

**PROMESE**  **CAL**

*Medicinas que dan Calidad de Vida*

**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**

**Coordinadora:**

Sineyda Guzmán Hichez

**Evaluador (es):**

Comité Institucional de la Calidad (CIC)



Santo Domingo Norte, Rep. Dom.  
Septiembre 2024

## Contenido

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	2
<b>I. ASPECTOS GENERALES</b> .....	3
<b>I.1 MARCO INSTITUCIONAL</b> .....	3
I.1.1. MISIÓN.....	3
I.1.2. VISIÓN.....	3
I.1.3. VALORES INSTITUCIONALES.....	3
I.1.4. BASE LEGAL.....	3
I.1.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .....	4
I.1.6. SERVICIOS.....	5
<b>I.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b> .....	6
<b>2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION</b> .....	6
<b>2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS</b> .....	8
<b>2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL</b> .....	8
<b>2.2.1 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES</b> .....	11
A. LIDERAZGO.....	11
B. PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA.....	11
C. PERSONAS.....	11
D. ALIANZAS Y RECURSOS.....	11
E. PROCESOS .....	12
<b>2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS</b> .....	13
A. RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.....	13
B. RESULTADOS EN LAS PERSONAS.....	13
C. RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL .....	14
D. RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO .....	14
<b>3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS</b> .....	15
<b>4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:</b> .....	16

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) realiza anualmente la autoevaluación institucional 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, y el equipo directivo, en la que se establecen las pautas para realizar el autodiagnóstico a través del llenado de la matriz CAF y recopilación de evidencias, distribuido por áreas, según su responsabilidad o 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, con el cual se elabora este informe así como el plan de mejoras en el que son indicadas las acciones a desarrollar por la institución para superar los retos identificados, en un ciclo constante de mejora continua, ejecutando dichas acciones conforme a la prioridad que se establezca 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.”

