

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Municipal Dr. Alberto Gautreaux

FECHA:

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 1: LIDERAZGO

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

SUBCRITERIO 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	El centro Formula y desarrolla la misión, la visión y valores, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes pertenecientes a esta red de servicios de salud. 	

	Evidencia: Foto de misión, visión y valores plasmado en la pared.	
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.	El centro hospitalario 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. Evidencia: Foto de los valores que profesamos. calificación del clima laboral. Calificación de satisfacción de los usuarios.	
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.	Como centro de salud garantizamos 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 a través de la promoción de la misma, a través de las emisoras locales	

	 Evidencia: Fotos de las visitas a las emisoras.	
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.	El hospital garantiza una comunicación y un diálogo amplio sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos incluyendo con todos los empleados de la organización. Evidencia: Medios Audiovisuales Reuniones	

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).

El centro hospitalario revisa periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo para de esta forma dar respuesta oportuna al paciente. Lo principal es el apego a la misión y los factores que hacen posible el cumplimiento de los objetivos establecidos. También velamos en conjunto con los representantes de la comunidad, proveedores públicos, ciudadanos clientes, los distintos grupos de interés de la comunidad, organizaciones públicas y privadas. Con respecto al impacto climático hemos adoptado campañas de sensibilización sobre el uso responsable del agua y la energía eléctrica y sobre la socialización de los derechos de las personas con discapacidad.



3 Me gusta

hospitaldr.ag Campaña de sensibilización uso responsables agua y energía eléctrica.

El Hospital Municipal Dr Alberto Gautreaux, Se une a la, Campaña, con el fin de sensibilizar y educar a nuestros municipes, de la importancia del ahorro y el uso responsable de energía eléctrica.

La misma fue impartida por la Lic. Marcella Tavarez, quien cito algunos consejos y destacó la importancia del uso responsable de nuestros recursos.

	Evidencia: Plan Operativo Anual POA Fotos	
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).	El centro se prepara para los desafíos y cambios de la transformación digital.	Gestionar personal de tecnología
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.	Tenemos claro y asumimos el liderazgo y buen comportamiento de sus colaboradores, se han tomado medidas adecuadas de seguridad para evitar fugas que perjudiquen las buenas prácticas de la institución. Facilitando directrices a los empleados	CREAR COMITÉ DISCIPLINARIO

	sobre cómo enfrentarse a estos casos a través del código de ética estandarizado del SNS Evidencia: Acta Constitutiva del Comité de disciplinario.	
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).	El centro hospitalario refuerza la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes, directivos y empleados, a través de socializaciones y charlas. Aseguramos la lealtad, trabajo en equipo y el respeto garantizando a sus servidores públicos un ambiente de confianza entre sus proveedores, dentro y fuera de la institución. Evidencia: Fotos de charlas Listado de asistencia	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El centro cuenta con un departamento de RR-HH el cual tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones y responsabilidades por departamento. Evidencia: Evaluación de desempeño	

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.	El centro cuenta con la evaluación de desempeño anual, en el cual se establecen objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización. Evidencia: Acuerdo de desempeño. Evaluación desempeño.							
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.).	Nos mantenemos de manera activa monitoreando la satisfacción de los usuarios con el fin de introducir mejoras en el sistema de gestión. Se realizan diariamente un número determinado de encuestas para valorar la satisfacción de los usuarios. Según la Ley general de salud Núm. 42-01 en su Art. 28 establece que a todas las personas se les debe respetar su personalidad, dignidad e intimidad a no ser discriminadas por razones de Etnia, edad, religión, condición social y política, estado legal, limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales entre otras. Contamos con Sillas de ruedas, rampas, señalizaciones y barras de apoyo, para dar respuesta a personas discapacitadas. Evidencia: Encuesta de satisfacción							
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).	Disponemos de un sistema de información que da respuestas al proceso de planificación institucional a través del Plan Operativo Anual (POA) cuyo objetivo es dar seguimiento a los indicadores de producción, eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios. Evidencia: reportes de seguimiento, correos electrónicos, redes sociales y el SISMAP. . GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN <table><tr><td>01 Porcentaje de cumplimiento del POA</td><td>Objetivo Logrado.</td><td>Informe POA TI-2024 DCSNS y CEAS.pdf</td><td>06/12/2024</td><td></td><td>87.00%</td></tr></table>	01 Porcentaje de cumplimiento del POA	Objetivo Logrado.	Informe POA TI-2024 DCSNS y CEAS.pdf	06/12/2024		87.00%	
01 Porcentaje de cumplimiento del POA	Objetivo Logrado.	Informe POA TI-2024 DCSNS y CEAS.pdf	06/12/2024		87.00%			
5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de	E Adoptado el modelo CAF, de autoevaluación y mejora continua con la colaboración del MAP, quienes nos dirigen y orientan. Evidencia: Guía CAF.							

certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	Acta de conformación.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	El hospital tiene computadoras e internet en áreas estratégicas para lograr los objetivos operativos. Evidencia: Foto de las diferentes áreas.	
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.	El centro realiza talleres a través de RR-HH, sobre la importancia del trabajo en equipo. Se mantiene un espacio adecuado y condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos. Como son: Salón de reuniones, Estación de enfermería en diferentes puntos de fácil acceso estratégicos como son: Emergencia, Quirófano y Hospitalización. Para favorecer la gestión y fomentar el trabajo de equipo cuenta con los siguientes comités: Consejo Administrativo Hospitalario, Comité Hospitalario, Comité Compras, Comité Hospitalario de Bioseguridad, Comité de Calidad de los Servicios, Comité de Calidad, entre otros... Evidencia: Actas constitutivas	No se evidencia departamento de tecnología.
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.	El centro asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, Cartera de Servicios actualizada y publicada. Se mantiene una comunicación efectiva tanto con nuestros usuarios/ clientes internos como externos a través de reuniones con encargados de departamentos y junto a todo el personal, memorandos, murales, comunicación escrita y digital (Email), Grupos de WhatsApp.	



Evidencia:
Cartera de servicio
WhatsApp,

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.

El hospital se retroalimenta de manera constante a los empleados en caso de que lo amerite, los gerentes se reúnen con la dirección y luego estos se reúnen con sus colaboradores para informales lo tratado y escuchar sus opiniones. Trabajamos con el Modelo CAF para mantener la mejora continua.

Evidencia;
Guía de Autodiagnóstico CAF

10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.

Comunicamos a grupos de interés como al SNS cambios en la Cartera de Servicios, se aprovecha el proceso de planificación para fomentar los cambios y comunicarlos a través los grupos de interés internos y externos. Socializamos las auditorias que nos realizan con las

	áreas implicadas para retroalimentar y preparar los planes para la mejora continua y de esta manera incentivar el 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. Evidencias: Consolidado POA, listado de participantes Informe de auditoría del POA. Circulares informativas, Fotos de reuniones, foto de Murales, memorándum.	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	El HMAG, evita la corrupción y promueve el buen uso de los recursos de los directivos y colaboradores a través de charlas y participación continua. Lista de participantes. Evidencias: comité de ética constituido y en funcionamiento.	No se evidencia manual de ética

Subcriterio 1.3 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.	El centro predica con el ejemplo, aplicando réplicas de las buenas prácticas; las supervisoras de enfermería imparten aprendizaje al pasante de esta misma área, actuando personalmente 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. Evidencias: Carta solicitud de pasante departamento de enfermería.	

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.	Es un Hospital de puertas abiertas de cara al ciudadano y a nuestros colaboradores, como demostración de accesibilidad de las autoridades, esto quiere decir que hay permanente disposición para recibir a usuarios externos y personal, para escucharles y contribuirles a sus requerimientos. Se promueve la cultura de liderazgo proactiva mediante la socialización constantes y participación de los grupos de interés para obtener los mejores resultados del plan operativo. 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: En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios. En el departamento de atención integral se da consejería para los pacientes que lo necesitan. Atender a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual. Garantizar los derechos de las personas. Esta cultura de aprendizaje e involucramiento es fomentada a través de la revisión de los planes de mejora de manera trimestral, esto se evidencia a través de las matrices del 67 A Evidencias: Mural de derechos y deberes de los usuarios, planes de mejora, FORMULARIO 67A	

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	La dirección realiza reuniones con la finalidad de involucrar temas claves del centro hospitalario con los colaboradores. De manera periódica nos reunimos junto a los diferentes comités hospitalarios para tratar los temas de interés y la toma de decisiones para el buen funcionamiento y desempeño de este centro de salud. Evidencia: Listado de participación. fotos.	
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.	El centro a través del departamento RR-HH, realiza a principio de año un plan de capacitación, para empoderar y apoyar al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual. Evidencia: Plan de capacitación.	

