los empleados como para los usuarios. Son restringidas las áreas de internamiento para los usuarios, estableciendo un horario de visitas de 4 horas. En</p>	

	<p>ocasiones son prestados los salones para actividades de capacitación de otras instituciones como las Universidades y otras instancias públicas.</p> <p>Evidencias. Fotografías de actividades y áreas.</p>	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	<p>se realiza uso del transporte para las actividades de apoyo del área de maternidad y consulta externa. Se le da mantenimiento trimestral o cada 5 mil kilómetros.</p> <p>Es asignado 1 chofer responsable de garantizar el cuidado de ese medio de transporte.</p> <p>Evidencia: Reportes de consumo de combustible Factura de mantenimiento.</p>	No existe un registro de mantenimiento de vehículos
6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	<p>El hospital garantiza acceso a parqueos y transporte público ya que el hospital se ubica en la vía principal de acceso al municipio cabecera y cuenta con 4 amplias áreas de parqueo para 120 vehículos y motocicletas.</p> <p>Evidencias: Fotografía que muestra áreas de parqueo</p>	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	<p>El Hospital Jaime Mota tiene definido y en funcionamiento el comité de emergencias y desastres y un Plan de emergencia:</p> <p>Evidencia: Plan de Gestión de Riesgos y/o Desastres.</p>	

8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Dispone de un Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura. Evidencia: Documento Plan de Mantenimiento actualizado al 2024	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Cuenta con un Programa de Administración de Bienes. Evidencia: A través de una Plantilla de Control de activo fijo el hospital actualiza la entrada y salida de bienes.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	El Departamento de Epidemiología junto a la administración y un acuerdo firmado con el Alcalde Municipal de Barahona, se desarrollan un programa de clasificación, desechos y disposición final de residuos sólidos hospitalarios. Evidencia: Actas de reuniones comité de Bioseguridad Acuerdo firmado con el Ayuntamiento Municipal de Barahona.	

Comentado [FTDLS2]: No tiene evidencias

Comentado [FTDLS3]: No tiene evidencias

Comentado [FTDLS4]: Si no poseen evidencias deben de ponerlo como area de mejora

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
----------	--------------------------------------	-----------------

Documento Externo
SGC-MAP

<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>No se tienen identificados claramente los procesos en un mapa, ni los propietarios de cada proceso lo controlan.</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>No se realiza</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>No se realiza</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>No se realiza</p>
<p>5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p>	<p>Están establecidos desde el SNS indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos, como son Carta Compromiso al Ciudadano, SISMAP salud, acuerdos con SeNaSa para la prestación de los servicios.</p> <p>Evidencias</p> <p>Reportes del SISMAP Salud</p> <p>Firma de Carta Compromiso</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>El Hospital Regional Jaime Mota implementa el sistema de información de producción de servicios, sistema de vigilancia epidemiológica, seguimiento a los protocolos de atención, este articulado en un sistema de referencia y contrareferencia.</p> <p>Evidencias: Reportes del 67 A digital Reportes del EPI-1, EPI 2 Informes de Monitoreo de la Atención clínica materno neonatal y protocolos de atención clínica.</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>		<p>No se ha logrado la renovación de la habilitación.</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>El hospital identifica, entrega y mejora los servicios y productos involucrando a los usuarios y grupos de interés utilizando las redes sociales, a través de las encuestas, buzones de sugerencias y grupos focales (seleccionando personas de diferentes edades y sexo, diferentes servicios).</p> <p>Evidencias: - Informes de Encuestas de Satisfacción de usuarios - Matriz de quejas, sugerencias y denuncias. - Informes de los grupos focales.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>		<p>No se realiza</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, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>	<p>Se promueve la accesibilidad a los servicios publicando los horarios y especialidades a través de las redes sociales, se le responden inquietudes sobre los servicios a los usuarios a través de las redes sociales. FB e Instagram.</p> <p>Evidencia: Redes sociales</p>	<p>No se implementa e-salud en toda su extensión</p>
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>	<p>Se coordina con la Red Regional de Servicios de Salud el flujo de los pacientes dependiendo de su complejidad, existe un coordinador de traslado de los casos clínicos desde los hospitales provinciales de la red y hacia los hospitales de referencia nacional. Son coordinados entre los hospitales de la red traslado de sangre y hemoderivados, así como medicamentos e insumos para apoyarse</p> <p>Evidencia: Reportes de traslado de pacientes.</p>	
<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>Con los encuentros comunitarios de la DIDA, donde participa el director del Hospital. Con SeNaSa se intercambia el Sistema de Facturación para facilitar la facturación del Servicio a SeNaSa.</p> <p>Se han realizado encuentros con SeNaSa y Semma para la mejora de la atención a los usuarios afiliados, específicamente para el servicio de Hemodiálisis</p> <p>Evidencia: Una captura de pantalla del SIRS Foto de encuentros Dida</p>	

