

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER

FECHA:

Mayo-2025

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	Se, evidencia cuenta con Misión, Visión colocada en lugares visibles desde el año 2020, fueron implicado los grupos de interés interno y externo como son Gerencia de área, Servicio Nacional de Salud Evidencia: 1.1.1 - Murales en lugares visibles. - Ver anexo base legal: Elaborados bajo el Marco legales: Art. 61 de la Constitución de la Republica dominicana, Ley General de Salud 42-01, Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; Art. 163, Ley que crea el Servicio Nacional Dominicano 123-15, Ley de Función Publica 41-08, Decreto del Reglamento General de los Centros Especializados; Art. 5, Art 6, Decreto sobre el Reglamento General de los Hospitales de la Republica Dominicana. - Documento oficial del Manual de estructura organizacional. - También disponible en la Página Web: https://hospitalgautier.gob.do/ y demás de redes sociales Integran, Facebook, Wassap Publicación actualizada de misión, visión y valores.	La organización aún no realiza la integración de todos los miembros de la institución la formulación y desarrollado de su misión, visión y valores, ni han abarcado en la totalidad a los grupos de interés como algunos colaboradores común y Gerentes de áreas relevantes de nuevo ingreso en este proceso.

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.	Se evidencia que los líderes han establecido un marco de valores institucional alineado con la - Misión: Somos un Hospital de Referencia Nacional e internacional que garantiza una atención integral en salud altamente especializada, basados en la docencia e investigación, apoyados en el uso de tecnología y la calidad de los servicios, - Visión: De la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, ofertas atenciones ambulatorias hospitalización y apoyo diagnósticos en el establecimiento con niveles de complejidad. - Valores: Vocación de servicio, Integridad, Competitividad, Responsabilidad y Ética. es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida Evidencias: 1.1.2 - cronograma establecido. - Certificación habilitación de servicios que prueban que constamos y cumplimiento de las normas -Matriz de Cartera de Servicios del establecimiento - Sistema de cita presencial y Digital establecido por área de servicio en el hospital.	
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.	Se evidencia, que están alineados Ya que contamos con un PEI, plan estratégico Institucional, emanado por el Estado y adecuado y aplicado por el SNS, para todos los centros de salud, lo que nos lleva a tener servicios de salud, por lo cual tenemos como parte de esta programación identificado y detallados la cartera de servicios, de acuerdo a nuestra complejidad de centro de salud tercer nivel. Misión Somos un Hospital de Referencia Nacional e internacional que garantiza una atención integral en salud altamente especializada, basados en la docencia e investigación, apoyados en el uso de tecnología y la calidad de los servicios.	La organización aún no afianza la misión, la visión y los valores en la misma línea de las estrategias nacionales, ni ha formalizado la digitalización, tampoco se ha tomado en cuenta las reformas del sector, ni las agendas comunes.

	Visión Ser sostenibles en la prestación de servicios y programas de 3er. nivel de atención en salud con miras a la Inclusión de procedimientos de 4to. Nivel de complejidad accesible a los ciudadanos. Valores Trato humano Profesionalismo Equidad Atención oportuna Evidencia: 1.1.3 Ver en nuestra Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ - Nuestra Carta Compromiso al Ciudadano - Plan Estratégico Institucional - Matriz Plan Operativo anual - Matriz de Cartera de Servicio - Reportes producción 67A. Médicos y de las áreas de apoyo diagnóstico.	
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.	Se evidencia, una comunicación desplegada con personal asignado, encargado de socializar e informal, también se utiliza carteles en lugares visibles y utilizamos los medios de comunicación utilizados para dar a conocer establecida dirección de nuestras autoridades rectora, quienes despliegan todo tipo de actividades que permiten garantizar Evidencias: 1.1.4 Listado de reuniones de actividad programada. - Manuales de identidad institucional - Acta de Reuniones, Minutas de reuniones, Otros	

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).	.	Aún no desarrollan la agilidad organizacional, ni la revisión periódicamente de la misión, visión, valores, tampoco las estrategias establecidas por las instituciones competentes para adaptarlos a los cambios en el entorno externo.
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).	Se evidencia que la organización está siendo preparada para los desafíos y cambios de la transformación digital. Todas las áreas de manejo de información los equipos necesarios para manejar información rápida, segura y a tiempo Evidencia: 1.1.6 - Ver https://otocloudrd.com sistema de cita de los servicios de otorrinolaringología. - Certificación de Logo de Republica Digital en las áreas hospitalización - Plantilla de Programación de capacitación al personal mediante plataforma	En la organización aún no está preparada para los desafíos y cambios que están ocurriendo mediante la transformación digital, ni refuerzan la protección de los datos en la institución.
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.	Se evidencia que se activado y desarrolla un sistema de gestión que advierta con comportamientos no éticos en nuestro hospital. En la actualidad cuenta con un Comité de Ética, que está conformado con una representación humana de cada sector en el cual está estructurado la institución, donde se dirimen los posibles casos, con la finalidad de cumplir con el deber de igualdad de respecto para todos los que conforman la población institucional y que de acuerdo a los estatutos establecidos y que cumplen con lo estipulado por nuestras autoridades debemos velar por su cumplimiento.	En la organización aún no refleja avance en lo concerniente a la capacitación de los empleados para Desarrollar un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos o de intereses, por lo cual tampoco no saben enfrentar situaciones de índole de corrupción.

	Contamos con una unidad de la Contraloría General de la República para el caso financieros, para los casos de compras nuestro centro cumple con la ley de compras y contrataciones, contamos con la conformación del Comité de Compras, cumplimos con la publicación en el portal transaccional, pertenecemos al SISCOMPRA. Evidencias: 1.1.7 ver - Listado de asistencias, convocatoria - Informe de reuniones - Informe de auditoría interno - Acta de Conformación del Comité de Calidad - Ver Pag. Web: https://hospitalgautier.gob.do Manual de Ética del hospital	
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).	Se evidencia que se refuerzan la confianza que ocurre de manera recíproca, lealtad y respeto entre los líderes, encargados y empleados. cumplimiento a las normativas legales 41-08, ley General de Salud, normativa de ética, revisando nuestra Misión, Visión y Valores, buzones de sugerencias, Oficina Libre Acceso a la Información, informe de cada caso, llamadas telefónicas. Se realizan talleres que van dirigida a motivar incentivar las buenas prácticas. Evidencias: 1.1.8 Ver Pag. Web: https://hospitalgautier.gob.do, Facebook e Integran: Toda documentación de Capacitación realizada por los diferentes Profesionales de la Salud Médicos, Enfermeras y Administrativos. Listado de Asistencias. Cronograma de Charlas realizadas por el área de Atención al Usuario	La organización aún no fortalece la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados, ni ha motoriza la continuidad de la misión, visión y valores entre los miembros de interés, tampoco recomienda el uso de las normas para un buen liderazgo).

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	Se evidencia claramente la definición de la estructura organizativa, sustentado Resolución Núm. 2-2020, que aprueba la estructura organizativa del HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER en proceso, manuales y funciones, las responsabilidades y competencias están adecuadas lo que garantizan la agilización de la organización en el ámbito El derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud que posible. Esto significa que el estado de salud dependerá de cada y que el Estado deben asegurar el mismo acceso a la atención médicos al conjunto de su población (obligación de medio). Evidencia: 1.2.1 Ver página web: https://hospitalgautier.gob.do, publicadas Resoluciones, Leyes disposición de nuestros servidores y usuarios Manual de estructura Organizacional	En la institución aún no ha incrementado el desarrollo de la estructura en cuanto a organización, procesos, manuales, funciones, ni en las responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	Se evidencia existe un plan operativo anual y planes de mejora de acuerdo al área de servicio, que constantemente es ajustado y presupuestado, que establece objetivos, permite medir los niveles de desempeño y el impacto en la organización mediante a informe, reportes, y otros documentos estandarizados por el SNS. Evidencia: 1.2.2 - Matriz Cumplimiento actividades POA. - Matriz de encuesta - Carta Compromiso al Ciudadano del centro, - Matriz de cumplimiento de indicadores de calidad Ver pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do	En la institución aún no tienen claramente definido, cuáles son esos objetivos y resultados que son medibles en los diferentes niveles y áreas, con los que se pueden valorar el desempeño de la organización y a sus empleados.

	- Plan Estratégico Institucional que viene emanado por el SNS. - Plan Operativo anual está ajustado a los requerimientos con un presupuesto - Las encuestas que son monitoreadas publicadas	
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.).	Se evidencia que mediante a las actividades desarrollan los diferentes comités que integran en el hospital, Eje. Comité de Buzón y Sugerencias, de lo cual se extrae información para aplicar mejoras en los servicios que permiten un mejor resultado en el área indicada con un grupo focales, contamos también con asociaciones de pacientes de diálisis, que nos permiten consultar y ayudan a realizar un servicio con calidad y calidez. Evidencias: 1.2.3 - Listado de asistencia reunión - Acta reuniones con la participación miembros juntas de vecinos, otros.	
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).	Se evidencia que tenemos un programa El sistema de información cuenta con diversos formularios y libros de registros manuales, como son el libro de emergencias, el libro de registro de vacunas y diversas plantillas físicas y electrónicas suministradas por los órganos rectores y directores del Sistema. Además, para la gestión de la información contamos con sistemas automatizados de gestión de la data producida, ahora en SIGMAP. Tenemos un plan de mejora con el Viceministerio de la Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud Pública, contamos con el tablero de mando, plantilla de calidad. Tenemos el plan de mejora, tenemos conformamos comité emergencias y desastres, contamos para el área financiera con una unidad de Contraloría Evidencias: 1.2.4	

	- Matriz Planes de mejoras, indicadores de salud - - (tablero de mando, sala situacional Reportes Producción, - Matrices Metas SRMS, MSP y POA	
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.	Se evidencia en la cuarta edición de la implementación del modelo CAF. El MAP nos dio acompañamiento autodiagnóstico CAF, tenemos la cultura de visión del cambio y mejora continua de la calidad. Aplicamos los principios de mejora continua y garantía de la calidad desde el año 2018 mediante la implementación el Marco Común de Evaluación o Modelo CAF. Monitoreamos de manera continua el Cuadro de Indicadores de Calidad suministrado por el VMGC del MSP y rendimos cuenta anualmente trimestralmente en las videoconferencias, socializando ante las autoridades y otros hospitales los resultados obtenidos. EVIDENCIA: 1.2.5 - Acta Comité de Calidad y - Reuniones Jornadas de trabajos para la Autodiagnóstico CAF - Matriz planes de mejora que estamos socializando.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	Se evidencia que el hospital utilizamos plataforma de indicadores de calidad, el área de estadísticas utiliza el Intranet, plataforma facilitada desde el SNS, donde reportamos el 67A, EPI Y toda la información que va al repositorio del SNS, se utiliza plataforma SISCOMPRA y PORTAL DE TRANSPARENCIA. Evidencias: 1.2.6 - Matriz Indicadores de seguimiento de calidad - 67A, EPI 1 y 2.: -SISMAP-SALUD -Portal de Transparencia -SISCOMPRAI	

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.	Se evidencia que el hospital cuenta con procesos que fluyen adecuadamente para la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios. Nuestro comité de calidad se mantiene en alerta continua para generar las condiciones adecuadas para que los procesos fluyan. Espacios para las reuniones de la dirección con las diferentes áreas de servicios. El otro escenario es la entrega de guardia, la cual se celebra cada día en tanda matutina y tanda vespertina y es uno de los mejores escenarios para el trabajo colaborativo de los equipos. Se mantiene un espacio adecuado y condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos. Como son: Salón de docencia en cada Residencia Medica Estación de enfermería en diferentes puntos estratégicos por especialidad clínica y quirúrgica: Emergencia, UCI, UCIN, quirófano, hemodiálisis y hospitalización, estaciones ubicadas de fácil acceso a todos los pacientes, Área de descanso para médicos y enfermeras. El hospital para favorecer la gestión y fomentar el trabajo de equipo cuenta con los siguientes comités: Consejo Administrativo Hospitalario Comité de Calidad Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Comité Fármaco Terapéutica Comité de ética y disciplina Comité de Mortalidad Comité de Emergencia y Desastres Comité de Bioseguridad Comité de Compras y Contrataciones Comité de Farmacia Comité de Calidad de los Servicios Comité de Bioética	
---	--	--

	Comité de Transnacional Comité de Ética Comité de Expediente Clínico Club de donantes y transfusiones. Evidencia:1.2.7 - Actas de reuniones - Informes - Agenda.	
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.	Sí evidencia mantenemos nuestros clientes internos con comunicación efectiva a todos los niveles de la institución, por medio de: Reuniones de los equipos de trabajo, Memorándum, Email, grupo de interés de Wassap de diferentes categorías: Comunicaciones para los usuarios internos, la OAI, redes sociales, página Web, tenemos chat con los encargados. Evidencias: ver documento de redes sociales, plan de comunicaciones externas e internas, contamos Evidencia: 1.2.8 - Circulares de la Dirección - Publicaciones informativa Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do y Redes Sociales del hospital como Facebook, Integran, Twitter.	.
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.	Se evidencia que el hospital sus líderes promueven la innovación, está es integrada de diferente manera como por ejemplo con adquisición de equipos de médicos, aplicando técnica que ayudan o mejoran la atención y permite dar diagnóstico, se han integrado a los servicios atenciones Unidad Pie Diabético, En Tecnología Habilitación del Tomógrafo, TLC, prueba de capacidad pulmonar que solamente se realiza aquí, a nivel público, tenemos Oftalmología (Equipo de Microscopia Óptico, Cirugía Torácica.	

