

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

___HOSPITAL PROVINCIAL DR. ELIO FIALLO___

FECHA:

___03-06-2024___

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| <p>Los líderes (Directivos y supervisores): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p> | <p>El Hospital Dr. Elio Fiallo, en su condición de Entidad Pública Desconcentrada (ver art. 4 de la Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud), no posee un Plan Estratégico particular, sino que a través de la ejecución del Plan Operativo Anual del Servicio Nacional de Salud contribuye al alcance de sus objetivos estratégicos, orientados a resultados. En la planificación de este plan Operativo en conjunto con nuestro grupo de interés, hemos formulado nuestra misión, visión y valores (también con los colaboradores internos para nuestros valores).</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia de los grupos de interés. Para la realización del POA 2022-2023, al igual que la misión visión y valores, se socializó con los grupos de interés y también los colaboradores, los cuales colaboraron a definir dichos valores.</p> <p>Evidencia; 1.Listado de asistencia de los grupos de interés. 2.Mural informativo en área de espera en servicios ambulatorios.</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>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.</p> | <p>El marco de valores de la institución fue formulado alineado a la misión y visión de la organización, incluyendo principios y valores del sector público como: Eficiencia, humanización, responsabilidad.</p> <p>Evidencia; 1.Mural informativo en área de espera en servicios ambulatorios.</p> | |
| <p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p> | <p>La misión, visión y valores están alineados con las estrategias nacionales. La misión busca la mejora continua en el sector salud y visión el liderazgo en prestaciones de servicio de la provincia.</p> <p>Evidencia; 1.Mural informativo en área de espera en servicios ambulatorios.</p> | |
| <p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p> | <p>Se realizan reuniones mensuales con los encargados de áreas, comunicando los objetivos generales y puntuales de la institución, según la temporada o necesidades de la comunidad.</p> <p>Evidencia; 1.Listado de asistencia</p> | <p>Concluir el proceso de elaboración de carta compromiso ya iniciado</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p> | <p>Se garantiza que los colaboradores del centro hospitalario se adapten a los cambios tecnológicos a través de capacitaciones. Se garantiza la recolección de información de parte de los usuarios, a través de buzón de sugerencia y grupo focal, para conocer sus puntos de vista y necesidades. El centro mantiene una constante comunicación con el SRSEN y SNS a los fines de garantizar la estabilidad ante las reformas del sector público.</p> <p>Evidencia; 1.Actas de apertura de buzón. 2.Plan de capacitación 3.POA 4.Sismap Salud 5.Redes sociales</p> | <p>Concluir el proceso de elaboración de carta compromiso ya iniciado</p> |
| <p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p> | <p>El centro prepara la organización y sus colaboradores para estos desafíos.</p> <p>Evidencia; 1.Plan de capacitación</p> | <p>Dar seguimiento a la creación del Departamento de la Oficina de Acceso a la Información, OAI</p> |
| <p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p> | <p>El centro cuenta con un comité de bioética que vela por capacitar a los colaboradores son capacitados sobre la prevención de comportamientos no éticos.</p> <p>Evidencia; 1.Comite de bioética 2.Plan de capacitación 3.Listado de participación en charla sobre ley 41-08</p> | <p>No tenemos un comité de ética</p> |
| <p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p> | <p>Se realizan reuniones del comité de calidad una vez al mes con los encargados de áreas, socializando temas de interés que se deben abordar para dar continuidad a la misión, visión y valores.</p> <p>Evidencia;</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | 1.Listado de participación de las reuniones 2.Acta de comité de calidad | |
|--|--|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|--|
| <p>1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p> | <p>Contamos con estructura definida y aprobada por el MAP. Contamos con manuales para algunos procesos que son estandarizados por el SNS.</p> <p>Evidencia; 1.Listado de participación de las reuniones 2.Carpeta de manuales obtenidos del SNS</p> | <p>Aun no se ha aprobado el manual de funciones actualizado.</p> |
| <p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p> | <p>El centro, a través de la Sección de Recursos Humanos, elabora los acuerdos de desempeño cada año, en el cual se le informa al personal sobre los objetivos de su posición en la institución y los resultados que se esperan de este. El mismo es medido con la herramienta de evaluación de desempeño. Por otro lado, la Planificación Operativa Anual define los objetivos de la institución y es medido su avance trimestralmente por el Departamento de Monitoreo y evaluación de la calidad del SNS.</p> <p>Evidencia; 1.Acuerdos de desempeño 2.POA</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).</p> | <p>Se realizan reuniones con los encargados una vez al mes para conocer las necesidades de las áreas y dar seguimiento a los planes de mejora acordados. Se realizan encuestas diarias de satisfacción al usuario, para conocer los puntos débiles que se deben reforzar. Se realizan encuestas de clima laboral, para reforzar las interrelaciones entre colaboradores.</p> <p>Evidencia; 1.Listado de participación 2.Informe sobre encuestas de satisfacción al usuario 3.Informe sobre encuesta de clima laboral 4.Plan de mejora de la metodología de la gestión productiva</p> | <p>No se ha elaborado el plan de mejora institucional</p> |
| <p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p> | <p>El centro es monitoreado por el SRSEN, al cual se le emiten las informaciones de gestión cada mes a través del POA, o a requerimiento. Así como también se monitorean los avances institucionales a través del SISMAP.</p> <p>Evidencia; 1.POA 2.SISMAP</p> | |
| <p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p> | <p>El centro se encuentra en la aplicación del modelo de autoevaluación CAF.</p> <p>Evidencia; 1.Autoevaluación CAF</p> | |
| <p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p> | <p>Los formularios y reportes que conforman un expediente clínico se encuentran en formato electrónico para que los colaboradores puedan acceder a él desde sus estaciones de trabajo. Los datos estadísticos son reportados por plataforma electrónica como lo establece el SNS.</p> | <p>No se ha establecido un sistema de digitalización de expedientes clínicos. No se ha establecido una estrategia de administración electrónica.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Evidencia; 1.Fotos de la plataforma y los formatos electrónicos disponible en las estaciones de trabajo</p> | |
| <p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p> | <p>El centro cuenta con comités que contribuyen a la búsqueda de innovación y desarrollo de las diferentes áreas.</p> <p>Evidencia; 1.Actas constitutivas de comités</p> | |
| <p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p> | <p>El centro cuenta con murales informativos en las salas de espera, y en áreas de estaciones de enfermería, comedor, salón de reuniones, grupos de wassap. Así como también las redes sociales y su cartera de servicios actualizada.</p> <p>Evidencia; 1.Redes sociales 2.Listado de participación en reuniones 3.Cartera de servicio</p> | |
| <p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p> | <p>Los lideres muestran su compromiso al asistir a sus reuniones de sesión de trabajo del comité de calidad y presentando los avances y propuestas de mejoras para su equipo y los servicios ofrecidos por este. A través de las encuestas de clima laboral se busca la retroalimentación de la gestión de estos lideres.</p> <p>Evidencia; 1.Encuesta de clima laboral 2.Listado de participación en reuniones</p> | |
| <p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p> | <p>Se realizan reuniones con los encargados de áreas para notificarles los cambios propuestos y lo que se espera de ellos, así como también los encargados hacia sus subordinados.</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| | Evidencia; 1.Listado de participación en reuniones 2.Fotos de reunión de encargados con su equipo de trabajo | |
| 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 centro realiza charlas sobre la ética en las instituciones, y motiva a los usuarios a denunciar actividades no éticas presenciadas en la institución a través de los buzones de sugerencia. Evidencia; 1.Plan de capacitación 2.Acta de apertura de buzón | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros. | Los jefes de servicios y unidades participan de las labores personalmente, acompañando al equipo de trabajo en las tareas diarias y buscando las mejoras en cada proceso. Evidencia; 1.Acta de reunión de comités hospitalarios 2.Formulario de levantamiento de necesidades de capacitación por área | |
| 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. | Los jefes de servicios y unidades inspiran una cultura de liderazgo a través de intercambio de ideas entre sus colaboradores y usuarios del servicio. Evidencia; 1.Acta de reunión de comités hospitalarios 2.Evaluacion clima ambiente laboral | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p> | <p>Los empleados del centro reciben información de parte de sus supervisores a través de las aplicaciones de wassap, a través de reuniones con equipos de trabajo.</p> <p>Evidencia; 1.Acta de reunión de comités hospitalarios 2.Fotos de reunión con equipos de trabajo</p> | |
| <p>4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.</p> | <p>Los jefes de áreas, empoderan a sus colaboradores en sus tareas, delegando en ellos funciones de acuerdo a su perfil y supervisando su desempeño periódicamente.</p> <p>Evidencia; 1.Manual de funciones del empleado 2.Evaluacion de desempeño anual</p> | |
| <p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p> | <p>Los empleados tienen funciones específicas, incluso son empoderados de tareas en las que toman decisiones propias para la rendición de cuentas de sus áreas de trabajo.</p> <p>Evidencia; 1.POA</p> | |
| <p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p> | <p>Los supervisores y jefes de áreas, promueven una cultura de aprendizaje en sus colaboradores manteniendo una constante comunicación sobre la actualización de competencias en sus áreas de trabajo y delegando tareas que impulsen el crecimiento tanto personal como de equipo.</p> <p>Evidencia; 1.Plan de capacitación anual 2.Actas de reunión de comités hospitalarios</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo. | Los supervisores y jefes de áreas reconocen el esfuerzo de los colaboradores premiando su desempeño con incentivos materiales e incentivos de promoción de puestos de trabajo. | |
| Evidencia; 1. Plan de incentivos 2. Fotos de actividades de premiación de desempeño de colaboradores | | |