	<p>Acuerdos Lista de participantes</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>Se han realizado grupos de trabajo con las ARS para proveer a los usuarios garantía en la prestación, como es el caso de los pacientes de hemodiálisis, se coordina la compra de insumos y apoyo a los pacientes. Con los Laboratorios se establecen alianzas para la garantía de suministro de insumos.</p> <p>Evidencias: Comunicaciones Lista asistencia de reuniones</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>Se coordina con SeNaSa, el MAP, INAP, INAPA Con los encuentros comunitarios de la DIDA, donde participa el director del Hospital. Se realizan acuerdos con el Consorcio Azucarero Central, principal empresa industria de la región Sur.</p> <p>Evidencias: Documentos afines, acuerdos, notas de interés Evidencia: Foto de encuentros</p>	<p>No realiza asociaciones con ONGs</p>

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	Damos seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano (CCC), a través de un acuerdo firmado con el MAP, En estos momentos estamos en la renovación de la firma del CCC. Evidencias: Carta del MAP reportando resultado alcanzado en el cumplimiento de la CCC años anteriores (2019 se alcanzó 100%, para el 2021 fue de un 89%. Para la evaluación del año junio 2023-mayo 2024 fue de un 97% de cumplimiento de CCC)	

Documento Externo
SGC-MAP

<p>2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p>	<p>Se mide la percepción de los usuarios a través de encuestas diarias a los usuarios en los diferentes servicios, además los usuarios cuentan con el Sistema de quejas 3.1.1 y los buzones de sugerencias, las redes sociales.</p> <p>Evidencias: Informe de Encuesta de Satisfacción de Usuarios semestral. Para el primer semestre del año 2022 se reportó un nivel de satisfacción de un 97.7% y para el segundo semestre del mismo año fue muy similar, de un 97%.</p>	
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>Participan a través de las encuestas y de los buzones.</p>	
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>El hospital dispone de una página Web para el hospital, donde publica las principales informaciones de interés para los usuarios. La Directora hace rendición de cuentas en una alocución virtual. Evidencia: Captura de pantalla del portal. https://hospitaljaimemota.gob.do/</p>	<p>No se está actualizando el portal con informaciones de transparencia.</p>
<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>Las encuestas de Satisfacción de usuarios revelan la confianza que tienen los usuarios en los servicios, cuando se les pregunta si recomendarían el servicio.</p> <p>Evidencia: Informe de Encuestas de Satisfacción de usuarios semestral para el 2022 revela en el primer semestre que el 99.7% recomendaría a otra persona atenderse en el Hospital Regional Jaime Mota y para el segundo semestre de ese mismo año fue de 99.6%.</p>	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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>El Hospital es accesible geográficamente, acceso al transporte interurbano, para personas con discapacidad cuenta con rampas que faciliten el acceso. Se ha ampliado la oferta de nuevos servicios y nuevos horarios vespertinos.</p> <p>Evidencias: Cartera de servicios Imágenes del hospital Imagen de Google map</p>	No se llevan sistemas electrónicos en los servicios que permita cuantificar el tiempo de espera real de los usuarios.
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>En cuanto al cumplimiento de la entrega de servicios con calidad, trabaja en equipos para garantizar la disponibilidad de insumos, medicamentos y cuidando el medio ambiente.</p> <p>Evidencias: Informe de buenas prácticas de almacenamiento e insumos se reportan 85% para el 2021 y un 95% para el 2022. La medición del SISMAP Salud, reportó al final del 2022 un 38% de avance para mayo del 2023 está en un 66.2%</p>	No se ha trabajado el tiempo de espera en los servicios
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	Los servicios están diferenciados por edad, sexo, separando las áreas de hospitalización por sexo y ciclo de vida, por ejemplo, los niños separados de los adultos, las mujeres adultas de los hombres.	

