

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

HOSPITAL REGIONAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

**FECHA:**

\_\_\_\_\_MARZO 2022\_\_\_\_\_

## 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><b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> 1. 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 tiene formulada su misión, visión y valores alineados a los del sector salud. Evidencias: Socialización de la misión, visión y valores y colocación de la misma en el carnet y en letreros en diferentes áreas. Evidencia: Documento y publicación de la misión, visión y valores</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>Existe el marco de valores institucionales. Tenemos definido los valores institucionales, alineados con la misión y visión Evidencias: Documento de Misión, visión y valores</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 dirección se asegura de que la misión, la visión y los valores estén alineados a las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector público y la agenda nacional. Evidencias: Planes Estratégicos SNS, Planes operativos Hospital, Estrategia Nacional de Desarrollo (END)</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 garantiza una comunicación con los empleados sobre la misión, visión y valores, objetivos estratégicos y operativos, a través de socialización de los mismos. Evidencias: Presentación Plan Operativo anual 2022 y socialización Misión, visión y valores 2022.</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>No se ha desarrollado la estrategia para adaptar la misión, visión y valores a los cambios en el entorno externo.</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>La organización ha estado capacitando en este año con relación al uso de paquete de oficina. Además, para el manejo de protección de datos de pacientes, se ha creado cuentas específicas para responsabilizar al encargado de área asistencial, para restringir accesos solo a los usuarios correspondientes y velar por la privacidad de los datos. Se implementó el</p>	<p>La estrategia de digitalización no existe diseñarse.</p>

	<p>correo institucional, se está mejorando las plantillas para colocación de citas médicas a consultas externas.</p> <p>Evidencias: Talleres de capacitación, cuentas creadas para expedientes de pacientes, correo institucional.</p> <p>Evidencias: plan de capacitación a los empleados, se establecen acceso para proteger los datos de los pacientes en el área asistencial</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>Se ha vinculado el hospital al portal de quejas, denuncias y reclamaciones 311 de la presidencia, se ha conformado un comité de compras, según la ley de compras y contrataciones.</p> <p>Evidencias Portal 311, acta conformación Comité de compras, acta de reuniones comité de compras.</p>	<p>No existe un sistema para gestionar la prevención de comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.), ni se instruye al personal en cómo identificar estos conflictos y enfrentarlos.</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>Periódicamente se realizan talleres y encuentros de socialización para reforzar la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados.</p> <p>Evidencias: Talleres y reuniones de Dirección y RRHH</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>Existe definición e instruyen oportunamente las actualizaciones de las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p> <p>Evidencias: Estructura Organizativa y manual de organización y funciones elaborado por Planificación y</p>	

	desarrollo del hospital y validado bajo resoluciones del 2021 actualmente vigentes por SNS y MAP	
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.	El SNS y el MAP han establecido el SISMAP salud y el ranking anual de hospitales, en donde se presentan evidencias de monitoreo de indicadores. En ambos hemos obtenido los primeros lugares. Además, de acuerdo a los ejes estratégicos del Plan estratégico SNS 2021-2024 para los hospitales de su red, se han establecido cronogramas de actividades del POA, en donde se mide resultados y se evalúan por áreas su desempeño para el logro de los objetivos. Evidencias: SISMAP Salud, Ranking Hospitalario portal SNS y POA Hospital y los documentos de Monitoreo y evaluación trimestral del mismo por el SNS (MEP).	
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.).		Actualmente no se introducen 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, no existe evidencia de contacto con estos grupos.
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	Existe un sistema de información para el control de la gestión basado en el control interno. Evidencias: Monitoreo POA trimestralmente, Documento Dashboard o tablero de mando generado por Estadísticas y se genera un documento de producción de los servicios (67A)).	

Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).	).	
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.	Se implementa el modelo CAF Evidencia: ejecución del modelo CAF	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	Sí, todos los procesos están alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la administración electrónica y la organización. Evidencias: plan estratégico SNS, POA 2022	
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.		No 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.
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.	Se asegura una efectiva comunicación externa a todos los grupos de interés; e interna, en toda la organización, a través del uso de medios de gran/mayor alcance a la población, incluidas las redes sociales. La cartera de servicio se publica constantemente en redes. Evidencia: cuentas y participación en redes sociales	
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.	. La dirección muestra su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados. Evidencia: aplicación del modelo CAF.	

10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.		Parcialmente se comunican las iniciativas de cambio y los efectos esperados a los empleados y grupos de interés relevantes, previo a la implementación de los mismos.
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.		Aun no tenemos un sistema de gestión para evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>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.</p>	<p>Se actúa en consonancia con los objetivos y valores establecidos. Estimulando la creación de equipos de mejoras y participando en actividades que realiza la organización.</p> <p>Evidencia: Fotos del director y los líder de áreas participando e involucrándose en el cumplimientos de los objetivos</p>	
<p>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.</p>	<p>Existe 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 siempre considerando las necesidades personales de cada empleado,</p>	

	Evidencia: reuniones con cada persona o equipo para tratar los temas personales que intervienen directa o indirectamente con la labor o desempeño, evitando la discriminación en cualquier aspecto.	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.		No siempre se informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.
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.	Se entrega las tareas y funciones para 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. Evidencia: documento a cada empleado con sus funciones y tarea.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	La dirección motiva, fomentan y potencializan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas. Evidencia: el director y los líder delegan responsabilidades a través de disposiciones escrita	
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.	Se fomenta la cultura de aprendizaje con el plan de capacitación. Evidencia: documento del plan de capacitación	

7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se reconocen los esfuerzos de los empleados en sus trabajos con incentivo. Evidencia : fotos de las actividades de reconocimiento y entrega de incentivo	

**Subcriterio 1.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.	Se hacen análisis de 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. Evidencia: Acta de reuniones que se realizan para el análisis de las necesidades de los grupos de interés, como lo paciente y empleados	
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.	Se desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas. Evidencia fotos de reuniones con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas.	