	Se implementan las sugerencias recibidas tanto de los usuarios internos como externos. A fin de retroalimentar a los empleados, los encargados luego de las reuniones con la dirección se reúnen con sus colaboradores para informarles de algunas de las decisiones tomadas y escuchar sus opiniones. 1. hemos lanzado Carta Compromiso al Ciudadano y en la actualidad está siendo renovada. 2. Implementación de los protocolos internos. 3. Implementado la Estructura Organizativa y el Manual de Organización y Funciones. Evidencias: 1.2.9 Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do Comité de calidad y jornadas de trabajo, para diferentes actividades como son: Guía CAF, Planes de mejora y su socialización, reuniones, lanzamiento Carta Compromiso al Ciudadano, otros.	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Se evidencia que los líderes que representan la institución realizan socialización de los informes de las auditorias que nos realizan con las áreas implicadas para retroalimentar y preparar los planes de mejora continua y de esta manera incentivar al personal involucrado a que participe de esos planes. Contamos con un equipo de calidad el cual informa a todos los niveles del hospital los elementos clave para implantar una cultura diaria de excelencia fundamentada en el cambio y el aporte que cada colaborador debe hacer para el logro de las metas de calidad. Los encargados departamentales y supervisores son los responsables de informar y adiestrar al personal bajo su mando, sobre los cambios que se van a implementar, además de comunicar sobre esto a través de comunicaciones, memorándum e-mail, grupos de wassap entre otros. Tenemos informados a nuestro personal y grupos de interés tanto internos como externos de todos los cambios y sus razones realizados por medios de	Aun no se adquirido en la organización, que comunicar las iniciativas para cambio genera un efecto en los miembros y grupos de interés importancia en la institución.

	circulares, murales, y reuniones; motivándolos a participar en los procesos. Evidencias:1.2.10 - Matriz consolidado y Monitoreo POA, - Listado de participantes, - Informe de auditoría del POA. - Informes de auditorías internas y externas - Circulares informativas, - Actas de reuniones - Memorándum - Charlas impartidas a usuarios de los servicios, - Capture comunicaciones enviadas a grupos de interés. - Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do	
II. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Se evidencia que nuestro hospital cuenta con una Oficina Acceso a la Información, donde tiene asignaciones de la vigilancia y muestra de transparencia institucional, contamos con un código de ética establecido en el hospital de la bajo las normas establecida, cumpliendo con las normas y los procesos Tratamos de mantener conciencia de los posibles conflictos de intereses y el comportamiento Ético y la integridad. Evidencias: 1.2.11 Ver Link: https://hospitalgautier.gob.do Publicación del Portal de Compras y Contrataciones del HSBG. - Acta comité de Ética y Comité de Compras y Contrataciones - Informe de seguimiento de denuncia y otras	En la organización aún no se desarrollado un sistema de gestión que evita la corrupción y el mal comportamiento ético, por lo tanto nunca gestionan proporcionar a los empleados de pautas para cumplimiento..

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

Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 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.	Se está evidenciado la Dirección del centro junto a la Departamento Dirección Médica, Jefe de Servicios y la División de enseñanza y residentes ejecutan la entrega de guardia todos los días donde se desarrollan temas de interés ya que somos un centro de docente universitario. El encargado de Organización participa de las actividades programadas, Su asistencia a reuniones que se realizan, de forma participativa de los diferentes comités del hospital Lo que son precedidos por dirección. Los Jefes de Servicio y la División de investigación clínica realizan presentación de casos, jornadas y presentación de temas de forman a todo el personal de salud y de apoyo técnico de la institución Evidencia: 1.3.1 - Capture de Ponche de empleado de la institución - Listado de Reuniones - Agenda - Cronograma de actividades - Listado de temas presentados y socialización en las redes sociales Facebook, Integran Wassap, Ver Pág. Web. https://hospitalgautier.gob.do.	
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.	Se evidencia el cumplimos con el marco legal, Ley General de Salud 42-01, Ley general de la Seguridad Social 87-01, Ley de administración pública 41-08, Ley 200-04 sobre Libre Acceso a la Información pública. Se garantiza el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios y colaboradores del centro, como parte de suplir las necesidades individuales contamos con Plan de Capacitación, aplicamos la comunicación abierta con los diferentes niveles y grupos de interés, así como la accesibilidad del Despacho del director y Dirección Médica, para recibir a todo aquel que lo requiera. Hemos presentado jornada y presentación realizada con Capacitaciones y	

	talleres, impartido por RRHH, para que sepan sus deberes y derechos. En nuestra nomina constamos con personal discapacitado bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias. La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias, planes de mejora y lluvias de ideas en todas las áreas del hospital. La dirección general y su equipo de trabajo cumplen con las normas y procedimientos establecidos, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos nuestros colaboradores: 1. En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios. En el servicio de Salud Mental y Psicología, realizan consejería para los pacientes y usuarios de este centro de salud. 2. Se le ofrece a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual. 3. Somos garantizan tes de los derechos de las personas en nuestro hospital. Evidencias: 1.3.2
--	--

Página Web: <https://hospitalgautier.gob.do/transparencia/recursos-humanos/nominas-de-empleados/>

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se puede evidenciar que en el hospital utilizan para informa a los diferentes servidores Wassap, por donde se pasan informaciones de interés común, se realiza circulares y utilizamos portal de medios Web,	

	establecidos, los cuales se pueden comprobar visitante esta página definidas para estos fines. Se realizan reuniones entre la jefatura con diferentes Gerentes, reunión de los gerentes con sus equipos de trabajo, como somos un centro docente universitario habitualmente se realizan la entrega de guardia y la presentación de informes ya sea diario y/o mensual. El líder siempre está pendiente a todos los temas del hospital, participación activa en todas las actividades. Evidencia: 1.3.3 - Lista de asistencia de actividades, - Minutas de Reuniones. - Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do.	
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.	Se evidencia como centro docente por lo que diario se realiza entrega de guardia con el Jefe de Servicios y se Comunica todo a la Dirección general donde se escucha las novedades del servicio, los casos de cuidado y sus acciones a tomar, contamos con el POA donde se define las actividades y sus responsables donde se envían mensualmente los informes, sus hallazgos y recomendaciones a los gerentes responsables tanto del centro como al Servicio Nacional de Salud, se realizan Evaluaciones de Desempeño y previo a la firma se realiza la retroalimentación Evidencia 1.3.4 Ver https://hospitalgautier.gob.do Talleres realizados y capacitaciones, Informe trimestral de monitoreo del POA	En la organización aún no han consolidado apoyar al personal para que avance en sus tareas, planes y objetivos, por lo tanto, aún no brindan a los empleados una retroinformación dinámica para mejorar el desempeño grupal o individual.
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Se evidencia que nuestro centro se mantiene con el cumplimiento de las líneas estratégicas del SNS, cada encargado de área de servicio cuenta con las condiciones para ejecutar las acciones para la delegación de las responsabilidades y rendición de	

	cuentas cada vez que deba de reportar o en el caso de que la directiva del centro lo requiera. Nuestro director motiva a mejorar al desempeño empoderando el talento y la solicitud de la entrega de guardia es el mejor escenario que tenemos para brindar retroalimentación sobre la mejora del desempeño y la calidad del servicio. Evidencias: 1.3.5 - Comunicación de que el director autoriza para llevar a cabo tareas extraordinarias en beneficio de la institución	
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.	Se puede evidenciar que ejecutan plan de capacitaciones institucional, establecidas donde según el levantamiento de las necesidades, somos un centro docente con programas de residencias médicas de las 23 especialidades que ofrecemos, según la ley de Administración Pública se les da permisos para estudios, así como la participación de colaboradores a talleres, Jornada de Conferencias y Capacitaciones virtuales con el INAP, Otros. Evidencias: 1.3.6 - Listado de Asistencia a Taller de capacitaciones - ver https://hospitalgautier.gob.do informa sobre Jornada, Conferencia	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se evidencia que la institución reconoce los esfuerzos individuales y de equipos de trabajo, cuenta con evaluación de desempeño junto al Ministerio de Administración Pública, por lo cual entregan un incentivo a todas las áreas, también recibimos reconocimientos nacionales e internacionales de instituciones de salud y de otras fuentes Evidencia: 1.3.7 Ver Portal Web: https://hospitalgautier.gob.do/	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Se evidencia las diferentes varias vías que monitoreamos las necesidades y expectativas de los grupos de interés como son; la encuesta de satisfacción al usuario que realiza la Gerencia de Atención al Usuario en cinco de nuestros servicios donde podemos identificar las problemáticas, se socializa con los miembros del comité de calidad y se les busca soluciones para la mejora del servicio; tenemos el Comité de Apertura de Buzón donde se leen las quejas, sugerencias recibidas por nuestros usuarios así como la línea 311. Como somos un centro de salud de tercer nivel contamos con contratos con diferentes Administradoras de Servicios de Salud (ARS) para la cobertura de sus afiliados, también contamos con formularios de seguimiento y reuniones para dar a conocer con los grupos de interés los resultados de evaluaciones y monitoreo realizadas por nosotros, Gerencia Regional y SNS, SRMS. Evidencia: 1.4.1 Página Web: https://sns.gob.do para ver encuesta Página web: https://hospitalgautier.gob.do/ Informe de encuesta de satisfacción, contratos, otros	
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.	Se evidencia que mantenemos relaciones y alianzas proactivas con autoridades e instituciones y políticas, realizando acuerdos que permiten mejora para nuestros usuarios, otras de las instituciones CONAPE, que brinda apoyo a esas personas mayores que dejan en abandono, con la EDEeste, Ayuntamiento, Defensa Civil, Universidades y hospitales internacionales, para las rotaciones de médico. Se ejecutan los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Desarrollo y las Metas, Participamos regularmente en las videoconferencias	

	Mediante el POA reflejamos el comportamiento a nivel de gestión y producto, así como comunicaciones, reflejando el comportamiento de pagos y asignación de recursos y solicitudes de necesidades especiales. Evidencias: 1.4.2 - Matriz POA, - Informe situación y deuda, - Plan de mejora financiero - Listas de participantes actividades con el SNS, - Cronogramas de charlas a los usuarios. - Documentación de Presentaciones de indicadores - Comunicación a Bienes Nacionales para los descargos de equipos y mobiliarios por parte estos, ver Pagina web: https://hospitalgautier.gob.do/	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	Se evidencia que al pertenecer al sistema de salud nos encontramos alineados con las políticas públicas como; Ley General de Salud y sus reglamentos; Ley de Seguridad Social y sus reglamentos; Ley 41-08 de Función Pública, con Planta Estratégico Institucional, indicadores establecidos por el SNS el cual determina Plan Anual de Operación (POA) y nuestra Carta Compromiso al Ciudadano. Evidencias: 1.4.3 - Planilla de calidad, matriz de cumplimiento del POA. - Las resoluciones son informadas por comunicación en la Institución.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Se evidencia que la alineación y desempeño de hospital cumple con las políticas como parte de las decisiones políticas de estado, aplicamos La Constitución de la Republica Dominicana en su Artículo No. 61 que garantiza el acceso a la Salud, pertenecemos a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, cumplimos con las políticas públicas relacionada con Banco de Sangre, Farmacia, laboratorio, contamos con Carta Compromiso al Ciudadano la que actualmente estamos elaborando nuestra segunda versión hasta el 2024.	

	Evidencia: 1.4.4 Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ - Carta Compromiso (anterior) - Actividades en reuniones.	
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.).	Se evidencia claramente, Mantenemos alianzas con grupos de sindicatos de empleado, asociaciones y otras instituciones, como centro de salud, sean desarrollado Gerencia de Atención al Usuario acompañados de grupos focales para determinar la calidad percibida del servicio, mantenemos relaciones con diferentes asociaciones profesionales (enfermería, colegio médico, laboratorio), se les da apoyo a escuelas y/o colegios de la zona para que sus estudiantes realicen las 60 horas reglamentarias, contamos con convenios con universidades por nuestra naturaleza Evidencias: 1.4.5 - Carta solicitud de pasantía de 60 horas - Documentos que avalan acuerdos con universidades.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Se evidencia que se realizan actividades en conjunto de las organizaciones aliadas establecidas, manteniendo una conexión gremios y hemos sido anfitriones de reuniones por el CMD, de Enfermeras entre otros, se mantiene relaciones con otros centros hospitalarios principalmente de todo el sector salud y otras organizaciones que en su momento solicitan y necesitamos tener un acompañamiento determinado en el momento que se requiere. Evidencias: 1.4.6 - Documento de Reuniones - Lista de asistencia, entre otros	
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	Se evidencia que Relaciones Públicas mantiene en las redes sociales activamente comunicando e informando sobre nuestro servicio que apoyan una política de atención y servicios establecidos, con el acompañamiento de nuestro Comité de Bio-Seguridad	

promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	hospitalaria, realiza taller con la finalidad de mejorar, orientar y entrenar, brindando una guía a todos los días conmemorativas como el día del Cáncer de Mama, Como Manejo Higiene y evitar propagaciones de enfermedades infecto contagiosa, sobre Salud Mental, entre otras. Evidencia: Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ Operativos	
---	---	--

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
La Organización: 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.	Se evidencia que en el Plan Operativo Anual (POA) nos indican las actividades que se debe de realizar, en ella podemos ver aspectos sociales, ecológicos, legales, demográficos por lo que se cumple con el Plan Estratégico Institucional del SNS, esto es parte de los lineamientos establecidos para todos los centros de salud, el cual se desarrolla como acción del plan de Mejoras y protección de Ornato y Bio seguridad hospitalaria, donde nuestros colaboradores de las área de Relaciones publica y Atención al Usuario son los que encabezan la gestión, podemos decir que contamos con protocolo un manual de procedimiento y seguimiento que mantiene socializar a todos los que integramos la hospital Evidencias: 2.1.1 - Formulario de Informes de Reuniones - Plan de mejoras dirigido para estos fines.	

2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Se evidencia que tenemos conformado los comités hospitalarios, que desde su gestión de seguimiento tienen la oportunidad de clasificar y monitorear y crear planes de mejoras a todas áreas de interés en este centro de salud, Contamos con la encuesta de satisfacción al usuario, buzón de sugerencias al usuario, la línea 311, se realizan grupos focales para saber sus necesidades y expectativas. Evidencias: 2.1.2 - Formulario utilizados para encuestas - Informe de encuestas.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Se evidencia que constantemente realizando reformas estratégicas ya que están establecida por el SNS, que constante nos obligan a la retroalimentación ya que está dentro de la lineada estratégica para el sector de salud, cada servicio especializado realiza plan para todo el año y son medidos por la memoria que plasman en la producción institucional Evidencias: 2.1.3 - Memoria Institucional - Reporte de Monitoreo por SNS, MSP.	
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.).	Se evidencia un análisis FODA utilizando el autodiagnóstico CAF, donde se evalúa la situación general del centro en sus cuatro criterios resaltando sus puntos fuertes y realizando su plan de mejora a base de las fortalezas, debilidades, oportunidades y las amenazas según los resultados, se realiza el seguimiento durante el año y contamos GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 15 de 54 Documento Externo SGC-MAP con la elaboración del plan de mejora según el autodiagnóstico a la evaluación de la metodología de gestión productiva Evidencia: 2.1.4 - CAF 2022-23 - Autodiagnóstico MGP.	