	<p>En la consulta los niños tienen un área particular.</p> <p>Evidencias: Salas de internamiento imagen. Se reportan un aumento de la productividad en consulta externa y hospitalización. El 22% de adolescentes son atendidas al momento del parto.</p>	
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se mide
5. Digitalización en la organización.	<p>Los servicios administrativos, financieros y de servicios aún son manuales. Solo la consulta de odontología está en línea</p> <p>Evidencia: Reporte de consulta de odontología</p>	No se han digitalizado las demás especialidades.

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

1. 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).		No se mide el tiempo de espera en los distintos servicios.

Documento Externo
SGC-MAP

<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>Esta establecido un monitoreo de las quejas y sugerencias, con fecha, hora y acciones correctivas implementadas desde el año 2022-hasta 2024 de 15 días, siendo la mayoría resueltos de manera inmediata cuando ocurre.</p> <p>El Sistema 3.1.1 de quejas, sugerencias y denuncias. Para ambos sistemas el tiempo de respuesta es 15 días laborables.</p> <p>El cumplimiento de los estándares comprometidos se puede visualizar en el SISMAP Salud.</p> <p>Evidencias: Matriz de quejas y sugerencias desde la oficina de Atención a Usuarios Plantilla de indicadores comprometidos en la CCC</p>	<p>No están establecidos los costos de servicios.</p>
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Se ha realizado respuestas oportunas a las demandas de los usuarios a través de los portales del 3.1.1, buzones de sugerencias oportunamente, dentro del plazo establecido, los casos en que no ha habido retroalimentación es cuando el usuario no ha dejado contacto.</p> <p>Evidencia: Matriz de Quejas y Sugerencias Portal 3.1.1</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>Son medidos a través de los indicadores de Gestión Clínica del SISMAP Salud,</p> <p>Evidencias: obteniendo resultados al 25-06-23 Días promedios estadía 100% Hospitalizaciones 100% Índice de ocupación de cama 85% Mortalidad Hospitalaria TI 2023 100% Días promedio de estadía TI 2023 100%</p>	

6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Cuenta con su cartera de servicios, organizada por servicios y especialidad y horarios Evidencia: Cartera de Servicios publicada	No están completos los servicios de mayor demanda, como Mateno neonatal.
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Es medido semestralmente el Índice de Satisfacción de usuarios. Evidencia: Informe semestral Junio-diciembre 2022- enero-junio 2024, reporta 97% de Satisfacción.	

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.	El Hospital Regional Jaime Mota, cuenta con 7 canales de comunicación: página Web portal 3.1.1, buzones de sugerencias, FB, Instagram, Grupos focales, siendo más utilizados las redes sociales, FB e Instagram. Evidencias: Captura de pantalla Instagram, FB, 3.1.1. Reporte de los buzones de sugerencia	

<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>Se le ofrece información suficiente y actualizada sobre los servicios que se prestan, horarios, disponibilidad de horario.</p> <p>Evidencias: Publicaciones en redes sociales de las actividades que desarrolla el hospital, operativos quirúrgicos. Informes trimestrales de Matriz de quejas y sugerencias.</p>	
<p>3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.</p>	<p>Se les da seguimiento a los indicadores de rendimiento y resultados de la organización a través del SISMAP Salud, y Gestión de la Calidad del SNS.</p> <p>Evidencias: Reportes del SISMAP Salud y el premio a la Calidad de la Gestión SNS.</p>	<p>No se ha actualizado el portal de transparencia.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p>	<p>Los usuarios participan en la mejora de los servicios brindados y la calidad de la atención ofrecida por los profesionales a través de los diversos canales de comunicación, sus opiniones son tomadas en consideración para hacer modificaciones en los servicios de salud.</p> <p>Evidencias: Informes de buzones de sugerencias y las mejoras que se han realizado en consulta externa a partir de esas sugerencias.</p>	<p>No se mide la participación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios.</p>
<p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p>		<p>No se han implementado métodos innovadores para la atención a usuarios.</p>

3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).		No se miden indicadores de cumplimiento en relación al género y la diversidad cultura y social.Se
---	--	---

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	Se observa mejora en la comunicación, sobre todo con la población más joven que es la que accede a las redes sociales. Evidencias: Publicaciones e intercambios con usuarios.	No se dispone de medición del acceso a las redes sociales,
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).	La ciudadanía participa activamente solicitando información sobre los servicios, horarios y especialidad. Evidencia: Captura de pantalla de intercambio de información con encargado de medios audiovisuales.	

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.

