



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

**Preparado por el Comité Institucional de Calidad**

**Dra. Mercedes Perello Peña – Directora - Coordinador**

Dra. Thelma Giselle Bagalle – Sud-director Médico – Evaluador  
Lic. José Francisco Peña Galán - Administrador – Evaluador  
Lic. Odileny García – Enc. Recursos Humanos – Evaluador  
Dr. José Rafael Peña – Medico Auditor Interno – Evaluador  
Lic. katiwska Almonte Reyes – Enc. de Gestión al usuario – Evaluador  
Dr. Delvis Ramon Gutiérrez – Enc. de Emergencia – Evaluador  
Ramon Starlin Martínez ventura – farmacéutico – Evaluador  
Lic. Ramona Antonia Martínez Peña – Enc. de enfermería – Evaluador  
Rocío Villari – Enc. de Servicios de Apoyo Diagnostico - Evaluador  
Elida Del Carmen García – Enc. Cuidados Ambulatorios - Evaluador  
Carmen Tauris De León – Encargada de Bio Estadística - Evaluador  
Francisco Javier Veras— Enc. de planificacion -Evaluador

**La Vega, Rep. Dom.**  
Junio 2024

# CONTENIDO

## RESUMEN EJECUTIVO

EL Hospital municipal Dr. Juan Antonio Castillo es un centro de salud de segundo nivel o mediana complejidad, perteneciente a la red pública del (SNS), fue fundado en el año 1965,

Su nombre es atribuido al **Dr. Juan Antonio Castillo** quien fue el primer médico en llegar al distrito, este centro está regido por el Servicio Nacional de Salud y el Ministerio de Administración Pública, en este año estamos llamados a implementar El Modelo CAF.

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.

Antes de iniciar con la aplicación de la autoevaluación CAF, el Comité Institucional de Calidad recibió la capacitación pertinente para estos fines el día 7 de febrero del corriente año, a cargo de Guadalupe Sosa del Ministerio de Administración Pública, donde se les explicó el procedimiento y además se introdujo las novedades y mejoras del proceso.

## ASPECTOS GENERALES

### 1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

1.1.1. MISIÓN: Brindar servicios de salud que satisfagan las necesidades de los usuarios.

1.1.2 VISIÓN: Excelencia en la calidad de atención y respeto a la dignidad de los usuarios.

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES:

Compromiso  
Responsabilidad  
Integridad  
Ética  
Respeto  
Honestidad

1.1.4 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)

#### 1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

##### 1.1.5.1 Unidades Normativas o de Máxima Dirección:

- Servicio Nacional de Salud.
- Dirección de Servicio Regional de Salud Cibao Central.
- Consejo de Administración.
- Dirección Hospital.

##### 1.1.5.2 Unidades Consultivas o Asesoras:

- División de Recursos Humanos.
- Departamento de Planificación y Desarrollo.
- División de Calidad en la Gestión.
- División de Auditoría Médica.
- Sección de Comunicaciones