5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	El hospital motiva a sus empleados realizando distribución semestral de los incentivos de SENASA, en la cual se toma en cuenta la evaluación de desempeño de sus funciones y se empoderan en sus trabajos. Evidencias: Evaluación de desempeño. Autorización de distribución de incentivos.	
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).	El hospital, promueve 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). Evidencia: Plan de capacitación	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.		

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.	El centro hospitalario a través de los buzones de sugerencias y encuesta de satisfacción, analiza y monitorea 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.	

	Resaltamos que actualmente el centro se encuentra en remozamiento desde julio del 2023 por lo que fueron desmontados los buzones Evidencia: reportes de los buzones de sugerencias reporte del sistema de encuesta	
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.	En nuestra institución se realizan con frecuencia intercambios con líderes políticos, empresarios y representantes de organizaciones de base y comunitaria, a quienes se les presenta el modelo de gestión y se les explica la necesidad de que el mismo sea utilizado como modelo de organización para el resto de los hospitales. Evidencia: fotos con las autoridades políticas.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	EL HMAG Identifica las políticas públicas relacionadas con el sector salud las cuales están enlazadas al servicio brindado diariamente, al plan operativo anual y al presupuesto anual, los cuales están direccionados por las políticas, guías y protocolos que dictan el MSP y el SNS. Evidencias: POA, RENDICION DE CUENTAS.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Nuestro Plan Operativo anual están alineados con los planes globales del país y con el PEI del Servicio Nacional de Salud. Por tanto, todos nuestros objetivos y metas de desempeño se encuentran en sintonía y armonía con las políticas públicas. Dentro de las principales se encuentran la gestión eficiente y la	

	disminución de la mortalidad materna y neonatal en el cumplimiento de los objetivos del milenio. Las metas y objetivos del hospital se encuentran alineadas con las políticas y prioridades definidas por la entidad rectora del sistema de salud dominicano, el Ministerio de Salud Pública (MSP), entre los que destacamos el compromiso de promover, proteger mejorar y restaura la salud de las personas y comunidades, prevenir enfermedades y eliminar inequidades en la situación de salud accesibilidad de los servicios. Establecido por ley como parte del Plan Nacional de Desarrollo que establece los ejes de políticas públicas a través de los cuales derivan los objetivos nacionales como base para el diseño de programas. La Ley Orgánica de Estrategia Nacional de Desarrollo consigna en el objetivo específico No. 2.2.1 “Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. También como parte de este alineamiento con las políticas públicas, cada año aplicamos el modelo CAF, además de que cumplimos con la Ley de Función Pública No. 41-08 entre otras Evidencia: Autoevaluación CAF 2023, POA alineado	
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.).	El centro hospitalario gestiona y desarrolla vínculos con algunos grupos de interés como son: ASOCIACION DE SANCHEROS AUSENTE, ROTARAT, entre otras que se acercan para colaborar con el buen funcionamiento del centro. Evidencia: Fotos con los diferentes grupos.	

6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	El hospital participa en operativos y actividades realizadas por ROTARAD Y otras organizaciones. Evidencia: Fotos de la actividad	
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	El centro hospitalario promueve la concientización de la población a través de charlas y programas de emisoras. Evidencia: Fotos de charla	

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:		No se evidencia

1. 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.	El hospital anticipado a la elaboración del POA anual, se reunió con los diferentes departamentos para realizar el POA 2022 Y 2023, aunados a las actividades enlatadas del SNS y reuniones con los diferentes órganos rectores. Evidencia: POA 2022,2023, planes de mejora departamentales.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	En el hospital tenemos identificados todos los grupos de interés. • Instituciones Académicas. • Representantes de la Comunidad. • Entidades Transportistas. • Proveedores. • Servicios de Apoyo Nacional (Cuerpo de Bomberos, Policía Nacional, etc.) • Empleados Internos. • Fundaciones. Evidencia: Listado de grupos de interés, encuesta de satisfacción al usuario Buzones de quejas y sugerencias. Listados de participantes, fotos	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El análisis de las reformas para la elaboración de estrategias efectivas la vemos a través de los estudios de la situación de salud, la vigilancia en epidemiológica, la promoción en salud, la planificación y desarrollo, regulación y control, equidad en acceso, recursos humanos, calidad del servicio, entre otras. Evidencias: Análisis FODA. Listado de asistencia POA interno	

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 realiza un análisis FODA, con el objetivo de identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que afectan directamente la institución y la comunidad para implementar un plan que logre convertir las áreas débiles en fuertes. Evidencias: Análisis FODA, Plan Operativo Anual.	

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.	El centro cuenta con misión y visión las cuales están alineadas con las prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores. Evidencias: Fotos de misión y visión	
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 involucra como grupo de interés, el patronato del hospital, PRO-SANCHEZ y de forma parcial existe (SeNaSa, ROTARAD entre otros) Evidencia: fotos.	

3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	El centro cuenta con un equipo de colaboradores que realizan campaña de protección al medio ambiente. La limpieza y desinfección del centro cuenta con personal entrenado. Se llevan registros diarios de la limpieza por área. La gerencia de epidemiología y algunas otras áreas cuentan con entrenamiento en el control de infecciones asociadas a la atención en salud. Evidencias: Campaña de cuidado del medioambiente en las redes sociales, charlas a los usuarios,	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	El centro adjunto del SRSN Y EL SNS, cada año realiza el presupuesto anual el cual nos asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. Realizamos un ejercicio de planificación del presupuesto por renglones, tomando en cuenta la capacidad de producción y la venta de servicios a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Evidencia: Presupuesto anual	

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): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El Hospital cuenta con un plan operativo anual el cual se encuentra vinculada al Plan Estratégico del SNS. Evidencia: POA	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	El Centro realiza una planificación operativa anual y de forma participativa, para la entrega de evidencias mensual por departamento. Evidencias: Grupo de WhatsApp, 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.	El centro hospitalario comunica de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y socializan los procesos y objetivos institucionales, protocolos, POA, Normas, Resoluciones Los planes, metas y objetivos de nuestro centro de salud son socializados con previa convocatoria en nuestro salón de conferencias, emplazando a todos los encargados de las distintas divisiones a través de los grupos de WhatsApp. Evidencias: POA 2024 Comunicaciones WhatsApp.	
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.	El centro cuenta con un plan de mejora el cual nos permite la evaluación e identificar los logros de nuestra institución.	

	Evidencias; plan de mejora (CAF)	
--	----------------------------------	--

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.	El Centro hospitalario identifica las necesidades a través de las quejas y sugerencias del paciente y se socializa con los diferentes departamentos para saber, qué podemos hacer para cambiar, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital. Las tecnologías de información están presentes en todas las estaciones de trabajo, tanto de las áreas clínicas como administrativas y de servicios generales, mediante el acceso a internet desde su puesto de trabajo Evidencias: Fotos	
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.		No se realiza
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	El hospital comunica a través de la emisora del municipio, los resultados de la organización para que sean difundido a todos los grupos de interés.	

	Evidencia: fotos en la emisora	
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.		No se realiza
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.	El centro cuenta con un departamento de atención al usuario el cual se encarga de darle respuesta a todas sus necesidades al igual que tenemos un staff de seguros SENASA, para evitar que el paciente tenga que trasladarse hasta la provincia en busca de respuestas. Evidencia: fotos del STAFF Y del departamento de atención al usuario.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El centro trabaja acorde con el presupuesto anual el cual nos permite asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificado en el plan operativo anual. Evidencia: presupuesto anual, POA, y Estados financieros.	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

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

1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	El hospital realiza una investigación interna sobre las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, la cual es llevada a consenso en una reunión con los encargados de área para obtenerlos mejores resultados. Analizamos periódicamente por medio de encuestas de clima laboral, evaluaciones del desempeño de personal, reuniones mensuales de los diferentes comités hospitalarios, con colaboradores internos, se detectan necesidades de capacitación, desarrollo profesional y necesidades básicas tanto de los empleados como de la institución. Como consecuencias de las capacitaciones hemos aumentado la capacidad de trabajo, mejor desempeño y ampliación de nuestra cartera de servicios. Evidencia: Evaluación de desempeño, Encuestas Minutas, Fotos de la cartera servicio	
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.	El centro a través de RR-HH, emite una matriz con los expedientes para el reclutamiento del personal, el cual es acompañado de los curriculum completado con todos los requisitos exigido por el SNS de los puestos que se requieren. Evidencia: matriz de reclutamiento (check - list)	

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.		No se realiza
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Se evalúa el personal administrativo y se mejoran sus conocimientos impartiendo cursos y talleres programados en el Plan de Capacitación. Al ingresar colaboradores nuevos al centro se hacen las inducciones y arreglos adecuados con relación a las guías y manejos. Evidencias: Listado de participación y fotografías	
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	El departamento de Recursos Humanos asegura y garantiza las capacidades de las personas para el cumplimiento de las actividades dentro del centro con las descripciones de todos los puestos vigentes dentro de la organización, en el cual se detallan las competencias necesarias para asumir el puesto y las funciones y responsabilidades a desarrollar en este. También todos los colaboradores tienden a ser evaluados con la evaluación de desempeño por competencias, el cual da respuesta a que cada uno de ellos están alineados y contribuyendo al logro de los objetivos plasmados. Evidencias: Perfiles de puestos, Acuerdos de desempeño.	