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. | | No se ha realizado socialización con grupos de interés de este tipo. |
| 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. | | No se ha realizado socialización con grupos de interés de este tipo. |
| 3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión. | | No se ha realizado. |
| 4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas. | | No se ha realizado. |

| | | |
|---|--|----------------------------|
| <p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |
| <p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |
| <p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p> | <p>El centro está en proceso de elaboración de la carta compromiso al ciudadano. El centro cuenta con televisores en las áreas comunes donde se promueven videos a los usuarios para concientizar sobre cuidados especiales para el control de enfermedades, de igual forma se promueve a través de las redes sociales.</p> <p>Evidencia; 1.Fotos 2.Paginas de redes sociales</p> | |

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|--|
| <p>La Organización: 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</p> | <p>La organización lleva a cabo el plan operativo anual, POA, el cual establece las actividades de gestión estratégica según el plan del Servicio Nacional de Salud, a través de estos indicadores se obtiene información relevante para la toma de decisiones relativo al servicio que se oferta en la comunidad.</p> | <p>Identificar áreas externas que influyen en la toma de decisiones estratégicas en el sector salud en la comunidad en la que se oferta el servicio.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 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. | | |
| 2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas. | El centro realiza encuestas de satisfacción al usuario. Evidencia; 1.Reporte de encuestas diarias | No se han identificado todos los grupos de interés. |
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas. | La organización se mantiene informada sobre las actualizaciones, a través del Servicio regional de Salud Enriquillo, partiendo de estas informaciones los comités hospitalarios se reúnen para tomar decisiones de acuerdo a los cambios. Evidencia; 1.Actas de reunión de comités hospitalarios | |
| 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.). | La organización realiza los análisis internos y sus capacidades, a través de autoevaluaciones periódicas en las diferentes áreas que les competen por ser una entidad pública y de salud. Evidencia; 1.Clima laboral 2. Autoevaluación CAF 3. Gestión de riesgos 4.Autoevaluacion en áreas específicas | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| ↳ 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 | La organización elabora su plan de trabajo alineado a su visión y misión. Evidencia; 1.POA | |

| | | |
|--|---|---|
| el sector que sean establecidas por sus órganos superiores. | | |
| 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. | El centro implementa las encuestas de satisfacción de usuarios y tiene a disposición de los mismos buzones de sugerencias en áreas comunes. Evidencia; 1. Encuestas de satisfacción 2. Buzón de sugerencias 3. Línea de denuncias 311 | No se realizan reuniones con familias y comunidades para la resolución de problemas sanitarios. |
| 3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. | | No se ha realizado. |
| 4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. | La disponibilidad de recursos para la realización de tareas es evidenciada en el POA. Evidencia; 1. POA | |

SUBCRITERIO 2.3. Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| Los líderes (directivos y supervisores): I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados. | La organización realiza reuniones con los encargados de áreas para presentar las prioridades y los tiempos de ejecución y da seguimiento a los planes de mejora periódicamente. Evidencia; 1. POA 2. Listado de participación 3. Actas de reunión de comités hospitalarios 4. Planes de mejora | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p> | <p>La organización cuenta con el POA para medir los indicadores de sus operaciones, las cuales están alineadas a los objetivos operativos en el sector salud.</p> <p>Evidencia; 1.POA</p> | |
| <p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p> | <p>Se realizan reuniones con los encargados de áreas y estos a su vez con sus colaboradores en las diferentes áreas, para comunicar los planes y luego sus resultados.</p> <p>Evidencia; 1.Actas de reunión 2.Listados de participación</p> | |
| <p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p> | <p>La organización aplica estos métodos de evaluación y medición periódica.</p> <p>Evidencia; 1.Autoevaluaciones; Metodología de la gestión productiva, CAF, revisión de expedientes clínicos, bioseguridad, condiciones mínimas para habilitación de centros de salud, condiciones mínimas para atención en flujos de emergencias, control de infecciones asociadas a la atención de la salud 2.Planes de mejora</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p> | <p>La organización identifica estas necesidades de innovación. Se mantiene actualizada las redes sociales, atendiendo quejas y sugerencias de los usuarios, también utilizando estas vías para</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>comunicar o actualizar sobre la oferta de servicios del centro. Se utilizan plataformas digitales para la carga de evidencias estadísticas referente a temas de salud.</p> <p>Evidencia; 1.Encuestas de satisfacción de usuarios a través de la plataforma digital 2. Estadísticas de epidemiología 3. Estadísticas de producción de servicios</p> | |
| <p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p> | <p>La organización está dentro del sistema SISMAP salud, a través de la cual utiliza el benchmarking, comparando sus operaciones con otros centros de salud.</p> <p>Evidencia; 1.SISMAP Salud</p> | |
| <p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p> | <p>La organización comunica a los encargados de áreas sobre las políticas de innovación y resultados, en busca de crear conciencia del logro esperado en el desempeño de sus funciones.</p> <p>Evidencia; 1.Actas de reunión 2.Listado de participación</p> | <p>No se comunica a sectores externos.</p> |
| <p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p> | <p>Se realizan reuniones con los encargados de áreas y estos a su vez con sus colaboradores de departamentos.</p> <p>Evidencia; 1.Actas de reunión 2.Listado de participación</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</p> | <p>La organización ha cambiado los sistemas de atención de manuales a computadorizados, colocando computadoras en todas las estaciones de trabajo. Se contrato una central telefónica, fue afiliada al sistema de denuncias y sugerencias 311, y está en proceso de elaborar su carta compromiso.</p> <p>Evidencia; 1.Fotos 2.Correos</p> | |
| <p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p> | <p>Los recursos para implementación de cambios planificados son contemplados en el POA.</p> <p>Evidencia; 1.POA</p> | |