##### 2.5.3. Unidades Auxiliares o de Apoyo:

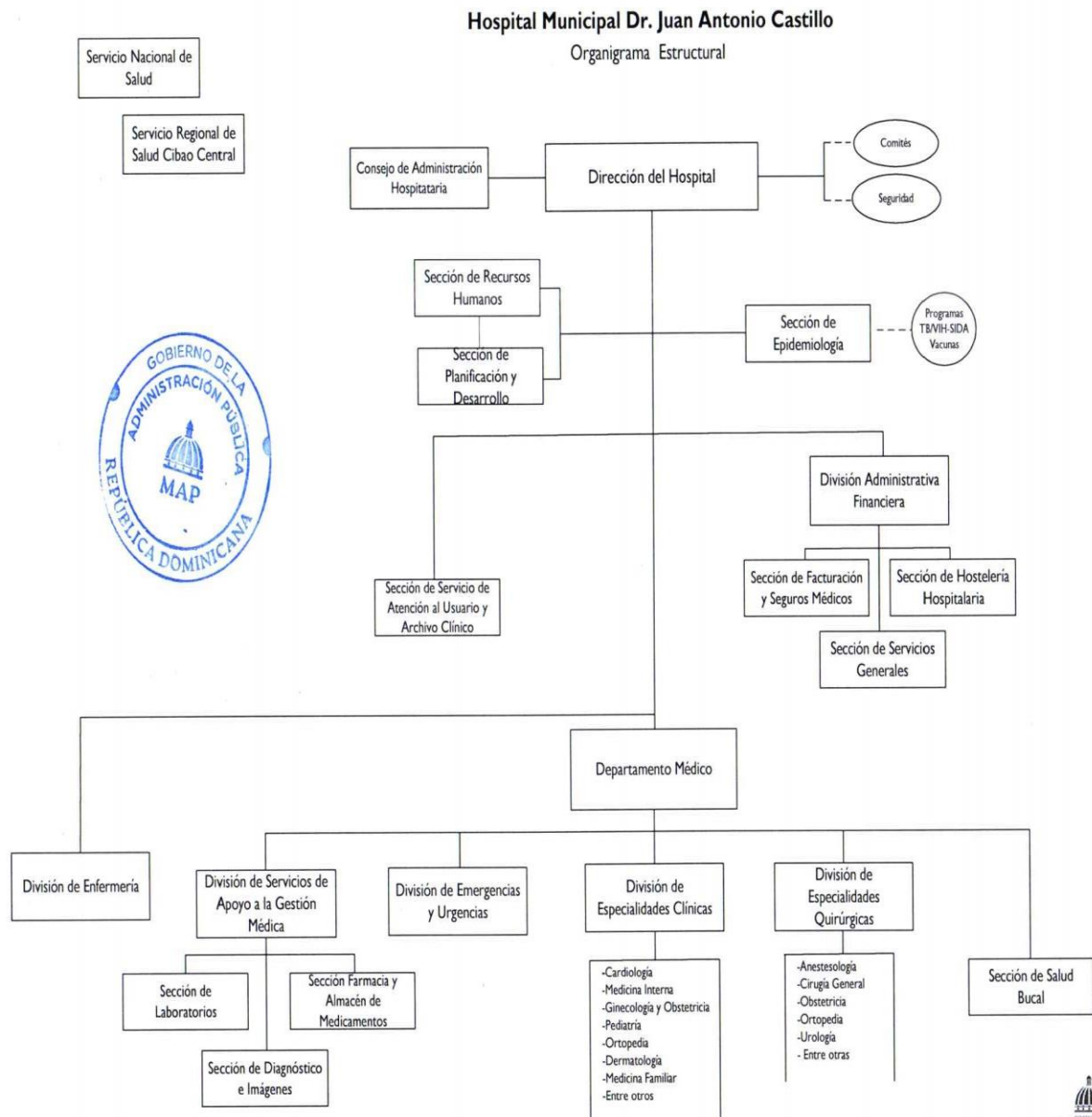
- Departamento de Administrativo y Financiero.
- División de Contabilidad.
- División de Facturación y Seguro Médico.
- División de Tesorería.
- División de Hostelería Hospitalaria.
- Sección de Lavandería y Ropería.
- Sección de Mayordomía.
- División de Compra y Contrataciones.
- División de Almacén y Suministro.
- División de Servicios Generales.
- Sección de Mantenimiento.
- División Servicio de Atención al Usuario.
- Sección de Admisión
- Sección de Archivo Clínico.
- Sección de Tecnologías de la Información y Comunicación.

##### 2.5.4. Unidades Sustantivas u Operativas:

- División de Enfermería.
- Departamento Médico.

- Sección de Laboratorio Clínico.
- Sección de Diagnóstico e Imágenes.
- Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos.
- División de Emergencias y Urgencias.
- División de Especialidades Clínicas.
- División de Especialidades Quirúrgicas.
- División de Salud Bucal.

## Organigrama Hospital Municipal Dr. Juan Antonio Castillo



## SERVICIOS

1. Consulta de Medicina General.
2. Consulta de Cardiología.
3. Servicio Obstetricia y Ginecología.
4. Servicio pediatría.
5. Servicio de Medicina Interna.
6. Servicio de Urología.
7. Servicio de Cirugía general
8. Servicio de Anestesiología
9. Servicio de Cirugía General.
10. Servicio de Traumatología y Ortopedia)
11. Servicio de Cirugía Obstétrica y Partos
12. Servicios de Odontología General y Especializada
13. Emergencia Medicas
14. Servicios de Hospitalización
15. Servicio de Laboratorio clínico
16. Servicio de Imagenología (Radiología General, Sonografía)
17. Servicio de Anatomía patológica
18. Servicio de Vacunación.