	- Informe de cómo ha sido el comportamiento de los planes de mejoras aplicados. - Reporte de Monitoreo de desempeño institucional - Videoconferencias de presentación de indicadores de salud.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	Se evidencia que tenemos misión, visión en los objetivos estratégicos y operativos en base a prioridades y estratégicas, nuestro hospital está alineado al Plan Estratégico Institucional del SNS y cumplimos con la ejecución de los planes operativos y los reportes requeridos. Estamos para lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios, mantener la credibilidad con nuestros usuarios, apegados a la normativa realizamos un adecuado control de los recursos, garantizar la calidad y seguridad de los servicios que ofrecemos. EVIDENCIAS: 2.2.1 - POA - Reportes de ejecutorias Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ CCC	En la organización aún no se convierte la misión y visión en objetivos estratégicos a largo y mediano plazo), por lo que no se concretizan las metas operativas a corto plazo con base a prioridades estratégicas nacionales que se entrelazan con organismos institucionales
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.	Se evidencia que los grupos focales forman parte interesada, para saber de su satisfacción y expectativa, se realizan encuesta de satisfacción de usuarios diarios, contamos con el buzón de sugerencia, la línea 311, las líneas telefónicas, con los hallazgos se realiza un plan de mejora según resultados donde el fin es corregir y/o actualizar procesos, mantenemos comunicación abierta y constante, también contamos con el SNS, SRMS, Ministerio de salud pública, Supervisión del área 6, entre otros para brindar a la ciudadanía	En la organización todavía aún no abarca la inclusión de la comunidad y una fracción de colaboradores de la estructura en la programación de planificación institucional..

	EVIDENCIAS: 2.2.2 - Comunicaciones de informes - Reportes de ejecutorias - CCC	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Se evidencia que los valores que nos definen tenemos la responsabilidad social, estamos para brindar un buen servicio, contribuir al sostenimiento ambiental, al bienestar y brindar salud a la comunidad, nuestro centro cuenta con un comité de emergencia y desastres y participamos en las prevenciones y realizamos charlas orientadas y educativas sobre trato de género. Evidencias: 2.2.3 - Documento sobre charlas realizadas - Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/	Aún no completan integrar a los miembros de la institución en aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad, ni tampoco en lo referente a temas transversales de género en las estrategias, ni en los planes de la estructura organizacional.
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Se evidencia que nuestro hospital cuenta con un presupuesto, cumpliendo con las leyes, recibimos por parte de instituciones donaciones. Evidencias: 2.2.4 - Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ Presupuesto e imágenes de donaciones	La organización aún no asegura la disponibilidad de recursos, que permita se han garantizado los planes de mejora en la institucional.

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
Los líderes (directivos y supervisores): I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	Se evidencia la alineación mediante la planificación estratégica del SNS, y ejecutamos el POA bajos los lineamientos establecidos. Evidencia: 2.3.1 - Ver Pag. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ POA	Aún no ha instaurado en todo la organización las asignaciones o actividades programáticas estratégicas y de planificación para que sean efectiva, por lo cual no tienen claro la definición de las prioridades en las estructura de la institución..

2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Se evidencia que el hospital traduce los objetivos estratégicos y operativos a través de los planes operativos, definidos por el SNS. Evidencia: 2.3.2 -Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/ - Matriz POA.	
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.	Se evidencia la definición de indicadores y objetivos en los planes operativos, por medio de la Matriz de seguimiento y se establecen los cambios requeridos por las autoridades. Anual se realiza la memoria de Gestión del centro donde se informa los objetivos logrados y somos parte de los hospitales que participan en las videoconferencias que organiza el viceministerio de la garantía de la calidad del MSP Seguimiento de Dasbohard o tablero de mando. Evidencia: 2.3.3 - Matriz POA. - Video conferencia - Informe Memoria. - Dasbohard Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/	La organización no tiene clarificada notificar de forma eficaz, objetiva y ni informa las estrategias de planes de desempeño, por lo cual los miembros de la estructura no observan los indicadores de resultados efectivo.
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.	Se evidencia métodos para monitoreo, contamos con Dasbohard, también una plantilla para el seguimiento de los planes operativos, los cuales se miden de forma mensual y la memoria institucional que se realiza anual. Evidencia: 2.3.4 - Matriz RTP - Comunicación solicitud memoria - Dasbohard.	Los miembros de la organización aún no emplean de forma efectiva el manejo del uso de las herramientas de monitoreo y medición, ni realizan ajustes en las estrategias

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

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

1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	Se evidencia contamos con equipos informáticos, un sistema de internet en todas las oficinas, contamos en algunas partes con Republica Digital para el acceso a nuestros usuarios y colaboradores, contamos con en cada Residencia Medica con salones equipos con tecnología digital, formamos partes de las instituciones que aplican SISCOMPRA, Portal de transparencia, la línea 311, cumplimos con el Portal de Transparencia institucional, también se están realizando servicios citas como son Consulta de Otorrinolaringología, en Imágenes Tomografía, Sonografía, etc.) Evidencia: 2.4.1 - Portal SISCOMPRA -Capture del servicio de cita Online por Otorrinolaringología Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/.	En la organización aún no administra un sistema de innovación, ni de cambio, ni toma en cuenta las oportunidades en los miembros de la institución, ni despliega la transformación digital.
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.	Se evidencia que el hospital mantiene una cultura por la innovación, crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones, nuestros residentes cuentan con un proceso de rotación para la actualización de sus especialidades por diferentes hospitales y viceversa, al igual que el área División de Enfermería donde reciben pasantes para la completado de sus estudios, participamos en actividades como invitados por diferentes instituciones, hemos desarrollado una cultura de innovación para el desarrollo a través de organizaciones. Evidencia: 2.4.2 - Documento programación de Siglo de rotaciones de Medico y Enfermera. - Informe o Documentación sobre intercambio de conocimientos con otras instituciones de salud. Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do/.	Aun no edifican una cultura impulsada por la innovación, ni determinan un espacio en el desarrollo de los conocimientos con otras organizaciones.

3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Se puede evidenciar los resultados del monitoreo del POA es socializado con el grupo de interés con el fin detectar los puntos fuertes y débil y así buscar la implementación de mejoras, el reporte y reuniones de monitoreo y seguimiento de satisfacción de usuario es socializado mensualmente con el personal de atención al usuario. Relaciones Públicas colocan diariamente boletín informativo en el portal web del centro. Evidencia: 2.4.3 - Listado de Reuniones comité de Buzón de la institución - Ver socialización de otras actividades como el POA https://hospitalgautier.gob.do/.	La organización aún no despliega una comunicación efectiva, informando sobre política de innovación, ni informa de resultados de indicadores relevantes a los grupos interés
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.	Se evidencia que áreas como Enseñanzas realizan actividades que general creatividad e innovación al implementar presentaciones de casos clínicos y quirúrgicos, los cuales se debaten con todas áreas tanto clínica como quirúrgico debaten sobre los hallazgos y de esta forma respaldan la investigación esto es propio de nuestra cultura de formación académica Evidencia: 2.4.4 https://hospitalgautier.gob.do/ Programa de presentación de temas	La institución aún no despliega un sistema para generar ideas creativas, ni propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles de la organización..
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.	Se evidencia mediante las encuestas de satisfacción al usuario que se realiza diario son hechas con Tablet disminuyendo así el uso del papel. Evidencia: 2.4.5 - Informe financieros Ver también Página Web: https://sns.gob.do para ver encuesta	En la organización aún no fomentan métodos y procesos innovadores con el fin de reducir costos.
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Se evidencia la disponibilidad de recursos contemplado en presupuesto general aprobado por el SNS, para favorecer un enfoque adecuado de la	-

	gestión del cambio y de innovación, nuestras autoridades del SRMS y SNS implementaron una herramienta “Plantilla para registro de planificación de cambios al SGC (ver anexos)”, mediante la cual cada cambio significativo que sea identificado será objeto de un proceso de planificación que permitirá tener una descripción precisa del cambio planteado, con explicación de la necesidad o beneficio concreto que se busca obtener. La planilla también permite realizar un análisis y evaluación del cambio en función de impacto previsto, las actividades requeridas para su implementación, y los recursos que deberán ser asignados. La propia planilla además permitirá registrar los niveles de aprobación del cambio y los resultados de conformidad después de su implementación. Se contemplan nuestro plan operativo para garantizar los recursos financieros. Evidencia: 2.4.6 - Matriz del POA -2024 siguientes pestañas, que contempla el Presupuesto, PPNE1, PPNE4 y PPNE5.	
--	---	--

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
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Se evidencia que se realizan las solicitudes a las autoridades y encargados sobre la necesidad de recursos humanos, anualmente se realiza el plan de capacitación según las necesidades expuesta por los encargados. Evidencia: 3.1.1 - Comunicación recursos humanos - Solicitudes de las diferentes áreas de la institución	

2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	Se evidencia que como Centro de Salud de tercer nivel Implementamos las buenas prácticas en cuanto a la promoción, asignación de funciones, contamos con el manual de organización y funciones donde se describe las responsabilidades, también la implementación del POA se verifica el cumplimiento de las metas de cada área, contamos con los diferentes horarios establecidos en los servicios, autorización de permisos, licencias y vacaciones basadas en la ley 41-08. Evidencias: 3.1.2 Formularios estandarizados.	
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.	Evidentemente, realizamos la solicitud de Recursos Humanos necesitando que cumpla con el perfil definido en el manual de cargo del MAP, nuestro centro mantiene la firme convicción de respetar la personalidad, dignidad humana, la igualdad de oportunidades. Evidencia: 3.1.3 - Solicitud ya que la planificación de RRHH contiene: - Licencias por maternidad - Permisos especiales otorgados por el SNS - Flexibilidad de horario para los estudiantes - Contrataciones de personas de otras nacionalidades - Documentación de integración a las labores personas con condiciones especiales	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Se puede evidenciar el cumplimiento por nuestro centro de salud con el proceso del SNS y del MAP para la contratación de los RR.HH., pero en vista de las necesidades nuestra dirección toma en cuenta al personal que labora para su posible promoción y/o ascenso. Evidencia: 3.1.4 - Informe acción de personal.	La organización aún no demuestra interés en tratar tema de promover las carreras en los empleados, ni muestra tener considerado desarrollar planes en consecuencia para empleados.

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	Se evidencia el cumplimiento con la Ley 41-08 establecidos, contamos con un manual de función, Se realiza evaluación de capacidades y recibimos lo que nos envía el SNS. Evidencia: 3.1.5 - Matriz de programación capacitación.	
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).	Se evidencia una firme convicción a la inclusión, en las diferentes áreas del centro podemos apreciar trabajos dignos, horarios de acuerdo al servicio, no discriminamos por etnia, condición social, política, sexo, estados legal entre otras donde se pude comprobar. Como entidad de salud realizamos los procesos de selección con criterio de justicia, con atención a la diversidad e igualdad de oportunidades para toda persona. Evidencia: 3.1.6 - Matriz de asignación de los colaboradores.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Se evidencia que contamos con la evaluación de desempeño que se realiza anualmente en ella se coloca las funciones del colaborador, la valoración y puntuación. Evidencia: 3.1.7 - Matriz de Evaluación de Desempeño	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Se evidencia el monitoreo se realiza anualmente, a final de cada año, al momento del colaborador firmar se le explica cualquier duda que exprese. Evidencia: Matriz de evaluación de desempeño	
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.	3.1.8	La organización aún no ha demostrado tener iniciativa para crear una unidad de género que beneficie a los empleados.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Se evidencia las actividades del POA se realiza el plan de capacitación, que está sustentado por las necesidades que los responsables de áreas identifican y envían. También identificamos las competencias de los empleados administrativos y de salud con la actualización de sus Currículo Vitae. Evidencias: 3.2.1 - Plan de capacitación - Registro de asistencia Capacitación	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se evidencia inducción al personal de salud como Médico (a), Enfermería. Evidencia: 3.2.2 - Listado de asistencia Actividad - Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Se evidencia que nuestros colaboradores del hospital cuentan con la movilidad interna y externas de formas que el movimiento de información, en el despliegue del proceso en la que están involucra el SRMS, SNS y del MAP para la contratación. Evidencia: 3.2.3 - Matriz de permiso - Matriz de Promociones y ascensos.	
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).	Se evidencia que orientamos en la ejecución el Plan de Capacitación de acuerdo a la disposición. El personal de salud participa en talleres vía zoom, o teames, entre otros que realiza el MAP, SNS u otra institución. Evidencias: 3.2.4 - Matriz Plan de capacitación. - Capture de Pantalla actividad programada vía Zum	

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 evidencia las actividades en la cuales está planificada por área de interés con la dirección y despliegue relaciones públicas, en cuanto a lo ético la Oficina del Libre Acceso a la Información ha coordinado con capacitaciones, se realizan permanentemente talleres de bioseguridad, comunicación efectiva con el personal de salud del centro. Evidencia: 3.2.5 Ver https://hospitalgautier.gob.do - Charlas por Atención al Usuario - Notas de la Relaciones Publica sobre temas - Manual de Ética del Hospital	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	Se evidencia que se han realizados estudios de costo beneficios de procedimientos, utilizando técnicas de costeo por actividades en el área de servicios como son Laboratorio, Otorrinolaringología, ortopedia, hemodiálisis, con la participación de SNS y SENASA y el hospital, que han permitido acuerdos que beneficia tanto la institución como al paciente que es son nuestros usuarios principales. Evidencias: 3.2.6 - Matriz de cálculos - Listado de Reuniones	La organización no ha determinado sobre el tema del impacto de los programas de formación en las personas, por lo cual no le permite tener indicadores o análisis de costo-beneficio.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	3.3.1	La organización aún no ha progresado en un sistema de información que promueva una cultura de diálogo, ni de comunicación abierta, que propicie el aporte de ideas de los empleados.

