

**PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES / CENTRAL DE APOYO LOGÍSTICO
(PROMESE/CAL)**

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

Preparado por el Comité de Autoevaluación

Coordinador:
Lahiri Fortunato

Evaluador (es):
Comité Institucional de la Calidad (CIC)



PROMESE  **CAL**
Medicinas que dan Calidad de Vida

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	2
I. ASPECTOS GENERALES	3
I.1. MARCO INSTITUCIONAL	3
I.1.1. MISIÓN	3
I.1.2. VISIÓN	3
I.1.3. VALORES INSTITUCIONALES	3
I.1.4. BASE LEGAL	4
I.1.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	5
I.1.6. SERVICIOS	6
I.2. SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	7
2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.	10
2.1. PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.	10
2.2. ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.	12
2.2.1. ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES	12
A. LIDERAZGO	12
B. ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.....	12
C. PERSONAS	12
D. ALIANZAS Y RECURSOS	12
A. PROCESOS.....	13
2.2.2. ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS	13
A. RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/CLIENTES.	13
B. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	13
C. RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	13
D. RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.....	14
5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.	14
6. RESUMEN DE PUNTUACIONES:	15

RESUMEN EJECUTIVO

La auto evaluación institucional en el Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) es realizada anualmente apoyada bajo los criterios y fundamentos de la metodología CAF en fiel cumplimiento del decreto No. 211-10.

El proyecto inicia con la reunión del Comité Institucional de la Calidad en la que, con la orientación del Director General se establecen las pautas para realizar el autodiagnóstico a partir de la distribución del llenado de la matriz CAF de acuerdo a las áreas de responsabilidad o de mayor incidencia con los requerimientos a abordar.

A partir de ese momento, los miembros del comité con sus respectivos equipos de trabajo proceden a completar la matriz con los puntos fuertes que tiene la institución sustentado en las evidencias que las validan y la detección de las áreas de mejora de los argumentos que carezcan de evidencia en caso de que los hubiere.

Luego el coordinador revisa y consolida en una sola matriz los autodiagnósticos recibidos con el aporte y colaboración de los miembros del mismo, así como la elaboración del plan de mejoras en el que son indicadas las acciones a desarrollar para superar los retos identificados, en un ciclo constante de mejora continua.

A partir del plan de mejora, la institución inicia la ejecución de dichas acciones conforme a la prioridad establecida para las mismas y su integración en la Planificación Operativa Anual, lo que permite su seguimiento a través de indicadores de cumplimiento.

I. ASPECTOS GENERALES

I.1. MARCO INSTITUCIONAL

I.1.1. MISIÓN

“Somos la única central de suministro de medicamentos, productos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio que satisface la demanda del Sistema Público Nacional de Salud y realiza dispensación farmacéutica ambulatoria del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales a través de las Farmacias del Pueblo”¹.

I.1.2. VISIÓN

“Convertirnos en una agencia descentralizada única en el suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, que satisfaga la demanda del Sistema Público Nacional de Salud y la Seguridad Social, y garantice la dispensación farmacéutica ambulatoria a través de las Farmacias del Pueblo, consolidándonos como un modelo regional de gestión transparente”.

I.1.3. VALORES INSTITUCIONALES

- **Vocación de Servicio:** Empleamos al máximo nuestro esfuerzo y capacidades para servir con esmero y entusiasmo.
- **Calidad:** Ofrecemos productos y servicios de calidad a nuestras partes interesadas mediante el mejoramiento continuo de nuestros procesos y un compromiso ético, íntegro y humano.
- **Transparencia:** Utilizamos todos los medios a nuestro alcance para garantizar el acceso del público a toda la información relacionada con los procesos que desempeñamos de manera oportuna.
- **Liderazgo:** Incentivamos a nuestro personal a involucrarse y trabajar con dedicación para alcanzar el logro de los objetivos establecidos.
- **Integridad:** Nos esforzamos en mantener un ambiente de honestidad, respeto y seguridad, apegados a la normativa ética establecida.
- **Eficiencia:** Hacemos buen uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros para garantizar el óptimo desempeño institucional, adaptándonos oportunamente a los cambios internos y del entorno.