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>	<p>Se ha estado uniformando al personal, distinguiendo el personal administrativo, la seguridad y las conserjes, lo cual da una mejor imagen. Se observan más médicos con sus batas, y el personal de enfermería mejor representado.</p> <p>Evidencias: Cantidad de personal uniformado.</p>	<p>No se mide la percepción de la imagen institucional</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>El personal de mando medio se involucra en las actividades a través de los 9 comités de salud conformados en el hospital, participando así en las tomas de decisiones.</p> <p>Evidencias: Actas de reuniones, lista de asistencia</p>	<p>No se mide el involucramiento de las personas en la toma de decisiones</p>
<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>Se mide en la encuesta de clima el nivel de involucramiento que tienen las personas en las actividades de la institución. Los encargados de departamento participan en la elaboración de los planes de mejora que se desarrollan en el Hospital. Participación del comité de calidad en la elaboración de planes, búsqueda de estrategias.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia Porcentaje de participación en actividades del hospital, reflejado en la encuesta de clima. Se promueve el trabajo en equipo 40.74% 48% de personal ve la corrupción en la institución y la denuncia.</p>	
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>Se mide en la encuesta de clima los posibles conflictos éticos y la importancia del comportamiento ético.</p> <p>Evidencias: Encuesta de clima 2023</p>	

5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Encuesta de clima institucional se realiza cada año y se socializan los resultados con los encargados de departamento. Evidencia: Resultados de encuesta de clima 2023 Lista de asistencia de socialización encuesta de clima 2020.	
6. La responsabilidad social de la organización.	El hospital implementa manejo de desechos sólidos adecuadamente en las áreas clínicas. En el Banco de Sangre van a las escuelas a promover la importancia de donar sangre. Brinda internet gratis a partir de Republica Digital. Evidencias: Fotos, videos comunicaciones enviadas a los centros	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	El personal directivo esta motivado para el cambio y la innovación,	No cuentan con recursos para la inversión en tecnología.
8. El impacto de la digitalización en la organización.	Los procesos administrativos y financieros, así como los procesos clínicos, aún son manuales	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Según la percepción de los usuarios internos los procesos son poco ágiles, debido a la alta demanda de los usuarios.	

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.		No se evalúa la capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización de conocer los resultados de la encuesta de clima a todo el personal ni se realizó plan de mejora
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	Los procesos generales están definidos Proceso definido en Banco de sangre y Facturación. Evidencias: Flujograma de procesos digital	No se han trabajado los diseños y la gestión de los distintos procesos de la organización
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	Esta definida la evaluación del desempeño individual . Evidencias: Informe de Evaluación del desempeño	
4. La gestión del conocimiento.	Se han desarrollado un Plan de inducción y capacitación a los recursos humanos de nuevo ingreso y personal de mandos medios. Evidencias: Lista de participantes	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	Se fomenta la comunicación interna a través de grupos de WhatsApp, donde la Directora forma parte	No se ha establecido un mecanismo de comunicación interna con correo institucional, por ejemplo.
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Enfermería y laboratorio reconocen al empleado del mes y trimestral y anual Evidencias: Fotos en murales	No se ha medido el alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y equipo

7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	La carnetización del personal, más seguridad carnetización de los visitantes. Uniformes para todo el personal administrativo. Evidencias: Carnet	

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.	Se implementan reglamentos internos en enfermería para manejo de conflictos, se esta implementando un código de ética para propiciar una cultura organizacional de respeto y armonía. Evidencias: Borrador código de ética Registro de manejos de casos	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Se observa flexibilidad al personal para capacitación, enfermedad familiar, fallecimiento, permisos por escrito Evidencias: Permisos para conferencias Permisos para ir al medico Permisos por fallecimiento de un familiar cercano	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		No se ha trabajado un plan para garantía de igualdad de oportunidades y equidad en el trato
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Para el personal médico y enfermería, existen habitaciones y áreas apropiadas para el aseo, así como un lugar para alimentación del personal sanitario de servicio.	No están dadas las oportunidades de condición para el personal administrativo de nivel I.