### **I.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.**

#### **(I.2.3 Objetivos Estratégicos Generales del Hospital Dr. Juan Antonio Castillo:**

- Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua.
- Elaborar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada
- Involucrar y empoderar a las personas y apoyar su bienestar
- Involucrar y empoderar a las personas y apoyar su bienestar
- Gestionar la tecnología
- Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor dado a los ciudadanos y clientes.
- Mediciones de Rendimiento con relación a Resultados en materia de transparencia, accesibilidad e integridad

#### **I.2.4 Estrategias Generales para garantizar el logro de los objetivos.**

##### **I.2.4.1 Estrategias Generales Para Garantizar los Fundamentos del Hospital:**

- Garantizar el cumplimiento del marco legal vigente.
- Estandarización de los servicios brindados, a través de la utilización de protocolos en todas las áreas
- Evaluaciones periódicas del desempeño a todo el personal del hospital.
- Implementación de software para los departamentos que lo requieran
- Conformar los diferentes comités que garanticen la calidad y profesionalidad en la entrega de los servicios
- Establecer convenios de cooperación e intercambio científico con instituciones nacionales

##### **I.2.4.2 Estrategias de Mercado:**

- Trato adecuado a los usuarios.
- Mantener un alto Niveles de Satisfacción en los Usuarios.
- Garantizar servicios de calidad con alto niveles de seguridad de la atención.
- Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos.
- Departamento de Atención al Usuario.

#### 1.2.4.3 Planificación y Control:

- Monitoreo periódico de calidad y satisfacción y usuarios.
- Implementar planes de desarrollo de los recursos humanos en todas las áreas.
- Evaluación de desempeño del personal.
- Implementación de sistema de administración y contabilidad organizado.
- Implementar el sistema de auditoría al expediente clínico.
- Monitoreo de la calidad de los servicios ofrecidos

## **2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.**

### **2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.**

- Existencia protocolos y perfiles de puestos definidos para el ejercicio y el manejo interno de la institución.
- Alta valoración de la institución por el personal.
- Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano.
- Existencia de un comité de calidad
- Recibo de aprobación de licencia de habilitación del SNS.
- Canales de difusión de información funcionando.
- Institución reconociendo el esfuerzo individual

### **2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.**

- En este centro no se lleva un registro cuantificable por niveles.
- En este centro de salud no contamos con un plan estratégico
- En este centro no realizan encuestas de clima laboral
- Aunque estamos en proceso, en este centro aun no contamos con una carta compromiso aprobada
- El centro no cuenta con canales de información
- Dentro de la organización no se reconocen los esfuerzos individuales ni por equipo
- No se evidencia medición de responsabilidad social
- Dentro de la organización no existen incentivos

## **2.2.1 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.**

### **2.1.1 LIDERAZGO**

- En este centro no se lleva un registro cuantificable por niveles.

### **2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA**

- En este centro de salud no contamos con un plan estratégico

### **2.1.3 PERSONAS**

- En este centro no realizan encuestas de clima laboral

### **2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS**

- En el centro no existe un plan estratégico

### **2.1.5 PROCESOS**

- Aunque estamos en proceso, en este centro aun no contamos con una carta compromiso

## **2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS**

### **2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.**

- El centro no cuenta con canales de información

### **2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

- Dentro de la organización no se reconocen los esfuerzos individuales ni por equipo

### **2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

- No se evidencia medición de responsabilidad social

### **RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.**

- No tenemos evidencias de inspecciones externas

## **3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.**

Al concluir con el proceso de la autoevaluación CAF nos quedan muchas lecciones aprendidas entre las cuales podemos destacar la falta de tiempo en el desarrollo de las actividades del plan de mejora, pues cuando se pone en ejecución ya se llega el momento de reevaluar el CAF, proceso que para realizarse correctamente requiere de la disposición y disponibilidad del Comité Institucional de Calidad, que está conformado mayormente por los entes encargados de las áreas sustantivas de la Institución y que por ende disponen de poco tiempo por tu agenda de trabajo, por lo que sugerimos sopesar y evaluar que este proceso se realice cada dos años y no anual como hasta el momento. Otra de las lecciones es que es más productivo el proceso de autoevaluación cuando todos los miembros del comité no solo hayan recibido capacitación, sino que, hayan tenido la experiencia previa, y ante los altos cambios del personal que hemos tenido ha hecho repercusión en este proceso.

A pesar de los inconvenientes presentados, podemos concluir con que logramos el objetivo principal de este proceso que es identificar las fortalezas y oportunidades de mejora de la institución a los fines de crear y ejecutar planes de mejora en busca de eliminarlas o en su defecto controlarlas.

#### 4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

<b>Institución:</b>		
<b>Criterios</b>	<b>Puntos Totales Actual</b>	<b>Puntos Totales Propuesto</b>
<b>1: Liderazgo (140 puntos)</b>	56	85
<b>2: Estrategia y Planificación (140 puntos)</b>	57	90
<b>3: Personas (100 puntos)</b>	55	80
<b>4: Alianzas (100 puntos)</b>	53	75
<b>5: Procesos (120 puntos)</b>	56	80
<b>6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)</b>	55	80
<b>7: Resultados en las Personas (100 puntos)</b>	43	75
<b>8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)</b>	55	78
<b>9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)</b>	50	80
<b>Puntuación Total (sobre 1000 puntos)</b>	<b>480</b>	<b>723</b>