<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>La dirección identifica las políticas públicas relevantes para la organización y las incorporan a la gestión. Evidencias: el director incorpora las políticas publicas , evidencias están las disposiciones de las misma</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>La dirección alinea el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas Evidencia: están las disposiciones de las misma</p>	
<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 gestiona y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos, organizaciones no gubernamentales, grupos de presión y asociaciones profesionales, industria, otras autoridades públicas, etc</p>
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>		<p>No se participan en actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</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>No se promueven la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización y desarrollan un concepto de marketing/publicidad centrado en las necesidades de los grupos de interés.</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><b>La Organización:</b></p> <p>I. 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 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.</p>	<p>Se realiza seguimiento de las necesidades y expectativas de los grupos de interés que han sido descritos en el Plan Estratégico Institucional 2016-2020 del hospital y 2021-2024 del SNS para todos sus hospitales de la red, a través del seguimiento al monitoreo trimestral del Plan Operativo Anual, en el cual se verifican todas las informaciones relevantes a la programación del mismo y los indicadores vinculados al PEI.</p> <p>En nuestro hospital se recopila y analiza datos relevantes de la Producción de Servicios de Salud, que además de capturar los grupos agregados de servicios de consulta, hospitalización, cirugías, emergencias, entre otros, permite recopilar datos por grupos de edad, sexo, afiliación, nacionalidad, entre otros, favoreciendo el análisis y pertinencia de los servicios a ofertarse según perfil epidemiológico y demanda de la población. Evidencias: Reporte de Producción de Servicios Hospitalario e informes del mismo.</p> <p>PEI 2016-2020 y 2020-2024</p> <p>Informes trimestrales del monitoreo y evaluación del Plan Operativo Anual</p>	

<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>El Hospital cuenta con grupos de interés identificados. En el PEI elaborado por el hospital 2016-2020 y el PEI elaborado para toda la red de hospitales por el SNS 2021-2024 se incluyen las necesidades y expectativas de estos grupos de interés. Además, tenemos las encuestas de clima laboral realizadas y los informes de la gestión de buzón de sugerencias y de encuestas de satisfacción de los usuarios.</p> <p>Evidencias: PEI 2016-2020 del hospital PEI 2021-2024 del SNS Encuesta de Satisfacción de Usuarios 2021. Encuesta de Clima Laboral 2021. Plan de mejora de encuesta de clima laboral 2021. Informe de Quejas y Sugerencias 311 y buzones del hospital 2021.</p>	<p>A pesar de tener los grupos de interés descritos en los Planes estratégicos, el hospital no tiene evidencias de encuentros para conocer las necesidades de otros grupos diferentes a los usuarios internos y externos. Ejemplo: el hospital no cuenta con el comité de veeduría o un consejo directivo con la presencia de estos grupos de interés, como lo describe su Estructura Organizativa aprobada por el SNS y MAP.</p>
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>Se realiza análisis de <i>las reformas del sector público que les conciernen a instituciones de salud y del sector en general, para redefinir/revisar estrategias a considerar en la planificación</i>. En este periodo se ha concluido con la validación de la Estructura Organizativa del hospital, por SNS y MAP, contando con la resolución 08-2021, que aprueba la misma. Con esto, damos respuesta al Ministerio de Administración Pública, actualizando las estructuras organizativas de acuerdo a las nuevas directrices de nuestros órganos rectores.</p> <p>Igualmente se ha implementado la Oficina de Libre Acceso a la Información, para dar cumplimiento a la ley 200-04 y poder formar parte de las instituciones públicas que apoyan la estrategia de Desarrollo Nacional.</p>	

	<p>Adicionalmente se han conducido las acciones de solicitud de inclusión en el del portal de compras y contrataciones, para dar cumplimiento a la ley 340-06. Decreto 543-12. También hemos gestionado los entrenamientos correspondientes al comité de compras de nuestro centro hospital para implementar los procesos correspondientes en los que tiene relevancia este comité para las compras de la institución.</p> <p>Evidencias: Estructura organizativa aprobada MAP y SNS Resolución 08-2021, que aprueba la estructura organizativa del hospital. Listado de participación entrenamientos Comité de compras Portal de Transparencia Institucional alimentado y Solicitud inclusión del hospital en portal de compras y contrataciones de la Dirección General de Contrataciones Públicas</p>	
<p>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.).</p>	<p>El hospital inicio el proceso de implementación del Modelo CAF en el 2010, en los cuales se evidencian las fortalezas y áreas de mejora de la institución, adicionalmente se elaboran Planes de mejora CAF, para dar seguimiento a estas oportunidades de mejoras. Por igual, se realiza el Plan Estratégico Institucional cada 4 años, siendo el PEI del 2016 al 2020 el ultimo realizado por este centro de salud, ya que para la actualización del PEI 2021-2024, el SNS realizó dicha planificación para todos los hospitales de la red. En los PEI se elaboran Análisis FODA, que evidencian las Fortalezas y debilidades de la institución. También se cuenta con encuesta de clima laboral, y su informe de retorno del MAP, junto con su plan de mejora de encuesta de clima</p>	