¹ Artículo 2. Decreto 168-03 sobre el objeto del PROMESE/CAL.

I.1.4. BASE LEGAL

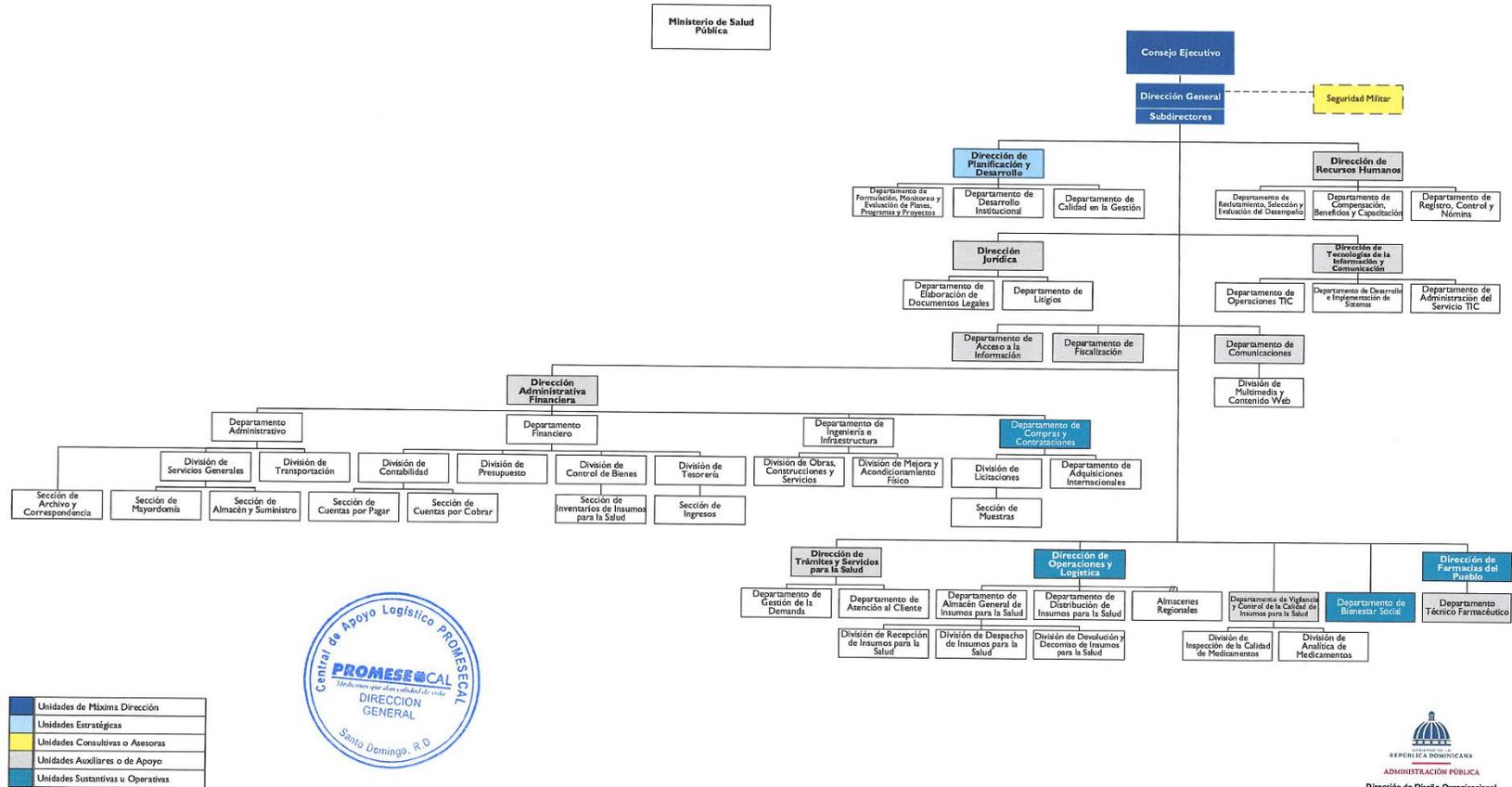
Normativa regulatoria de cada uno de los servicios que se prestan