#### 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.”

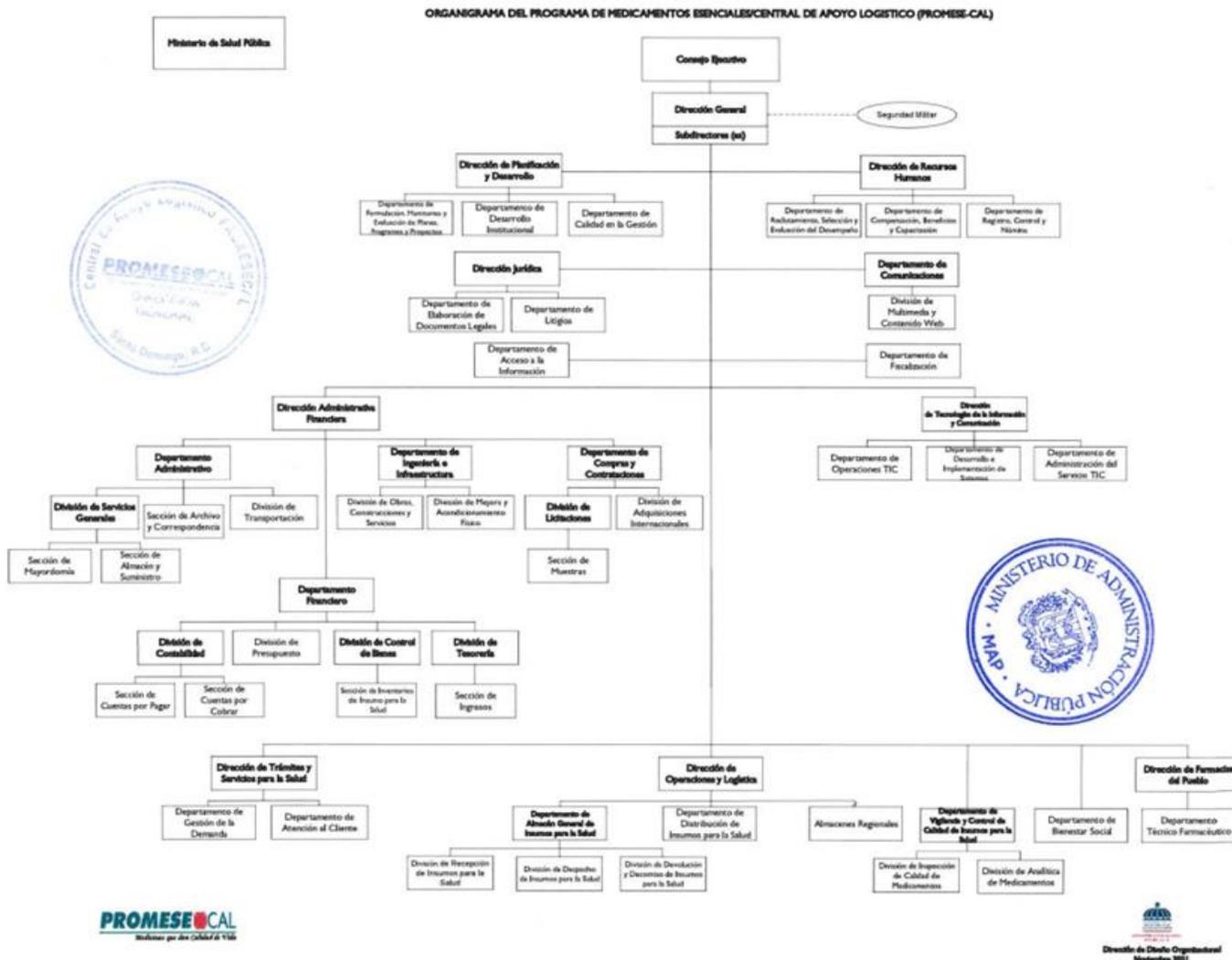
#### I.1.3. VALORES INSTITUCIONALES

Vocación de Servicios Integridad	Liderazgo Eficiencia	Calidad Transparencia
-------------------------------------	-------------------------	--------------------------

#### I.1.4. BASE LEGAL

- Decreto Núm. 2265, del 22 de agosto de 1984, que crea el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE).
- Decreto Núm. 991-00, del 18 de octubre de 2000, G.O. 10062, que dispone que el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE) funcione como una Central de Apoyo Logístico (CAL).
- Decreto Núm. 608-12, del 5 de octubre de 2012, que incorpora el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE/CAL) al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Decreto Núm. 168-13, del 21 de junio de 2013, que modifica los Artículos 2, 3 y 5 del Decreto Núm. 608-12, del 5 de octubre de 2012.
- Resolución Núm. 2016-0002 del 10 de mayo de 2016, que aprueba el Manual de Cargos de PROMESE/CAL.
- Decreto 168-19 del 6 de mayo de 2019, que fomenta el Desarrollo de la Producción Nacional.
- Resolución Núm. 2021-0005, del 4 de febrero de 2021, y su adenda en la Resolución Núm. 2021-0021 del 10 de noviembre del 2021, que aprueba la estructura organizativa de PROMESE/CAL.
- Decreto Núm. 113-21, del 19 de febrero de 2021, que transfiere las compras de todos los medicamentos de alto costo del Programa de Medicamentos de Alto Costo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico.
- Resolución Núm. 2021-0009 del 26 de abril de 2021, que aprueba el Manual de Organización y Funciones de PROMESE/CAL.

I.1.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



Estructura Organizativa vigente.  
[PROMESE/CAL | Organigrama Interactivo](#)

Resoluciones Estructura Organizativa  
[PROMESE/CAL | Estructura Organizativa y Resoluciones](#)

### I.1.6. SERVICIOS

Nombre del Servicio	Descripción del Servicio	A quién va dirigido
<p><b>Suministro de medicamentos e insumos para la salud.</b></p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitales</li> <li>▪ Sub centros de salud</li> <li>▪ Servicios Regionales de Salud (SRS)</li> <li>▪ Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)</li> <li>▪ Farmacias del Pueblo</li> <li>▪ Instituciones sin Fines de Lucro</li> <li>▪ Programas Sociales del PROMESE/CAL</li> <li>▪ Administradora de Riesgos de Salud para Maestros (ARS SEMMA)</li> <li>▪ Instituciones Castrenses</li> <li>▪ Línea de Emergencias 911</li> </ul>
<p><b>Atención Farmacéutica</b></p>	<p>Dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos de calidad y a bajo costo a través de la red nacional de Farmacias del Pueblo.</p>	<p>Personas físicas</p>
<p><b>Donación de medicamentos</b></p>	<p>Dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personas Físicas.</li> <li>▪ Beneficiarios de los programas sociales de la institución (PROMEDIA, PROMEPSAL, PROMEPARK, PROMEGOTAS, PAUCIN, PRONEPAR, PRONARCOR, PROMHEFILIA, PAUSAM).</li> <li>▪ Entidades Eclesiásticas.</li> <li>▪ Entidades Gubernamentales.</li> <li>▪ Entidades Sin Fines de Lucro.</li> </ul>