	<p>validado por el MAP, lo cual mide el desempeño interno de la organización.  Evidencia: Autodiagnóstico CAF 2020  Plan de mejora CAF 2020  Encuesta de clima laboral 2021  Informe de retorno encuesta de clima  Plan de mejora validado MAP  PEI Hospital 2016-2020 y PEI SNS 2021-2024</p>	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>±.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 el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Para lograr traducir la estrategia de la organización, hay que elaborar y ejecutar los planes, tareas y objetivos correspondientes de las unidades y las personas que la conforman. La supervisión y la dirección deben formar parte de la planificación, así como atender a la necesidad de modernización e innovación, lo que ayuda a la organización a mejorar su funcionamiento. El hospital en su Plan Estratégico Institucional 2016-2020 y el actual 2021-2024, elaborado por el SNS para todos los hospitales de su red, como el nuestro, contempla la Misión, Visión, Objetivos Estratégicos a mediano y largo plazo. Esto, se traduce en acciones mediante de la ejecución del Plan Operativo Anual (POA), el cual es estandarizado para los centros hospitalarios de la Red SNS, como parte de un proceso de articulación con las unidades desconcentradas del SNS. El hospital da seguimiento a la realización de estas actividades que dan como resultado la consecución de los resultados esperados del PEI SNS.  Evidencia: PEI 2016-2020</p>	

	PEI 2021-2024 Matriz POA Estándar 2021 Matriz RTP 2021	
<p>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.</p>	<p>En los talleres de elaboración del plan estratégico del hospital 2016-2020, se hicieron participar los grupos de interés más relevantes para la organización. Dichos grupos formaron parte activa de la elaboración del FODA y en el diseño de las estrategias que contempla dicho plan. Para la realización del PEI 2021-2024, el SNS establece sesiones de trabajo con sus grupos de interés. Estas reuniones se orientan en las constituciones de planes, reglamentos y guías de atención, con el objetivo de identificar las expectativas y necesidades del sector salud y que recaen en el rol del SNS como ente coordinador de la prestación de servicios de salud de la Red Pública; para que sean contempladas en la estrategia institucional y así satisfacer las demandas de la sociedad. Además, se evalúa el PEI con la finalidad de tomar acciones y ajustar la planificación. Evidencia: Plan Estratégico Institucional 2016-2020. Plan Estratégico Institucional 2021-2024. POA 2020-2021</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>En este tercer trimestre del año 2021, corresponde ejecutar en nuestro Plan Operativo Anual, <i>la conformación de la Unidad de género en salud, por</i></p>	<p>Aunque se integra el aspecto de Género en la planificación, no se integran los demás aspectos de</p>

	<p><i>lo consideramos que se integra el aspecto de Género en las estrategias y planes de la organización. Se realizó la capacitación para iniciar el proceso de la conformación de la Unidad, impartida a los Psicólogos, emergenciólogos, enfermería y personal administrativo de la emergencia.</i></p> <p>Evidencia: Matriz POA 2021. Listado participación Capacitación conformación Unidad de Genero en salud.</p>	<p>sostenibilidad, responsabilidad social o diversidad en las estrategias y planes de la organización.</p>
<p>4.Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>La institución ha elaborado sus Planes Anual de Compras y Contrataciones (PACC) desde el año 2019, que guarda alta relación con la planificación operativa y es uno de los sustentos para la formulación del Presupuesto Institucional. El hospital también elabora sus presupuestos institucionales anuales, en el marco de la elaboración del Plan Operativo Anual (POA), garantizando una correcta vinculación entre la planificación y el presupuesto, con miras a que se asegure la disponibilidad de recursos conforme a las prioridades institucionales.</p> <p>Evidencia: PACC 2019 PACC 2020 PACC 2021 POA y presupuesto anual 2019 POA presupuesto anual 2020 POA presupuesto anual 2021 POA presupuesto anual 2022</p>	

**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
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b>            1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>La definición de las prioridades es elaborada y actualizada anualmente por el SNS, conforme a los análisis de las variables que afectan al sistema de salud, guardando vínculos con la Planificación Estratégica y son ejecutadas a través de la planificación operativa institucional (POA), en consonancia a los objetivos y resultados estratégicos. Se evidencia la estructura organizativa del hospital, aprobada por el Servicio Nacional de salud y refrendadas por el Ministerio De Administración Pública (MAP).            Evidencia: POA 2019 POA 2020 POA 2021 Estructura Organizativa validada MAP y SNS            Resolución que aprueba la estructura organizativa.</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Se elaboran planes con objetivos y resultados para diferentes unidades organizativas del hospital, dando seguimiento en los mismos al comportamiento de indicadores de proceso y resultados en materia de gestión y salud, para poder medir el logro de las metas cuantitativas y cualitativas en mejora de la calidad de los servicios, esto logra evidenciar la consecución de los objetivos planteados desde el nivel central y las metas institucionales. Evidencias: Planes de mejora Glosas Medicas            Plan de mejora Hostelería Hospitalaria            Plan Operativo Hostelería Hospitalaria            Plan Operativo Laboratorio Clínico            Plan operativo de capacitaciones            Plan de mejora autodiagnóstico CAF            Plan Operativo Servicios de Ortopedia            Plan de mejora Encuestas de clima laboral</p>	

	Plan de mejora encuestas de satisfacción usuarios	
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>Para comunicar de forma eficaz los objetivos, planes y tareas, realizamos un encuentro donde exponemos nuestro plan operativo anual y en donde se comunican las metas establecidas en el POA Estándar para las áreas que están vinculadas al mismo. También sostenemos encuentros por áreas, donde hacemos entrega formal por escrito de sus compromisos de entrega de evidencias de las actividades de nuestra planificación, con los atributos de calidad para su auditoría o fiscalización y las fechas o cronograma de entrega de las mismas, además de realizar reuniones con la finalidad de transmitir directrices, gestionar solicitudes vía la regional de salud de entrenamientos, soporte o envío de formatos standard para la presentación de las evidencias y conocer niveles de avance en su implementación. Por igual, se comunica a la unidad de Comunicaciones y Relaciones Públicas, informaciones de interés para ser publicadas en los medios web del hospital. Evidencia: Listados de participación presentación plan operativo anual y comité medios web Foto reuniones y fotos publicaciones medios web Documentos de entrega Cronograma de actividades Plan Operativo Anual.</p>	<p>Para mejorar la comunicación efectiva interna y externa de la gestión institucional, se recomienda establecer un plan de comunicación estratégica con el área de Comunicaciones y Relaciones Públicas en donde se realicen acciones que promuevan las comunicaciones internas para dar o conocer y/o transmitir informaciones relevantes en los ámbitos de gestión, prestación de servicios y cultural organizacional.</p>
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la	Para promover acciones tendientes a la colaboración y seguimiento interno de las metas individuales y	Según el método PDCA, se deben realizar revisiones periódicas, incluyendo a los grupos de