El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE) fue creado como una dependencia adscrita a la Presidencia de la República Dominicana mediante el Decreto del Poder Ejecutivo No. 2265-84, del 22 de agosto de 1984. Posteriormente, el 18 de octubre del 2000, fue emitido el Decreto No. 991-00, el cual establece que Promese, además de las atribuciones que le fueron conferidas, funcionara como una Central de Apoyo Logístico (CAL), con el objetivo de garantizar la provisión de medicamentos e insumos Sanitarios de calidad certificada al Sistema Nacional de Salud Pública en beneficio de la población dominicana, de manera oportuna, segura y suficiente. En 2012 mediante el decreto 608-12 fue incorporado al Ministerio de Salud Pública (MSP) y su modificatoria contenida en el Decreto No. 168-13.

Leyes, Decretos y Reglamentos Vinculantes

- Ley No. 50-88, del 25 de julio de 1988, sobre Drogas y Sustancias Controladas.
- Decreto No. 246-06, del 9 de junio de 2006, que regula los aspectos de fabricación, elaboración, control de calidad, suministro, circulación, distribución, comercialización, información, publicidad, importación, almacenamiento, dispensación, evaluación, registro y donación de medicamentos.
- Ley No. 340-06, del 18 de agosto de 2006, sobre Compras y Contrataciones Públicas de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones.
- Ley No. 449-06, del 6 de diciembre de 2006, sobre Contrataciones de Bienes, Obras, Servicios y Concesiones; y su Reglamento de Aplicación No. 543-12, que modifica la Ley No. 340-06.
- Ley No. 42-01, Ley General de Salud del 8 de marzo de 2001.

I.1.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



I.1.6. SERVICIOS

Nombre del Servicio	Descripción del Servicio	A quién va dirigido
Suministro de medicamentos e insumos para la salud.	Suministro oportuno de medicamentos y dispositivos médicos a hospitales, subcentros, y Unidades de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública, así como a los afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social en la modalidad ambulatoria.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales ▪ Sub centros de salud ▪ Servicios Regionales de Salud (SRS) ▪ Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) ▪ Farmacias del Pueblo ▪ Instituciones sin Fines de Lucro ▪ Programas Sociales del PROMESE/CAL ▪ Administradora de Riesgos de Salud para Maestros (ARS SEMMA) ▪ Instituciones Castrenses ▪ Línea de Emergencias 911
Atención Farmacéutica	Dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos de calidad y a bajo costo a través de la red nacional de Farmacias del Pueblo.	Personas físicas
Donación de medicamentos	Dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas Físicas. ▪ Beneficiarios de los programas sociales de la institución ((PAREC, PAUCIN, PESCCA, PRODPERA, PRONEPAR, PROMEDIA, PROMEGOTAS, PROPACER, PROMEPSAL, PRONEPARK). ▪ Entidades Eclesiásticas. ▪ Entidades Gubernamentales. ▪ Entidades Sin Fines de Lucro.