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 realiza la selección y reclutamiento del personal que cumpla con lo establecido en la Ley de Función Pública 41-08 en su Artículo 33. Se toma en cuenta al personal de acuerdo a las competencias y a sus capacidades profesionales que se ajuste al perfil del puesto. Damos oportunidad a estudiantes secundarios para realizar su práctica técnica supervisada. Evidencias: Ley de Función Pública 41-08, Artículo 33, listado de nómina,	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	El centro cuenta con un departamento de RR-HH el cual se encarga de que cada colaborador firme su acuerdo de desempeño para luego evaluarlo acorde a este. Evidencia: matriz acuerdo de desempeño	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	El hospital a través del departamento de RR-HH, y los encargados de cada departamento, evalúa a todos sus colaboradores con el acuerdo de desempeño el cual es firmado a principio de cada año. Evidencia: acuerdo de desempeño y 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.		No se realiza

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.	El centro hospitalario cuenta con un plan de capacitación anual, en el cual recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles programa algunos talleres para mejorar las competencias, incluyendo las habilidades docentes el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras. Evidencia: Plan de capacitación anual	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	El departamento de RR-HH se encarga de inducir el nuevo personal entregándole el manual de cargo. Evidencia: fotos	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	El centro estratégicamente a través de RR-HH, promueve la movilidad interna de sus empleados por diferentes departamentos. Evidencia: Distribución de trabajo	
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	El centro realiza capacitaciones virtuales para las diferentes áreas y recibimos informaciones a través de correos y WhatsApp. Desarrollamos y promovemos frecuentemente conferencias talleres, charlas y discusión de casos clínicos de relevancia además de la realización de la entrega de guardias Evidencia: Seguimiento al plan de capacitación	

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.		No se evidencia
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.	Nuestro centro trabaja con un presupuesto para monitorear el análisis de costo de nuestra institución. Evidencias; presupuesto anual	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	El centro cuenta con una encuesta del clima laboral, donde se investiga las necesidades por departamento mediante un dialogo realizado por el departamento de RR-HH. Evidencia: Cuestionario del clima laboral.	

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.		No se evidencia
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.	El centro, cada año realiza encuesta 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. Evidencia: clima laboral	
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.	En el HMAG se aseguran las condiciones ambientales necesarias, donde se desenvuelven los colaboradores, esto a través del comité de bioseguridad, el cual realiza inspecciones mensuales mediante la aplicación del formulario de evaluación y reuniones para asegurar las condiciones más seguras en cada área de labor. Evidencias: Acta constitutiva del Comité de Bioseguridad, Minutas y listas de participación.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	El HMAG, asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados, mediante una política de RRHH flexible, donde dependiendo de las necesidades de cada puesto, se otorgan permisos y licencias siempre que haya una justificación apegada a la política (enfermedad, estudiantil, compromisos familiares). Evidencia: Matriz de pasivo por enfermedad y Enfermedades, formularios de permisos y licencias.	

6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.		No se evidencia
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.		No se evidencia

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	El centro cuenta con un listado de las ARS a las cuales estamos afiliados además se dispone de la página de compras dominicana la cual posee un listado de proveedores por rubro. Evidencia: Listado de las ARS. 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.		No se evidencia
3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.		No se realiza
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se realiza
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.		No se realiza

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	EL HMAG, motiva a los usuarios y familiares a involucrarse en las sugerencias y quejas con ideas, esto se realiza constantemente como medio de evaluación para toma de decisiones y mejoras continua. Evidencias: buzón de quejas y sugerencias, grupos focales.	

1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	El centro cumple con lo solicitado por nuestros superiores y el envío de información en tiempo record.	
	Evidencias; Matriz trimestral	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	El hospital realiza esfuerzos para mejorar continuamente la sustentabilidad financiera mediante el buen uso de los recursos y el control de 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).	
	Evidencias: inventario de medicamentos. Inventario de equipos Registro de glosas	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	El centro reporta cada mes al SRSN y SNS el consolidado de gastos el cual esta sincronizado con el presupuesto anual.	
	Evidencias: Consolidado	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	El hospital reporta cada mes las cuentas de fondo operativo y venta de servicio al SRSN Y SNS	
	Evidencias; Formulario de recepción y expediente de liquidación.	

5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.

El hospital cuenta con una unidad financiera la cual se encarga de llevar a cabo el control de los costos y los gastos de nuestra institución.

Evidencias;
Formulario de liquidación de fondo.
Estados financieros.

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.		No se evidencia
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	El centro cuenta con tecnológica de Servidores físicos y memorias para recogida y procesamiento de información. Evidencias; fotos de archivos y fotos de los servidores.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	El HMAG se apoya de herramientas informáticas para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales. Evidencias: Fotos, Computadoras instaladas y en funcionamiento.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	El centro cuenta con tecnológica de Servidores físicos y memorias para recogida y procesamiento de información. Evidencias; fotos de archivos y fotos de los servidores.	

5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	El centro cuenta con tecnología de Servidores físicos y memorias para recogida y procesamiento de información. Evidencias; fotos de archivos y fotos de los servidores.	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	El Hospital dispone de cuenta de correo institucional y cuentas de redes sociales, donde se difunden las informaciones.  Evidencia: Fotos de correo y redes sociales	

7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	El centro Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización a través de reuniones informativas. Evidencias: Listados de participación. Fotos de reunión	
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.	El hospital sostiene una estrecha relación con los usuarios y con los grupos sociales de nuestro municipio. Evidencias; carta de colaboración	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		No se evidencia

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	El centro en busca de dar respuesta a las necesidades que se presentan instalo computador en áreas estratégicas para cumplir con los objetivos operativos. Evidencia: Fotos	

2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se evidencia
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando	El hospital cuenta con un sistema contratado de laboratorio (ADELA), el cual agiliza la digitación de los resultados de las analíticas.	

sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).	Evidencia: Fotos del sistema	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.		No se evidencia
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.		No se evidencia
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.		No se evidencia
7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.		No se evidencia
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.	El centro cuenta con la programación oportuna de medicamentos a través del SUGEMI. Evidencia: FOTOS DEL SUGEMI41	

[illegible]

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).	Este centro elabora un plan anual de mantenimiento al cual se le da seguimiento de forma mensual. Evidencia: Plan de mantenimiento preventivo y correctivo, Informe de mantenimiento mensual	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	El centro cuenta con instalaciones seguras y sin barreras que satisfacen las necesidades del paciente. Evidencia: Encuesta de satisfacción	
3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.		No se evidencia
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	El hospital cuenta con instalaciones estratégicamente distribuidas, las cuales están a la disposición de nuestros usuarios. Evidencia: Fotos de las instalaciones	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	El centro tiene en sus instalaciones una planta eléctrica la cual se encuentra en perfectas condiciones y tiene capacidad para suministrar energía al establecimiento en general. Evidencia: Fotos de la Planta.	

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).	Nuestro centro cuenta con facilidad de Parqueo para nuestros usuarios y la ruta de guaguas publicas pasan por nuestras instalaciones. Evidencia: Fotos del parqueo	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	El hospital cuenta con un comité de emergencias y desastres. Evidencia: Acta de confirmación	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	En Nuestro centro de salud Disponemos de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, entre otros) Evidencias: Plan de Mantenimiento 2025.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).		No se evidencia
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.		No se evidencia

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

SUBCRITERIO 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes.