<p>organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>colectivas para la obtención de los resultados institucionales, se estableció el proceso de monitoreo y evaluación del POA, que contempla una medición de desempeño individual y ponderada por la dirección a la cual estas dependencias tributan. Esta medición se establece en el indicador efectividad y el indicador eficacia. Estas calificaciones son comunicadas a cada área que necesita mejorar su calificación, de acuerdo a las evidencias presentadas vía correo electrónico o reunión presencial Evidencia: Plantilla RTP Plantilla MEP Informes de Monitoreo POA Correos electrónicos</p>	<p>interés, para monitorizar sus necesidades cambiantes y su satisfacción. La calidad de esta información y el análisis sistemático de las respuestas de los grupos de interés, es un requisito previo para que los resultados deseados sean también de calidad.</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>Se han identificado algunas necesidades de cambio o posibles impulsores de innovaciones, considerando la oportunidad de aplicación de las tecnologías, como la necesidad de un sistema que integre los servicios del hospital, el cual está ya siendo implementado en algunas áreas y el que se continuara implementando en todas las áreas que contempla el mismo. Esto ayuda al proceso de digitalización del área de admisiones, facturación y los expedientes de los pacientes, que a su vez se traduce en un servicio en menor tiempo y con mayor calidad. Además, hemos identificado la necesidad de mantenernos comunicados a través del uso de los medios web del hospital para comunicar a los</p>	

	<p>usuarios informaciones de nuestra cartera de servicio, horarios, o cambios en nuestros procesos. Otra necesidad identificada, ha sido la implementación de las citas de forma más efectiva y no solo vía telefónica o presencial, por lo cual este año iniciamos las citas vía WhatsApp, entrenando el departamento de Atención al Usuario y dando las herramientas tecnológicas para poder desarrollar dicho proceso de manera eficiente.</p> <p>Evidencia: Portal Institucional:  <a href="https://hospitalcabralybaez.gob.do/">https://hospitalcabralybaez.gob.do/</a>  Informaciones de libre acceso a la información – Sub-Portal de Transparencia  <a href="https://hospitalcabralybaez.gob.do/transparencia/">https://hospitalcabralybaez.gob.do/transparencia/</a>  Print Screen de implementación sistema integrado del hospital  Print Screen Citas por WhatsApp y comunicación por redes de la implementación de las mismas.</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>Se dan pasos para crear una cultura de innovación y crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, pues contamos con la presentación periódica en nuestro Plan Operativo Anual, de la detección de necesidades de capacitación y un plan para desarrollarlo anualmente, dando cumplimiento a las necesidades más relevantes de capacitación de todo nuestro personal.</p> <p>Evidencia:  POA 2020-2021  Detección de necesidades validado por INAP y SNS y Plan de capacitaciones 2020 y 2021 validado por INAP y SNS.</p>	<p>Es recomendable desarrollar planes para establecer encuentros con otras organizaciones y compartir buenas prácticas entre instituciones similares a la nuestra a través del benchmarking/benchlearning.</p>

3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.		<i>No hay evidencias de una política de innovación, por lo tanto, no se comunica la misma o los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</i>
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.		<i>No existen evidencias de la promoción de aportes de ideas innovadoras y creativas por parte del personal para la mejora de la gestión y para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/clientes, reducir costos y proporcionarles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</i>
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.		No existen evidencias de la Implementación de 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.
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Para asegurar la disponibilidad de recursos existentes, se planifica la elaboración del Plan Operativo, el Plan de Compras y el Presupuesto Institucional, todos planes desarrollados para su ejecución anualmente, estos van a la valoración y aprobación posterior del Servicio Nacional de Salud y una vez aprobados, son ejecutados el siguiente año. Esto asegura la disponibilidad de los recursos que necesitara la institución para ejecutar su plan	

	<p>operativo anual y cumplir con sus compromisos financieros.</p> <p>Evidencia: Presupuesto Institucional 2020 y 2021 POA 2020 y 2021 PACC 2020 y 2021</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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Si, tenemos documentaciones que se analizan periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos. evidencias: documentos diagnóstico de necesidades y situación de la gestión humana	
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.	Si, documentando el perfil del posible candidato a los puestos. Evidencia: documento del sistema de selección y reclutamiento	
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.	Si, se aplica la objetividad en la gestión del talento humano dentro de la institución, evidencia: Evidencia : documento y su aplicación de reclutamiento y selección	

4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Si, las selecciones se realizan sustentada en las competencias y habilidades y destreza de la persona seleccionada. Evidencia: evaluación de desempeño	
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		Aun no se realizan las competencias y capacidades necesarias para lograr que la misión, visión y valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación
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).	Si, la institución desarrolla procesos de selección donde se documenta todos los acuerdos. evidencias: acuerdo de desempeño y evaluación de desempeño	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Se documenta los acuerdos de desempeño y evaluación de desempeño Evidencia: Plan de capacitación y evaluación de desempeño en la plantilla de RRHH	