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p> | <p>El centro cuenta con una resolución que aprueba el organigrama estructural el cual contempla los diferentes departamentos de acuerdo a la cartera del servicio y es revisado periódicamente.</p> <p>Evidencia; 1. Resolución que aprueba el organigrama 2. Manual de funciones 3. Levantamiento de necesidades de personal de RRHH</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>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.</p> | | <p>No se desarrolla este tipo de política.</p> |
| <p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p> | <p>Se implementa principios de equidad, sin discriminación e igualdad de oportunidades para los empleados, por género, política, méritos, clase social, raza, edad, entre otras.</p> <p>Evidencia; 1.Nomina de empleados</p> | |
| <p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p> | <p>La organización persigue la continua capacitación del personal en busca de cubrir las necesidades profesionales en el sector salud y evaluando su desempeño.</p> <p>Evidencia; 1.Plan de capacitación 2.Evaluacion de desempeño</p> | |
| <p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p> | <p>Se implementan principios de equidad, sin discriminación e igualdad de oportunidades para los empleados, por género, política, méritos, clase social, raza, edad, entre otras.</p> <p>Evidencia; 1.Nomina de empleados</p> | |
| <p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p> | <p>Se realizan acuerdos de desempeño y posterior evaluación con el empleado.</p> | |

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| | Evidencia; 1.Acuerdos de desempeño con empleados 2.Evaluacion de desempeño del empleado | |
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas. | Si, se realizan los acuerdos de desempeño. Evidencia; 1.Acuerdo de desempeño del empleado | |
| 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. | Se aplican acciones como apoyo al género femenino, se aplican las leyes de trabajo en cuanto a licencias pre y post natales, se tiene flexibilidad con el horario de madres en periodo de lactancia. Evidencia; 1.Acciones de personal | No se cuenta con unidad de género. |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras. | Se implementa el plan de capacitación anual con el INAP e infotep. Evidencia; 1.plan de capacitación 2. Listados de participación | |
| 2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual. | Se implementa el plan de capacitación anual con el INAP e infotep. Dentro de las capacitaciones se imparte la inducción a la administración pública. Evidencia; 1.Plan de capacitación 2. Listados de participación | No se ha realizado un programa de inducción interno del hospital. |
| 3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados. | | Las vacantes no son publicadas a nivel externo ni interno. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>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).</p> | <p>Se realizan capacitaciones utilizando aplicaciones digitales e learning, como teams, zoom, wassap.</p> <p>Evidencia; 1.Fotos 2. Listados de participación</p> | |
| <p>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.</p> | <p>Se realizan capacitaciones de acuerdo a la oferta académica del instituto nacional de la administración pública e infotep.</p> <p>Evidencia; 1.Fotos 2. Listados de participación</p> | |
| <p>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.</p> | | <p>No se realiza este análisis costo beneficio</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>I. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.</p> | <p>Se realizan reuniones mensuales con encargados de áreas y estos encargados socializan las informaciones con sus colaboradores.</p> <p>Evidencia; 1.Actas de reunión 2. Listados de participación</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>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.</p> | <p>Se elaboran planes de mejora involucrando a los empleados claves en la tarea, sin importar su puesto en el organigrama.</p> <p>Evidencia; 1. Planes de mejora de la organización 2. Listados de participación 3. Acta de reunión</p> | |
| <p>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.</p> | <p>Si, se realiza esta encuesta de clima laboral.</p> <p>Evidencia; 1. Resultados de encuesta de clima laboral</p> | |
| <p>4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p> | <p>La organización cuenta con 1 comité de bioseguridad que se encarga de supervisar estas condiciones. Los servidores de salud cuentan con áreas de descanso, comedores, agua permanente, espacios de trabajo adecuados, clima adecuado, entre otras cosas.</p> <p>Evidencia; 1. Informes del comité de bioseguridad 2. Automonitoreos de bioseguridad 3. automonitoreos de IAAS 4. Fotos</p> | |
| <p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p> | <p>La organización permite flexibilidad en el horario de los empleados cuando es requerido, cuidando el equilibrio de la salud del empleado y su desempeño. También cuenta con el servicio de Psicología familiar para atender a los usuarios y a los mismos empleados.</p> <p>Evidencia; 1. Fotos 2. Organigrama</p> | |

| | | |
|---|---|----------------|
| 6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | Las tareas asignadas a los empleados en estas condiciones son flexibles, así como su evaluación del desempeño. Evidencia; 1. Evaluación del desempeño | |
| 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 realiza. |

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.). | La organización cuenta con el comité de compras y contrataciones para fines de análisis de proveedores. Evidencia; 1. Acta comité compras y contrataciones | No se realiza análisis de socios claves en el sector privado para fines de construir relaciones sostenibles con universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales. |
| 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 realiza |

| | | |
|--|---|---------------|
| 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. | Este análisis es parte de las funciones del comité de compras y contrataciones. Evidencia; 1.Acta comité compras y contrataciones | |

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. | La organización realiza encuestas de satisfacción del usuario diariamente y tiene a disposición canales como buzón de sugerencias, línea 311, correo electrónico para quejas, atención en las redes sociales. Atención presencial en la institución. Evidencia; 1.Encuestas de satisfacción de usuarios 2. Fotos | |
| 2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc. | La organización tiene publicado su cartera de servicios, los deberes y derechos de los pacientes en áreas comunes en sala de espera de consultas. Evidencia; 1.Fotos | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p> | <p>La organización se encuentra en proceso de elaboración de su carta compromiso al ciudadano. La cartera de servicio y los horarios están publicados en áreas comunes en sala de espera para consultas.</p> <p>Evidencia; 1.Fotos</p> | |
|---|--|--|