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

PROMESE/CAL, en cumplimiento a la Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública y alineado al Plan de Gobierno del Cambio, elaboró el Plan Estratégico Institucional 2021-2024, con el acompañamiento del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo que lo ha revisado y validado.

Las estratégicas, objetivos y resultados plasmado en nuestro Plan Estratégico Institucional (PEI) están alineados a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (END), en su eje estratégico 2 que procura una Sociedad con Igualdad de Derechos y Oportunidades, el mismo permite el seguimiento a través del cumplimiento del objetivo estratégico 2.2.1 que plantea “Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud”.

Así mismo el PEI está vinculado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), directamente en el ODS 3 que indica que se debe “Garantizar la salud y bienestar de una vida sana para todos en todas las edades”, por tal motivo en la meta 3.8 establece “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

En cuanto a los lineamientos del Plan de Gobierno plasmados en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2021-2024, nuestras acciones y productos están relacionados con la política priorizada “Acceso Universal a Salud” y al resultado “Garantizado el acceso universal, oportuno, con precios asequibles y el uso racional de medicamentos esenciales, seguros y eficaces”.

## **EJE ESTRATÉGICO I:**

### **Proveer un servicio más eficiente a nuestros usuarios**

- Objetivo estratégico 1.1: optimizar el modelo operativo de la cadena de suministro a fin de eficientizar nuestros servicios.
- Objetivo estratégico 1.2: fortalecer la red de farmacias del pueblo
- Objetivo estratégico 1.3: optimizar los procesos de la cadena de suministro a través de la implementación de recursos de tecnología de la información.

## **EJE ESTRATÉGICO II:**

### **Fortalecimiento de la transparencia y rendición de cuentas públicas**

- Objetivo estratégico 2.1: asegurar la transparencia y eficiencia del manejo de los recursos públicos.
- Objetivo estratégico 2.2: fortalecer sistema de control interno garantizando el cumplimiento de los procesos operativos y administrativos.
- Objetivo estratégico 2.3: adecuar la institución a los requerimientos y modernización del estado.

## **EJE ESTRATÉGICO III:**

### **Fortalecimiento institucional**

- Objetivo estratégico 3.1: mantener una estructura organizativa que garantice el desarrollo institucional.
- Objetivo estratégico 3.2: crear condiciones organizacionales que permitan el desarrollo y satisfacción de los colaboradores para el logro de los objetivos institucionales.
- Objetivo estratégico 3.3: fortalecer la gestión del sistema de calidad.
- Objetivo estratégico 3.4: fortalecer los acuerdos interinstitucionales con actores claves que nos permitan avalar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Objetivo estratégico 3.5: mejorar la imagen institucional de cara a los ciudadanos / clientes.
- Objetivo estratégico 3.6: fortalecer la capacidad institucional para garantizar el desarrollo sostenible (social, laboral, económica y medioambiental).
- Objetivo estratégico 3.7: lograr el crecimiento institucional continuo y sostenido que permita el alcance de nuestra visión.