I.2. SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

Eje Estratégico I. Proveer un servicio más eficiente a nuestros usuarios.		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	OBJETIVO
I.1		Optimizar el modelo operativo de la cadena de suministro a fin de eficientizar nuestros servicios.
	I.1.1.	Garantizado el 90% de las condiciones adecuadas de infraestructura y equipos operacionales para el 2024.
	I.1.2.	Asegurado el 100% del cumplimiento de los requisitos de estándares de calidad y especificaciones técnicas establecidas en la normativa vigente para los medicamentos e insumos médicos adquiridos.
	I.1.3.	Garantizado el cumplimiento del plan de entrega de las órdenes de compras de los proveedores a la institución en un 90% OTIF (on time in full), a fin de mantener los niveles de inventario óptimos para el abasto y ocupación de almacén.
	I.1.4.	Elevado en un 10% anual las buenas prácticas de almacenamiento y distribución para el periodo 2024.
	I.1.5.	Logrado un incremento gradual en el abastecimiento de los medicamentos e insumos requeridos por nuestros clientes, hasta alcanzar un 90% para el 2024.
	I.1.6.	Lograda la distribución directa a los hospitales trazadores del Sistema Público Nacional de Salud, en un 90% para el 2024.
I.2		Fortalecer la red de farmacias del pueblo.
	I.2.1	Ampliada la Red de Farmacias del Pueblo, continuando con la habilitación de una Farmacia del Pueblo cercana a una UNAP en cada distrito municipal, garantizando así un mejor acceso a medicamentos e insumos sanitarios a la población más vulnerable, en cumplimiento con el plan de gobierno.
	I.2.2	Adecuada en un 100% la infraestructura de la Red de Farmacias del Pueblo acorde al estándar corporativo definido, para el 2024.
	I.2.3	Garantizada en un 100% el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación en las Farmacias del Pueblo, para el 2024.
	I.2.4	Garantizada la dispensación de medicamentos para enfermedades crónicas a pacientes fidelizados a la Red de Farmacias del Pueblo.
I.3		Optimizar los procesos de la cadena de suministro a través de la implementación de recursos de tecnología de la información.
	I.3.1	Creada la infraestructura tecnológica institucional compuesta por Data center, NOC y Ciberseguridad para el 2024.
	I.3.2	Implementadas las herramientas de gestión de la demanda para todos los clientes de la institución incluyendo Farmacias del Pueblo, con el propósito automatizar la gestión de pedido para el 2023.

- 1.3.3 Automatizadas el 100% de las Farmacias del Pueblo con posibilidad de interconexión e integración a la red tecnológica de la institución, logrando un mejor control de inventarios, ventas y base de datos de clientes, para el 2024.
- 1.3.4 Implementadas las herramientas de gestión logística garantizando la trazabilidad, productividad y agilidad en las rutas de distribución.

Eje Estratégico 2. Fortalecimiento de la transparencia y rendición de cuentas públicas

OBJETIVO ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	OBJETIVO
2.1		Asegurar la transparencia y eficiencia del manejo de los recursos públicos.
	2.1.1	Garantizado en un 100% el manejo eficiente y transparente de los recursos financieros.
	2.1.2	Fortalecido el sistema de gestión financiero en un 90% para el 2024.
	2.1.3	Garantizado el cumplimiento del indicador de transparencia en un 100% para el acceso a la información a los usuarios y población en general anualmente.
2.2		Fortalecer sistema de control interno garantizando el cumplimiento de los procesos operativos y administrativos.
	2.2.1	Implementadas en un 90% las Normas Básicas de Control Interno.
2.3		Adecuar la institución a los requerimientos y modernización del estado.
	2.3.1	Garantizado en un 90% los indicadores del sistema de monitoreo y medición de la gestión pública (SMMGP)

Eje Estratégico 3. Fortalecimiento institucional

OBJETIVO ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	OBJETIVO
3.1		Mantener una estructura organizativa que garantice el desarrollo institucional.
	3.1.1	Adecuada la estructura Organizativa a los requerimientos institucionales para el 2022.
3.2		Crear condiciones organizacionales que permitan el desarrollo y satisfacción de los colaboradores para el logro de los objetivos institucionales.
	3.2.1	Ejecutado en un 80% el cumplimiento del plan de capacitación anual.
	3.2.2	Alcanzado el nivel de satisfacción de los colaboradores en un 80% anual.
3.3		Fortalecer la gestión del sistema de calidad.
	3.3.1	Asegurado el adecuado funcionamiento del sistema de gestión de calidad en un 90% acorde a los estándares establecidos para 2024.