	Evidencias: Imágenes de las áreas	
--	--------------------------------------	--

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.	Existe tres 4 personal de carrera administrativa Evidencias: Certificados	No se le da seguimiento a las promociones para nuevos concursos.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	A través de los incentivos anualmente, además se motiva al personal de servicio con una cena sorpresa cada cierto tiempo. Cena de navidad, día de las madres. Evidencias: Factura de compra Fotos	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Se le da oportunidad al personal para su educación formal, jóvenes universitarios se les permite un día a la semana para asistir a la universidad. Se permiten permisos para congresos a los profesionales y se capacitan en sus en aspectos que permitan el desarrollo en su profesión. Evidencias: Registro de permisos en RRHH	

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p>	<p>Se lleva el control de permisos, absentismo por enfermedad, licencias, entre otros. Evidencias: Registro de control de permisos, absentismo</p>	
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>En la Encuesta de Clima se mide los niveles de participación en las actividades de mejora, según la percepción de las personas. Evidencias: Resultados Encuesta de clima 2022.</p>	
<p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>	<p>El Hospital Regional Jaime Mota cuenta con un Comité de Ética y un Código de Ética, dicho comité ha manejado 2 casos donde se presentaron cuestionamientos éticos a médicos en servicio. Frecuentemente se presentan dilemas éticos en la práctica clínica y de gestión. Se elaboró un código de ética. Se ha conocido una investigación por el comité de ética. Se reportan situaciones éticas en el servicio. Evidencias: Lista de participantes reunión comité de Ética manejando caso de médico. Actas de reuniones</p>	

<p>4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.</p>	<p>Se promueven jornadas médicas y quirúrgicas donde los médicos voluntariamente se trasladan a comunidades lejanas a brindar servicios de atención médica. Se realizan jornadas de donación de sangre Evidencias: Fotografías Registro de atención</p>	<p>No se realizan con frecuencia actividades relacionadas a la responsabilidad social.</p>
<p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p>		<p>No se miden indicadores relacionados a las capacidades de las personas para tratar con los usuarios.</p>

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>Se mide la productividad del personal medico y las evaluaciones de desempeño individual</p> <p>Evidencias: Registro de productividad en consulta externa Resultados de evaluación de desempeño.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>		
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>		<p>No se mide la eficacia de la utilización de recursos en las capacitaciones, ni la tasa de participación del personal en estas capacitaciones</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Se realizan cada año solo el personal de enfermería</p> <p>Evidencias: Mural de enfermeras premiadas.</p>	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

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

<p>1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.</p>	<p>El hospital se integra a la comunidad con acciones de prevención comunitaria. Orientando sobre el cuidado del medio ambiente</p> <p>Evidencia:</p> <p>Imágenes de las actividades de capacitación con la comunidad y la recolección de desechos sólidos en las playas.</p>	
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>	<p>La reputación se ha visto afectada en varios momentos, pero en la actualidad, con un nuevo edificio y una nueva gestión se ha mejorado la imagen institucional.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Videos en YouTube</p> <p>Redes sociales</p>	<p>No se mide la reputación de la institución como contribuyente a la sociedad local</p>
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>	<p>En realidad, contribuye de manera importante ya que los principales insumos son adquiridos a nivel local, como alimentos, medicamentos, materiales ferreteros, entre otro.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Facturas de compras a nivel local</p>	<p>No se mide el impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad.</p>
<p>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,</p>		<p>No se mide el impacto de la organización en la calidad de la democracia.</p>

como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		
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 mide el impacto social en relación con la sostenibilidad local, regional y nacional
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se mide las tomas de decisiones respecto a la organización en la seguridad y movilidad
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 organizan eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Frecuentemente son recibidas felicitaciones y reconocimiento de los usuarios a través No de los buzones de sugerencia. Evidencias: Reporte de Quejas y sugerencias	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>		<p>No se realizan</p>
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>Relación con los Veedores sociales, ayuntamiento, gobernación Evidencias: Lista de asistencia, acta de reuniones y lista de asistencia Imágenes de encuentros</p>	
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>		<p>No se mide la publicación de los medios de comunicación sobre la organización.</p>
<p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p>	<p>Se le compran medicamentos e insumos, sangre a grupos de personas vulnerables., inmigrantes, indigentes. Evidencias: Registro de pacientes que se le dona sangre, tanto del nivel privado como pacientes que son referidos.</p>	

5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	Se les da permiso Partica médicos del hospital para participar en un operativo médico.	No existe un programa de apoyo a los empleados para participación en actividades filantrópicas.
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	Participación de los médicos clínicos residentes y médicos base, en programa radial semanal donde transmiten conocimiento a la comunidad. Asistencia a mesas de discusión en la región sobre temas de salud relevantes Asistencia a Jornadas Científicas locales. Evidencias: Programa Médicos en la Radio Imagen	
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).	Programa de vigilancia de Infecciones Programa de prevención contra riesgo laboral, en la transmisión de VIH y HB, uso de equipo de protección personal. Evidencias: Reportes epidemiológicos de los casos reportados y atendidos.	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se mide la responsabilidad social
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se mide el consumo energético
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		
11. Política de residuos y de reciclado.	Existe la política de clasificación de desechos biológicos y punzo cortantes y disposición de los desechos.	