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 evidencia que en la parte docente se realiza diariamente entrega de guardia donde se presenta todo lo realizado del día anterior. En el cumplimiento de las actividades del POA coordinan trabajarlos, tenemos conformados comités donde se reúnen. Evidencias:3.3.2 - Actas de comités. - Matriz Planes de mejora e innovación - Matriz de desarrollo de cooperación externa y interna	
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 evidencia que cada dos años la aplicación de encuesta al clima laboral en coordinación con el Ministerio de Administración Pública (MAP). Se socializa los resultados con la dirección del centro. Evidencia: 3.3.3 - Matriz Encuesta de Clima Laboral - Matriz Plan de mejora llevada a cabo por RR-HH. - Informe de clima laboral - Informe Resultado arrojado por el MAP	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Se evidencia Comité de bioseguridad realiza capacitaciones y charlas instructivas al personal de salud del centro, trabajo en equipo. En cuanto a las condiciones de cómo trabajan nuestros colaboradores cuentan con áreas climatizadas de aire acondicionado, acceso a internet, estación telefónica, equipos de tecnología para sus funciones específicas, el personal que labora en los servicios de 24 horas cuentan con habitaciones para descanso confortables, cada colaborador cuenta con seguro médico, mejora de mobiliarios de oficina. Evidencias: 3.3.4 - Listado Asistencia a Charlas - Matriz reporte de área climatizadas	

5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Se evidencia que los servidores del hospital cuentan con un horario según su turno laboral lo que le permite equilibrar su tiempo personal y familiar- Evidencia: 3.3.5 - Listado de asistencia.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Se puede evidenciar que se presta especial atención a los empleados más desfavorecidos ubicados en diferentes áreas de servicio en la institución, desarrollando sus actividades en la que pueden aplicar, sin poner en riesgo su condición. Evidencias: 3.3.6 Matriz Listado de Personal	
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.	Se evidencia que el hospital utiliza medios para la evolución de desempeño por los cuales nuestros colaboradores reciben un incentivo que depende de su calificación a su producción. Evidencia: 3.3.7 - Matriz de pago de incentivo.	En la organización aún no se aplican método de revisión que apoyen actividades culturales o deportivas

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
Los líderes de la organización: 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.).	Se evidencia que contamos e identificamos nuestros proveedores, Alianzas Dominicanas de servicios ambientales (AIDSA) Proveedor contratado que se dedican al manejo de los desechos infecciosos de nuestro centro. Promese Cal es un proveedor donde nos garantiza medicamentos y materiales desechables. Contamos con contratos de gestiones con PSS institucionales, que son las prestadoras de salud, es todo aquel profesional de salud legalmente	

	facultado o entidades públicas o privadas o mixtas descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicada a la provisión de servicios ambulatorios de diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las cuales son denominadas como PSS de acuerdo a la ley 42-01, contratada por las ARS y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados. Somos un hospital docente universitario, que cuenta con 23 Residencia Medico, 4 de estas únicas especialidades, por lo que contamos con convenios con diferentes universidades, contamos con un voluntariado en nuestras instalaciones. Evidencias: 4.1.1 - Contratos - Listado de Proveedores.	
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.	Se evidencia que contamos con acuerdos entre universidades, centros educativos, seguros médicos, proveedores. Tenemos operativos con fundaciones, Evidencia: 4.1.2 - Acuerdos Institucionales de intercambio de conocimiento Ver Pág. Web: https://hospitalgautier.gob.do.	
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.	Se evidencia que están definidas las responsabilidades entre ambas partes, regirse por los canales adecuados de comunicación y estructuras organizativa al momento de diseñar planes para la experiencia clínica de los estudiantes, en concordancia de los objetivos de aprendizaje estipulados, cumplir con todos los requerimientos aplicables de privacidad estipulado por la ley. El impacto se refleja en los logros obtenidos.	

	Evidencias: 4.1.3 - Contratos/ Acuerdos Institucionales de intercambio de conocimientos. - Matriz reportes de monitoreo del SNS, SRMS	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	Se evidencias que están mapeadas e Identificamos dentro de nuestra alianza, asegurarnos que cada uno de los estudiantes cumpla con los criterios de salud estipulados en el programa. Evidencias: 4.1.4 - Acuerdos con Universidades. - Instituciones del estado como CONAPE, CDE, CASD, Ministerio Obra Pública y de extensiones. - VER https://hospitalgautier.gob.do. Imágenes de acuerdos con Clínica Cruz Jiminian Documentos e Imágenes que avalan acuerdos con Universidades y nuestras autoridades superiores de este centro de salud.	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Se evidencia que seleccionamos los proveedores de servicios que califiquen dentro del marco de lo legal y la ley de compras y contrataciones pública Ley 340-06. Evidencia: 4.1.5 - Licitaciones de compras por el portal - Publicaciones del periódico	

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

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

1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	Se evidencia que cada dos años se realiza la Encuestas de clima laboral para nuestros colaboradores, para nuestros usuarios se aplica diariamente la encuesta de satisfacción de usuario donde se mide mensualmente y de ella nuestros pacte. Nos indica su satisfacción, contamos con buzón de quejas y sugerencias, línea 311, la oficina de Atención al Usuario, se les da charlas acerca de sus derechos y deberes, contamos con el Comité de Calidad y Seguridad del paciente, donde se mantienen en socialización diaria vía Wassap y reuniones ordinarias cada dos meses. Nuestra área de relaciones públicas mantiene las redes sociales con toda la información sobre el centro y por igual se recibe en ella quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencias: 4.2.1 - Matriz de registro de Encuesta Satisfacción al Usuario - Informes de llamadas 311 - Informe de buzón quejas y sugerencias. - Acta del Comité Buzón de sugerencias	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Se puede evidenciar que contamos con un portal de transparencia, igualmente que nuestra página web, nuestro centro cuenta con un equipo de Contraloría de la Republica Dominicana, cumplimos con las compras a través del portal, comité de compras y contrataciones, SISCOMPRA, memoria anual. Evidencia: 4.2.2. - Capture del Portal VER https://hospitalgautier.gob.do	

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.	Se puede evidenciar la promoción constantemente a través de charlas y publicaciones en todas nuestras redes sociales la cartera de servicios. Y se definen los indicadores en la oficina de atención al usuario mediante la encuesta de satisfacción, nuestra Carta Compromiso al Ciudadano, comprometiendo cinco de nuestros servicios con más demandas. Evidencias: 4.2.3 - Cronograma de cartera de servicios, - Charlas realizadas - VER https://hospitalgautier.gob.do Carta Compromiso. Publicaciones en las redes sociales: Facebook, Integrad.	
--	---	--

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Se evidencia que, de acuerdo al plan estratégico institucional, tenemos nuestro presupuesto alineado a los establecidos en nuestro POA. Velamos por que los recursos sean utilizados de forma transparente, se revisan las tendencias de compras para verificar los cambios y controlar, se analizan los consumos mensuales. EVIDENCIA: 4.3.1 - Informe de Comité de Compras. - Matriz reporte facturación. - Estados Financieros y Ejecución de gastos	

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.	Se evidencia que este centro de salud cuenta con una dirección administrativa y financiera, donde se mantiene el control de activos fijos, control de inventario, almacén, provisiones de cocina, contamos con almacén de medicamentos e insumos médicos, equipos, cumplimos con la norma de expedientes clínicos que trabaja junto a facturación y garantiza el control de las glosas Evidencia: 4.3.2 - Matriz de Inventario	En la organización aún no tienen un control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); ni han afinado las condiciones de habilitación y servicios
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Se evidencia que optimizamos los recursos por medio de las compras equilibrando e integrando con objetividad los conceptos financieros y no financieros que se requiera un aumento de los gastos. EVIDENCIA: 4.3.3 - Informe de Comité de Compras. - Matriz de reporte consolidado POA - Matriz ejecución presupuestaria	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Se evidencia que el hospital cuenta con la unidad de la Contraloría de la Republica dominicana en nuestras instalaciones, Realizamos procedimientos dentro del Portal compras y contrataciones, cumplimos publicación en el portal de transparencia por medio a la Oficina de Libre Acceso a la Información, Implementamos la matriz que nos remite el SNS para el cumplimiento de los indicadores financieros. Se aplican los Formularios de Comité de Compras, Reporte consolidado, con los ingresos y gastos mensuales por áreas, Se publica la Ejecución presupuestaria. EVIDENCIA: 4.3.4 - VER https://hospitalgautier.gob.do POA y presupuesto del hospital	

	- Comunicación de Unidad de Contraloría en el hospital.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Se evidencia que nuestro centro utiliza todos los documentos estandarizados por el SNS, el área de Registro de la Producción de servicios diariamente busca las informaciones del centro para subirla al formulario oficial de repositorios, somos de los hospitales con SISCOMPRA, mensual se envía los reportes/informes de monitoreo al SRM tenemos mediante POA y Otros mecanismos de monitoreo constante. Evidencia: 4.3.5 - Repositorio de Producción - SISCOMPRA Portal de Compras - Matriz RTP y Monitoreo POA.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Se evidencian que contamos con un área de archivo la cual nos permite conservar los expedientes clínicos con un acceso rápido, sistema de registro de expedientes. Gestionamos el conocimiento a través de las residencias médicas, división de enseñanzas e investigaciones, también utilizados por estudiantes universitario. Evidencia: 4.4.1 - Listado de presentación de temas de investigaciones científicas	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	Se evidencia que contamos con un área llevar Producción, esta se encarga de almacenar y tabular los datos. La oficina de libre acceso a la información proporciona datos actualizados disponibles externamente.	

	Evidencias: 4.4.2 - Repositorio de la Producción - ver Portal de transparencia https://hospitalgautier.gob.do	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Se evidencia que realizamos capacitaciones de forma virtual. Evidencias: 4.4.3 - Listado de participación https://hospitalgautier.gob.do	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Se evidencia que contamos con un Plan de Capacitación junto al Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP), el hospital cuenta con internet en nuestras instalaciones, además somos un hospital docente universitario por lo que la colaboración de aprendizaje siempre está. Evidencia: 4.4.4 - Matriz Plan de capacitación.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	4.4.5	En la organización no se asegura un monitoreo del sistema de información, ni garantiza la relevancia de la confiabilidad en la estructura.
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se puede evidenciar que utilizan los medios de grupos de Wassap, correos institucionales, realizamos reuniones para difundir informaciones de interés, murales, revistas, circulares. Evidencias: 4.4.6 - Capturas de mensajes de Wassap.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se evidencia que colaboradores de nuevo ingreso del área médica y de enfermería cuenta con la inducción no solo de lo que es el hospital sino también de las labores que debe de cumplir con un acompañamiento individualizado, como hospital docente cada residencia cuenta con sus coordinadores y profesores según asignatura. Evidencia; 4.4.7	La organización aún no ha progresado en lo respecto a transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.

	- Lista de participación de inducción.	
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.	Se evidencia que el hospital cuenta con la encuesta de satisfacción de usuarios donde captamos el nivel de satisfacción y se detecta el área a mejorar, como datos abiertos contamos con nuestra página web donde está la sección de la Oficina al Libre Acceso a la Información (OAI) donde se cumple con la transparencia mostrando datos de acceso abiertos, se evidencia todas a las actividades que se realizan, nuestras redes sociales muestran informaciones relevantes a nuestro centro y de interés a personas externos como internas, contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano Facilita información al usuario sobre los servicios y los estándares de calidad esperados en cada una de las áreas donde son entregados los mismos, así como los derechos y deberes de nuestros usuarios, forma y lugares donde estos derechos puedan y deben ser reclamados en caso de que el usuario considere que han sido quebrantados sus derechos. Evidencia: 4.4.8 - página web https://hospitalgautier.gob.do Carta compromiso	
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.	Se evidencia que tenemos con procesos digitalizados donde las informaciones por los empleados se encuentran en una red o nube, nuestros colaboradores cuentan con clave o usuarios que son inhabilitados desde que son desvinculados y/o dan su renuncia, así como le son retirados carnet y/o clave de acceso. Evidencias: 4.4.9 - Matriz relación de ponche de la asistencia del personal.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	4..5.1	La organización aún no ha ideado una gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos, ni operativos.
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	4.5.2	La organización no han establecido un monitoreo, ni han evaluado sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas, ni su impacto.
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.).	4.5.3	En la institución no han formulado nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos, ni se han aplicado el uso código abierto cuando sea apropiado (Big data.
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Se evidencia que utilizamos las facilidades de las nubes de google para almacenamiento interno (nube) para almacenar. Evidencia: 4.5.4 Google Drive de los correo institucionales del hospital	
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.	Se evidencia que tenemos servicios en línea en nuestra página web. Evidencia: 4.5.5 Uso de Republica Digital del hospital	En la organización no ha desarrollado el uso TIC para mejorar los servicios internos, ni externos que permita proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
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.	4.5.6	En la organización aún no se proporciona protección efectiva de datos, ni han asegurado en el uso cibernética, por lo tanto no han implementado normas/protocolos.
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.	4.5.7	En la organización no se toma en cuenta el impacto ambiental de la TIC, como es socioeconómico en la accesibilidad reducida por usuarios, ni en la gestión de residuos de cartuchos.