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p> | <p>Se realiza el presupuesto acorde a lo establecido en el POA, gestionando los recursos necesarios para cubrir los objetivos.</p> <p>Evidencia; 1.Poa</p> | |
| <p>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.</p> | <p>Se realiza control de inventario de medicamentos e insumos mensual, control de inventario de equipos mensual, y actualización cada vez que hay un evento, control de glosas, gestión de contratos con ARS.</p> <p>Evidencia; 1. Inventario de medicamentos e insumos 2. Control de glosas, a través de auditoria 3. Análisis de comportamiento de facturación y glosas a expedientes de ARS 4. Inventario de activo fijo</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| 3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros. | Se realiza un análisis del presupuesto y seguimiento a su ejecución. También se analizan las compras y las contrataciones. | |
| 4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible. | Se realiza a través del reporte de ejecución presupuestaria. | |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | Se realizan reportes de producción en línea a las autoridades correspondientes. | |

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. | <p>La organización ha completado procesos como manual de funciones, estructura organizativa. Aplica procedimientos como; políticas de cuidados de enfermería, flujograma de atención al cliente en servicios de salud, control de infecciones, cuidado del paciente con dengue, paciente con COVID, uso del código rojo, supervisión de apego a protocolos de expedientes clínicos, entre otras.</p> <p>Evidencia; 1. Informes presentados al Servicio Regional De Salud Enriquillo</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p> | <p>La sección de estadísticas trabaja de manera eficaz al realizar los reportes de información externa.</p> <p>Evidencia; 1.Reporte de producción 67A</p> | |
| <p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p> | <p>La organización capacita de forma virtual a sus empleados, para realizar conferencias entre hospitales, entre instituciones de capacitación masiva. También muchos de los reportes estadísticos se realizan de forma virtual para aprovechar la rapidez en la entrega.</p> <p>Evidencia; 1.Reporte de la producción 67A 2. Reportes de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica 3. Reporte de nacidos vivos 4. Flujo de asistencia en salas de emergencia</p> | |
| <p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p> | <p>Si, la organización cuenta con el Instituto Nacional de Administración pública e infotep, para temas de capacitación. También cuenta con el repositorio del Servicio Nacional de Salud para documentarse sobre actualizaciones en el sector salud. Y el SISMAP salud, donde se ve el cumplimiento desde la vista del Ministerio de Administración Pública, de los hospitales.</p> <p>Evidencia; 1.Plan de capacitación 2. Repositorio del SNS 3. Plataforma SISMAP SALUD</p> | |
| <p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p> | <p>Se monitorea el conocimiento de los empleados a través de la evaluación del desempeño, se monitorea el conocimiento de la organización a través de las evaluaciones CAF, evaluación para la habilitación de</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>centros hospitalarios, evaluación de metodología de gestión productiva, y se realizan planes de mejora en base a los resultados.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de desempeño 2. Autoevaluación CAF 3. Autoevaluación de la MGP | |
| 6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. | <p>Se realizan reuniones con el personal y encargados de área para actualizar las informaciones relevantes, a la menos una vez al mes, o cuando sea necesario.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actas de reunión 2. Canales de wassap 3. Murales 4. Circulares internas | |
| 7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. | <p>Los supervisores de áreas dan instrucciones al personal sobre cómo hacer el trabajo en todas las áreas. El comité de calidad realiza presentaciones una vez al mes sobre los avances en la gestión hospitalaria.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de capacitación 2. Grupos de wassap 3. Fotos 4. Actas de reunión 5. Listado de participación | No se realizan capacitaciones con facilitadores a nivel interno, tanto en administrativo como el sector médico. |
| 8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas. | Se cuenta con las redes sociales para intercambiar información sobre las novedades relevantes del hospital y también con la página web, así como un representante de acceso a la información pública. | No se ha habilitado la plataforma de transparencia. |

| | | |
|--|--|--|
| | Evidencia; 1. Redes sociales 2. Página web 3. Línea 311 | |
| 9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización. | Se cuenta con manual de funciones. Evidencia; 1. Manual de funciones | No se ha realizado manual de procedimientos por áreas. |

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. | La organización gestiona los equipos tecnológicos necesarios para cumplir con los objetivos de la cartera de servicio y gestión de la calidad. Evidencia; 1. Inventario de activos tecnológicos 2. Fotos 3. Servicios de telecomunicaciones contratados | |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. | | No se realiza |
| 3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.). | | No se realiza |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación. | La organización utiliza, redes sociales, página web institucional, contratos de correos electrónicos. Evidencia; 1. Pagina web instituciona 2. Redes sociales oficial de la institución | |

| | | |
|---|---|----------------------|
| <p>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.</p> | <p>La organización cuenta con correos electrónicos para preguntas, quejas, denuncias. También cuenta con la página web institucional donde se ofrece información de la cartera de servicios, horarios, especialidades.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Página web institucional 2. Wassap institucional 3. Encuestas de clima laboral aplicada en coordinación con el MAP | |
| <p>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.</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>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.</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>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.</p> | <p>Si, gestiona estos procesos.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SUGEMI | |

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p> | <p>Si.</p> <p>Evidencia; 1. Plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y equipos 2. Matriz de seguimiento al plan de mantenimiento.</p> | |
| <p>2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p> | <p>Evidencia; 1. Fotos de las instalaciones</p> | |
| <p>3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p> | <p>La organización aplica las políticas de administración de bienes nacionales, sobre control de custodia, reutilización, eliminación segura, traslado, de los equipos.</p> <p>Evidencia; Registros de control de inventario de activos fijos.</p> | |
| <p>4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p> | <p>La organización tiene a disposición de la comunidad además de los servicios de salud, un auditorio en el cual se realizan diferentes actividades a favor de la comunidad, tales como capacitaciones gratis, operativos médicos especiales, campañas de vacunación por epidemias, recibimiento de organismos internacionales del sector salud.</p> <p>Evidencia; Fotos de las instalaciones</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p> | <p>La organización tiene instalados acondicionadores de aire (inverter). También realiza campañas de concientización de uso racional de los recursos, a través de charlas.</p> | <p>El medio de transporte utiliza combustible (gasolina), no se tienen alternativas de uso de energía, como paneles solares, o vehículos eléctricos.</p> |
| <p>6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).</p> | <p>Se cuenta con amplio parqueo, tanto para empleados, como para usuarios del servicio, y amplias áreas de acceso.</p> <p>Evidencia; Fotos de las instalaciones</p> | |
| <p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p> | <p>Evidencia; Acta de conformación del comité hospitalario de gestión de emergencias y desastres.</p> | |
| <p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p> | <p>Si.</p> <p>Evidencia; 1. Plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones y equipos</p> | |
| <p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p> | <p>Si.</p> <p>Evidencia; Registros de control de inventario de activos fijos.</p> | |
| <p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p> | <p>La organización aplica técnicas de gestión de residuos hospitalarios, utilizando una ruta de desechos biológicos y ruta de otros desechos. Utiliza fundas distintivas para cada material (rojas y negras). Las áreas son desinfectadas, según las normativas de bioseguridad hospitalaria.</p> <p>Evidencia; 1. Programa de control de infecciones 2. Fotos de las instalaciones.</p> | |