## 2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION

### 2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

- Liderazgo sustentado en el modelo de excelencia CAF, mostrando un compromiso con la calidad y la mejora continua.
- La institución ha desarrollado su marco institucional (Misión, Visión y Valores) a partir del impacto que tienen los servicios que provee, conforme al marco legislativo que le compete y alienado a los instrumentos estratégicos nacionales como la Estrategia Nacional de Desarrollo (END). Este marco institucional se comunica a todas las unidades organizacionales, garantizando su socialización a los colaboradores de nuevo ingreso, así como su divulgación a otras partes interesadas a través de nuestros canales de comunicación disponibles y de alcance masivo.
- La institución cuenta con una estructura organizativa establecida, y aprobada por el MAP, la cual responde a las necesidades de nuestro quehacer institucional, a la planificación estratégica y las tendencias vigentes a la modernización del Estado y sus organizaciones.
- Asimismo se dispone de un Manual de Organización y Funciones (MOF) donde están claramente definidas y determinadas las funciones, responsabilidades y niveles jerárquicos de los cargos que componen nuestra estructura organizativa.
- Se dispone de un Plan Estratégico Institucional (PEI), Planes Operativos Anuales (POA), Mapa de Procesos y Código de Ética.
- En nuestro proceso de planificación estratégica se toman en cuenta los lineamientos de, de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculados al sector salud, instrumentos de planificación sectoriales como el Plan Estratégico de Salud 2030, al Plan Nacional Plurianual del Sector Público, así como a las más recientes reformas del sector público, planes de Gobierno y demás políticas públicas en las que incide nuestro quehacer institucional, y cualquier otro lineamiento de los órganos rectores.
- Se cuenta con Presupuesto por producto y Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) para asegurar la disponibilidad de recursos que garanticen una efectiva implemetación del PEI y los POA's.
- Se realizan análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) y se toman en cuenta los requisitos de las partes interesadas.
- Se establecen indicadores para medir y evaluar el desempeño institucional.
- Implementación de Evaluación del Desempeño EDI, como parte de las 45 instituciones priorizadas, y junto con esto las distintas Políticas Transversales en curso.
- 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.
- 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, alineados a las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) instruidos por la Contraloría General de la República (CGRD) como órgano rector.
- 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.
  - Contamos con la segunda versión de nuestra Carta Compromiso al Ciudadano aprobada por el MAP, y vigencia hasta noviembre 2025.
  - Sistema Integrado de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2015.
  - Procedimientos documentados y fichas de procesos elaboradas tomando en cuenta el ciclo PHVA.
  - Presencia y comunicación constante en las redes sociales Instagram®, Twitter®, Facebook®, YouTube® y LinkedIn® a través de la cuenta única @promesecalrd.
  - Se dispone de las infraestructuras, equipos y tecnologías necesarias para asegurar el óptimo desarrollo de los procesos.
  - 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.
  - Contamos con certificaciones y recertificaciones otorgadas por la OGTIC (NORTICs A2, A3, y E1).
  - Se incorporan servicios y tecnologías de terceros que facilitan la participación y digitalización de toda la información relevante de la organización.
  - 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.
  - Se cuenta con Manuales, Políticas y Procedimientos vinculados a los diferentes subsistemas de Recursos Humanos, para correcta gestión.
  - Plan de capacitación y un plan de desarrollo de competencias del recurso humano implementados.
  - Implementación de acuerdos y evaluaciones del desempeño, alineados a las funciones del cargo y las competencias de los colaboradores.
  - Proceso de inducción al personal de nuevo ingreso a través de tutorías, talleres y asesoramiento individual por parte del supervisor inmediato del colaborador.
  - Se realiza encuesta de Clima Organizacional anualmente para conocer el nivel de satisfacción de los colaboradores y tomar acciones de mejora pertinentes.
  - Escala salarial establecida y aprobada por el MAP.
  - Se cuenta con la Asociación de Servidores Públicos en cumplimiento a lo establecido en la Ley No. 41-08 de función pública.
  - Conformación de diferentes comités de trabajo: Comité de Calidad, Comité de Compras, Comisión de Integridad Gubernamental y Cumplimiento Normativo (antes Comité de Ética), Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISTAP), Comité de Medioambiente, Comité de Transversalización de Género, entre otros.