<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>La organización realiza acuerdo de desempeño y la evaluación de desempeño sistemáticamente a principio de año y al finalizar el año. Evidencia del acuerdo de desempeño a cada empleado</p>	
<p>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.</p>	<p>No existe ninguna evidencia de discriminación o exclusiones, de ninguna naturaleza. Evidencia: aplicación de la funciones de unidad de genero.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.</p>	<p>Existe un plan de capacitación anual y se ejecuta fundamentado en mejorar las competencias de los empleados en función a las necesidades identificadas. Evidencias: el plan se capacitación</p>	
<p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p>	<p>Si, se les está dando tutorías a los nuevos empleados por medio de plan de capacitación que realiza el hospital con todos sus empleados. Evidencia: acompañamiento a cada empleado y la aplicación de la inducción institucional.</p>	
<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>Si, se promueven los empleados que muestran destrezas que pueden ser aprovechadas en otras áreas del hospital. Evidencia: documento de monitoreo del desempeño para ser promovido o valorar sus habilidades y destreza.</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).	Si, se desarrollan y promueven métodos modernos de formación por medio de las diferentes capacitaciones que se realizan en el plan de capacitación. Evidencia: se aplican la tecnología o virtualidad para la capacitación existen los videos de las reuniones	
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.		No se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos
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.		Aun no tenemos un plan que mida el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas. Se está trabajando en una herramienta que pueda medir dicho impacto.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.	Existe la estrategia dialogo y comunicación individual con los empleados. Asistiendo a las áreas de trabajo y en reuniones. Evidencia: existe el correo intranet el cual permite dialogo interno entre los empleados	
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.		Aun no tenemos 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.
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.	Si, se realiza las encuestas de clima laboral y se presenta ante diferentes comité y encargados. Evidencia: la aplicación de la encuesta laborar, la cual siempre es asesorada por el MAP.	

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.		Aun no 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.
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	La institución tiene facilidades para los empleados, ejemplo: flexibilidad de estudios, cumpleaños, licencia médica por hijos y lo que establece la ley 41-08 de función pública en su artículo 78 etc.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Si, se les da especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. Evidencias: Existe sistema de acompañamiento y reuniones con los empleados más desfavorecidos. documento de las reuniones.	
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.	Si, se les aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, con un almuerzo, diploma, trofeos, etc. Evidencia : fotografía.	

#### **CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

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

##### **SUBCRITERIO 4.I. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
-----------------	---	------------------------

<p><b>Los líderes de la organización:</b></p> <p>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.).</p>		<p>No se identifica los diferentes sectores 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: compradores, proveedores, suministradores, co-productores, fundadores, universidades, organizaciones comunitarias, sociedad civil y organismos internacionales, etc.).</p>
<p>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.</p>		<p>No desarrolla y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio y apoyo mutuo, con experiencia, recursos y conocimiento, incluyendo intercambiar buenas prácticas y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.</p>
<p>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.</p>		<p>No se realiza el hospital es publico</p>
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>		<p>No identifica las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado</p>

<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>Asegura los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública y las normativas vigentes. Evidencia: aplicación de la ley de compra y contrataciones</p>	

**SUBCRITERIO 4.2. Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.</p>		<p>No incentiva la participación y colaboración activa de los ciudadanos/clientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión, decisión y co-evaluación) usando medios apropiados.</p>
<p>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.</p>	<p>Cumple con la ley de compra 340 Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización. Evidencias: comité de compras y contrataciones y el portal de transparencia</p>	

<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>Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, informando y explicando a los clientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad. Evidencia la cartera de servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano Evidencias: la carta compromiso al ciudadano</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>Ejecuta su presupuesto conforme a los objetivos estratégicos, cumpliendo con el marco legal vigente. Evidencia: compras y reglamentos hospitalarios.</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>Realiza informe de la ejecución del presupuesto Evidencias: los informes financieros</p>	

<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>Evalúa los riesgos de las decisiones financieras y elabora un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros. Esto se realiza con el acompañamiento del SNS Y SRS, además, la dirección de presupuesto del sistema de salud. Evidencia: documento del análisis financiero anual. Análisis de Gestión de Tesorería</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>Si, se asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y muy entendible. Evidencias; Seguimiento a la implementación de Sismap Salud. Auditoria de cumplimiento de las políticas de administración de bienes</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Si, se reportan consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. Evidencia: 67A y el tablero de mando</p>	

**SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.**

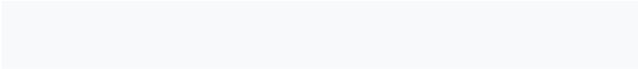
<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>	<p>Existe una organización centrada en el aprendizaje, que proporciona sistemas y procesos para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización. Se evidencia el equipo de gestión financiera ellos aplican las normas conformes a lo establecido por el marco legal de ese componente en el sistema de salud dominicano.</p>	

2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	El equipo administrativo del hospital garantiza que la información disponible sea recogida, procesada, almacenada y usada eficazmente, para los fines necesarios. Esto se realiza cumpliendo con las normas establecida en esa área. evidencia en las documentaciones de esa área de la estructura organizativa del hospital	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Se aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales. Se evidencia usando los conocimientos nuevos en la tecnología de los medios para los servicios clínicos y administrativos	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.		No se establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	Realiza reuniones periódicas con RRHH y TIC, esto se realiza usando medio digital y físico de RH. Evidencia: Correos electrónicos, whasapp, plataformas digitales	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	RH tiene murales establecido para garantizar el acceso a la comunicación e informaciones relevante, Evidencias: correos institucionales y teléfono con sistema de flota y WhatsApp.	