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

Documento Externo
SGC-MAP

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.		No se evidencia
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.		No se evidencia
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.	El centro impulsa la innovación y la optimización de procesos, por esta razón ubico el departamento de atención al usuario y el staff de seguros SENASA en lugares estratégicos, con el fin de satisfacer a los usuarios y grupos de interés, generando valor agregado. Evidencia: Fotos del departamento de Atención al usuario y staff de SENASA. 	
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.		No se evidencia

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.).	El centro cuenta con un departamento de atención a los usuarios el cual se encarga de monitorear y medir a través de encuestas la satisfacción del servicio recibido. Evidencia: encuesta de satisfacción	
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.	El centro cuenta con el reporte oportuno de la documentación de las referencias y Contrareferencia. Evidencia: hojas de referencias y Contrareferencia.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Estamos habilitados por el Ministerio de Salud Pública actualmente estamos en proceso de renovar la habilitación en este año 2024. Evidencias : Certificado Habilitación del MSP	

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.	El hospital mantiene la comunicación y la retroalimentación hacia los usuarios a través de charlas, explicaciones y encuestas. Evidencias; fotos.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No se evidencia
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.		No se evidencia

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.		No evidencia

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.		No se evidencia
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.	Tenemos contratos con diferentes prestadoras de salud como son: SENASA SUBSIDIADO, entre otras ARS Evidencias: contratos con las distintas aseguradoras.	
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.		No se evidencia

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

1. 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.)	El HMAG desde su apertura se ha interesado en satisfacer y cumplir con las necesidades de los clientes y ciudadanos que circulan por la institución, brindando servicios con calidez, confianza y calidad. Para ello establecemos metas institucionales que responden a los niveles de satisfacción de la población con relación a la atención que reciben al visitar nuestro centro. En el resultado reflejado para el primer semestre 2025, nos da como resultado una Satisfacción general de 92.10 %	

Encuesta General de Satisfacción

Estamos comprometidos con proporcionar el mejor servicio en nuestros establecimientos. Por favor, responda este formulario para ayudarnos a mejorar cada día nuestro servicio. ¡Gracias!

Nombre del Establecimiento de Salud

1. Seleccione el servicio recibido

- ☐ Emergencia
- ☐ Hospitalización
- ☐ Laboratorio
- ☐ Imágenes
- ☐ Consulta Externa

2. ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?

(El personal le saludó, se dispuso, pudo por favor al solicitar información, servirle, le llamó por su nombre, etc.)

- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy Mala

3. ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?

(La competencia, conocimiento y atención profesional de la persona que le atendió.)

- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy Mala

8. ¿Recomendaría a otra persona atendida en este establecimiento de salud?

☐ Sí ☐ No

9. En general, ¿cómo considera la calidad del servicio recibido?

- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy Mala

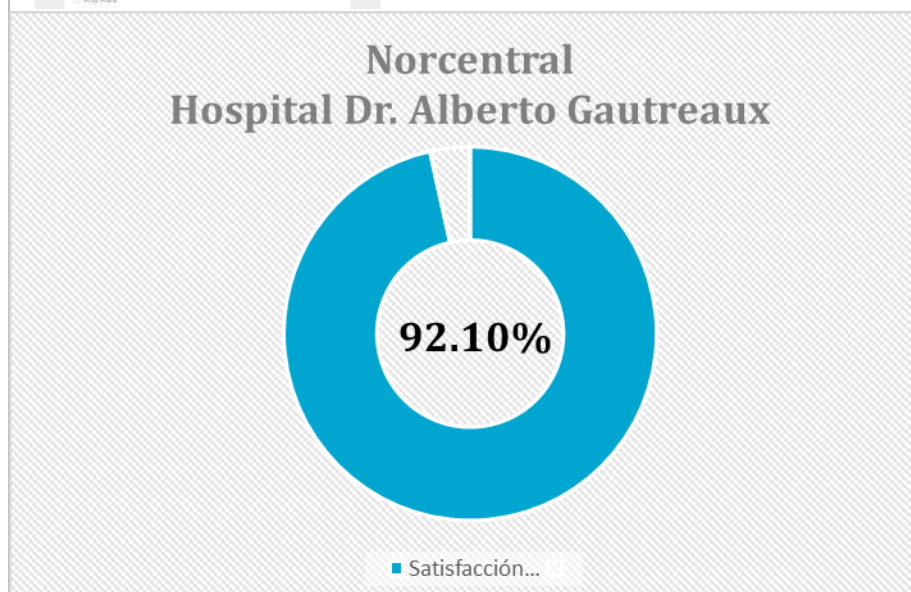
10. ¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico?

(Paseo de espera, baños, baños especiales, etc.)

- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy Mala

¡Su opinión es importante para nosotros!

Al presentar este formulario, usted acepta que su información será utilizada para fines estadísticos y de mejora de servicios. No se divulgará información personal. Este formulario es propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora. © 2019. Todos los derechos reservados. Sonora, Sonora.



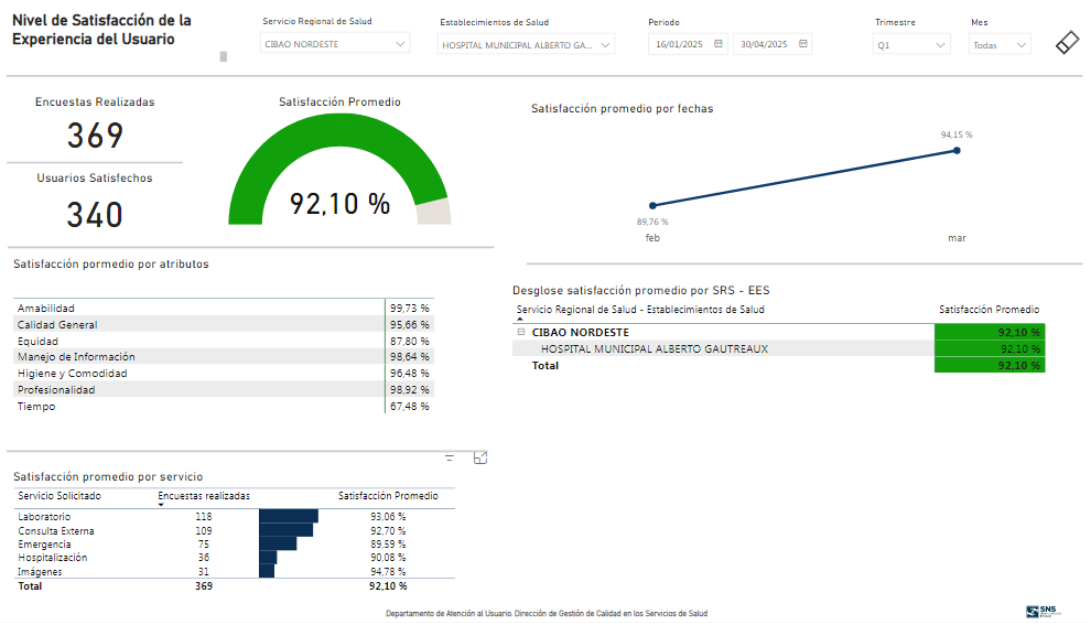
Satisfacción...

Evidencia: informe semestral de atención al usuario, buzón de quejas y sugerencias.

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).

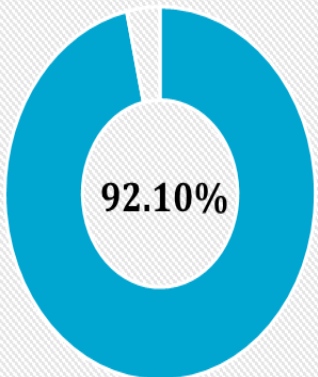
En nuestra institución tenemos colaboradores que se caracterizan por su amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, claridad de la información facilitada, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas. La satisfacción de la amabilidad en los servicios prestados es de un 99.73%, (340/369.

Evidencia: Encuestas de satisfacción, Charlas derechos y deberes. Elaboración de reuniones grupos focales. Protocolo de atención al usuario.

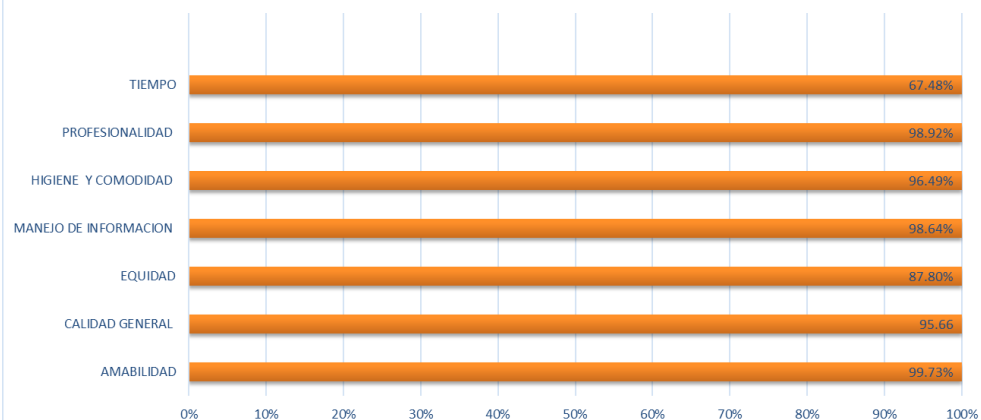


3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.