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 evidencia que farmacia utiliza el proceso de SUGEMI como lo ha establecido el Ministerio de Salud Pública y el SNS Evidencia: 4.5.8 - Matriz de seguimiento de SUGEMI.	
--	---	--

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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).	Se evidencia que, mediante el manual de establecido por el SNS para todos los centros hospitalarios, establece implementar y ejecutar plan de mantenimiento de infraestructura y equipo, Evidencia:4.6.1 Matriz Plan de mantenimiento e infraestructura y Equipo del hospital	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Si, las condiciones de las áreas hospitalaria con adecuaciones de fácil acceso y movilidad, con desnivel señalizado y rampa en los pasillos y escaleras, done los pacientes, usuarios y el personal de salud se desplaza sin problema. Evidencia: 4.6.2 - Matriz Formularios de seguimiento de chequeo y mantenimiento Infraestructura y Equipo del Hospital	

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.	Se evidencia que el hospital realiza remodelaciones y reparaciones tanto en infraestructura, en mobiliarios, se contrata empresa privada que se encarga recolección de los desechos biológicos, y dentro del hospital establecimos la clasificación con funda de colores para una mejor clasificación. Evidencia: 4.6.3 - Contrato de recolección de desechos biológicos	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Se evidencia que, siendo un hospital Docente, Universitario, nuestro salón de acto siempre está disponible no solo para la presentación de casos a nuestros residentes sino para las organizaciones que así lo soliciten. Evidencia: 4.6.4 página web https://hospitalgautier.gob.do	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	Se evidencia que, contamos con un camión, para transportación de insumos y medicamentos y otras necesidades administrativas, al cual se le da el manteniendo en tiempo debido en caso de necesario se remite a taller correspondiente., contamos con dos plantas eléctricas cuales se le da manteamiento de acuerdo a lo establecido en plan de manteamiento de esta misma forma también se contempla los aires acondicionado y equipos médicos. Evidencias: 4.6.5 - Matriz Plan de manteamiento de Infraestructura y Equipos Hospital	
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).	Se evidencia que, contamos con parqueo tanto para empleado como paciente, contamos con rampas en puntos específicos para personas minusválida, la accesibilidad a nuestro centro es fácil ya que nos encontramos ubicados en donde existen líneas de transportes públicos y privados. Evidencia: 4.6.6	

	página web https://hospitalgautier.gob.do .	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Si, Contamos un comité de Emergencias y Desastres con un manual de procedimiento y seguimiento, los cuales desarrollan planes de mejoras. Evidencia: 4.6.7 - Matriz Plan de mejora	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Se evidencia que contamos con un plan de mantenimiento está establecido y mediante reportes se da seguimiento. Evidencia: 4.6.8 - Matriz Plan de mantenimiento de Infraestructura y Equipos - Manual mantenimiento de Infraestructura y Equipos establecido por el SNS	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Se evidencia que el hospital cuenta con una unidad de activo fijo, el cual constate de registro del inventario en genera y realiza actividad concerniente a descargo de chátara Evidencia: 4.6.9 - Matriz o Formulario de inventario - Informe de descargo.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Si, Constamos con un Servicio de Epidemiología, con un Comité de Bio-Seguridad, el cual mantienen un programa y taller establecido por el manual y procedimiento de protocolo establecido por SNS-MISPAC, también dan seguimiento al programa de saneamiento, en cuanto a la gestión de desechos contamos con la empresa AIDSA, con los residuos sólidos hospitalarios contamos con la recogida de basura por el ayuntamiento.	

	Evidencia: 4.6.10 - Matriz reporte proceso de recogida desechos. - Manual de Bioseguridad - Formulario de Bioseguridad hospitalaria	
--	--	--

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
La organización: 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.	Se evidencia cuenta con un manual de organización y funciones describen cada una de las áreas y unidades organizacionales que conforman la estructura formal del Hospital. Evidencia: 5.1.1 - Resolución Organigrama Estructural - Manual estructura organizacional.	
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.	Se evidencia que los procesos se desarrollan de acuerdo con las prioridades planteadas en el Plan Operativo Anual, tenemos documentación registrada. Evidencias: 5.1.2 - Informes, Minutas y Matriz de Actividad programada POA desarrolladas.	Aún no han completado que los procesos sean descritos y documentados, ni están simplificados de acuerdo a las necesidades en la institución.
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.	Se evidencia que, como hospital de 3er. Nivel docente, universitario, nuestros especialistas siempre están acorde a las actualizaciones, proceso de enseñanza que son transmitidos a los médicos residentes y personal de enfermería, de esa forma se les brinda a las pacientes, familiares, personal y/o cualquier grupo de interés un servicio para satisfacerlos. Tenemos que nuestros residentes como	

	parte de su especialización hacer rotaciones por diferentes hospitales según su año y este le permite conocer y poner en práctica lo que van aprendiendo Evidencia: 5.1.3 - Listado de rotaciones por otros hospitales - Programación de Docencia y Capacitaciones realizados por Enfermería. - Plan de capacitación Institucional para nuestros colaboradores.	
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.	Se puede evidenciar que los procesos están moldeados en manuales y matriz de seguimiento institucionalmente establecido por las autoridades superiores los que permiten alcanzar los objetivos establecidos. Evidencia: 5.1.4 - Portal de transparencia - Informe de encuesta	
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.).	Se puede evidenciar que poseemos con Cartera de Servicios actualizada que se publica mensualmente en nuestras redes sociales, tenemos la matriz de monitoreo para el POA, a final de año se realiza a los empleados la evaluación de desempeño donde se Evidencia: 5.1.5 Ver página web https://hospitalgautier.gob.do - Carta Compromiso Ciudadano - Seguimiento grupo interés en Actividades Programáticas	Aun no tienen despejado el concepto de mejorar en cuanto indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos compromisos de desempeño, ni aun tienen claro los acuerdos sobre el nivel de los servicios
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.	Se evidencia que el hospital posee un sistema de referencia y contra referencia del División de Emergencia en coordinación con la División de Epidemiología, donde cumple con los protocolos y normas, somos un centro de 3er. Nivel por lo que nos regimos con el cumplimiento de la articulación de la red recibiendo a nuestros usuarios con referencia, cumplimos con la aplicación de expedientes clínicos.	

	Evidencia: 5.1.6 - Matriz formulario de Referencia y Contra referencia - Matriz Reporte de EPI Semanal - Matriz Evaluación seguimiento por el POA.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Se evidencia que en el hospital se encuentra en el proceso de habilitación, ya que se venció en junio 2023, en esta actividad nos acompañan SRMS quienes se han encargado junto al SNS. Estamos en la espera de la supervisión del MISPAS. Evidencia: 5.1.7 - Informe Proceso de habilitación - Certificación de Habilidad.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	Se evidencia que el hospital realiza encuestas de satisfacción de usuario que es realizada por atención al usuario en cuatro áreas de servicios. Evidencia: 5.2.1 - Informe reuniones de socialización con grupos focales y de interés, para saber sus inquietudes. - Matriz resultados de encuestas.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	Se evidencia que tenemos los servicios de las impresoras, donde el proveedor realiza mantenimiento según área por lo que se mantiene activa la vida útil de la misma. Evidencia: 5.2.2 - Contratos - Certificación de la habilitación de cumplimiento con la Ley 64-00 sobre medio ambiente y recursos naturales y con la ley de manejo de desechos y materiales.	

3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	Se evidencia que el hospital labora 24 horas en el área de Emergencias y Diagnósticos, y para atención en consulta ofrece tres (3) tandas de horarios por día, a los fines de garantizar el acceso al servicio y cubrir con las demandas de los usuarios, también contamos con nuestra cartera de servicios publicada tanto en físico con digital en todas nuestras redes sociales y el portal web. Evidencias: 5.2.3 - Matriz formulario de Reporte de la Producción de Servicio - Matriz Registro de tabulación de encuestas.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	Se evidencia que aplicación con referencia y contra referencia, traslados de pacientes a otras áreas para realizarse estudios a otros centros, trasladados pacientes a otros centros. Evidencia: 5.3.1 - Matriz Referencia y Contra referencia	
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.	Se evidencia que como hospital de tercer nivel pertenecemos a la Red de Servicios Públicos, aplicamos referencia y contra referencia, como centro docente contamos con acuerdos con universidades. Evidencia: 5.3.2 - Matriz Referencia y Contra referencia - Acuerdos Institucional de Intercambio de Conocimientos. Ver página web https://hospitalgautier.gob.do	

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.	Se evidencia que el hospital tiene grupos organizados quien facilitan un servicio oportuno y de mejora, que posteriormente socializan con proveedores de servicios, ARS por las auditorias de expedientes Evidencia: 5.3.3 - Listado de reuniones - Matriz de acuerdos de auditoria médica.	
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.	Se evidencia coordinación con organismo para la prestación de servicios hemos realizado acuerdos con la CAASD para eventos de falta de agua nos apoyan enviando suministro de agua, para el consumo del hospital. Y en otra institución como CONAPE, para los pacientes mayores de edad que quedan en abandono por sus familiares. Evidencia: 5.3.4 - Comunicación de Solicitud y Aprobación de acompañamiento	

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
1. 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.)	Se evidencia que como hospital de tercer nivel pertenece al sistema de indicadores y monitoreo Rankin y Dasbohard, entre otros, tenemos una segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano por lo que cumplimos con los requerimientos del SNS en calidad y eficiencia en nuestros servicios, contamos con encuestas de satisfacción de usuario donde nos muestra la satisfacción que siente el ciudadano/cliente. Tenemos una valoración de 97.1% según resultados de encuesta. Evidencia: 6.1.1.1 - Informe monitoreo del Rankin hospitalario. - Informe resultados de los indicadores de la carta compromiso. - Informe de las encuestas. - Portal Web https://encuesta.sns.gob.do	
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).	Se evidencia que tenemos una oficina División de atención a los usuarios, que se encarga de orientar e informar a nuestros usuarios de nuestros servicios, donde se mide con las encuestas. Según encuentra se aplica un 100%, las orientaciones de esta, es realizado por el personal de atención al usuario, los cuales dan a conocer los derechos y deberes de los mismos, cabe destacar que manejamos 18 buzones de quejas y sugerencias acompañados de un libro que muestra registro de las atenciones realizadas Evidencia: 6.1.1.2	

	- Matriz Registro de atención al usuario - Informe y registro de apertura de buzones	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	Se evidencia que los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario nos permiten saber en qué servicio/atributo se puede mejorar, por lo que esta participación de los ciudadanos/clientes en sus respuestas en la encuesta es muy importante para el centro, además se realiza socialización con grupos focales donde escuchamos sus inquietudes para mejora de servicio. Tenemos que en la matriz de encuestas una puntuación de 100%, contamos con comité de grupo focales y comité de Bioética, Comité Administrativos en los cuales participan en la toma de decisiones en la organización. Evidencia: 6.1.1.3 - Matriz de resultados de encuestas. - Minutas de reunión del comité que participan - Actas de Reunión	
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	100% se aplica en las publicaciones de informaciones como son Cartera de servicio, se rinde informe de Producción que está a la disposición de quien lo necesite o requiera, también con Oficina de Librea Acceso a la Información donde mantienen documentación de las diferentes actividades que realizamos, portal de transparencia de compras y contrataciones donde se registra todos los rubros que utilizados en la institución Evidencia: 6.1.1.4 - Matriz registro de Producción de servicios 67A - Ver página web https://hospitalgautier.gob.do	

5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Se evidencia que el hospital aplica la ley 200-04 sobre Libre Acceso a la Información, contamos con el portal de transparencia en nuestro portal web, SISCOMPRA, según informe de encuesta tenemos una valoración de 100%, medimos mediante encuesta de satisfacción, la confianza generada por la prestación de nuestro servicio como lo establece la CCC. Evidencias: 6.1.1.5 - Matriz Registro y reportes de Encuestas	
---	---	--

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.).	Se evidencia que el hospital se encuentra 100% ubicado un punto de fácil acceso a transporte público, tenemos personal de avanzadas para asistir a las personas con discapacidad, nuestros servicios de admisión y facturación, contamos con un turno especial para el usuario que lo amerite, los parqueos habilitados en perfectas condiciones, Evidencias: 6.2.1 - Informe de facturación - Listado de monitoreo facturación	
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.).	Se evidencia que el hospital en un 100% tiene medición de la calidad de los servicios a través de encuestas de satisfacción de usuarios y monitoreo constante del viceministerio de la garantía de la calidad e indicadores de calidad establecidos. Evidencias: 6.2.2 - Matriz Resultados de las encuestas. - Matriz Reporte Indicadores de calidad. - Matriz Reportes de monitoreo por SRMS-SNS	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	Se puede evidencia que en un 100% se aplica, ofrecemos preferencias a los envejecientes, niños, embarazadas y personas en camillas. Gestionados por	

	personal de atención al usuario. Nuestras habitaciones se colocan primero por especialidades con la observación que en las habitaciones colocadas por su propio género hombre o mujer, contamos con ascensor que facilitan su movilidad. Evidencias: 6.2.3 Matriz reporte de 67A. Ver página web https://hospitalgautier.gob.do.	
4. Capacidades de la organización para la innovación.	Se puede evidencia que este hospital estamos innovando, tenemos la implementación por área de servicio, en el área otorrinolaringología las cita son 100% modelo Wassap, ya el paciente no tiene que trasladarse al centro, facilitando la calidad de la atención prestada. Evidencia: 6.2.4 - Listado de cita por esta vía. - Capture del Programa de cita.	
5. Digitalización en la organización.	Se evidencia que el hospital tiene en un 100% digitalizado los procesos de facturación, utiliza de forma digital las aprobaciones de servicio ARS y el servicio de imagen asigna utilizando los medios digitales correo Wassap Evidencia: 6.2.5 - Matriz Reporte de Facturación Informe de Facturación.	La organización aún no ha evolucionado en un sistema digitalización que beneficie a los empleados y usuarios en la institución.