7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Si, la organización promueve la transparencia de conocimiento entre las personas en la organización. Evidencia: el portal de transparencia.	
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 asegura el acceso y el intercambio de información y datos abiertos relevantes con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas. Y usando todos los medios descritos anteriormente. Evidencia: correos institucionales y teléfono con sistema de flota y WhatsApp	
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.	No se asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que dejan de laborar en la organización se retiene dentro de la misma	

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	Se utilizan los programas disponibles en la informática conforme a los objetivos institucionales, la tecnología se usa en la realización de conferencias y talleres de las diferentes áreas de esta manera se mantienen actualizados estarán conectados entre sí y la comunicación fluirá con mayor rapidez	

	<p>Evidencia: Se publicó la carta compromiso por las redes sociales de la institución</p> 	
<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>Al evaluar el tema de costo-efectividad de la inversión en las tecnologías es monitoreado y valorada como positiva se evidencia cuando, el departamento de informática se encarga de monitorear y vigilar todas las informaciones que se producen en la institución.</p> <p>Evidencia: base de datos de la institución.</p>	
<p>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.).</p>	<p>Se identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto</p> <p>Evidencia: automatización en imágenes diagnóstica entrega de resultado.</p>	
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>Hay evidencia de utilizar la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración y la participación (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación, digitalización de la información relevante para la organización.</p> <p>Es evidente en los servicios.</p> <p>Evidencias: programa de consulta externa con las citas, en imágenes diagnóstica con los resultados de los mismo, entre otros.</p>	
<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>Se aplica la TIC para mejorar los servicios en servicios de diagnóstico clínicos en el laboratorio, en imágenes diagnósticas y en los procesos administrativos</p> <p>Evidencia: lo sistema de las áreas de imágenes, laboratorio, admisión</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.	Existen normas y protocolo para la protección efectiva de los datos, el departamento de tecnología aplica los medios de protección correspondiente para esa área específica. Evidencias: medio de protección informático o sistema de protección, equipo firewall.	
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.	Disminución de uso de papel	No sé ha medido el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC
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.	Si, se gestionan 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. Evidencia: la aplicación y ejecución de la plataforma de SUGMI	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
-----------------	---	------------------------

<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>Existe un programa de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo. Evidencia: el documento del programa para el Plan de Mantenimiento de infraestructura y equipos</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>Existe instalaciones con nueva estructura que proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes Evidencia: fotos de las diferentes áreas de la institución</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>No se aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones</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>El hospital no tiene en su plan brindar instalaciones para actividades de la comunicad</p>
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>La institución cuenta con medios de transporte y los recursos energéticos siempre se monitorean y se cambia equipos de mayor eficiencia, Evidencias: equipos nuevos instalados y los vehículos de la institución.</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>Si se garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los ciudadanos/clientes (por ejemplo, acceso a estacionamiento o transporte público, esto se realiza conforme a análisis sistemático sobre ese tema,</p>	

	<p>además se toma en consideración para el cumplimiento de la carta al compromiso al ciudadano.</p> <p>Evidencia: parqueos destinados a los empleados, pacientes , personal de salud y entradas establecidas para pacientes con discapacidad y envejeciente.</p>	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	<p>Sí, tenemos un plan de emergencia y desastre y el comité estructurado formalmente, Evidencias: acta de comité de emergencias y desastre.</p>	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	<p>Si, disponemos de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros),</p> <p>Evidencias: plan de mantenimiento preventivo.</p>	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	<p>Si, Contamos con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p> <p>Evidencia : Auditoria de cumplimiento de las políticas de administración de bienes.</p>	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.		<p>Aun, no tenemos un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p>

**CRITERIO 5: PROCESOS.**

**Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:**

Documento Externo  
SGC-MAP

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La organización:</b> 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.</p>		<p>tenemos un Mapa de procesos, ni un Manual de Procedimientos que describan todos los procedimientos por área con sus responsables e indicadores de cumplimiento</p>
<p>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.</p>		<p>No se diseña ni implementa un sistema para gestionar procesos aprovechando las oportunidades de la digitalización, el manejo de datos y los estándares abiertos.</p>
<p>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.</p>		<p>Aun, no se 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.</p>
<p>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.</p>		<p>No esta establecidos analizar y evaluar los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización y las expectativas de los ciudadanos/clientes y su adaptación a los cambios</p>

		del entorno, al tiempo que asigna los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.
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 identifican los responsables de ejecutar los procesos de servicios, ellos son los encargados. Evidencias: cartera de servicios, acuerdo de desempeño y evaluación de desempeño.	
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.		Aun, no tenemos implementado 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 contra referencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Si, el hospital gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. Evidencia: recibo del depósito de la documentación para la habilitación y la carta de exoneración de la comisión de energía y mina	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Areas de Mejora</b>
-----------------	---	------------------------

<p>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>	<p>Se aplica el sistema 311, para involucrar a los ciudadanos clientes a expresar sus reclamos. Evidencia: encuesta de satisfacción, plataforma 311 y buzones de sugerencias.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>		<p>Aun no se gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>
<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>Se promueve por las redes sociales la accesibilidad a para la atención de las necesidades de los pacientes. Evidencia: se tiene los servicios de citas por WhatsApp y por líneas telefónicas.</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>No se coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio</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>No se desarrolla un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.</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>Si existe los comités de trabajo Comité de calidad Comité de compras Comité de control de infecciones, entre otros. Evidencia: acta constitutiva de acuerdo con las ARS.</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>		<p>No existe asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>

## 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
1. 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.)		No existe una evidencia de la imagen global de la organización y su reputación pública
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).	La valoración promedio de este periodo es la siguiente: Hospitalización.....81,40%.  Imágenes..... 74,10%. Laboratorio..... 75,40%. Emergencia.....76,00%.  Consulta Externa..... ...76,90%. Evidencia: Encuesta de satisfacción.	

	Existe un departamento estructurado de atención a los usuarios	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No se ha medido la percepción de los ciudadanos clientes sobre el nivel en que son involucrados. No existe los procesos para la participación de los ciudadanos/clientes en los trabajos y de toma de decisiones de la organización
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Existe la oficina de libre acceso a la información Evidencia: un encargado y su oficina y el portal web	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.		No se ha medido la integridad de la organización y la confianza generada en los clientes/ ciudadanos

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.).		No existe sistema de medición para la espera de los servicios ni costo de los servicios.