El HMAG mediante las encuestas de satisfacción las cuales perciben el nivel de participación de los ciudadanos/clientes y nuestro buzón de quejas y sugerencias instalado en nuestro centro con el fin de saber las inquietudes de nuestros pacientes para buscar mejoras y erradicar la inconformidad, se hacen reuniones de lugar donde llamamos a los ciudadanos para buscar solucionar la inquietud.

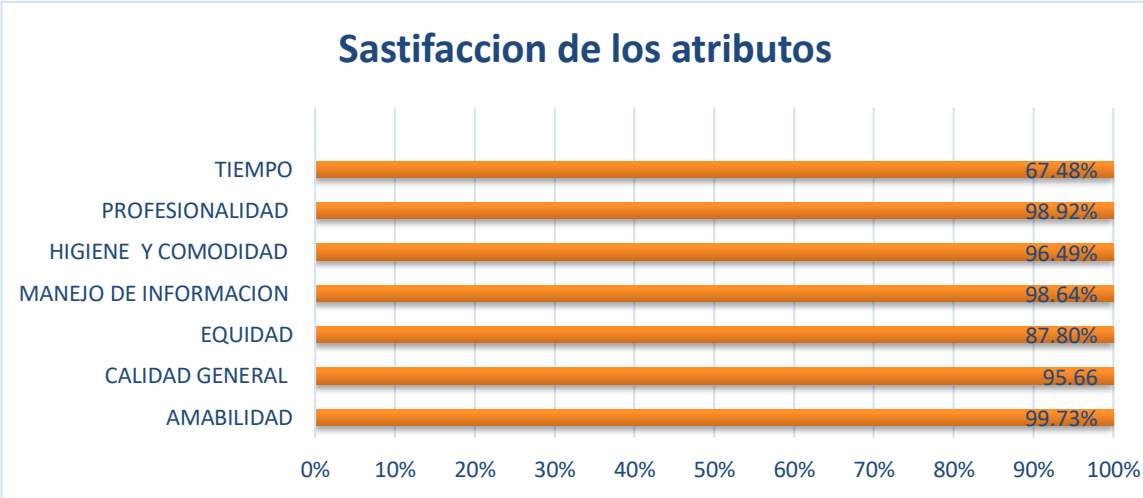
	Norcentral Hospital Dr. Alberto Gautreaux  92.10% ■ Satisfacción... Evidencia: reuniones, encuesta de Satisfacción, buzón de quejas y sugerencias.	
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	En nuestra Encuesta General de Satisfacción a los usuarios para primer trimestre del año 2025 podemos observar que en el manejo de las informaciones obtuvimos un 98.64%, en el acceso en cuanto a la calidad en general obtuvimos un 95.66%	

Sastifaccion de los atributos



5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.

El centro toma en cuenta las recomendaciones dadas por los usuarios y se le da respuesta oportuna, como resultado obtuvimos para el primer trimestre del año 2025 obtuvimos un % los siguientes resultados;



2. Resultados de la percepción de los servicios y productos.		
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas 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.).	En nuestra Encuesta de Satisfacción al Usuario Enero-Marzo 2025 el 99.46% recomendaría atenderse en nuestro centro de salud. ¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud? 0.54% 99.46% ■ Si ■ No	
	Evidencias: respuestas a los usuarios de las sugerencias	

0.00%

2. Calidad de los productos y

servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resulta dos, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).

El hospital cuenta con un departamento de atención al usuario el cual se encarga de las citas de imágenes y estadística que cubre las citas de consultas; tenemos equipos de calidad para agilizar los procesos.

Para el primer trimestre del año 2025, el nivel de satisfacción de la experiencia

alcanzo el 92.10%



Nivel de Satisfacción de la Experiencia del Usuario

Servicio Regional de Salud

CIBAO NORDESTE

Establecimientos de Salud

HOSPITAL MUNICIPAL ALBERTO GAL...

Periodo

16/01/2025

30/04/2025

Trimestre

Q1

Mes

Todas

Nivel de satisfacción por servicios según cumplimiento de indicadores

Servicio Solicitado	Índice de Amabilidad del Personal - IAP	Índice de Calidad General del Servicio - ICGS	Índice de Equidad en la Atención - IEA	Índice de Higiene y Comodidad - IHC	Índice de Manejo de Información - IMI	Índice de Profesionalidad del Personal - IPP	Índice de Recomendación del Servicio - IRS	Índice de Tiempo y Facilidad de la Atención
Laboratorio	99,15 %	94,07 %	88,98 %	99,15 %	100,00 %	97,46 %	98,31 %	72,60 %
Consulta Externa	100,00 %	97,25 %	90,83 %	99,08 %	99,08 %	100,00 %	100,00 %	62,69 %
Emergencia	100,00 %	94,67 %	84,00 %	93,33 %	97,33 %	98,67 %	100,00 %	59,11 %
Hospitalización	100,00 %	94,44 %	80,56 %	83,33 %	97,22 %	100,00 %	100,00 %	75,00 %
Imágenes	100,00 %	100,00 %	90,32 %	100,00 %	96,77 %	100,00 %	100,00 %	76,34 %
Total	99,73 %	95,66 %	87,80 %	96,48 %	98,64 %	98,92 %	99,46 %	67,48 %

Fotos

3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).

El centro brinda servicios de prioridad a las emergencias, embarazadas y discapacitados.

Dentro de los servicios que ofrece nuestro hospital, está el programa de Adolescentes, el cual atiende las necesidades en salud y apoyo psico-emocional a estas jóvenes, además del embarazo y planificación.

Las personas con discapacidad tienen prioridad al momento de utilizar nuestros servicios además que nuestras instalaciones poseen rampas de accesos para personas discapacitadas en las áreas requeridas.

Evidencias: encuestas de atención al usuario.

4. Capacidades de la organización para la innovación.

Este centro ha sido capaz de innovar a través del tiempo, ha habilitado diferentes servicios y se ha adaptado a nuevas y actualizadas formas de brindarlos.

Claro

Compañía Dominicana de Teléfonos, S. A.
RNC: 18188157-7

Referencia: 803715
Cotización No: 1300866
Fecha de Cotización: 20-03-2024
Fecha de Expiración: 19-04-2024

Cliente: HOSPITAL DR. ALBERTO GAUTREAUX
Dirección: RESTAURACION 22
Teléfono: 8096527130
Fax:
Contacto: JUANA ESPINAL

Equipos					
No. Parte	Descripción	Precio RD\$	Cant.	Monto RD\$	Sub-Total RD\$
AB-PRO2000T	UPS Abtech modelo AB-PRO2000T Línea Intermedia Pro 2000 VA, 1200W, with AVR, 120V Input/Output, 50/60Hz, Auto-Sensing, R Home 3-15R Outlets (4 Surge + 4 AVR/Battery), J11RJ45 Protection, Blue LCD Display.	18,548.00	1	18,548.00	18,548.00
	LP-3317V2WH LANPRO FACEPLATE VERTICAL 2 PTO	84.00	10	840.00	840.00
	LP-4C8UCOR1C LANPRO PATCHCORD CAT6 1M ORS ALTA DENSIDAD 28AWG	252.00	10	2,520.00	2,520.00
					19,908.00
					0.00
					19,908.00
					3,583.44
					23,491.44

Instalación					
No. Parte	Descripción	Precio RD\$	Cant.	Monto RD\$	Sub-Total RD\$
SDSK	SISTEMA DE TIERRA	18,375.00	1	18,375.00	18,375.00
SDN10	Inst. Salida de Red Neg. 10	10,029.66	1	10,029.66	10,029.66
					28,404.66
					0.00
					28,404.66
					5,112.84
					33,517.50

GRAND Total 57,008.94

Evidencias: tecnología utilizada, contratos de red telefonía.

5. Digitalización en la organización.		No se mide
---------------------------------------	--	------------

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	El HMAG tiene los horarios de los servicios claramente establecidos y divulgados en las vías de comunicación de lugar. El servicio de consulta externa y veinticuatro horas de servicio de emergencia, a fin de que los usuarios puedan acceder a servicios básicos de salud sin que afecte la productividad nacional, al tener que ausentarse de sus labores para concretizar las necesidades de salud de sus niños, niñas y adolescentes cumpliendo con la disposición del Servicio Nacional de Salud .	

	Según Nuestra encuesta de satisfacción Enero- marzo 2025, el 67.48 % de los encuestados considera que el tiempo de espera para recibir resultados es bueno. Evidencias:).	
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	El hospital cuenta con un equipo que se encarga de la apertura de los buzones de sugerencia dirigido por el departamento de calidad, e integrado por atención al usuario, recursos humanos, planificación, facturación y farmacia, equipo responsable de dar soluciones a todas las quejas, en un máximo 10 días laborables, dependiendo la complejidad de esta, recolectando los datos del usuario y poniéndose en contacto con el mismo al momento de tomar una medida de mejora.	