3.4	Fortalecer los acuerdos interinstitucionales con actores claves que nos permitan avalar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
3.4.1	Gestionado el cumplimiento en un 100% de los acuerdos interinstitucionales establecidos por la institución para su desarrollo y modernización.
3.5	Mejorar la imagen institucional de cara a los ciudadanos/clientes.
3.5.1	Lograda una imagen pública positiva de la institución.
3.5.2	Alcanzado en un 85%, en cada grupo evaluado, el nivel de satisfacción en los ciudadanos/clientes respecto a los servicios recibidos.
3.6	Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el desarrollo sostenible (social, laboral, económica y medioambiental).
3.6.1	Implementadas políticas y acciones que permitan el desarrollo sostenible.
3.6.2	Desarrolladas actividades que beneficien a la población más vulnerable de la sociedad dominicana.
3.7	Lograr el crecimiento institucional continuo y sostenido que permita el alcance de nuestra visión.
3.7.1	Gestionadas las acciones que permitan alcanzar la descentralización institucional.

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1. PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

- 2.1.1 Liderazgo sustentado en el modelo de excelencia CAF.
- 2.1.2 La Misión y la Visión de la institución se han desarrollado a partir del impacto que tienen los servicios que provee la institución en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) las cuales se comunican a todos las unidades organizacionales, garantizando su divulgación a los colaboradores de nuevo ingreso.
- 2.1.3 Se dispone de un Plan Estratégico Institucional (PEI), Planes Operativos Anuales (POA), Mapa de Procesos y Código de Ética.
- 2.1.4 En la planificación estratégica se toman en cuenta la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las reformas del sector público.
- 2.1.5 Se realizan análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) y se toman en cuenta los requisitos de las partes interesadas.
- 2.1.6 Se realizan talleres para motivar y promover el compromiso institucional y la gestión del cambio.
- 2.1.7 La organización dispone de un Manual de Organización y Funciones (MOF) donde están claramente definidas y determinadas las funciones, responsabilidades y niveles jerárquicos de las personas.
- 2.1.8 Se realizan consultas sistemáticas a las partes interesadas sobre aspectos específicos sobre la prestación del servicio que ofrecemos y sobre sus expectativas, mismas que nos permiten conocer perspectivas de género, zonas geográficas, nivel educativo, segregación social, etc.
- 2.1.9 Se evidencia la implementación de un sistema de control interno con aportaciones de la gestión de riesgo donde están identificados los factores internos y del entorno, así como los controles mitigadores.
- 2.1.10 Procedimientos documentados y fichas de procesos elaboradas tomando en cuenta el ciclo PHVA.
- 2.1.11 Matriz de seguimiento de metas y objetivos propuestos y logrados. Esta herramienta permite dar seguimiento a los planes operativos, proyectos, metas presidenciales e indicadores de gestión.
- 2.1.12 Sistema Integrado de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2015, en proceso de certificación.
- 2.1.13 Adaptación al entorno a través de una estructura que responde a la planificación estratégica.
- 2.1.14 Presencia y comunicación constante en las redes sociales Instagram®, Twitter®, Facebook®, YouTube® y LinkedIn® a través de la cuenta única @promesecalrd.
- 2.1.15 Se dispone de las infraestructuras, equipos y tecnologías necesarias para asegurar el óptimo desarrollo de los procesos.
- 2.1.16 Fuerte compromiso con la calidad y la mejora continua.