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	Se evidencia que nuestra valoración esta entre un 95% a 100% Según informe trimestral en la encuesta de satisfacción el tiempo aceptado por nuestros usuarios. Evidencias: 6.2.1 - Matriz reporte seguimiento de encuesta	
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.	Se evidencia que el hospital aplica en un 100%, la apertura de buzón de quejas que se realiza semanal con respuestas en 10 días laborables, se le dieron respuestas a siete (7) usuario; a dos (2) usuario se le llamo, pero la llamada no fue atendida, uno (1) formulario no aplicaba, dos (2) felicitación y uno (1) queja de la línea 311 dando respuesta en tiempo establecido, y con respecto al cobro a pacientes, al pertenecer al SNS, no permite el cobro a pacientes asegurado Evidencia: 6.2.2 - matriz QDSR - Informe QDRS	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Se evidencia se realizan plan de mejora si alguna de nuestros servicios comprometidos está bajo el 90% de satisfacción, en la medida de subsanación hasta el momento nuestra directiva no lo ha aplicado ya que se cumplen los tiempos de respuesta. Evidencia, matriz de resultados. Evidencia: 6.2.3 - Matriz Planes de mejora	

	- Informe de Seguimiento plan de mejora	
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.	Se puede evidenciar que el número de pacientes por día en el 1er. Trimestre fue de (%,) número de ocupación de camas fue de 100%, Nuestro centro tiene a la fecha un cumplimiento de (%) en el cumplimiento de CCC. Evidencia: 6.2.4 - Matriz Resultados encuesta - SISMAP Salud - Matriz Reporte producción de Servicio 67A	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Se evidencia que el hospital cuenta con una cartera de servicio acorde siendo un centro de 3er. Nivel de atención en salud. Evidencia:6.2.5 -Matriz actualización cartera de servicio estandarizado por el SNS. - Colocación en la CCC Ver página web https://hospitalgautier.gob.do	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Se pude evidenciar que el hospital en los primeros meses del año, tenemos un 97.1% de acuerdo a nuestra encuesta registrada Evidencia: 6.2.6 - Matriz Registro Encuesta Satisfacción. - Portal de la Pág. Web https://encuesta.sns.gob.do	

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

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

1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Se evidencia que el hospital tiene (4) vías o canales diferentes redes sociales como; -Twitter -Instagram - Facebook -Página web. www.salvadorbgautier.com , además de central telefónica. Evidencias: 6.2.2.1 - Imagen de las redes	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Se evidencia que el hospital tiene 80%, del registro de datas por áreas de servicio ofrecidos, con facilidad interna y externa un servicio de atención al usuario para información, contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano, carteles con nuestra misión, visión y valores, cartera de servicios, contamos con redes sociales, portal web, grupos de Wassap., de igualmente contamos portal de transparencia SISCOMPRA, Comité de Compras, Rankin hospitalario, publicación de la memoria institucional. Evidencia: 6.2.2.2 Página web. www.salvadorbgautier.com	Aun no falta completar la disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (Suficiente, actualizada, sin errores.
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.	Se puede evidenciar 100% la documentación de informaciones sobre cumplimiento, tenemos los avale conforme como está establecido para todas las instituciones de salud que pertenecemos al sistema en la carta compromiso, y dichas informaciones están registra en el portal Web, todo lo referente al POA y SISCOMPRA. Evidencia: 6.2.2.3 Página web. www.salvadorbgautier.com - POA. - Manuales y protocolos	

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

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

1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).	Se evidencia que el hospital mediante a indicadores establecidos en el Rankin por lo que deben llevar al 100% de objeción glosas médicas y administrativas, porcentaje disminución deuda 100%, Informe en 100% de la ejecución presupuestaria. En los primeros y segundo trimestres hemos cumplido al 90 por ciento en rendimiento de información 2023. Evidencia: 6.2.3.1 - Matriz reporte de evaluación del POA	
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).	6.2.3.2	La organización aún no usan como instrumento los indicadores de porcentaje de métodos nuevos e innovadores en la atención ciudadanos
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).	Se puede verificar, que nuestra institución cuenta con indicadores de cumplimiento en 100% con respecto al género y la diversidad de cultura y género, tenemos en nuestra nómina una cantidad de colaboradores que prestan servicio de salud en diferentes áreas que son de sexo masculino como femenino, todos son tratados con la misma ideología que es la de brindar servicio de calidad y eficiencia. Evidencia: 6.2.3.3 - Matriz Nomina Contratación de nacionales de nacionales y extranjeros. - Matriz reporte Producción de servicio 67A	La organización aún no ha utilizado los indicadores previamente establecidos en el cumplimiento en relación al género, ni en acciones enfocadas la diversidad cultural, ni social de los ciudadanos/clientes

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 puede evidenciar que hospital cuenta con el área imágenes es un 100% digital La información de imágenes se carga en un archivo donde los médicos tienen acceso, También tenemos que el área de laboratorio clínico cuenta con un sistema de reporte de pruebas de laboratorio. Evidencia:6.2.4.1 - Matriz reporte de Laboratorio - Matriz reporte de Imágenes-	La organización aún no ha utilizado los resultados de la digitalización en los productos, ni en los servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps).
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).	Se puede evidenciar que contamos con redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, página web), donde se puede evidenciar la cantidad de seguidores y la participación en ella, la encuesta de satisfacción al usuario. 100%, con ellos es que trabajamos, porque cuando reciben el servicio no se quieren dejar de asistir al hospital, lo que nos permite brindar una participación de nuestros usuarios, quienes nos facilitan el poder estar relacionados a las diferentes formas de comunicación. Evidencia: 6.2.4.2 - Redes Sociales Facebook, Integran y Wassap - Página web. www.salvadorbgautier.com - Informe de Reuniones	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Se evidencia que el nivel de satisfacción en consulta el rendimiento con un 90.70% de satisfacción	

	Evidencia: 7.1.1 - Matriz de resultados encuestas satisfacción	
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.	Se evidencia que el hospital tiene un 91.34% de satisfacción nos hace mejorar los servicios para nuestros usuarios. Evidencia:7.1.2 - Matriz de encuesta satisfacción	En el Hospital todavía no Involucramiento en su totalidad a todas las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Se evidencia que nuestra División de Atención al usuario realiza en un 100% la socialización con grupos focales (pacientes elegidos en consulta, laboratorio, imágenes, hospitalización) para saber sus expectativas, quejas y/o sugerencia, para luego trabaja un informe y de aquí hacemos un plan de mejora si aplica y la aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarios. Evidencia: 7.1.3 - Lista de participante - Matriz de encuesta Satisfacción.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	Se puede evidenciar 70% tener conocimiento de manejo de posibles conflictos de interés, ya que cuentan con los siguientes: Evidencia: 7.1.4 - Acta Comité de Ética Gubernamental - Acta Comité de Bioética Asistencial	En la organización aún no ha progresado con los empleados en establecer un patrón que permita tratar posibles conflictos de intereses, ni la importancia del comportamiento ético e integridad.
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Se evidencia que cada dos años la división de Recursos Humanos y en compañía del MAP, realizan encuestas de clima laboral, esta es una forma de consultar y retroalimentarnos del personal del hospital. Evidencia: 7.1.5 - Informe de encuesta realizada por el MAP.	
6. La responsabilidad social de la organización.	Se puede evidenciar que como una institución de salud nos enfocamos en el bienestar social, integramos al personal en un 100% y a la comunidad	

	que nos apoya como junta de vecino, gremios de profesionales, otros. Evidencia: 7.1.6 Página web. www.salvadorbgautier.com Misión, Visión y Valores	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	Se evidencia que la dirección y los grupos organizacional que dirigen el hospital, siempre está en la disposición de nuevos cambios siempre cumpliendo con los lineamientos del SNS. 100%, hemos realizado la integración de nuevas especializadas des y servicios en la institución, Tomando en cuenta la cantidad que tenemos especialidades únicas en el país. Para un total de 24 especialidades médicas clínicas y quirúrgicas y 4 subespecialidades. Evidencia: 7.1.7 - Manuales de estructura organizacional - Listado de socialización.	En la Organización aún no han explicado a los empleado la importancia de desarrollar cambios innovadores
8. El impacto de la digitalización en la organización.	Se evidencia que un 100% que se realizan actividades mediante el portal de transparencia en el Oficina Acceso Información (RAI), También en Relaciones publica recibe a través de la plataforma de WhatsApp. Instagram y Facebook, realizamos compras de bienes y servicio por el portal de SISCOMPRA, otro es el sistema de cita de forma digital en el servicio de otorrinolaringología y reporte de resultado del procedimiento de tomografía y Sonografía, mejorando el tiempo de darle un diagnóstico y un servicio en tiempo. Evidencia: 7.1.8 - Matriz Formulario de Facturación - Matriz Reporte de la OAI. - Reporte del portal SISCOMPRA	La organización aún no ha progresado en cuanto a un sistema de digitalización, de forma que pueda el empleado brindar un mejor servicio en la atención.
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Se evidencia que el hospital cuenta en 100% con los manuales y guía de procedimiento, para las áreas de	

	consulta externa, protocolo atención en Salud Publica, Protocolos de atención para enfermería, Protocolo de Atención para Medicina Interna, Guía Farmacéutica. Evidencia: 7.1.9 - Manuales y Guía mencionadas.	
--	--	--

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.	Se puede evidenciar que el hospital tiene POA por áreas para la realización de sus funciones y con un presupuesto estimado por año, que es aprobado en un 100% por el SNS. Evidencia: 7.2.1 - Matriz de actividades programáticas por área - POA con plantilla PPN1, PPN2, PPN3, PPN4 y PPN5%.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	Se evidencia que el hospital tiene aprobado por el SNS y El MAP en un 100% Estructura organizativa funciones definida y consolidadas Evidencia: 7.2.2 - Resolución de aprobación por el MAP.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	Se puede evidenciar que un 100%, cuenta con un manual de organización y funciones, que ejecuta cumple con los servidores de las áreas supervisado y coordinado por Recursos Humanos, donde son aplicado y evaluado el desempeño a toda la personal forma semestral, y cuenta con tareas específicas como lo establece el SNS. Evidencia: 7.2.3 - Matriz Plantilla Evaluaciones de Desempeño. - Capture de Envío de correo al SNS y el MAP - Manual de organización y funciones aprobado por el MAP.	

4. La gestión del conocimiento.	Se puede evidencia que 100% de este es un hospital Docente, Universitario cuenta áreas capacitada para dirigir y orientar a sus colaboradores, somos un centro de salud de tercer nivel con 23 especialidad y dos Subespecialidades (Felo) y 4 de ellas única en el país. Evidencia: 7.2.4 - Listado de Jefe de Servicios - Listado encargado por Estructura Organizacional.	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	Se puede evidenciar que en la organización del hospital utiliza la comunicación controlado por RR-HH y Dirección del Hospital: estos son -memorándum y circulares un promedio de 20 a 25 al año, contamos con 3 murales informativos por planta física de hospitalización, también contamos grupos Wassap distribuidos de la siguiente manera (1) para Jefe de servicio (1) uno que agrupa las Enfermeras y (1) para los Administrativo que incluye al personal de diagnóstico, También tenemos cuadro informativos por cada área de servicio del centro de salud. Evidencia: 7.2.5 - Listado de Circulares realizada en este año - Listado de Convocatorias realizadas en este año - Listado de Grupo de WhatsApp - Listado de cuadro o murales informativo por área de servicio	En la organización todavía no tiene un control de la comunicación interna y las medidas de información.
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Se evidencia que el hospital cada año realiza reconocimiento en días fechas Especifica o de Aniversario del Hospital, Personal Técnico, Profesional y administrativos, tenemos constancia de estas áreas fueron reconocidas: (3) Bionalistas, (40) Enfermeras, (3) Odontología, también en el día del trabajador, día del Médico, Madres, secretarias, día del médico, utilizando como medio de medición la evaluación de desempeño se les entrega un incentivo a 1,387 empleados por los esfuerzo en sus labores y	En la Estructura organizacional Todavía no completan el proceso del alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.

	mantener la calidad de los servicio, y el área de enseñanza tiene como norma hacer reconocimiento a 3 médicos graduaste de cada especialidad de acuerdo a sus calificaciones durante el año. Evidencias: 7.2.6 - Matriz de Evaluación de Desempeño. - Registro de libro Enseñanza. - Listado de entrega de reconocimientos médicos, enfermeras, y administrativos En nuestra Página web tenemos todas las publicaciones de eventos de premiaciones y reconocimientos. www.salvadorbgautier.com	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	Se puede evidenciar que en el hospital nos adaptamos a los cambios, los cuales son instruidos por las autoridades del SNS. Estos cambios se manifiestan en la integración de nuevos servicios en la una cartera de servicio, También en las áreas como: Enseñanza tiene una Guía y normas para residencia médica, Farmacia general hospitalaria usan un programa llamado SUGEMI, en el área financiera utilizan un sistema de SISCOMPRA y utilizamos un sistema de facturación digital, que moderniza las actividades. Evidencia: 7.2.7 - Matriz Programa de SUGEMI - Registro del programa de SUGEMI. - Matriz de SISCOMPRA o Transparencia Institucional. - Listado de participación Capacitación del personal para uso de SISCOMPRA - Matriz Facturación sistema SIRS - Matriz de Facturación Privada 2STONE.	

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Se evidencia que como hospital de tercer nivel con (24) especialidades y (4) Subespecialidad de servicios de salud, nuestros colaboradores se desenvuelven en cada área con una Guías, Normas y Protocolos, contamos con Un POA para la organización de las actividades, este año cuenta con No.579 actividades programáticas presupuestales, a las que se nos realizan durante el año cuatro evaluaciones trimestrales hechas por el SNS. Evidencia: 7.3.1 - Matriz Evaluación Matriz POA - Encuesta de Clima Laboral por el MAP	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Se evidencia que el hospital se rige por la ley 48-01 de administración pública, por lo cual se realizan actividades en beneficio de los empleados como parte de estos esta (35) reclasificación, nuestro servidores están una ARS de su Elección y cuenta con seguro de Riesgo laboral, por lo que podemos decir que nos acogemos al código de trabajo para el buen funcionamiento y desarrollo de miembros de esta institución en general Evidencia: 7.3.2 - Matriz de reclasificación realizada en el presente año por RR-HH. - Matriz reporte de pago de TSS - Matriz medición y evaluación Memoria Institucional.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	Se puede evidenciar que el hospital aplica en un 100%, en todas sus vertientes aplica la igual de oportunidad de equida en el trato, con el acompañamiento de nuestra área de RR-HH. Evidencia: 7.3.3 - Comunicación de reclasificación - Comunicación asignación de funciones a personas con capacidades especiales	

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Se puede evidenciar que en un 70% del hospital tiene condiciones favorables y un ambiente de trabajo de equipo, nuestras oficinas, consultorios están equipados con mobiliarios, aire acondicionado según las normas de salud. Evidencia: 7.3.4 - Matriz reporte de inventario Página web. www.salvadorbgautier.com	En la institución aún no han prosperado en cuanto a planes de mejoras de la infraestructura.
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Se puede evidencia que el hospital se da las capacitaciones acordes al puesto que desempeña y son 100% colocadas en el presupuesto estimado cada año. Evidencia:7.4.1 -Lista de participantes - Matriz de programación.	.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Se puede evidenciar que en hospital que Recursos Humanos realiza cada dos años encuesta de clima laboral en ella podemos ver el nivel de motivación y empoderamiento. Evidencia: 7.4.2 - Informe de resultados.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Se evidencia que como hospital de 3er. Nivel Docente y Universitario por lo cual poseemos una cantidad Residentes en 23 especialidades, les damos oportunidad de que nuestros colaboradores puedan acceder a permisos especiales para estudios, también en el área División de Enfermería se realizan capacitaciones y preparación de este personal de salud	

	Evidencia: 7.4.3 - Listado de residentes.	
--	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	.7.2.1.1	En la organización aún no se miden Indicadores relacionados con la retención, lealtad, ni el nivel absentismo por enfermedad, ni índices de rotación del personal, ni número de quejas reportada por el personal.
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Se evidencia que el hospital anualmente recibimos asignación en una matriz con las actividades del POA, las cuales son realizadas y reportadas según la fecha solicitada. Contamos con grupos de trabajo que se activan según sea el caso y la conformación de comités que nos permite detectar y buscar soluciones a cualquier conflicto. Participamos en las actividades que convoca el SNS. Evidencia: 7.2.1.2 - Listado de reuniones de los Comité.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	Se puede evidenciar de conflictos, que fueron llevados al consejo del comité de ética, y que llevaron recomendaciones de acuerdo al caso. Evidencia: 7.2.1.3 - Manual de ética del hospital - Listado reuniones comité de ética.	