Evidencia: matriz y formulario de quejas y sugerencias.



Registro de QDRS

Codigo : 1.3.3.1.06

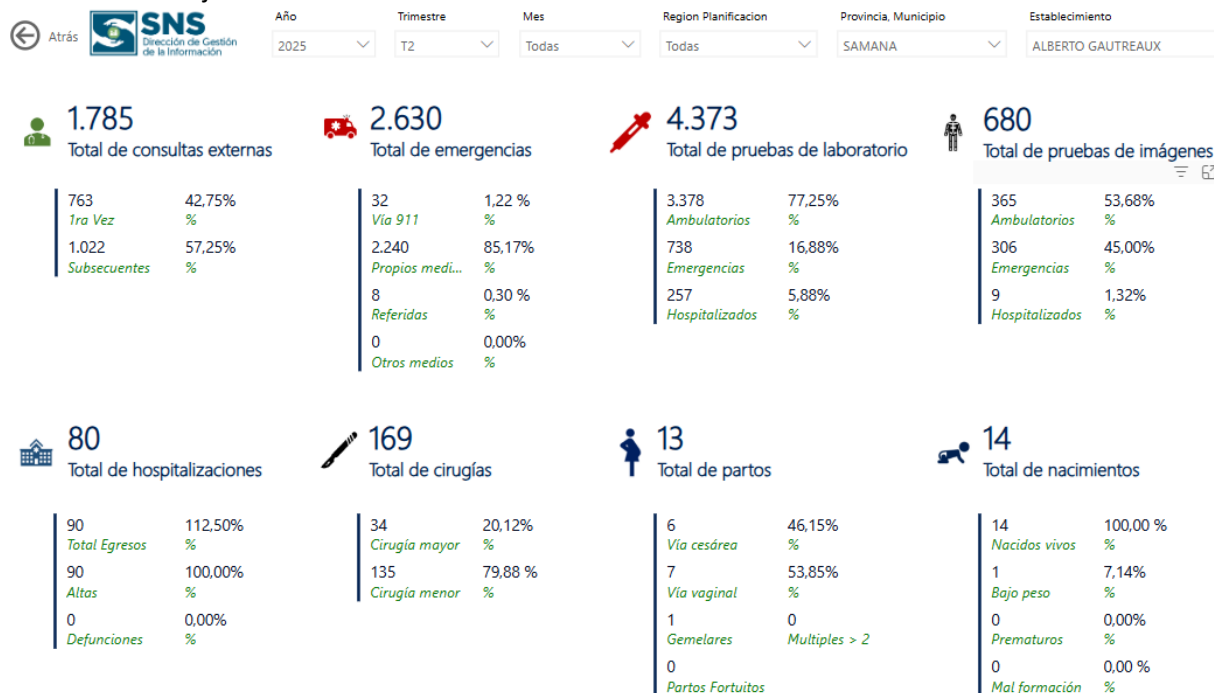
[illegible]

4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.

No se mide

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.

El HMAG, dentro de las condiciones dadas a cumplido con sus indicadores, evidenciamos los resultados alojados desde la Dirección de Gestión de la Información del SNS.



6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.		

En el HMAG tenemos ajustada nuestra cartera de servicios en un 100% según los lineamientos del SNS.

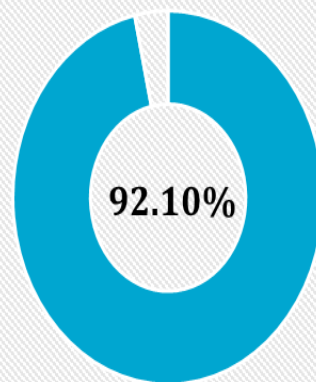
Evidencia: matriz de cartera de servicios, cartera de servicios publicada en el centro.



7. Índice de Satisfacción de Usuarios.

El hospital cuenta con programa de encuesta satisfacción de nuestros usuarios, la cual es calculada al finalizar de cada mes. El resultado alojado en el primer trimestre del año del 2025, muestra una satisfacción general de 92.10%

**Norcentral
Hospital Dr. Alberto Gautreaux**



■ Satisfacción...

Evidencia: encuesta de satisfacción

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

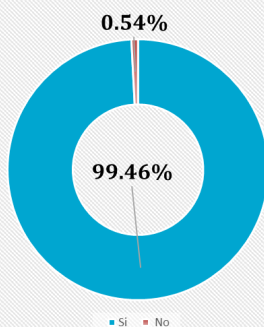
Documento Externo
SGC-MAP

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.	Actualmente son 3 los canales de Información *Redes sociales *311 * Atención al usuario	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)		No se mide
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.		No se mide

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).		No se mide

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).	En el hospital se realiza encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios y los productos aplicados a los pacientes, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también tenemos instalados buzones de sugerencias en las mismas áreas. Los resultados de las encuestas y en caso de que haya sugerencias y demás, las mismas son socializadas con los grupos internos y externos. Como fin de atender a los ciudadanos con mayor eficiencia y calidad, se ha instalados 12 aires acondicionados en los consultorios. Se espera alcanzar en el 2024 un porcentaje en innovación de un 90% Evidencia: Encuestas y reuniones.	
---	--	--

	¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?  <table><tr><th>Respuesta</th><th>Porcentaje</th></tr><tr><td>Si</td><td>99.46%</td></tr><tr><td>No</td><td>0.54%</td></tr></table>	Respuesta	Porcentaje	Si	99.46%	No	0.54%	
Respuesta	Porcentaje							
Si	99.46%							
No	0.54%							

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).	En la institución se garantiza un ambiente libre de discriminación, que facilita el acceso a los servicios de salud a niños/as y adolescentes, en el marco del respeto a la dignidad humana, las leyes y normas nacionales e internacionales, independientemente de su condición socioeconómica, procedencia geográfica, sexo, pertenencia a algún grupo étnico o creencia religiosa, etc.	
--	---	--

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

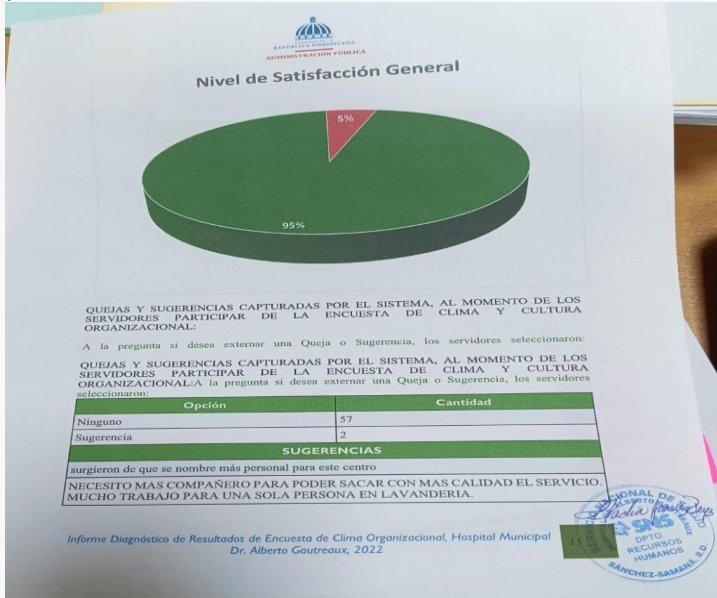
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).		No se mide
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).		No se mide

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

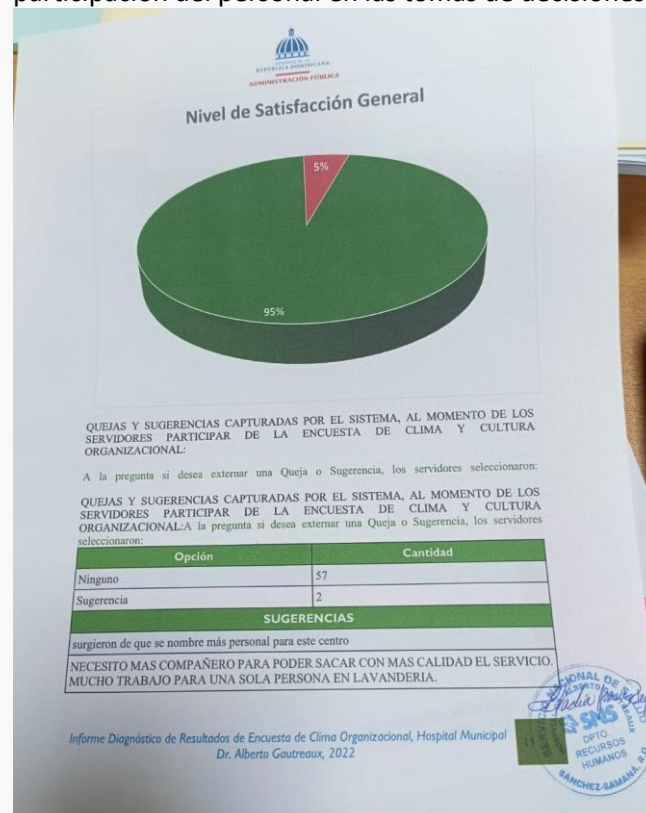
1. Resultados en relación con la percepción global de las personas acerca de:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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 realizó encuestas de clima laboral en el 2022 a los colaboradores de diferentes servicios, donde se aborda este acápite, resultado positivo 95.00%. Evidencias: Encuesta de Clima.  Evidencia: Encuesta Clima Laboral	