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|--|
| La organización: 1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias. | La organización utiliza los mapas de proceso del SNS. Evidencia; 1. Mapas de procesos del SNS | No se han documentado los procesos internos. |
| 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 ha realizado. |
| 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. | | No se ha realizado. |
| 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 ha realizado. |
| 5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.). | Se utiliza los indicadores estadísticos del SISMAP, del POA, estadísticas, para monitorear la eficacia de los procesos. Evidencia; 1. POA | No se ha concluido la carta compromiso. |

| | | |
|--|--|--|
| | 2. Carta compromiso al ciudadano 3. Acuerdos de desempeño institucional | |
| 6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros. | <p>Si, los reportes epidemiológicos se envían al DIGEPI, y los datos estadísticos de producción se reportan en el formulario 67A, proveyendo de información oportuna a la población y autoridades competentes.</p> <p>Evidencia; 1. Formulario 67A 2. Epi 1 y 2</p> | |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | <p>La organización gestiona la habilitación de centro de salud, a través de la autoevaluación de habilitación y recopilación de documentos requisitos para tales fines.</p> <p>Evidencia; 1. Habilitación de establecimientos de salud</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| 1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros. | <p>Si, identifica las mejoras de los servicios, de acuerdo a las necesidades.</p> <p>Evidencia; 1. Encuestas de satisfacción de usuarios.</p> | |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. | | No se ha realizado. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p> | <p>Si, promueve la accesibilidad a los servicios a través de páginas web, redes sociales, grupos de wassap. También promueve horarios de consulta flexibles, dando servicios matutinos y vespertinos.</p> <p>Evidencia; 1. Página web 2. Redes sociales 3. Cartera de servicio</p> | |
|--|---|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|----------------------------|
| <p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p> | <p>Se utilizan los mapas de proceso del SNS a lo interno, Con el Infotep, MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional.</p> <p>Evidencia; 1. Mapas de proceso estandarizados por el SNS 2. Plan de capacitación anual institucional</p> | |
| <p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p> | <p>Se utilizan redes integradas de salud.</p> <p>Evidencia; 1. SISTAP 2. DIGEPI 3. SISMAP 4. SISCOMPRA</p> | |
| <p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |
| <p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados. | | |
|--|--|--|

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.) | La organización ha trabajado con las recomendaciones de mejora partiendo de los resultados de las encuestas de satisfacción, realizando mejoras en los tiempos de respuesta en los servicios, la higiene del establecimiento. Así también, en la preparación del personal médico y administrativo en servicio al cliente, buenas prácticas de almacenamiento, cuidados de control de | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>infecciones. Lo cual ha conseguido mejorar la imagen del centro.</p> <p>Evidencia; 1. resultados de encuestas de satisfacción de usuarios 2. Fotos del establecimiento 3. Listados de participación de las capacitaciones</p> | |
| <p>2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p> | <p>Se ha capacitado al personal en talleres como servicio al cliente, resolución de conflictos, también a las enfermeras se le da seguimiento con políticas de cuidados de enfermería. Se realiza una supervisión de calidad de los servicios periódicamente, para ver que se siguen los protocolos de atención en salud.</p> <p>Ha mejorado la orientación del personal y también el servicio, aplicando estas técnicas de supervisión y capacitación.</p> <p>Evidencia; 1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios</p> | |
| <p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p> | <p>Ha mejorado el servicio debido a la participación de los usuarios en la mejora de los mismos, a través de técnicas como buzón de sugerencias, correos para realizar denuncias o hacer sugerencias, encuestas de satisfacción.</p> <p>Evidencia; 1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios</p> | |
| <p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza,</p> | <p>La organización ha logrado que los usuarios tengan más opciones de acceso a la información pública sobre datos de la misma. La calidad de los datos es avalada por las diferentes plataformas a nivel</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p> | <p>nacional donde es publicada para que todo el ciudadano que la solicite pueda acceder a ella.</p> <p>Evidencia; 1. Plataformas: DIGEPI, SISMAP, PORTAL COMPRAS DOMINICANA, entre otros.</p> | |
| <p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p> | <p>Por ser una institución que se dedica a brindar servicios de Salud, la integridad es uno de sus atributos más importantes. Según las encuestas de satisfacción de usuarios de fecha diciembre 2023, el 99% de los usuarios encuestados durante el semestre julio-diciembre 2023, recomienda a otros usuarios a utilizar el servicio.</p> <p>Evidencia; 1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p> | <p>El hospital está ubicado en el centro del pueblo, para fácil acceso de los usuarios. Cuenta con varias entradas vehiculares/peatonales, entradas amplias al edificio con rampas para sillas de ruedas y camillas. Las consultas son matutinas y vespertinas. Los usuarios pueden acceder a consultar los horarios del centro a través de la página web institucional.</p> <p>Evidencia; 1. Fotos del establecimiento 2. Cartera de servicio 3. Página web</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p> | <p>Se realizan encuestas para medir la calidad de los servicios entregados a los usuarios. Se realiza autoevaluación de las buenas prácticas de almacenamiento y disponibilidad de medicamentos esenciales en el centro cada seis meses. Una vez al año se elabora el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos e infraestructura, y se mantiene un seguimiento mensual del mismo.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados de las encuestas de satisfacción a usuarios. 2. Autoevaluación de buenas prácticas de almacenamiento y medicamentos trazadores 3. Plan de mantenimiento de infraestructura y equipos y su seguimiento | |
| <p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p> | <p>Los servicios ofrecidos en el centro hospitalario están diferenciados y señalizados.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cartera de servicio | |
| <p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p> | | <p>No se cuenta con Departamento de investigación</p> |
| <p>5. Digitalización en la organización.</p> | <p>Todas las estaciones de trabajo cuentan con computadoras, impresoras, teléfonos, de forma que muchos de los procesos para ofrecer el servicio a los usuarios se hacen utilizando esta tecnología.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotos de los equipos del establecimiento | |