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.).	Los servicios se realizan usando protocolo de atención son estandarizado, por el ministerio de salud. Evidencia: todos los protocolos de atención de las diferentes especialidades	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No hay medición de percepción de los ciudadanos con relación a diferenciación de los servicios según necesidades específicas
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se ha medido la percepción de la capacidad de innovar
5. Digitalización en la organización.		No se ha medido la percepción de la agilidad de la organización

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

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

<p>1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</p>		<p>No existe sistema de medición del tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</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"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>Se gestiona las quejas con el buzón de sugerencia, está establecido en dar respuesta en menos de 15 días, para la acción correctiva, además existe el documento de queja, reclamaciones, denuncia y sugerencia QRDS y se da respuesta el usuario, también existe el sistema de queja 311. Evidencia: el documento registro de quejas y el sistema 311</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>		<p>No existe sistema de medición con respecto a errores y cumplimiento de los compromisos/estándares de calidad.</p>
<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>	<p>El Hospital ha cumplido en un 80 % de los compromisos para garantizar la calidad en la carta compromiso al ciudadano, en la última medición que realizó el MAP. Evidencia: Encuesta de satisfacción</p>	

6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Si, la cartera de servicios se ajusta periódicamente y se les informa a varios departamentos, como: atención al usuario, admisión y dirección medica	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	El índice de satisfacción de los usuario es de 80.5%, donde en la carta compromiso al ciudadano no puso como meta de satisfacción de un 80%	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	La cantidad de canales de información que utilizan como medios de comunicación con los ciudadano clientes (página web, murales, brochurs, carta compromiso, circulares redes sociales, perifoneo, etc. Se usan las redes sociales para las informaciones de los servicios	No se ha medido la cantidad de canales de información que utiliza el Hospital
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)		No existe medición evidencia de disponibilidad y exactitud de la información
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la		No se ha medido la disponibilidad de los objetivos o rendimiento del Hospital.

responsabilidad de gestión en los distintos servicios.		No se ha medido disponibilidad de los objetivos de rendimiento y resultados de medición en la organización
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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).		Aun no se ha medido el grado en que desde el Hospital se involucran los ciudadanos clientes para el diseño y prestación de los servicios o en la toma de decisiones. No existen procesos para la 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.
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).	Se realizan las citas por sistema de WhatsApp y está en fase final las quejas y sugerencias por medio de un código QR.	No se ha medido el impacto de los nuevos métodos de innovación para medir la satisfacción,
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).		No existe una medición de gestión incluyente en la diversidad,

**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>Aun no se ha medido los resultados 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>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>No se ha medido el nivel de participación de los ciudadanos. No existe participación ciudadana en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes</p>

**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
----------	--------------------------------------	-----------------

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).	Las personas contestaron un 70 % de una imagen y rendimiento de la organización	
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.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de involucramiento de 78.45 %	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel participación 73.84 %	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		No se ha medido la percepción del personal con relación a su nivel de conciencia sobre los conflictos de interés y ético en la institución
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No se ha medido la percepción del personal respecto a los mecanismos de consulta, dialogo, encuesta o retroalimentación sistemática.
6. La responsabilidad social de la organización.		No se ha medido la percepción del personal con relación a la responsabilidad del Hospital. No existen los procesos para ejecutar la responsabilidad social de la organización.
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel 26.16%, de apertura de la organización para el cambio y la innovación.	

8. El impacto de la digitalización en la organización.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de 63.20 % en el impacto de la digitalización de la organización.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No se ha medido la percepción del personal con relación a la agilidad del Hospital.

## 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.	Existe una percepción de un nivel 83.15 % capacidades de los directivos de para dirigir la institución. Evidencia: Encuesta de Clima Laboral	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.		No se ha medido la percepción del personal respecto a l diseño y la gestión de los distintos procesos
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.		No Existe la medición en RH de las documentaciones de distribución de tarea y el sistema de evaluación de desempeño en el hospital.
4. La gestión del conocimiento.		No se ha medido la percepción del personal respecto a la gestión del conocimiento, por parte del Hospital.

5. La comunicación interna y las medidas de información.		No se ha medido la percepción del personal respecto a la comunicación interna y los métodos de información.
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Existen sistema para reconocer los esfuerzos individuales y de equipo. Según las personas lo valoraron con un nivel de 66.23 %	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No se ha medido la percepción del personal respecto al enfoque del Hospital a la innovación y el cambio.

### 3. Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.		No se ha medido la percepción del personal respecto al ambiente de trabajo y la cultura del Hospital
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Se percibe un nivel de 65.05 % flexibilidad con las condiciones de trabajos y problemas sociales de los empleados, según la encuesta de clima laboral, Evidencia: permisos y flexibilidad de estudio.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	Existe manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la	

	organización. Según la encuesta de clima laboral, las personas lo valoraron con un 64.81 %	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Existen favorablemente instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo, Evidencias: edificio nuevo de consulta, área de internamiento	

**4. Resultados relacionados con la percepción del desarrollo de la carrera y habilidades profesionales:**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No se ha medido la percepción del personal con relación al desarrollo de la carrera profesional o de competencias.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Según la encuesta del clima laboral las personas expresaron una valoración de un 83.35% de motivación y empoderamientos	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	En la encuesta del clima laboral las personas valoraron el acceso y calidad de la formación y desarrollo profesional en un 76.85 %	

**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.).		no se ha medido los indicadores de la lealtad y motivación de las personas
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Según las personas valoraron en la encuesta de clima laboral en un 73.84 % la participación en actividad de mejora.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se ha medido las situaciones o dilema ético en la organización.
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		
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).		No se ha medido los resultados de Los indicadores sobre cantidad de horas dedicadas a la capacitación en servicio al cliente, y resultados de mediciones sobre el trato brindado por el personal.