- Se dispone de un dispensario médico y una unidad de salud emocional para atender al personal que así lo requiera, así como otros beneficios como la provisión de transporte y almuerzo gratuito para los colaboradores, jornadas de salud, entre otros.
- Se cuenta con Manual de políticas y planes ambientales, y se realizan actividades relacionadas a la responsabilidad social de cara a la comunidad como: limpieza de playas, reforestación y jornadas de descacharrización para prevención del dengue.
- Se dispone de un Manual de Plan de Emergencia institucional para responder ante cualquier siniestro o catástrofe que pueda presentarse (ciclón, terremoto, incendio, entre otros).
- Contamos con acuerdos interinstitucionales y convenios con organismos de cooperación importantes con el fin de lograr fortalecimiento institucional y cooperar con iniciativas conjuntas establecidas por el Estado y órganos rectores.
- Relación e interacción periódica con los grupos de interés, especialmente los vinculados a acciones conjuntas del sector salud.
- Gestión Financiera disponible en el Sistema de Gestión Financiera del Estado Dominicano (SIGEF), alienada a los objetivos estratégicos.
- Sistema de Administración de Bienes (SIAB), para el registro de los activos fijos de las instituciones del sector público no financiero.
- Integración de tecnologías para el acceso a información útil por parte de la comunidad de usuarios, así como para aumentar el conocimiento y potenciar las habilidades de los colaboradores, apoyarles en sus actividades y mejorar los servicios.
- Participación en eventos nacionales e internacionales que promueven el intercambio de buenas prácticas.
- Índice de Satisfacción Ciudadana de 82% por los servicios que brinda la institución.
- 100% de logro en el Índice de Transparencia de la Dirección General de Ética Gubernamental (DIGEIG).
- 88.91% de cumplimiento en el Índice de Gestión Presupuestaria (IGP).
- 81.3% alcanzado en la evaluación del Índice de Compras y Contrataciones (DGCP).
- 100% 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.
- 82.66% cumplimiento en implementación de Políticas Transversales.
- Gran desempeño en cuanto a resultados obtenidos de los servicios prestados y de su impacto directo a la sociedad, así como al sector salud como entidad vinculada a la cadena de servicio del Sistema Público Nacional de Salud.

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

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

#### **A. LIDERAZGO**

1. Reforzar la socialización de la misión, visión y valores institucionales a lo externo vía publicaciones en redes sociales, y en lo interno elaborar campañas de identificación de filosofía institucional. (1.1 (4))
2. Implementar políticas y programas para incentivar una cultura de innovación. (1.2 (9))
3. Retomar o implementar nuevos programas de reconocimiento a la excelencia laboral, tanto individual como grupal. (1.3 (7))

#### **B. PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA**

4. Reforzar el registro y documentación de la participación de grupos de interés en nuestro proceso de formulación de PEI. (2.2 (2))
5. No se evidencia a 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. (2.4 (2))
6. Propiciar más encuentros de benchmarking/benchlearning con otras instituciones y organizaciones para el fortalecimiento institucional. (2.4 (2))
7. No se evidencia una política de innovación. (2.4 (3))
8. No se evidencia la promoción de los aportes de ideas innovadoras. (2.4 (4))

#### **C. PERSONAS**

9. No se realizan evaluaciones de relación costo/beneficios de las capacitaciones. (3.2 (9))
10. Implementar la modalidad de teletrabajo en concordancia con las disposiciones de la Resolución núm. 130-2020 y la circular núm. 019077 del MAP, que determinan los lineamientos sobre teletrabajo e instruye para su implementación. (3.3 (7))

#### **D. ALIANZAS Y RECURSOS**

11. Reforzar el monitoreo de resultados e impacto de los niveles de cumplimiento de las alianzas y acuerdos. (4.1 (3))
12. No se evidencia la identificación de alianzas público-privada (APP) a largo plazo ni el desarrollo cuando sea apropiado. (4.1 (4))
13. Implementación de la contabilidad de costos para identificar la rentabilidad institucional. (4.3 (4))
14. No se evidencia el establecimiento de redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. (4.4 (4))
15. Revisar los procesos institucionales que pudieran ser mejorados con el uso de tecnología generando impacto en resultados hacia clientes/ciudadanos, y hacia los colaboradores de manera interna. (4.5 (5))