	Evidencias: Informe de Evaluación del Ministerio de Salud Pública.	
--	--	--

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.I. 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.	Se tiene los resultados de la producción de servicios. Resultados del monitoreo y evaluación de la práctica clínica, Resultados de los alcances del POA T1 2024 81% Resultados del SISMAP Salud, junio 2024 69.78%. Evidencias: Reportes enviados por el MAP y el SNS DashBoard mensual	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Se realiza encuentro donde son presentados los indicadores del SISMAP Salud a los encargados de departamentos En la encuesta de satisfacción de usuarios, reducción de la Mortalidad Infantil y Maternal. Se comparten los resultados de las evaluaciones de las observaciones materno infantil. Evidencias: Publicación de indicadores Reuniones de encargados para presentar Informes de Encuestas de Satisfacción de Usuarios Lista asistencia y fotos reunión donde son mostrados los indicadores del SISMAP Salud	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	Se realiza realiza el área financiera para comparar disminución de deuda, aumento de facturación y	

Documento Externo
SGC-MAP

	también se compara la productividad por trimestre de un año con el otro. Evidencia: Ver informes del POA de 38% paso a 90% en el T1 del 2023.	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Contrato con SeNaSa, se mide el cumplimiento de contrato por SeNaSa, y realizan acuerdos de mejora Evidencias: Acuerdos de mejora Reporte de disminución de glosa en la actualidad esta en _____	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Se realizan auditorias tanto interna como externa en Bacteriología, Baciloscopia y VIH y las auditorias de concurrencia de SeNaSa y la verificación del cumplimiento de los planes de mejora y del POA. Evidencias: Acuerdos de desempeño. Reportes de auditoria Ranking hospitales	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Se está implementando el Sistema de Información Salud (EIS) para el registro de la atención clínica a los usuarios en el servicio de Odontología. Evidencias: Captura del sistema	No se implementa el EIS en las demás especialidades.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se ha medido el impacto de la implementación de las reformas del sector público en el hospital.

8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Voluntarios de iglesias evangélicas y estudiantes de enfermería y Bioanálisis de las universidades de la región, médicos internos de la UASD Y UCNER	No se tiene cuantificado el número exacto de voluntarios diarios que circulan en el hospital.
---	--	---

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.		No se mide la eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles.
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Se le da seguimiento al desempeño institucional a través del SISMAP Salud, y los Indicadores de Gestión Hospitalaria del SNS. Evidencias: Reportes del SISMAP Salud 64% a mayo 2023. POA 90% a mayo 2023.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	La asistencia a Benchmarking realizado por otras instituciones a permitido realizar mejoras en los procesos. Evidencias: Las contracciones con nuevas ARS	No se tienen medición de los resultados de Benchmarking.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Se le da seguimiento a los acuerdos con SeNaSa Evidencias: Reporte de cumplimiento de los acuerdos	

<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>	<p>La digitalización en los procesos clínicos, como laboratorio, Rx, medios diagnóstico portátiles, incubadoras, han sido introducidos en los últimos 5 años en el hospital, que ha permitido mejorar la prestación de los servicios</p>	<p>No se mide el impacto de la digitalización en el desempeño de la institución.</p>
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Existe un auditor de la contraloría permanente en la institución que inspecciona todos los procesos administrativos financieros Desde el Ministerio de Salud Pública se auditan los procesos de calidad de atención, habilitación. Evidencias: Expedientes firmados y sellados por auditoría</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>El Hospital Regional ha recibido premiación de 2do. Lugar en indicadores de Gestión de la Calidad Evidencia: Placa exhibida en área de lobby</p>	<p>No se ha medido el resultado de ese reconocimiento.</p>
<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>Se mide el porcentaje de reducción de deudas y el porcentaje de reducción de la nómina. Evidencias: Informes financieros mensuales</p>	<p>No se mide el cumplimiento del presupuesto y los objetivos de resultados y financieros</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 estudiado el costo efectividad de los servicios.</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.

Documento Externo
SGC-MAP