- 2.1.17 Realización de concursos externos para ingreso al cargo de carrera administrativa.
- 2.1.18 Plan de capacitación y un plan de desarrollo de competencias del recurso humano implementados. Además, se evalúa el impacto de las capacitaciones.
- 2.1.19 Manual de políticas de Recursos Humanos.
- 2.1.20 Manual de políticas y planes ambientales.
- 2.1.21 Presupuesto por producto y Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC).
- 2.1.22 Implementación de acuerdos y evaluaciones del desempeño alineados a las funciones del cargo y las competencias de los colaboradores.
- 2.1.23 Se realiza encuesta de Clima Organizacional anualmente para conocer el nivel de satisfacción de los colaboradores.
- 2.1.24 Proceso de inducción al personal de nuevo ingreso a través de tutorías, talleres y asesoramiento individual por parte del supervisor inmediato del colaborador.
- 2.1.25 Escala salarial aprobada por el MAP.
- 2.1.26 Asociación de empleados en cumplimiento a lo establecido en la Ley No. 41-08 de función pública.
- 2.1.27 Conformación de diferentes comités de trabajo: Comité de Calidad, Comité de Compras, Comité de Ética, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISTAP), entre otros.
- 2.1.28 Efectivo sistema de comunicación interna, poniendo a disposición diferentes medios y herramientas, como correo electrónico, buzón de quejas y sugerencias, boletines informativos, revista institucional, entre otros.
- 2.1.29 Buzones de denuncias, quejas y sugerencias a usuarios externos.
- 2.1.30 Se dispone de dispensario médico para entender al personal que así lo requiera.
- 2.1.31 Provisión de transporte y almuerzo gratuito para los colaboradores.
- 2.1.32 Se realizan actividades relacionadas a la responsabilidad social de cara a la comunidad como: limpieza de playas y jornadas de vacunación.
- 2.1.33 Se dispone de un plan de emergencia institucional para responder ante cualquier siniestro o catástrofe que pueda presentarse (ciclón, terremoto, incendio, entre otros).
- 2.1.34 Certificaciones y recertificaciones otorgadas por la OGTIC (NORTICs A2, A3, y EI)
- 2.1.35 Carta Compromiso al Ciudadano 2021-2023.
- 2.1.36 Acuerdos interinstitucionales.
- 2.1.37 Gestión Financiera disponible en el Sistema de Gestión Financiera del Estado Dominicano (SIGEF)
- 2.1.38 Sistema de Administración de Bienes (SIAB), para el registro de los activos fijos de las instituciones del sector público no financiero.

- 2.1.39 Se incorporan servicios y tecnologías de terceros que facilitan la participación y digitalización de toda la información relevante de la organización.
- 2.1.40 Se han desarrollado soluciones innovadoras para el acceso a información útil por parte de la comunidad de usuarios.
- 2.1.41 Se garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte, mobiliario, equipos electrónicos y materiales) a través de un Plan de Mantenimiento.
- 2.1.42 Participación en eventos nacionales que promueven el intercambio de buenas prácticas.
- 2.1.43 Índice de Satisfacción Ciudadana de 86% por los servicios que brinda la institución.
- 2.1.44 95% de logro en el Índice de transparencia de la Dirección General de Ética Gubernamental (DIGEIG).
- 2.1.45 85% de cumplimiento en el Sistema de Monitoreo para medir los niveles de desarrollo de la Administración Pública (SISMAP).
- 2.1.46 91% alcanzado en la evaluación del Índice de Compras y Contrataciones (DGCP).
- 2.1.47 95% alcanzado en la evaluación del Índice de cumplimiento en la Ley núm. 200-04 de libre acceso a la información pública, avalado por la DIGEIG.
- 2.1.48 100% promedio de cumplimiento en metas presidenciales.

2.2. ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.

2.2.1. ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES

A. LIDERAZGO

Esta área no presentó debilidades evidentes.

B. ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

1. No se evidencia la construcción de una cultura que impulse la innovación en la institución que impulse la creatividad y el desarrollo de nuevas ideas en las personas.
2. No se evidencia una política de innovación.
3. No se evidencia la acción de compartir los resultados de la organización con los grupos de interés relevantes.
4. No se evidencia la promoción de los aportes de ideas innovadoras.