16. 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. (4.5 (7))
17. Revisión de los procesos de bajo la responsabilidad del área de Mejoras y Acondicionamiento Físico, en el Departamento de Ingeniería e Infraestructura, para actualizar o diseñar la documentación relativa a los mismos (Procedimientos, Instructivos, Formularios, Políticas, Manuales, Fichas de Procesos, Fichas de Indicadores). (4.6 (1))
18. Reforzar la periodicidad de solicitudes de descargos de activos a la DGBN, para evitar la acumulación de activos en desusos. (4.6 (3))
19. Evaluar dentro de los recursos disponibles la posibilidad de retomar, ampliar o implementar acciones que sirvan para agregar un valor público a través de nuestras instalaciones (como la instalación de paneles solares en las farmacias, para dar beneficio a la comunidad cercana). (4.6 (4))

## **E. PROCESOS**

20. Fortalecer el recurso humano (tanto en cantidad como en formación) que fungirá como Auditores Internos, tanto del Sistema de Gestión de Calidad como al Sistema de Control Interno (Fiscalización), para garantizar la correcta implementación de los procesos de auditorías a estos sistemas y darles continuidad. (5.1 (3))
21. Dar continuidad a la revisión de todos los procesos de la institución con las diferentes unidades organizativas, para actualizar o diseñar la documentación relativa a los mismos (Procedimientos, Instructivos, Formularios, Políticas, Manuales, Fichas de Procesos, Fichas de Indicadores). (5.1 (4))
22. 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. (5.2 (2))
23. Ampliar las opciones y prácticas para promover accesibilidad a productos y servicios en la organización. Más opciones trámites electrónicos, presentación listado de catálogo medicamentos en braille, audiovisuales, entre otros. (5.2 (4))
24. 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. (5.3 (4))
25. No se evidencian asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) para permitir la prestación de servicios coordinados. (5.3 (6))

## 2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

### A. RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES

26. Aunque en nuestra consulta 2024 para conocer el nivel de satisfacción de los ciudadanos/clientes obtuvimos en general resultados satisfactorios (82%), se evidencia una **tendencia descendente** respecto al 2023 (89%).
27. Otros aspectos puntuales especialmente en los servicios institucionales, presentaron valores insatisfactorios, además de esta tendencia descendente, entre estos la **capacidad de respuesta, empatía, y horario de atención.**
28. En cuanto a los compromisos de la CCC mejorar los resultados en atributos **tiempos de espera** y la **amabilidad** para el servicio Donación de Medicamentos.
29. Aunque se cuenta con valores de registros de acciones ejecutadas o medición de resultados obtenidos en varios procesos, no se cuenta con la evidencia de una medición de **percepción de los ciudadanos/clientes** en aspectos como:
  - a. Participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización. (6.1 (1.3))
  - b. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización. (6.1 (1.4))
  - c. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.). (6.1 (2.4))
  - d. Capacidad de la organización para la innovación. (6.1 (2.5))
  - e. La digitalización en la institución (servicios, procesos, trámites, documentos) (6.1 (2.7)).
30. Deben mejorarse el uso de elementos materiales que provean información suficiente y útil a los clientes/usuarios de nuestro servicio presencial Atención Farmacéutica. (6.2 (2.9))
31. No se evidencia la medición del grado de utilización de métodos innovadores para atender a los ciudadanos clientes. (6.2 (3.3))

### B. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

32. Los resultados generales reflejados en la consulta de Clima Organizacional del 2024 (77%) muestran una **tendencia descendente** respecto a los valores obtenidos en el 2023 (83%), mostrando insatisfacción por parte de los colaboradores consultados. Y aunque algunos resultados específicos fueron valorados satisfactorios (sobre 80%), todos presentan una tendencia descendente respecto a los valores obtenidos en el 2023.
33. Reforzar la aplicación y difusión de mecanismos para recibir y canalizar reportes de dilemas éticos a través de la Comisión de ética y RRHH. (7.2 (1.3))
34. Hay que reforzar indicadores para la medición de éxito de las actividades formativas. (7.2 (2.3))
35. No se ha medido específicamente la percepción de nuestros colaboradores sobre aspectos relacionados con las acciones de responsabilidad social que lleva a cabo la institución. (7.2 (2.6))