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.	Para la revisión de los lineamientos institucionales se trabaja con diferentes formularios que permiten a los colaboradores participar en las mismas, esto evidenciado en los resultados de encuesta de clima laboral 2022, resultado positivo 95.31%. Evidencia: Encuesta Clima Laboral	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Se realizan reuniones periódicas y cada vez que sea necesario donde se involucra tanto el equipo gerencial como los demás colaboradores, con la finalidad de evaluar acciones de mejora, esto evidenciado en los resultados de encuesta de clima laboral del 2022, resultado positivo 82.93%. Evidencias: Minutas, listados de participación, resultados de Encuesta de clima laboral	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	El centro a través de charlas y programas de emisoras, concientiza a los usuarios sobre la importancia de un comportamiento ético. En el año 2023, nuestro director fue entrevistado en una de las emisoras locales, en dicha entrevista uno de los temas fue el conflicto de interés. También Se realizan reuniones periódicas con el equipo gerencial y los colaboradores bajo su responsabilidad, resultado positivo 92.51%, en la encuesta de clima laboral 2022. Evidencias: fotos. Encuesta de Clima Laboral.	

5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.

El hospital realiza reuniones periódicas para la retroalimentación y participación del personal en las tomas de decisiones.



Evidencia: Clima laboral

6. La responsabilidad social de la organización.

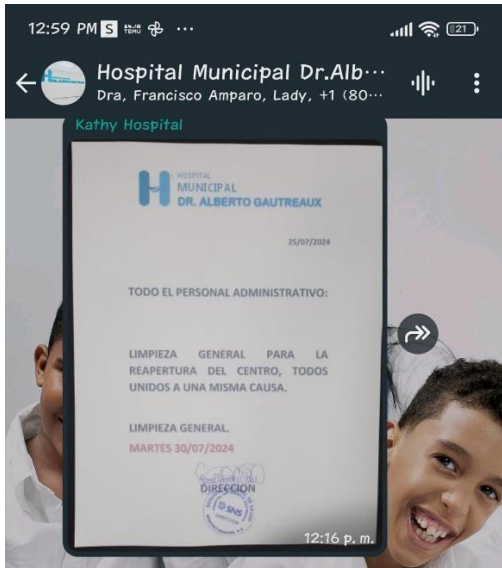
El hospital tiene la responsabilidad de brindar un excelente servicio y asegurar la salud de la comunidad.
Se mantienen canales de comunicación con los colaboradores de diferentes servicios con resultado positivo de 97.56%, Balance trabajo y familia 96.76%. Evidencias: Encuesta de Clima.

7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No se mide
8. El impacto de la digitalización en la organización.		No se mide
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No se mide

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

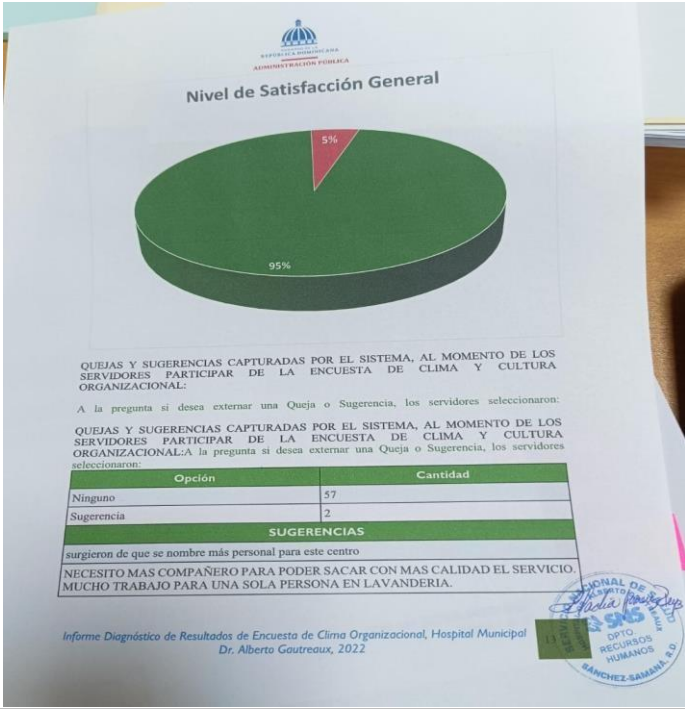
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	La organización establece acuerdos de desempeño con cada uno de los colaboradores que conforman la entidad para el logro de sus objetivos, el departamento de planificación y desarrollo y la administración, son los responsables de definir los objetivos, metas y presupuesto del POA. Esto se hace con la participación de los encargados departamentales de la organización, quienes son los responsables de comunicarla a todos los colaboradores. El rendimiento se monitorea y evalúa cada trimestre. En el 2024 se evaluaron 162, colaboradores obteniendo en resultado promedio de 51 puntos Evidencia: Evaluación de desempeño	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	El hospital cuenta con un proceso de monitoreo mensual y trimestral del nivel de cumplimiento de las actividades planificadas	

	Los colaboradores conocen los procesos y participan en el diseño y gestión de estos en el 95.75%. Evidencia: actas de reuniones, listado de asistencia. Evidencia: Listado de Participación	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El HMAG reparte y evalúa mediante los acuerdos de desempeño. Estos acuerdos tienden a ser socializados y firmados por el supervisor inmediato y el colaborador. Estos resultados en conjunto con los indicadores son reportados en la plantilla de evaluación de acuerdos de desempeño. En el 2025 se evaluaron 184, colaboradores obteniendo en resultado promedio d puntos Evidencia: Matriz evaluación resultados, acuerdos de desempeño.	
4. La gestión del conocimiento.		No se mide
5. La comunicación interna y las medidas de información.	El HMAG implementa la comunicación tanto interna como externa con el fin de que los encargados departamentales y los colaboradores de las diversas	

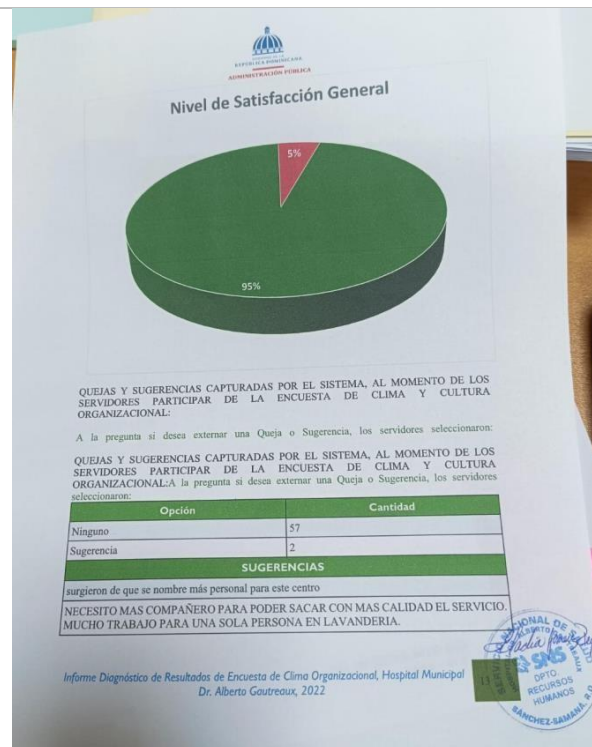
	áreas estén al tanto.  Evidencias: Grupos de WhatsApp, fotos y listado de participación	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Los empleados se reconocen con certificados como empleados destacados. También celebramos días especiales como el día de las enfermeras, fiesta de navidad, día del amor y la amistad. En diciembre del 2023, se realizó la habitual Fiesta De Navidad, en la que se entregaron un total de 29, reconocimientos Evidencias: fotos de actividades, fotos de reconocimientos.	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El hospital cuenta con un enfoque plasmado en nuestra visión.	