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio). | <p>De acuerdo al resultado de las encuestas de satisfacción a los usuarios, del semestre julio-diciembre 2023, el 80% de las personas encuestadas considera que el tiempo de respuesta en la prestación del servicio es bueno.</p> <p>Evidencia; 1. Resultados de las encuestas de satisfacción a usuarios.</p> | |
| <p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. | <p>Se cuenta con representante de acceso a la información RAI, buzones de sugerencia, correos electrónicos, las quejas y sugerencias son atendidas en un periodo no mayor a los 15 días laborables. Los servicios hospitalarios son gratis. Y se cumple con lo ofertado en la cartera de servicios.</p> <p>Evidencia; 1. reportes de quejas recibidas a traves del 311 y los diferentes canales establecidos 2. Carta compromiso al ciudadano 3. Reporte de la produccion de servicios 67A</p> | |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad. | Según lo que establece la carta compromiso, ante errores en el cumplimiento de estándares de calidad, se emite un comunicado al usuario, de parte de la | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>máxima autoridad, ofreciendo disculpas por la situación presentada y compartiéndose a buscar una solución al evento.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Carta compromiso al ciudadano</p> <p>2. cartas emitidas a los ciudadanos en respuesta como subsanacion</p> | |
| 5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc. | <p>Evidencia;</p> <p>1. SISMAP SALUD (indicador 03)</p> | |
| 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios. | <p>Evidencia;</p> <p>1. Cartera de servicio</p> | |
| 7. Índice de Satisfacción de Usuarios. | <p>Evidencia;</p> <p>1. Informe encuestas de satisfacción de usuarios</p> <p>2. SISMAP SALUD (indicador 04)</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p> | <p>La utilización de los diferentes canales de información ha contribuido a que los usuarios que utilizan el servicio, accedan a la información oportunamente y sin tener que trasladarse a la organización, de la misma forma el personal de atención a usuarios esta más despejado, ya que puede dedicar más tiempo a otras tareas.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes sociales 2. Página web 3. Televisores en salas de espera 4. Teléfonos 5. Servicio regional de salud | |
| <p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p> | <p>La información que se provee interno y externo se revisa periódicamente para velar porque contenga el mínimo de errores y esté acorde con la que se ofrece en todos los canales de información disponibles.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cartera de servicios actualizada 2. Página web 3. Grupos de wassap 4. Actas de reunión 5. Listados de participación | |
| <p>3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.</p> | <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. POA 2. SISMAP SALUD | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|----------------------------|
| <p>1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p> | <p>Los grupos de interés componen casi la mayoría del porcentaje de implicación en el diseño y la prestación de servicios, y que, por ser una entidad pública de servicios de salud, su cartera de servicios se amplía acorde a la demanda de servicios de la comunidad, de igual forma las tomas de decisiones se basan en las mejoras que requieren los servicios prestados, tomando como referencia los distintitos canales con los que cuenta la institución para acceder a la opinión del usuario.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios. 2. Historial de ampliación de la Cartera de servicios 3. Buzón de sugerencia</p> | |
| <p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |
| <p>3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).</p> | | <p>No se ha realizado.</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>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.).</p> | <p>Se cuenta con la aplicación de wasap, teléfono y una dirección de correo electrónico, para que el usuario pueda realizar una cita antes de venir a su consulta. A través de la página web oficial puede consultar los horarios y servicios ofertados en la institución. A través del SISMAP salud puede el usuario consultar los indicadores del desempeño de la administración del centro.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Matriz de citas para consultas programadas 2. Página Web del Hospital 3. SISMAP salud | |
| <p>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).</p> | <p>Los usuarios participan en la toma de decisiones aportando a través de los buzones de sugerencias y páginas web, así como también a través de la línea 311, sobre denuncias del estado.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes sociales 2. Matriz de QDSR (redes sociales y 311) | |

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

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

| | | |
|--|--|---|
| <p>1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p> | <p>La organización involucra a los usuarios en las evaluaciones del servicio a través de los buzones de sugerencias, encuestas de satisfacción, redes sociales, de manera que los planes de mejora se alineen a contribuir a mejorar la imagen y rendimiento.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Informe de resultados de encuestas de satisfacción</p> | |
| <p>2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.</p> | <p>Se realizan encuestas de clima laboral estandarizadas por el MAP, con el fin de conocer la opinión de los colaboradores a lo interno.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Informe de encuestas de clima laboral</p> | <p>Se requiere involucrar mas al personal en la toma de estas decisiones de misión, visión y valores.</p> |
| <p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p> | <p>La organización realiza diferentes autoevaluaciones y automonitoreos, los mismos son presentados a los colaboradores con el fin de elaborar los planes de mejora y dar asignaciones a los responsables de las tareas.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Planes de mejora de la organización</p> | |
| <p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p> | <p>La organización, dentro de su plan de capacitación anual, incluye talleres de manejo de conflictos que son impartidos a todo el personal, así como ética en las organización y administración pública.</p> <p>Evidencia;</p> | |

| | | |
|---|---|----------------|
| | 1. Plan de capacitación anual | |
| 5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal. | <p>Los encargados de áreas mantienen constante comunicación con sus colaboradores, directamente en sus oficinas, a través de las aplicaciones wassap y correo electrónico, entre otras y también las encuestas de clima laboral.</p> <p>Evidencia; 1. Encuestas de clima laboral</p> | |
| 6. La responsabilidad social de la organización. | <p>La organización, dentro de su plan de capacitación anual, incluye talleres de administración pública. Dentro del POA se ejecutan actividades como protección del medioambiente y sostenibilidad ambiental. Otros programas son jornada de consultas de salud gratis en áreas públicas y jornadas de cirugías gratis que la organización trae desde diferentes fundaciones que se acercan a la institución.</p> <p>Evidencia; 1. Plan de capacitación anual 2. POA 3. Fotos de actividades de jornadas de cirugía y consultas</p> | |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | | No se realiza. |
| 8. El impacto de la digitalización en la organización. | <p>La organización permite realizar citas a consultas a través de las aplicaciones wassap y el correo electrónico, realizar consultas sobre información general de los servicios, las capacitaciones internas del personal a parte de realizarse personal, se realizan de forma virtual.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | Evidencia; 1. Capacitaciones 2. Reporte de citas agendadas | |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización. | <p>Los procesos estandarizados de los servicios están a la vista de los colaboradores para agilizar a la hora de brindar el servicio. También el manual de funciones esta disponible en cada área para consulta de los encargados de áreas en la supervisión.</p> Evidencia; 1. Manual de funciones 2. Flujogramas de procesos | |

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. | <p>La organización elabora el programa POA una vez al año, y durante todo el año, estas tareas son ejecutadas y supervisadas por el SNS.</p> Evidencia; 1. POA | |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. | <p>Los procesos estandarizados de los servicios están a la vista de los colaboradores para agilizar a la hora de brindar el servicio. También el manual de funciones está disponible en cada área para consulta de los encargados de áreas en la supervisión.</p> Evidencia; 1. Manual de funciones 2. Flujogramas de procesos | |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. | <p>La organización presenta a los colaboradores el POA una vez iniciado el año para asignar tareas que deben</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>cumplir durante todo el año, y supervisando su ejecución mes tras mes. También evalúa a sus colaboradores a través de las evaluaciones de desempeño del personal.</p> <p>Evidencia; 1. POA 2. Matriz de evaluación del desempeño</p> | |
| 4. La gestión del conocimiento. | <p>Los conocimientos son compartidos a los colaboradores a través de reuniones presenciales y virtuales, a través de videos educativos realizados por el mismo personal de la organización.</p> <p>Evidencia; 1. Fotos, videos 2. Listado de participación</p> | |
| 5. La comunicación interna y las medidas de información. | <p>La organización mantiene informados a sus colaboradores a través de las reuniones de personal, grupos de wassap, correos electrónicos.</p> <p>Evidencia; 1. Fotos, videos 2. Listado de participación</p> | |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo. | <p>La organización reconoce los esfuerzos individuales de los colaboradores a través de reconocimientos e incentivos.</p> <p>Evidencia; 1. Nomina de pagos de incentivos a empleados 2. Reconocimientos en pergaminos a empleados</p> | |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | <p>La organización involucra a los colaboradores en las reuniones de personal donde se exponen asuntos de interés general claves para las tomas de decisiones.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | Evidencia; 1. Listados de participación | |
|--|--|--|