C. PERSONAS

Esta área no presentó debilidades evidentes.

D. ALIANZAS Y RECURSOS

1. No se evidencia la identificación de alianzas público-privada (APP) a largo plazo ni el desarrollo cuando sea apropiado.

2. No se evidencia una política que también proporcione datos abiertos de la organización.
3. No se evidencia el establecimiento de redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.
4. No se evidencia que se tome en cuenta el impacto socio-económico y ambiental de las TIC, por ejemplo, la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por parte de usuarios con discapacidades y usuarios en necesidad de elevar sus destrezas para trabajo en ambiente electrónico, etc.

A. PROCESOS

1. No se evidencia la utilización de métodos innovadores para desarrollar servicios orientados al ciudadano/cliente y a la demanda, centrándose en el principio de una sola vez.
2. No se evidencia la adopción de algún incentivo para desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades; para que la dirección y los empleados creen procesos inter organizacionales.
3. No se evidencian asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) para permitir la prestación de servicios coordinados.

4.1.2. ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

A. RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

1. No se evidencia la medición de la percepción sobre la digitalización en la institución (servicios, procesos, trámites, documentos)
2. No se evidencia la medición del grado de utilización de métodos innovadores para atender a los ciudadanos clientes.

B. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

1. No se ha medido la percepción de nuestros colaboradores sobre aspectos relacionados con las acciones de responsabilidad social que lleva a cabo la institución.
2. No se ha medido el número de dilemas éticos (por ejemplo, posibles conflictos de intereses) reportados.
3. No se ha medido la frecuencia y tipo de acciones de reconocimiento individual y de equipos.

C. RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

1. No se ha medido la percepción de los usuarios sobre la transparencia de la organización y el comportamiento ético de sus servidores.
2. No se evidencian 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).

3. No se evidencia ningún apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.
4. No se evidencia intercambio productivo de conocimientos e información con otros (número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales, benchmarking, otros).

D. RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

1. No se evidencian resultados de la evaluación comparativa con otras organizaciones (benchmarking) en términos de productos y resultados.
2. No se ha medido la participación de benchmarking/benchlearning internos o con otras organizaciones (análisis comparativo).
3. No se ha medido el grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas, con organizaciones externas.
4. No se han medido los resultados de las evaluaciones o auditorías internas de calidad.
5. No se han medido los resultados de los reconocimientos. Por ejemplo: participación en concursos, premios y certificaciones del sistema de gestión de calidad u otros.

5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

Durante el desarrollo de las actividades se logró involucrar y obtener la participación de una cantidad importante de colaboradores de diversos grupos ocupacionales, donde la alta dirección y el Comité Institucional de la Calidad estuvieron en primera línea dirigiendo el proceso.

Desde el departamento de Calidad en la Gestión se coordinó la designación de los responsables para la realización de la autoevaluación por criterio y posteriormente para la recolección de las evidencias.

Hemos tenido la oportunidad de identificar con claridad nuestras áreas de mejora y todas las acciones que podemos tomar para elevar nuestros estándares institucionales y con ello elevar la satisfacción de nuestras partes interesadas.

Podemos afirmar que la mejor experiencia ha sido combinar el compromiso e involucramiento de todas las áreas de la institución lo que nos ha permitido tener un producto más acabado en relación al ejercicio de autoevaluación anterior.

De los inconvenientes más relevantes podemos mencionar lo difícil que a veces resulta reunir a los miembros del comité para desarrollar las actividades de autoevaluación, e involucrar y contar con la participación de los principales líderes institucionales.

6. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución: PROMESE/CAL		
Criterios	Puntos Totales Actual	Puntos Totales Propuesto
1: Liderazgo (140 puntos)	82	125
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	81	130
3: Personas (100 puntos)	63	90
4: Alianzas (100 puntos)	57	80
5: Procesos (120 puntos)	76	110
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	60	95
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	60	95
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	55	95
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	54	95
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	588	915