## 2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b></p> <p>1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>Según la encuesta de clima laboral las personas valoraron en un 76.89 % el rendimiento individual.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>En relación del uso de las herramientas digitales de la comunicación e información para la gestión hospitalaria las personas valoraron en un 75.42 %</p>	
<p>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).</p>		<p>Aun no se ha medido 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).</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Existen evidencia en RRHH sobre la frecuencia y tipo de acciones de reconocimiento individual y de equipos En la encuesta del clima laboral las personas valoran estas acciones en un nivel de 66.23%</p>	

--	--	--

**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**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.</p>		<p>No se han medido la percepción en la sociedad sobre el impacto del Hospital en la calidad de vida de los ciudadanos. No existe evidencias del impacto de la organización en la calidad de vida de los ciudadanos/ clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria (charlas, ferias y jornadas de salud) apoyo</p>
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>		<p>No existe medición de la reputación en la organización como contribuyente de la sociedad local</p>
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>		<p>No se ha medido la percepción del entorno sobre el que representa el Hospital en términos del desarrollo económico. No hay evidencia del 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.</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 han medido percepción del entorno sobre el impacto del Hospital en la calidad de la democracia, transparencia, sobre su comportamiento ético.</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>Aun no se ha medido la percepción del entorno sobre el impacto del Hospital en la sostenibilidad medioambiental. La organización no evidencia el impacto de la organización en la sostenibilidad medioambiental, incluido el cambio climático</p>
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>		<p>Aun no se ha medido ni se ha tomado decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad</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>Aun no se tienen registro de 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>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p>	<p>En lo que va del año tenemos una felicitación, de igual manera una sugerencia. Evidencia: documento de felicitaciones y mensaje en la red.</p>	

**SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional**

**Indicadores de responsabilidad social:**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.).</p>		<p>No se han medido las actividades implementadas para la preservación y mantenimiento de los recursos.</p>
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>		<p>No se ha medido la frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes. No hay evidencia de frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad</p>
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de</p>		<p>No se ha medido el grado de cobertura de los medios de comunicación</p>

comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		
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.).		No se ha medido el apoyo a las políticas de diversidad, personas desfavorecidas o a programas para emplear minorías o discapacitados.
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No hay evidencia de apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha medido el número de intercambio de conocimientos productivos o conferencias, intervenciones en coloquios, ni el apoyo a proyectos de desarrollo o actividades filantrópicas. No existe 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).

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).		No hay programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se tiene medición de los resultados de las actividades de responsabilidad social.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		Aun no tenemos medición de reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día, política de residuos y de reciclaje contribución al desarrollo social con acciones que sobrepasen la misión de la institución).
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No tenemos
11. Política de residuos y de reciclado.		Aún la constructora está trabajando en la recicladora en el hospital.

**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.	Implantación del tablero de mando y sistema de registro de todos los servicios del hospital, se realiza desde el departamento de estadística. Evidencia: documento digital del tablero de mando	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No hay resultados en términos de “Outcome” (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No hay resultados de la evaluación comparativa (benchmarking) en términos de productos y resultados
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Se cumplen con los acuerdos y convenio en un 100% de cumplimiento	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Existen informes de auditoría e inspecciones y se realizan los planes de mejora envase a ellos Una evidencia la auditoria de la ejecución de la carta compromiso al ciudadano y las auditoria del PLAN OPERATIVO (POA)	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Se innovan con los servicios conforme a las necesidades de los pacientes una evidencia son los equipos de diagnósticos clínicos. Evidencia uso de los equipos de diagnósticos clínicos e imagen de última generación	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Se asumen las reformas de salud a través de las disposiciones de las mismas Evidencia : La estandarización del proceso financiero ley de compras y el portal de transparencia.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		Aun no contamos con voluntarios para realizar actividades de colaboración en la organización, aunque ya tenemos la oficina instalada.

**SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.	Se gestionan los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima. Se evidencia en el desarrollo de proyectos, además en la encuesta de clima laboral las personas respondieron para un 65.25 % su valoración en relación con lo anterior.	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Se estableció el uso de un sistema innovador de información y comunicación en diferentes áreas de servicios y el uso de equipo de alta tecnología. Las personas en la encuesta del clima laboral respondieron con una valoración de 73.84 % en mejora e innovación de proceso	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	La institución ha estado realizando diferentes actividades para seguir mejorando el servicio, se realizó un Benchmarking/benchlearning en el departamento de hostelería y este arrojó como resultado un plan de mejora que ya fue trabajado, Evidencia: informe y listado de participación y plan de mejoras.	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Existen las alianzas con las ARS y los organismos institucionales pública y privada, las diferentes universidades y liceos públicos, de acuerdo con la valoración que cada ARS realiza sobre el cumplimiento de las alianzas es de un 100% igual los convenios con las universidades	

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.)	Implantación de sistema de información y comunicación en las diferentes áreas de servicios cita por medio de la red, registro de productividad es por medio informático estandarizado, la medición de este tema se evidenció un valoración de 63.20 %	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.		No se realizan mediciones de la evaluaciones y auditoría interna,
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Participación en concurso 2020 premio a la calidad y se obtuvo el premio bronce, ( el MAP no informo como lo midió o valoró para los premios)	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Se ejecuta el presupuesto fundamentado en los objetivos financieros, Evidencia: informe de la ejecución del presupuesto, además existe la valoración de parte del SNS al POA este ultimo trimestre se obtuvo una valoración de 96 %	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No existe un análisis de costo de los servicios ofrecidos

**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.