



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

Preparado por la Analista de Calidad en la Gestión

Dr: Danny Romero Rondon
Dra: Alba Rosa Ramirez
Dra: Teresa Leon Lora
Licda: Rosely Vianel Diaz Reyes
Licdo:Álvaro Galán Almanza
Licda: Rosmery Almanza Reyes
Licda: Selenny del Carmen Perez Liz

Junio 2024

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

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

El Hospital Municipal Villa La Mata fue fundado el día 18 de de julio del año 2002 a principio de la década del año 2000 y brinda los servicios de salud a los 4 municipios de la Provincia de Sánchez Ramírez, nuestra área de mayor influencia directa es el municipio cabecero de Villa La Mata. El objetivo de nuestro Hospital Municipal Villa La Mata de segundo nivel de atención se focaliza en brindar todas las atenciones de lugar a nuestros clientes/ciudadanos, identificando sus necesidades o requerimientos primordiales, teniendo como respuesta indicadores en salud integral, aplicada, enfocada en todas nuestras especialidades.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- es una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño, y así transitar en el camino de la mejora continua y desarrollar la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

I. ASPECTOS GENERALES

I.1 MARCO INSTITUCIONAL.

- I.1.1 **MISIÓN:** Ofrecemos y garantizar servicios de salud humanizados de calidad y equitativos a toda la comunidad, caracterizados por la confiabilidad y eficiencia, manteniendo en todo momentos buenas práctica, compromiso ético y respecto.
- I.1.2 **VISIÓN:** ser una institución de salud estatal que proporciona servicios médicos hospitalarios de excelencia, con calor humano y ética profesional ,cumpliendo con las funciones esenciales de los centros especializados de atención a salud, con recursos humanos competentes y comprometidos con los principios de la ciencia ,la salud y los derechos fundamentales del ciudadano

I.1.3 VALORES INSTITUCIONALES:

- Ética
- Humanismo
- calidad
- Eficiencia
- Compromiso
- Seguridad
- Solidaridad

- I.1.4 **BASE LEGAL:** Las leyes 42-01 Ley General de Salud, 87-01 que es la ley que crea el sistema dominicano de Seguridad Social y el Decreto No. 434-07 que pone en vigencia el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas. Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS).

I.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

- I.1.5.1 Unidades Normativas o de Máxima Dirección:

- Dirección Hospital.

I.1.5.2 Unidades Consultivas o Asesoras:

- Consejo Administrativo Hospitalario
- Sección de Recursos Humanos
- Sección de Planificación y Desarrollo
- División de Epidemiología
-

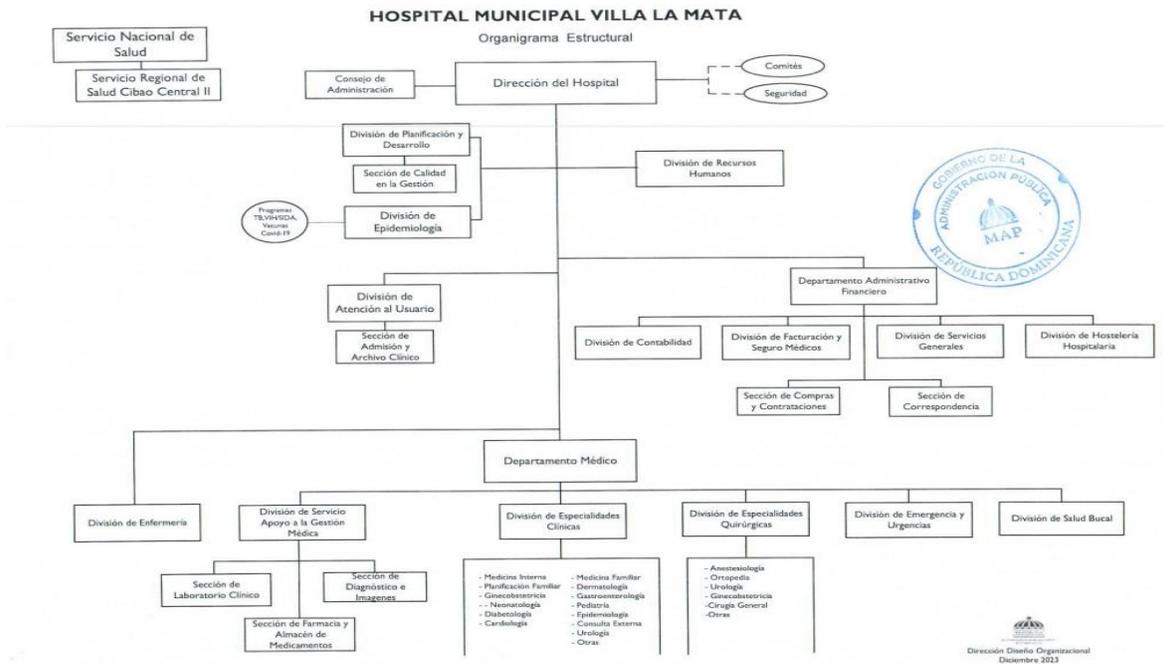
I.1.5.3 Unidades Auxiliares o de Apoyo:

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

I.1.5.4 Unidades Sustantivas u Operativas:

- División de Enfermería
- Departamento Médico, con:
 - División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica, con:
 - Sección de Diagnóstico e Imágenes
 - Sección de Laboratorios
 - Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos
 - División de Emergencias y Urgencias
 - División de Especialidades Clínicas
 - División de Especialidades Quirúrgicas
- División de Salud Bucal

2.6 Organigrama del Hospital



1.1.6 SERVICIOS

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

1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

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

Objetivos principales

- Incrementar las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.
- Aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios.
- Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.
- Fortalecer la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.
- Redes de servicios integrados y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población.

I. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

- Estructura organizativa definida, manuales de funciones, responsabilidades y competencias adecuadas.
- Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano v2.
- Existencia de un comité de calidad.
- Oficina de Libre Acceso a la Información.
- Capacitaciones al personal.
- Políticas publicas relevantes relacionadas con el sector salud.
- Cumplimiento del POA.
- Reporta consistentemente la producción hospitalaria mediante el 67^a.
- Asegura la transparencia financiera y presupuestaria mediante la ley de compra y contrataciones.
- Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas.

2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.

- No se toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos.
- No contamos con un plan para reconocimientos a los empleados de la organización.
- No implementamos sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.
- No se mide la digitalización en la organización.
- No se mide el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores.
- No medimos la apertura de la organización para el cambio y la innovación.
- No revisamos la necesidad de promover la carrera y desarrollar planes en consecuencia.

2.2.1 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

2.1.1 LIDERAZGO

- Contamos con un plan para reconocimientos a los empleados de la Institución.

2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

- No implementamos sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.

2.1.3 PERSONAS

- No contamos con la promoción de la carrera.
- No se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria.
- No Existe la imagen y el Rendimiento General de la Organización

2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS

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

2.1.5 PROCESOS

- No se Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización.
- No existe identificado claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso.
- No existe los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua.

2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

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

2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

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

2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

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

2.2.4 RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

- No tenemos mediciones de los resultados de la evaluación comparativa.
- No tenemos evidencia de los resultados de la innovación en servicios/productos.
- No tenemos mediciones de la implementación de reformas del sector público.

2. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Al terminar con este proceso de autoevaluación CAF, podemos decir que se logró el objetivo principal que es identificar puntos fuertes y áreas de mejora relacionados al funcionamiento de nuestro hospital, no obstante, es bueno resaltar las debilidades que tiene el comité de calidad para la realización del informe afinado y de la puntuación.

Por nuestra parte buena resaltar que la realización de este proceso nos ha dejado grandes aprendizajes significativos y nos dio la oportunidad de conocer cosas que antes eran desconocidas para nosotros.

3.RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución:		
Criterios	Puntos Totales Actual	Puntos Totales Propuesto
1: Liderazgo (140 puntos)	110	125
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	123	130
3: Personas (100 puntos)	92	100
4: Alianzas (100 puntos)	88	100
5: Procesos (120 puntos)	107	115
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	94	100
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	90	100
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	93	100
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	92	100
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	889	970