4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	7.2.1.4	La organización no se mide la frecuencia de la participación voluntaria de los empleados en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.
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).	Se evidencia que el hospital una vez al año la División de Recursos Humanos aplica la evaluación de desempeño, donde ella se coloca las funciones de cada colaborador según área y con los resultados se realiza un informe para detectar fallas también en el año se solicita a los encargados cuales son las necesidades académicas que tienen sus colaboradores, para que con esto se incluya en la capacitación en un plan, aquí se incluyen a todas las áreas de la organización. Contamos con la encuesta de satisfacción al usuario que nos indica el nivel de satisfacción tanto en el servicio como en el trato de los colaboradores, en cuanto a las quejas recibidas por el trato del personal. Evidencia: 7.2.1.5 https://sns.gob.do Encuesta	

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con:	Se evidencia que nuestro hospital aplica el formulario de desempeño al personal anualmente, para el 2022 se evaluó el 90% de los colaboradores.	

1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).	Evidencia: 7.2.2.1 - Matriz evaluación.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	100%, todas las herramientas digitales que, monitoreada por el SRMS, SNS y el ministerio de salud, de acuerdo a las estadísticas reportadas Evidencia: 7.2.2.2 - Matriz reporte de Producción - Matriz reporte del POA - Matriz reporte de indicadores de salud	
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).	Se puede evidenciar que nuestro hospital tenemos área de trabajo con equipos de tecnología como computadoras, impresora, línea telefónica algunos, según la naturaleza del cargo cuentan con flotas, laptops, podríamos decir que el 90% del personal cuenta con herramientas digitales Evidencia: 7.2.2.3 - Matriz levantamiento Infraestructura tecnológica - Reporte de Tecnología	
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Se evidencia que el hospital realiza acciones de reconocimientos individual llevada a cabo por RRHH y División de Enseñanza por lo menos unas dos o tres veces al año, se aplican de acuerdo a su desempeño. Evidencia: 7.2.2.4 - Página web. www.salvadorbgautier.com	

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:

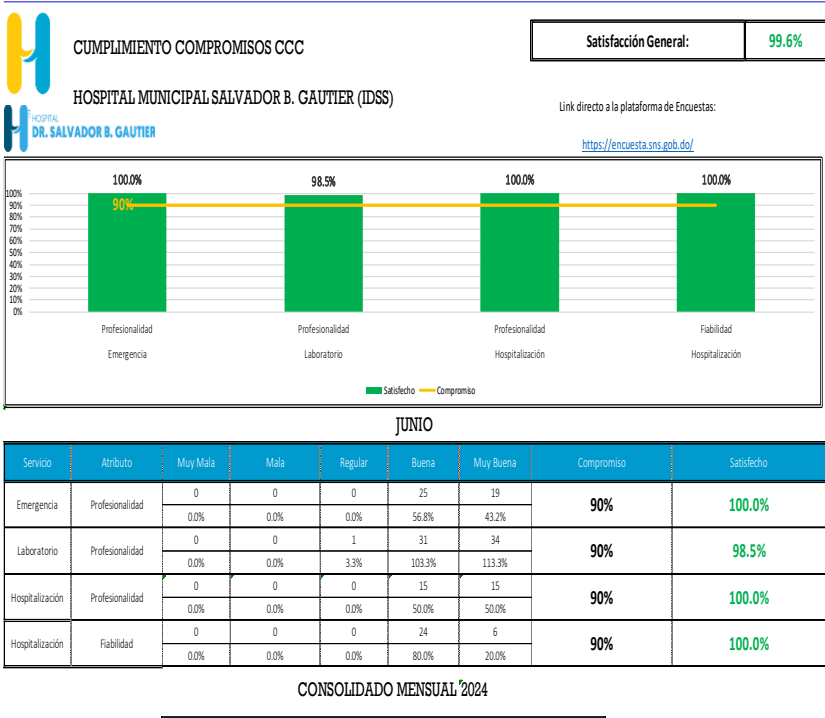
SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

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

I. 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.

Se puede evidenciar que desde su creación el Hospital Dr. Salvador B. Gautier un buque insignia, por sus (23) especialidades y (4) Subespecialidad lo que ha permitido ser de referencia nacional, para los usuarios ya que encuentran todos los servicios médicos de especialidades. Nuestra valoración es altamente cualificada. En las valuaciones tenemos 100 % de los usuarios entrevistados cuando se le pregunta si recomendarían a este establecimiento.

Evidencia: 8.1.1
- Matriz encuesta



Ver digital: Matriz de referencia y contra referencia

2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.

Se evidencia que nuestro hospital desde su creación es de referencia nacional, contamos con la cobertura de la 90% de ARS, contamos con una medición de 95% en recomendación entre nuestros usuarios, contamos con un aproximado de 1,602 empleados entre médicos, enfermeras, personal administrativo.

	Evidencia: - ver Pág. Web: https://sns.gob.do Matriz de encuesta - Ver https://hospitalgautier.gob.do Lista nómina.	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	Se evidencia que el hospital tiene un impacto en lo económico, el cual es significativo unos de nuestro punto fuerte es que ARS del estado no se cobra diferencia y damos cobertura 100%, aunque aceptamos seguros médicos privado, ningún paciente es rechazado por falta de la misma, realizamos pruebas de laboratorios y servicios de imagen. Evidencia: 8.1.2 - Ver https://hospitalgautier.gob.do Cartera de servicio, - Matriz Reporte de Facturación.	
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).	Se puede evidenciar que el hospital trabajamos bajo el Art. 61 de la Constitución de la Republica Dominicana, Ley General de Salud 42-01, Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; Art. 163, Ley que crea el Servicio Nacional Dominicano 123-15, Ley de Función Pública 41-08, Decreto del Reglamento General de los Centros Especializados; Art. 5, Art 6, Decreto sobre el Reglamento General de los Hospitales de la Republica Dominicana, Ley General de Libre Acceso a la Información Pública Ley 200-04 y el Decreto No. 130- 05, cumplimos con el portal de transparencia obteniendo 60% en el segundo trimestre del monitoreo del SNS y SISMAP Evidencia: 8.1.3 - Manual aprobación de estructura organizacional - Reporte de Cumplimiento de Portal SISCOMPRA.	
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.).	Se puede evidenciar que nuestro centro de salud que forma parte del sistema Nacional de Salud, cumplimos con las normas de compras y contrataciones. En la primera evaluación realizada al manejo del portal obtuvimos puntuación de 60% de cumplimiento en SISCOMPRA y podemos decir que al final de segundo trimestre estaremos a un 61.12% y subiendo al finalizar este semestre dentro de un nivel de avance en este indicador. Evidencia:8.1.4 - Portal de SISCOMPRA - Acta comité de compras y contrataciones	

6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	Se evidencia que el hospital este encaminado con las normas de compras y contrataciones, para este segundo trimestre del presente año obtuvo un 61.12% de SISCOMPRA. Evidencia: 8.1.5 - Portal de SISCOMPRA.	
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.).	Se evidencia que como hospital participa en las actividades programadas que son partes de nuestra cultura, entre las que podemos destacar que cada las que realizan los jueves y domingo de cada semana, misa en la Capilla del hospital, ya que constamos con representante de la Iglesia un Sacerdote donde participan parte de nuestros servidores Médicos, Enfermeras, técnico de Salud y Administrativo, Pacientes, familiares de estos, amigos y colaboradores externo que de costumbre nos apoyan y acompañan en esta labor social. Evidencia: 8.1.6 - Publicaciones en las redes - Circulares	
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Se puede evidencia que el hospital en primer semestre del 2024, he recibido 10-12 felicitaciones externadas a través de los buzones de quejas y sugerencias de los usuarios dirigida para el personal médico, enfermería y técnico de salud, también el área de odontología recibió un reconocimiento por el buen servicio realizado y el reporte del SENASA por la buena atención en esta área, también esta los servicios de Laboratorio. Durante el primer semestre 2024, recibimos 46 sugerencias externada a través de los buzones de quejas y sugerencias de fichas registradas Reporte de QDSR En la línea reporte del 311 Evidencia: 8.1.7 - Volante de Buzón de sugerencia	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).	Se evidencia que en el hospital utilizan el Portal de compras y contrataciones, donde publicado todas las Instituciones o empresas que son partes de listado de posibles proveedores que cumplen con las leyes establecidas por el gobierno para contratar los servicios compras y contrataciones, cumplimos normas medioambientales, tenemos un comité de bioseguridad, contamos con una empresa que recoge los desechos biológicos, nuestro centro se encuentra ubicado en un terreno donde los límites con las demás propiedades no molesta, no hace daño y no se percibe ruidos, nuestra planta eléctrica está ubicada en una área adecuada y contamos con cisternas para el suministro de agua en todo el centro Evidencia: 8.2.1 - Matriz Levantamiento de Activo Fijo - Contratos Publicados.	No hemos terminado preservar y mantener las actividades de la organización para preservar respetuosamente el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	Se puede evidenciar que nuestras autoridades mantienen relaciones con las autoridades, grupos y representantes de la comunidad. Evidencia: 8.2.2 - Publicaciones en las redes. - Listado de reuniones programadas del comité	

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	Se evidencia que hospital mantiene el nivel de importancia de la cobertura a nuestros usuarios, que se desplazan a nuestro centro de diferentes partes del país, esto demuestra que las redes sociales que maneja relaciones públicas en las diferentes redes sociales, presentación en medios de programas televisivos y radiales de nuestro director nos permite a los usuarios estar informado de nuestros servicios. Evidencia: 8.2.3 - Publicaciones en los medios digitales en los impresos digitales y en los murales internos de la institución. Ver https://hospitalgautier.gob.do	
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.).	Se evidencia que el hospital nos regimos por la Ley 48-01 del Ministerio de Administración Pública, no discriminamos por razones de etnia, religión, condición social etc.; contamos con la colaboración de personas no vidente y con discapacidad tanto en el personal administrativo como médico. Evidencia: 8.2.4 Ver https://hospitalgautier.gob.do/nomina - Lista de personal hospital	
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	Se evidencia que área de nuestra iglesia realizan actividades de apoyo para dotar de insumos como pampers, sabanas, kit par higiene también, dan apoyo emocional pactes y familiares, donde participan empleados médicos, enfermeras y Administrativos del hospital Evidencia: 8.2.5 Ver https://hospitalgautier.gob.do https://www.instagram.com/hospitalgautierrd - Fotos de Actividades realizadas por nuestro personal	

6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	Se evidencia que el hospital por ser docente y universitario, todo el año desarrolla actividades y programa, que nos permite mantener realizando intercambio de conocimiento en el proceso de rotación por otros hospitales y viceversa, participan en congresos dirigidos y con temas de actualidad. La gerencia de enfermería realiza La semana de enfermería desarrolla conferencias, talleres y charlas de interés. Evidencia: 8.2.6 - Listado de rotación de médicos - Ver Página web. www.salvadorbgautier.com Presentación de Temas de Salud.	
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).	Se evidencia que el Hospital llevamos a cabo charlas, contamos con programas de prevención de T.B, HIV, salud bucal, entre otros. Evidencia: 8.2.7 - Listado de participación - Informe reporte QDSR, Ver Página web. www.salvadorbgautier.com Testimonios de pacientes que han recibido nuestros servicios	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	8.2.8	En la organización aún no tiene informe de sostenibilidad en participación de los empleados.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	8.2.9	La organización aún no realiza con los empleados una reducción del consumo energético, ni sobre el consumo de kilovatios por día.,
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	8.2.10	La organización aún no cuenta con una planta incineradora.
11. Política de residuos y de reciclado.	Se puede evidenciar en el hospital la existencia de un Comité de Bioseguridad, quienes utilizando los medios estandarizado por el SNS y MSP, realizan plan de mejora e implementan la Guía de Limpieza y Desinfección que establece las autoridades, se clasifica la basura con el color de la funda (rojas y	En la organización aún no han desarrollado con todos los empleados una política de residuos, ni de reciclado.