### C. RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

36. Aunque se cuenta con datos, registros y otras evidencias de acciones ejecutadas o medición de resultados obtenidos en varias actividades o procesos, no se cuenta con la evidencia de una medición de **percepción u opinión de la sociedad respecto a cómo la institución está logrando su responsabilidad social** en aspectos como:
- a. El impacto de la organización en la calidad de vida de los ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional (8.1 (1))
  - b. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local /global y con relación a la sostenibilidad (8.1 (2))
  - c. Acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja o con necesidades especiales, actividades culturales abiertas al público, préstamo de instalaciones, etc. (8.1 (3))
  - d. Al impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país, incluyendo, la toma de decisiones sobre la seguridad, movilidad y otros. (8.1 (4))
  - e. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura, la integridad y la igualdad. (8.1 (5))
  - f. al impacto de la organización en la sostenibilidad medioambiental, incluido el cambio climático. (8.1 (6))
  - g. la accesibilidad y transparencia de la organización y el comportamiento ético de sus servidores. (8.1 (7))
37. Reforzar acciones y mediciones sobre actividades para preservar y mantener los recursos, como el uso de materiales reciclados, la utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, recolección de residuos reciclables, labores de concientizar sobre reducción de impresiones, uso de papel, materiales desechables, etc. (8.2 (1))
38. No se evidencia el apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas. (8.2 (5))
39. Reforzar acciones y mediciones respecto a la responsabilidad social. (8.2 (8))

### D. RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO

40. No se evidencian resultados de la evaluación comparativa con otras organizaciones (benchmarking) en términos de productos y resultados. (9.1 (3))
41. No se ha medido la participación de benchmarking/benchlearning internos o con otras organizaciones (análisis comparativo). (9.2 (3))
42. Reforzar y/o establecer indicadores para la medición de eficacia de las alianzas, acuerdos y convenios. (9.2 (4))
43. Reforzar y/o establecer otros indicadores y mecanismos para la medición del impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización. (9.2 (5))

44. Gestionar recursos financieros para desplegar herramienta de tecnológicas que impacten las labores y acceso de información institucional desde las estaciones en las Farmacias del Pueblo, como acceso a las carpetas compartidas. (9.2 (5))
45. No se han medido los resultados de las evaluaciones o auditorías internas de calidad. (9.2 (6))

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

Durante el desarrollo de las actividades de autoevaluación institucional para este 2024 se logró involucrar y obtener la participación y apoyo de colaboradores y áreas vinculadas a los criterios y puntos a evaluar, dirigidos por el Comité Institucional de la Calidad.

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.

A partir de los resultados obtenidos procederemos a elaborar el Plan de Mejora Institucional para establecer las acciones de mejora correspondientes.

Como lecciones aprendidas, este proceso al ser extenso y minucioso debemos programar las actividades con mayor antelación para contar con las informaciones y resultados de manera oportuna para completar la guía autodiagnóstico, por ejemplo la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuarios y las de clima organizacional, ambas claves para dos criterios de resultados, y estos procesos toman tiempo para coordinar, capturar información y presentar resultados.

Algo que debemos reforzar en las áreas es asegurar la creación o generación de las evidencias de las actividades realizadas, y pudiéramos ir creando un banco de evidencias según surgen para facilitar el suministro de estas para los fines del CAF.

Hay que fortalecer la formación de todos los miembros del CIC, así como el personal directivo o encargado, ya que algunos son nuevos en este proceso, y reforzar los conocimientos de la metodología CAF y así asegurar su correcta elaboración e implementación.

#### 4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

<b>Institución: Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico PROMESE/CAL</b>		
<b>Criterios</b>	<b>Puntos Totales Actual</b>	<b>Puntos Totales Propuesto</b>
<b>1: Liderazgo (140 puntos)</b>	83	110
<b>2: Estrategia y Planificación (140 puntos)</b>	86	110
<b>3: Personas (100 puntos)</b>	63	80
<b>4: Alianzas (100 puntos)</b>	58	80
<b>5: Procesos (120 puntos)</b>	65	80
<b>6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)</b>	65	85
<b>7: Resultados en las Personas (100 puntos)</b>	54	85
<b>8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)</b>	55	85
<b>9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)</b>	60	85
<b>Puntuación Total (sobre 1000 puntos)</b>	<b>588</b>	<b>800</b>