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. | <p>La organización utiliza la herramienta de encuestas de clima laboral para medir la satisfacción de los colaboradores, de esta forma tomar medidas que se requieran. Los talleres de humanización se imparten cada año, y el seguimiento a las reuniones de personal ayuda a concretar un clima adecuado.</p> <p>Evidencia; 1. Listados de participación</p> | |
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | <p>La organización presenta a sus colaboradores sus derechos y deberes, según la ley de trabajo, dando a conocer sus beneficios y buscando soluciones individuales a través de charlas educativas y asistencia de psicólogos internos y acercamiento con sus supervisores.</p> <p>Evidencia; 1. Listados de participación 2. Fotos</p> | |
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | <p>La organización se rige por la ley 41-08 de función pública. Da oportunidades de crecimiento a sus colaboradores sin discriminación de género, edad o raza. Los concursos para optar por puestos son abiertos a todos los colaboradores que estén capacitados para la tarea.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | Evidencia; 1. Ley 41-08 | |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | La satisfacción de los colaboradores se mide en las encuestas de clima laboral. Evidencia; 1. resultados de encuestas de clima laboral 2. Fotos del establecimiento | |

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 realiza |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento. | Los colaboradores reciben talleres a través del INAP, INFOTEP y a través de los mismos colaboradores de la organización, sobre empoderamiento y coaching. Evidencia; 1. Plan de capacitación 2. Listados de participación | |
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | El plan de capacitación inicia con el levantamiento de las necesidades por departamento y por personal individual y se observa la calidad de la formación a través de la movilidad de colaboradores a posiciones superiores y las mejoras en sus acuerdos de desempeño. Evidencia; 1. Acuerdos de desempeño 2. Evaluaciones de desempeño 3. Plan de capacitación | |

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| 1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.). | Evidencia; 1. Registro de ponche 2. Índice de rotación del personal | |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora. | Los colaboradores participan en las encuestas de clima laboral y en los planes de mejora institucionales. Evidencia; 1. Planes de mejora institucional 2. Encuestas de clima laboral | |
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | | No se realiza |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | Los colaboradores participan en actividades de responsabilidad social de manera voluntaria tales como, plantación de árboles, limpieza de playas, jornadas medicas en sectores distanciados del centro. Evidencia; 1. Fotos | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p> | <p>A través de las encuestas de satisfacción de usuarios se mide la calidad en porcentaje, de la atención de los colaboradores. Por el plan de capacitación se mide la cantidad de horas que se dedican a capacitar a estos colaboradores en atención al usuario.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de capacitación 2. Resultados de encuestas de satisfacción 3. Buzones de sugerencias 4. Levantamiento de necesidades de capacitación por áreas. | |
|--|---|--|

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| <p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p> | <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acuerdos de desempeño 2. Resultados de evaluación de desempeño | |
| <p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p> | <p>Los departamentos cuentan con su cuenta de correo electrónico, y con una extensión telefónica. Los murales ubicados en los pasillos del centro se utilizan para comunicar a las personas que no tienen acceso a computadoras o teléfonos. Los grupos de wassap son otras herramientas que se utilizan.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | Evidencia; 1. Correos electrónicos 2. Redes sociales 3. Página web institucional | |
| 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). | Cumplimiento del plan de capacitación, mejoras en las evaluaciones de desempeño. Evidencia; 1. Resultados en evaluaciones de desempeño 2. Listado de participación de capacitaciones 3. Plan de capacitación | |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. | El HPEF reconoce una vez al año a los colaboradores por su dedicación al servicio de salud. Evidencia; 1. Fotos | |

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. | A Través de las encuestas de satisfacción se puede medir la calidad percibida de los usuarios. Con las jornadas medicas se alcanza a esos usuarios que no se pueden trasladar a las instalaciones. Evidencia: 1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios. | No se realiza apoyo a actividades culturales y deportivas. |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | | No se realiza |

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| <p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p> | <p>El aumento de la demanda de los usuarios es un indicador del impacto que ha generado económicamente la comunidad, ya que se cuenta con especializadas como cirugía, ortopedia, mamografías, urología, atenciones que resultan costosas para algunos usuarios.</p> <p>Evidencia; 1. Matriz de citas agendadas 2. Resultados de satisfacción al usuario</p> | |
| <p>4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>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.).</p> | | <p>No se realiza esta medición</p> |
| <p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>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.).</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p> | <p>Se levanta un acta de gestión de buzones de sugerencias y se reportan al SNS en la matriz de QDSR atendidas por las diferentes vías.</p> <p>Evidencia; 1. Acta de apertura de buzones 2. Matriz de QDSR recibidas</p> | |

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.). | La organización cuenta con el comité de bioseguridad, el cual tiene como función, velar por las buenas prácticas de manejo de residuos hospitalarios, uso de materiales amigables con el medioambiente. Evidencia; 1. Comité de Bioseguridad 2. Fotos | |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad. | | No se realiza |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.). | | No se realiza |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p> | | <p>No se realiza.</p> |
| <p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p> | | <p>No se realiza.</p> |
| <p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p> | <p>El HPEF participó en el mes de febrero 2024, de la reunión estratégica para trazar políticas de reducción de la muerte materna, infantil y neonatal, en colaboración con el SNS y UNICEF. Participó en agosto 2024, del taller/intercambio en coloquio en manejo de hemorragia y preeclampsia y código rojo, en pacientes de ginecología, en coordinación con el SNS. También participó en la videoconferencia de presentación de indicadores de salud 2024, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, este último se realiza cada año.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plantilla de indicadores de salud 2024 del HPEF 2. Fotos y listados de participación 3. Fotos y listado de participación | |
| <p>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).</p> | <p>El HPEF cuenta con 1 programa de control de infecciones asociadas a la atención de la salud, y 1 comité de bioseguridad, los cuales presentan una vez al mes capacitaciones al personal sobre higiene y correcto lavado de manos, uso de los equipos de protección personal, correcto uso de la ruta sanitaria para desechos biomédicos y correcta limpieza de superficies. Estas charlas son dirigidas a los empleados. Estos programas son dirigidos por el</p> | <p>Estas charlas no se imparten a los usuarios del servicio.</p> |

| | | |
|---|---|----------------|
| | <p>personal de epidemiología y supervisados por el personal de calidad y seguridad del paciente.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta del comité de Bioseguridad 2. Acta del comité de control de infecciones CIAAS 2. Listados de participación de las charlas impartidas 3. Reportes de evaluación de Bioseguridad e IAAS 4. Fotos de las reuniones | |
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad). | | No se realiza. |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. | | No se realiza |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos. | | No se realiza |
| 11. Política de residuos y de reciclado. | <p>El HPEF cuenta con una política de manejo de residuos.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de los planes de mejora de Bioseguridad | |