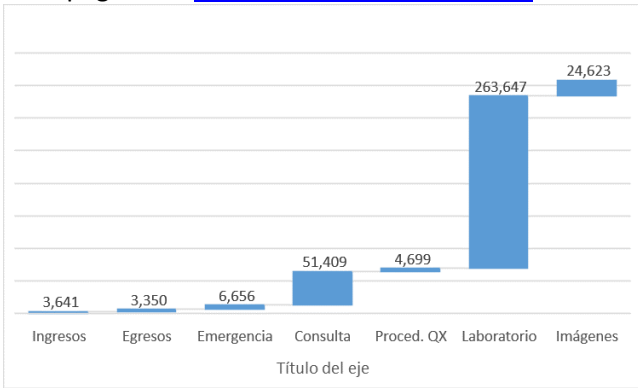
	negras) y son separados según protocolo para el manejo de desechos. Evidencia: 8.2.11 - Guía de políticas de manejo de residuos sólidos. - Talleres capacitación de Manejo Residuos y Bioseguridad. -Reporte de seguimiento de indicador Bioseguridad Hospitalaria	
--	--	--

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	Se evidencia que el hospital es parte del Ranking hospitalario, participa de una plataforma SISMAP-SALUD donde se puede evidenciar los resultados de los productos, implementamos las encuestas de satisfacción al usuario. Contamos con el formulario Producción de servicios y productos, Registró 400 encuestas mensuales (100 por semana) en los diferentes servicios comprometidos en nuestra carta compromiso y también usamos el portal de compras y contrataciones donde la cantidad de actividades de compras realizadas, las cuales son cuantificada y calificadas. Evidencia: 9.1.1 - Ver pág. Web: https://encuesta.sns.gob-do Matriz de encuesta - SISCOMPRA	Como organización no hemos completado tener resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Se evidencia Tenemos unas estadísticas aproximadamente de asistencia médica de 5,000 por mes a usuarios, solamente en consultas médicas, de	

	los cuales el 97% está satisfecho con el servicio recibido. Datos obtenidos de las encuestas diarias de satisfacción. Evidencia: 9.1.2 - Ver pág. Web: https://encuesta.sns.gob-do  <table><tr><th>Categoría</th><th>Valor</th></tr><tr><td>Ingresos</td><td>3,641</td></tr><tr><td>Egresos</td><td>3,350</td></tr><tr><td>Emergencia</td><td>6,656</td></tr><tr><td>Consulta</td><td>51,409</td></tr><tr><td>Proced. QX</td><td>4,699</td></tr><tr><td>Laboratorio</td><td>263,647</td></tr><tr><td>Imágenes</td><td>24,623</td></tr></table>	Categoría	Valor	Ingresos	3,641	Egresos	3,350	Emergencia	6,656	Consulta	51,409	Proced. QX	4,699	Laboratorio	263,647	Imágenes	24,623	
Categoría	Valor																	
Ingresos	3,641																	
Egresos	3,350																	
Emergencia	6,656																	
Consulta	51,409																	
Proced. QX	4,699																	
Laboratorio	263,647																	
Imágenes	24,623																	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.																		
	Se evidencia el cumplimiento al 100% obteniendo resultados positivos, debido a las intervenciones clínica, quirúrgicas y los servicios Diagnóstico médicos que realizamos en la institución, tenemos comparaciones de evaluación realizadas por el MISPAS y SNS que ofrecemos, donde realiza seguimiento de indicadores de calidad. Evidencia: 9.1.3 - Matriz reporte de seguimiento de Indicadores de salud y de producción																	

	<table><tr><th colspan="4">Indicadores de Calidad de Servicios Hospitalares SRSM 2024</th></tr><tr><th>Indicadores de Calidad de Servicios</th><th>Subindicadores de procesos</th><th>% logros y avances</th><th>Salvador B. Gautier</th></tr><tr><td rowspan="10">Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud: (Tasa general de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención IAAS, Porcentaje octubre noviembre 2023. : 2.4%</td><td>Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)</td><td></td><td>1.2%</td></tr><tr><td>Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario</td><td></td><td>0.7%</td></tr><tr><td>Bacteriemia asociada a catéter venoso central</td><td></td><td>1.7%</td></tr><tr><td>Infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)</td><td></td><td>1.8%</td></tr><tr><td>Cirugía electiva de internamiento preoperatorio ≤ de 24 hrs</td><td></td><td>15.06%</td></tr><tr><td>Antisepsia del campo operatorio</td><td></td><td>100%</td></tr><tr><td>Profilaxis Antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión</td><td></td><td>100%</td></tr><tr><td>Proporción de endometritis postquirúrgica</td><td></td><td>N/A</td></tr><tr><td>Proporción de endometritis postparto</td><td></td><td>N/A</td></tr><tr><td rowspan="4">Porcentaje de cirugías en el que se aplica correctamente la lista de verificación para la seguridad de la cirugía.</td><td>No. de procedimientos quirúrgicos realizados</td><td></td><td>290</td></tr><tr><td>No. de expedientes quirúrgicos auditados</td><td></td><td>290</td></tr><tr><td>No. que poseen la lista de verificación de cirugías</td><td></td><td>290</td></tr><tr><td>% Período abril 2024</td><td></td><td>100%</td></tr><tr><td rowspan="3">Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con la Norma Nacional de Expediente Clínico en cuanto a su organización y contenido.</td><td>No. de expdtes. realizados</td><td></td><td>252</td></tr><tr><td>No. de expdtes. auditados</td><td></td><td>252</td></tr><tr><td>No. de expdtes. que cumplen con las normas Período</td><td></td><td>248</td></tr><tr><td rowspan="2">Complicaciones Postquirúrgicas</td><td>No. de procedimientos quirúrgicos realizados</td><td></td><td>0%</td></tr><tr><td>No. de complicaciones Post-quirúrgicas</td><td></td><td>0%</td></tr><tr><td rowspan="2">Reacciones Adversas a Medicamentos</td><td>No. de Reacciones adversas a medicamentos</td><td></td><td>0%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Dr. Angel Valdez</td><td colspan="2">Dr. Vladimir Socias</td></tr><tr><td></td><td>Servicio de Epidemiología</td><td colspan="2">Director Médico</td></tr></table>	Indicadores de Calidad de Servicios Hospitalares SRSM 2024				Indicadores de Calidad de Servicios	Subindicadores de procesos	% logros y avances	Salvador B. Gautier	Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud: (Tasa general de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención IAAS, Porcentaje octubre noviembre 2023. : 2.4%	Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)		1.2%	Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario		0.7%	Bacteriemia asociada a catéter venoso central		1.7%	Infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)		1.8%	Cirugía electiva de internamiento preoperatorio ≤ de 24 hrs		15.06%	Antisepsia del campo operatorio		100%	Profilaxis Antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión		100%	Proporción de endometritis postquirúrgica		N/A	Proporción de endometritis postparto		N/A	Porcentaje de cirugías en el que se aplica correctamente la lista de verificación para la seguridad de la cirugía.	No. de procedimientos quirúrgicos realizados		290	No. de expedientes quirúrgicos auditados		290	No. que poseen la lista de verificación de cirugías		290	% Período abril 2024		100%	Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con la Norma Nacional de Expediente Clínico en cuanto a su organización y contenido.	No. de expdtes. realizados		252	No. de expdtes. auditados		252	No. de expdtes. que cumplen con las normas Período		248	Complicaciones Postquirúrgicas	No. de procedimientos quirúrgicos realizados		0%	No. de complicaciones Post-quirúrgicas		0%	Reacciones Adversas a Medicamentos	No. de Reacciones adversas a medicamentos		0%									Dr. Angel Valdez	Dr. Vladimir Socias			Servicio de Epidemiología	Director Médico		
Indicadores de Calidad de Servicios Hospitalares SRSM 2024																																																																																							
Indicadores de Calidad de Servicios	Subindicadores de procesos	% logros y avances	Salvador B. Gautier																																																																																				
Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud: (Tasa general de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención IAAS, Porcentaje octubre noviembre 2023. : 2.4%	Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)		1.2%																																																																																				
	Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario		0.7%																																																																																				
	Bacteriemia asociada a catéter venoso central		1.7%																																																																																				
	Infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)		1.8%																																																																																				
	Cirugía electiva de internamiento preoperatorio ≤ de 24 hrs		15.06%																																																																																				
	Antisepsia del campo operatorio		100%																																																																																				
	Profilaxis Antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión		100%																																																																																				
	Proporción de endometritis postquirúrgica		N/A																																																																																				
	Proporción de endometritis postparto		N/A																																																																																				
	Porcentaje de cirugías en el que se aplica correctamente la lista de verificación para la seguridad de la cirugía.	No. de procedimientos quirúrgicos realizados		290																																																																																			
No. de expedientes quirúrgicos auditados			290																																																																																				
No. que poseen la lista de verificación de cirugías			290																																																																																				
% Período abril 2024			100%																																																																																				
Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con la Norma Nacional de Expediente Clínico en cuanto a su organización y contenido.	No. de expdtes. realizados		252																																																																																				
	No. de expdtes. auditados		252																																																																																				
	No. de expdtes. que cumplen con las normas Período		248																																																																																				
Complicaciones Postquirúrgicas	No. de procedimientos quirúrgicos realizados		0%																																																																																				
	No. de complicaciones Post-quirúrgicas		0%																																																																																				
Reacciones Adversas a Medicamentos	No. de Reacciones adversas a medicamentos		0%																																																																																				
	Dr. Angel Valdez	Dr. Vladimir Socias																																																																																					
	Servicio de Epidemiología	Director Médico																																																																																					
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Se evidencia que los contratos: universidades, Compañía de recolección de desechos Biológicos, Contratos con Empresa de Fotocopiadoras, Con Compañía de Oxígenos entre otras. Evidencia: 9.1.4 - Contratos/ Acuerdo Institucional de conocimientos Página web. www.salvadorbgautier.com.																																																																																						
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Se evidencia que tenemos impacciones realizadas por instituciones que anual, mensual y trimestralmente somos evaluados para medir resultados, como MAP, MISPAS (HABILITACION Y ACREDITACION), SNS, SRMS, que denuestran resultados. Por ejemplo, en el POA del 2do., Trimestre obtuvimos un 90%; en Bioseguridad tenemos evaluaciones 90%., Implementación de la autoevaluación de monitoreo de calidad de servicios en expediente clínico y quirúrgicos ajustado a los protocolos 93%. Evidencias: 9.1.5 - Matriz Reporte del POA 2do. Trimestre 2024 - Matriz Reporte de indicadores																																																																																						

	- Matriz Reporte Autoevaluación monitoreo de calidad	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Se evidencia que hemos desarrollado varios programas: - De Salud Mental - De TB/VHI - De SAI - Programa de Bioseguridad Hospitalaria Todos estos desarrollándose en 100%, También 4 Subespecialidades única de formación, y servicio, hemos integrado servicio de apoyo diagnóstico y procedimientos. Los planes de mejora aplicado y que pueden ser medidos en porcentaje de sus estadísticas de atención en las diferentes áreas Evidencias: 9.1.6 - Ver https://hospitalgautier.gob.do Cartera de Servicios.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Se evidencia que hemos implementado reformas en un 90%, normas básicas del control interno, lo que ha conllevado al mejoramiento en sistema financiero y administrativo, ya que estos controles establecen un mejor resultado en el control interno. Evidencia: 9.1.7 - Matriz Reporte de resultado de monitoreo por el SRMS y SNS de Estados financiero, cumpliendo con NOBACI.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Se puede evidenciar que constamos con la colaboración de instituciones y organizaciones que nos apoyan en diferentes actividades en área como: - Continuación de Jornadas de cirugías de Columna vertebral en conjunto con la fundación estadounidense Word Spines Outreach. - Continuación como lo establece nuestra institución, la realización de Programa de Cirugías Cirugía a pacientes de Labio Lepororimo, Reconstrucción de Mamas a pacientes por cancel, todos realizados por el	

	servicio de Cirugía plástica y Reconstructivas, en compañía de la Asociación Internacional de Cirugía Plástica, de igual forma en otras áreas de servicios. Evidencia: 9.1.8 Ver https://hospitalgautier.gob.do Publicación de noticias sobre el hospital Gautier	
--	--	--

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.	Se puede evidenciar que el hospital ejecuta la evaluación de desempeño para la gestión de recursos humanos y gestión de conocimiento. Evidencia: 9.2.1 - Matriz Evaluación de desempeño	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Se puedo evidenciar que el hospital en mejoras en el Porcentaje de objeción glosas médicas y administrativas con la AUDITORIA Medica, Evidencia: 9.2.2 - Matriz Reporte de seguimiento de Planes de mejora.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	Se puede evidenciar que el hospital ha realizado una o dos veces al año, intercambio de conocimientos como es el Centro de Salud Moscoso Puello, para hacer ajuste en el área me facturación y glosa médica, también nuestros médicos residentes realizan rotación donde adquieren conocimiento y son aplicado en beneficio de los pacientes que son atendido en el hospital, también Con el vice ministerio de calidad de salud pública realizamos charlas de actualización de enfermedades informaciones obligatorias. Evidencia: 9.2.3 Ver https://hospitalgautier.gob.do	

4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Se evidencia que por ser una la institución de salud de tercer nivel, realiza acuerdos y convenios, que permite que diferentes áreas se han beneficiadas, tenemos contratos con AIDSA recogida de desechos contaminantes, con universidades como la UASD, UNIBE entre otras. También acuerdos de como data, óseo intercambio de productos por servicios, en el área de Unidad de Hemodiálisis tenemos 40 máquinas de diálisis a cambio de compra de insumos y mantenimiento. Por lo cual podemos decir que las diferentes áreas se utilizan alianzas estratégicas que van en beneficios de los usuarios y la institución. Evidencia: 9.2.4 - Listado de documentación de los convenios y acuerdo para intercambio de conocimientos - Contrato con Bio nuclear - Otros.	
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.)	Se puede evidenciar que la implementación de sistema electrónico de citas por arias comenzamos con Servicio de Otorrinolaringología, este servicio ha permitido que el proceso de rotación y turno sea más eficiente ya que desde que se le aprueba el día y la hora según servicio cada usuario sabe a qué área del centro debe de ir para recibir la atención, el proceso de facturación con las ARS es a través de las plataformas que utilizan, la instalación de SENASA en el centro permite que el paciente no tenga que salir fuera para autorizar procesos, este proceso será aplicado en todas las áreas de servicios de acuerdo a nuestros recursos, puesto que nos encontramos intervenido para readecuación de la plan física del hospital. Evidencia: 9.2.5 ver https://otocloudrd.com/otocloudrd.com - Registro de Citas de Otorrino	En la institución aún no han Impacto con digitalización, ni han involucrado en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, ni el empleado a mejorado en la prestación de servicios ahorrando tiempo de atención

6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Se evidencia que tenemos resultados de evaluaciones Informe de auditoría CCC, Lista de verificación segura, expedientes clínicos. Evidencia: 9.2.6 - Informe auditoria CCC - Listado de verificación de seguida Cirugía - Listado de expedientes clínicos
--	---

7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Se evidencia que el hospital a obtenido por el SNS, SRMS y Ministerio Salud Publica, reconociendo Como son: Servicio de Odontología, Servicio de Epidemiologia, el Servicio de Cirugía Plástica, En el área financiera y Administrativa, por mejor los indicadores de seguimiento, otros. Internamente entrega premios y reconocimientos tanto certificado y metálicos a áreas como División de Enfermería Evidencia: 9.2.7 - Certificaciones.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Se evidencia que el hospital tiene un POA donde integran presupuesto por año aprobado por el SNS, el cual se ejecuta y se cumple al 100%. Evidencia: 9.2.8 - POA-Matriz de Presupuesto de la Institución - Matriz seguimiento Ejecución presupuestaria.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	Se puede evidenciar que cuentan con la oficina de costos hospitalario, que realiza de acuerdo a matriz análisis de costo-beneficios. Evidencia: 9.2.9 - Matriz de estudios realizados de Costos	La organización aún no desarrollado estudios de impacto al menor costo, ni ha tomado en cuenta evaluaciones de suplidores en la institución.

--	--	--

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.