	En mayo 2024 se celebró un contrato con la empresa CLARO, a fin de colocar 10 teléfonos, para agilizar la comunicación entre los colaboradores.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	El centro cuenta con una encuesta de clima laboral para medir el ambiente de trabajo, Que para la última encuesta realizada en el año 2022 arrojo un 95% Evidencia: clima laboral 	

2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El HMAG en sentido general les damos un enfoque a las cuestiones sociales tales como: Flexibilidad de horario al personal que posee problemas de salud, permisos para estudios, flexibilidad de horario por distancia, permisos para cuidar a sus familiares enfermos, etc. En el mes de Enero- Marzo 2025, se otorgaron 7 licencias, por enfermedad común y fueron otorgados de acuerdo a los datos suministrados por RRHH solo 11 permisos. Evidencias: Solicitud de permisos a RRHH.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		No se mide
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Los colaboradores de nuestro centro cuentan con los recursos necesarios para realizar sus tareas diarias de manera adecuada, en un ambiente seguro, confiado, equipos modernos y con alta tecnología. La última encuesta realizada en el año 2022, arrojó como resultado el 95% Evidencias: resultados de encuesta de medición de Clima.	



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.		No se mide
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	El HMAG motiva a los colaboradores realizando charlas de motivación y empoderamiento, así como también de liderazgo y gestión humana para su desarrollo de competencias por áreas de trabajo con el objetivo de empoderarlos y eficientizar su desempeño.	

3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Del Plan anual de capacitación 2025, no se han realizado. Evidencias: plan de capacitación anual El acceso y la calidad de la formación y el desarrollo profesional son impartidas a través de capacitaciones de entidades reconocidas por la como son INFOTEP y el INAP,	

	Evidencias: plan de capacitación y listado de Participantes.	
--	---	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.		
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
	Documento Externo SGC-MAP	GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 79 de 92

1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		NO SE mide
2. Nivel de participación en actividades de mejora.		No se mide
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se mide
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se mide
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).	El centro cuenta con un departamento de atención al usuario el cual se encarga de dar repuesta oportuna a los pacientes. Evidencia: encuesta de satisfacción	

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: 1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).	El centro a través de RR-HH y los encargados departamentales realizan el proceso de evaluación del Desempeño individual. En el 2023, se realizaron evaluaciones a los 152 colaboradores Evidencia: matriz de evaluación de desempeño	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	El hospital cuenta con herramientas tecnológicas en áreas estratégicas para el buen funcionamiento del establecimiento. Están distribuidas 12 flotas telefónicas a encargados departamentales Evidencia: fotos	
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).	El centro cuenta con un departamento de RR-HH, el cual programa a principio de año las capacitaciones que serán impartidas, tomando en cuenta nuestras necesidades. Evidencia: matriz de capacitación	

4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No se mide
--	--	------------

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	El centro realiza operativos odontológicos en escuelas. El centro Hospitalario Dr. Alberto Gautreaux, cuenta con 5 odontólogos, los cuales se ocupan de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a cualquier parte de la estructura mandibular; es muy importante para nuestra población tener a su alcance esta especialidad. En el Periodo 2023-2024, se realizaron un total de 1 solo operativo odontológico en escuelas Evidencias; fotos de actividad	
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No se mide

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El centro tiene una valoración positiva en los aspectos generales, y consideran que la presencia del hospital en la comunidad ha significado un cambio positivo. Se han obtenido resultados por parte de los participantes, que piensan que el hospital es una institución que hace buenos aportes al país y a la comunidad de Sánchez. En el mismo orden, 100% de los entrevistados considera que la existencia del hospital ha significado cambios positivos en los gastos de las familias para asuntos de salud, y que recomendaría a las demás personas atenderse en este centro	
	Hospitalario. En este sentido las personas consideran que el hospital contribuye a que las familias del municipio Sánchez puedan tener una mejor salud a largo plazo, impactando de manera positiva en la sostenibilidad de la comunidad, reflejando así el aporte sustancial a la mitigación del impacto económico que suponen las enfermedades en las familias. Evidencia: Encuesta de satisfacción semestral	
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se mide

5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No se mide
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	Los objetivos de desarrollo sostenible están relacionados con la seguridad en las organizaciones, en nuestro centro de salud monitoreamos constantemente la seguridad de nuestros usuarios tanto internos como externos, asignando personal de seguridad y vigilancia permanente a los 365 días del año 24 horas al día. Se rotan de 2 Por día, y Uno en Horario Nocturno Evidencia: Listado de distribución de personal de seguridad.	
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se mide
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.		No se mide

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.).	En cumplimiento a la ley 340-06 de Compras y Contrataciones nuestros proveedores deben poseer los siguientes requisitos: Registros de proveedor del estado, estar al día con las obligaciones fiscales, que genere comprobante gubernamental. De energía tomamos algunas medidas para el ahorro de energía como son: Tenemos el compromiso de concienciar con el objetivo de apagar las luces de las áreas administrativas, consulta externa y cocina, son las únicas áreas que nos permiten tener control de ahorros de energía. Por la naturaleza del centro los demás departamentos se mantienen en	No se mide

	funcionamiento 24 horas y los equipos no se pueden desconectar porque pierden su calibración. Por ser una institución de salud y cuidar la bioseguridad de nuestros usuarios la cantidad de envases y residuos reutilizados es muy bajo, esto se debe a que generalmente se utilizan de manera individual para cada paciente. Para el año 2023 el centro cuenta con 4 suplidores locales y 13 suplidores externos. Evidencia: listado de proveedores con todos sus datos, manual de bioseguridad, acta del comité de bioseguridad, Supervisiones epidemiología	
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El HMAG mantiene una excelente relación con los diferentes grupos sociales, como autoridades municipales, provinciales y nacionales, mantenemos una comunicación estable y constante con el objetivo de mantener un apoyo mutuo donde todos seamos beneficiados e involucrados en todos estos procesos. En primer trimestre del 2024, se han realizado 4 reuniones con autoridades relevantes, para tratar y dar detalles del remozamiento y avances del mismo. Evidencias: fotos en las diferentes actividades donde participa la comunidad y autoridades.	

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).

El HMAG recibe cobertura positiva y negativa a través de los diferentes medios de comunicación, con el objetivo de conocer los aspectos y opiniones relevantes de los usuarios.

Nuestro gestor de redes publica comunicados 2 veces por semana, manteniendo las redes actualizadas con las informaciones del sector y del SNS.

← Publicaciones

 hospitaldr.ag 



 Les gusta a im.liss19 y 11 personas más

hospitaldr.ag 🇨🇴 Nos complace informarles hemos llevado a cabo un Taller sobre Bioseguridad, impartido por la destacada Dra. Patricia Castillo. Este evento ha sido fundamental para fortalecer nuestros conocimientos y prácticas en bioseguridad, asegurando un entorno seguro y saludable para nuestros pacientes y personal. Agradecemos a la Dra. Castillo por su valiosa contribución y a todos los asistentes por su

Evidencias: Instagram (Screenshot), Facebook (Screenshot).

4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No se mide
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No se mide
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se mide
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).		No se mide
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se mide
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se mide
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	El centro usa para incinerador para las agujas de las jeringas. Según el último levantamiento de inventario fijo, el centro cuenta con 2 incineradores para jeringas. Evidencia: fotos.	

11. Política de residuos y de reciclado.		No se mide
--	--	------------

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.		No se mide
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No se mide
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se mide
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El grado de cumplimiento de los contratos y acuerdos entre las autoridades y la organización se ve reflejada en el cumplimiento de la certificación de habilitación de los servicios, también a través de las evaluaciones del POA, transparencia SISMAP SALUD. Evidencia: SISMAP SALUD, POA, Habilitación del hospital y servicios.	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.		No se mide
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Como resultado de las innovaciones en servicios ofrecidos para la mejora en el impacto de los	

	ciudadanos, se tiene un aumento sustancial a través de los años de la satisfacción de los usuarios de 95.95% para el primer trimestre 2024. Evidencias: Tendencia de los resultados encuesta de satisfacción.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se mide
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se mide

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.	La eficiencia de nuestra organización en la gestión de los recursos disponibles se analiza mediante los análisis de la ejecución presupuestarias, cumplimiento de plan de compras y contrataciones, índice de rotación y de movilidad de los recursos humanos. Evidencias: Análisis Financiero Ingreso y los gastos evidenciados en el consolidado mensual y anual, Estado financiero	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se mide
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se mide

4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se mide
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)		No se mide
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.		No se mide
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	El centro recibió el segundo lugar en el año 2021 en la premiación del ranking hospitalario. Evidencias: fotos.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros del HMAG, se realiza a través de los informes de ejecución presupuestaria, la programación de estos y los informes generales financieros. Evidencias: Porcentaje de las ejecuciones presupuestarias. Porcentaje de cumplimiento trimestral POA.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	El hospital cuenta con un área administrativa financiera, la cual tiene como finalidad lograr resultados de impacto al menor costo. Evidencia: matriz de deudas y estados financieros.	

--	--	--

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.