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. | <p>Se obtuvo un nivel de satisfacción de los usuarios de un 84%, según los resultados de las encuestas de satisfacción del último semestre enero-junio 2024.</p> <p>Evidencia;</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | 1. Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios. | |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | <p>La sociedad ha sido beneficiada de manera positiva con los servicios de la organización, esto se puede observar en el aumento de la demanda de los servicios, según se observa en los reportes de la producción 67A del semestre 1-2024, comparado con el semestre 1-2023.</p> <p>*Pruebas de laboratorio, 56%</p> <p>*Imágenes, 71%</p> <p>*Cirugías menores, 54%</p> <p>*Cirugías mayores, 5%</p> <p>Evidencia; 1. Reporte del 67A</p> | |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | <p>El HPEF forma parte del SISMAP SALUD, en el cual se enlista con los demás Hospitales del país, comparando su rendimiento en el ranking hospitalario, actualmente (septiembre 2024) ocupa el lugar 28/100 con un porcentaje de cumplimiento del 66.83%</p> <p>Evidencia; 1. SISMAP SALUD</p> | |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | <p>El HPEF obtuvo en 2023, el segundo lugar por 2do año consecutivo del programa "Desempeño hospitalario del SNS" y en este 2024 obtuvo el 1er lugar en esta misma categoría.</p> <p>Evidencia; 1. Premiación "Desempeño hospitalario, nivel provincial, año 2024"</p> | |

| | | |
|--|---|----------------------|
| <p>5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.</p> | <p>La organización cumple al 100% en las auditorías externas que se realizan de las diferentes ARS. También cumple con el 100% de los requisitos del MSP, para la habilitación de servicios de salud, lo cual se evidencia en los permisos recibidos por el MSP, DNCD, para la oferta de los servicios de salud, estudios diagnósticos, laboratorios y dispensación de medicamentos.</p> <p>Evidencia; 1. Informe auditoria de las ARS 2. Certificado de habilitación centro de servicio de salud.</p> | |
| <p>6. Resultados de la innovación en servicios/productos.</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.</p> | <p>El HPEF trabaja en coordinación con el SNS y el MAP para dar cumplimiento a las reformas del sector público, en las diferentes áreas de trabajo del sector salud. Como resultado a la aplicación de estas reformas se obtienen la eliminación de la nómina interna en un 100%, reducción de la deuda al corte en un 100%. Y la habilitación de nuevos servicios, producto de la creciente demanda en la zona, por ser declarada una zona turística.</p> <p>Evidencia; 1. Informe de estados de cuenta de Sección de contabilidad 2. Cartera de servicios 3. Informe de nomina</p> | |
| <p>8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.</p> | | <p>No se realiza</p> |

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| <p>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.</p> | <p>Según la última evaluación de la metodología de la gestión productiva, el HPEF obtuvo un nivel de cumplimiento de un 93%, este automiteo evalúa las condiciones mínimas para la atención en la salud.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Matriz de calificación de estándares comparativos de la MGP, actualizada a mayo 2024.</p> | |
| <p>2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.</p> | | <p>No se documenta</p> |
| <p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p> | | <p>No se realiza</p> |
| <p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p> | <p>A través del portal transaccional se observa el grado de cumplimiento de las contrataciones que mantiene el centro hospitalario con sus proveedores, el cual se mantiene en un 100% de cumplimiento.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Portal transaccional 2. Reportes financieros 3. Facturas comprobantes de pagos a los proveedores</p> | |
| <p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p> | <p>El HPEF cuenta con computadoras en todas sus áreas de trabajo, lo cual ha recudido el papeleo en algunas tareas y ahorro de tiempo en la comunicación, ya que a través de los correos electrónicos y las estaciones telefónicas el personal se comunica de manera inmediata. También cuenta con redes sociales donde hace su publicidad sobre los servicios y horarios</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>disponibles. Y recientemente se agrego un numero de wassap para que los usuarios puedan realizar sus citas de consultas y realizar cualquier consulta sobre los servicios sin necesidad de trasladarse al centro. De igual forma se ejecutan los concursos de compras y contrataciones a través del portal transaccional, lo que reduce en gran medida el gasto de tramitación con proveedores.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes sociales 2. Ejecución presupuestaria 3. Portal transaccional | |
| <p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p> | <p>El HPEF realiza autoevaluaciones internas, automitoreo, autoobservaciones, de sus procesos de protocolos de atención, del trato humano, auditoria de seguridad en la cirugía, auditoria de completitud de expedientes clínicos y quirúrgicos. Los resultados han contribuido a elaborar planes de mejora para la organización que la encaminan a convertirse en una institución de excelencia.</p> <p>El HPEF obtuvo los siguientes porcentajes de cumplimientos en el monitoreo de apego a protocolos en la práctica clínica de calidad de los servicios realizada por el SNS en el 1er semestre del 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Atención materna y del recién nacido 64% *Humanización de los servicios maternos y neonatales 78% *Morbilidades maternas 80% *Morbilidades neonatales 73% *Atención medica por morbilidad pediátrica 73% *Aplicación de la lista de verificación de la seguridad en la cirugía 95% | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Evidencia;</p> <p>1. Informe de monitoreo calidad de los servicios del SNS, Trimestre 1-2024</p> | |
| <p>7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.</p> | <p>El HPEF obtuvo en 2023, el segundo lugar por 2do año consecutivo del programa "Desempeño hospitalario del SNS" En este año 2024 obtuvo el primer lugar en el mismo renglón.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Memoria del SNS, premiación ranking hospitalario</p> | |
| <p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p> | <p>El HPEF cumple con los objetivos financieros oportunamente, también como la ejecución presupuestaria, la cual, según los informes financieros, en 2023 se ejecutó al 100%. Y según los informes de producción presenta una tendencia de aumento para el 2024.</p> <p>Evidencia;</p> <p>1. Informes financieros sobre ejecución presupuestaria</p> <p>2. Estados de cuentas, ingresos y egresos</p> | |
| <p>9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.</p> | <p>El HPEF cuenta con el comité de compras el cual realiza evaluaciones de proveedores para lograr la meta de realizar acuerdos y compras con una buena relación costo-beneficios. El HPEF actualmente esta registrado en el portal transaccional de compras dominicanas, por lo que aplica la ley de compras y contrataciones sobre hacer publica sus intenciones de compra o adquisición de servicios.</p> <p>Según reportes del comité de compras y contrataciones del HPEF, durante el año 2024 en comparación con el año 2023, se ha reducido el</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>tiempo de respuesta de entrega de productos y servicios, por parte de los proveedores, de una semana a 3 días promedio, y los costos de adquisición se han reducido en un 30%, esto debido a el aumento de oferentes.</p> <p>Evidencia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de trabajo del comité de compras 2. Portal transaccional de compras dominicanas 3. Informes financieros sobre pagos a suplidores/proveedores | |
|--|---|--|

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.