

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Provincial Rosa Duarte

FECHA:

30/08/2022

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 |
|---|--|--|
| Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes. | El hospital cuenta con la misión, visión y valores. Evidencias: Fotos Misión y Visión elaborada y publicada en Lobby, laboratorio, atención al usuario y en la carta compromiso | No se socializa la misión, visión y los valores con los empleados y grupos de interés. |
| 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. | Se cuenta con valores alineados a la misión y visión. Evidencias: Carta compromiso, también contamos con publicaciones en el lobby, atención al usuario, laboratorio, evidencias fotográficas. | |
| 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. | | No se evidencia 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. |
| 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. | | No se ha realizado la 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>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 revisa periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos 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>No se evidencia que se halla preparado la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital.</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>Reforzamos la confianza entre los líderes, directivos, empleados de los diferentes departamentos realizando reuniones Evidencias: el listado de participantes de reuniones y la conformación del comité de calidad.</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>No contamos con evidencia que demuestre la confianza mutua, la lealtad y respeto entre empleados y líderes.</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <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>Contamos una estructura organizacional y manual de organización y funciones aprobada por el MAP según resolución. Evidencia: estructura organizacional aprobada por el MAP, el POA, manual de organización y funciones hospitalaria aprobada,</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| 2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización. | Contamos con los resultados cuantificables e indicadores medibles para todas las áreas, para equilibrar las necesidades de los grupos de intereses. Evidencia: POA | |
| 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.). | Contamos con indicadores medibles para todas las áreas, para equilibrar las necesidades de los grupos de intereses. Evidencia: POA | |
| 4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros). | Contamos con un sistema de información permanente que nos aporta una constante monitoreo en los logros estratégicos y operacionales de la organización. Evidencia: POA, Plantilla 67 | No contamos con sistema de control interno, ni con un cuadro de mando |
| 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. | Nos encontramos actualmente desarrollando el autodiagnóstico para obtener la certificación CAF. Evidencia: el Autodiagnóstico. | No tenemos implementado completamente el sistema de gestión de la calidad CAF. |
| 6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. | | No se evidencia que la estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. |
| 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. | Contamos con las condiciones tanto estructura como técnica para desarrollar las funciones y un buen trabajo en equipo. Evidencias: fotos del área | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p> | <p>El hospital cuenta con un plan de comunicaciones tanto interna como externa donde tiene establecido los procedimientos para una comunicación eficaz. Evidencias: flotas, las redes sociales, página web, teléfonos, murales.</p> | |
| <p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p> | <p>Los líderes del hospital demuestran sus compromisos y trabajan en una mejora continua a través de reuniones internas, revisión periódica del cumplimiento de los compromisos establecidos en la carta. Evidencias: registro de participantes, informes sobre la mesa técnica de análisis de encuestas, informes sobre aperturas de buzones.</p> | |
| <p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p> | <p>Se toma en cuenta el día del cumpleaños de cada empleado realizando publicación en el mural y otorgando el día libre.</p> | |
| <p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p> | | <p>No se evidencia que el sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) I. 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>La institución predica con el ejemplo actuando en consonancia con los objetivos y valores establecidos en la institución. Evidencia: Portal de transparencia, Resultados del POA, memoria institucional, fotos, lista.</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. | | No se promueve la confianza entre líderes y empleados, con medidas en contra de la discriminación. |
| 3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización. | Se realizan reuniones con el personal de los distintos departamentos para tratar asuntos claves relacionados con la organización. Evidencias: Foto del libro de registro de actividades interna. | |
| 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. | El centro responde a las solicitudes de insumo y equipo que los distintos departamentos requieran para el desarrollo de sus labores, también realiza capacitaciones trimestralmente a todo el personal Evidencias: Solicitud requerimiento, plan de capacitación, lista de participación, fotos. | |
| 5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas. | | No contamos con evidencia de delegación de autoridad, responsabilidad y competencia. |
| 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. | | El hospital no cuenta con una cultura de aprendizaje ni anima a sus empleados a desarrollar sus competencias |
| 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo. | Se realiza entrega de reconocimiento a los empleados que aporta valor agregado a sus funciones. Evidencias: Foto y Reconocimiento. | |

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

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

| | | |
|--|--|---|
| 1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización. | | No se evidencian que se haya realizado un análisis de las necesidades de los grupos de interés, definiendo sus principales necesidades. |
| 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. | Tenemos evidenciado relaciones periódicas y activas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas para la solución de problemas de las áreas de interés. Evidencia: Fotos. | |
| 3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión. | | No tenemos identificada la política pública |
| 4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas. | | No se ha realizado la alineación el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas. |
| 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.). | Recibimos el apoyo de la Gobernación, Senador, Diputado y Ayuntamiento. Evidencias: Copias de solicitudes tramitadas para donaciones de ambulancia. | |
| 6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión. | El centro participado en diferentes actividades con organismo representativos como: iglesia, organismos internacionales, policía, fuerzas armadas. Evidencia: Fotos | |
| 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 | El hospital promueve el conocimiento público a través de rendiciones de cuenta, la memoria institucional en el portal web, en esta se coloca los reconocimientos y los servicios que brinda. brindamos los productos y | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p> | <p>servicio centrado en los grupos de interés, el mismo es manejado por el personal de atención al usuario, también contamos con un portal web y redes sociales para promocionar nuestro servicio y protección de la salud, control de las enfermedades, otros. Evidencia: Memoria institucional, pagina web, Cartera de servicio Visible, fotos, captura de página web.</p> | |
|--|--|--|

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|--|
| <p>La Organización: 1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales 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>No se realiza análisis para identificar las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos.</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>Se realiza encuestas a los grupos de interés, donde han expresado sus necesidades y satisfacción. Evidencia: Encuestas realizada.</p> | |
| <p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p> | <p>Contamos con una ley general de salud 42-01, donde se ve reflejada en la estrategia y la planificación de la institución. Evidencia: la ley general salud 42-01, POA</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.). | En el autodiagnóstico del modelo CAF se han identificados nuestras debilidades y fuerzas internas. Evidencias: Autodiagnóstico CAF. | |
|---|--|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|---|
| 1. 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. | La institución contamos con objetivos estratégicos y planes operativos, establecidos en el POA a partir de nuestra misión y visión Evidencia: Plan Operativo Anual POA. | |
| 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. | Contamos con el involucramiento de los grupos de interés en el desarrollo de estrategias y de planificación. Evidencia: Lista de participantes, POA, fotos. | |
| 3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. | | No contamos con la integración de los aspectos sostenible, responsabilidad social, diversidad y de género en las estrategias y planes de la organización. |
| 4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. | Contamos con un presupuesto anual donde muestra disponibilidad de recursos, financieros, medicamentos e insumos, inmobiliarios y de equipamiento entre otras Evidencia: Presupuesto Anual | |

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>Los líderes (directivos y supervisores): 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>Contamos con un plan operativo anual que define las prioridades descuerdo a nuestra estructura, proceso, y proyecto organizacional Evidencia: POA</p> | |
| <p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p> | <p>Contamos con el desarrollo de un plan operativo y programas de salud con objetivos y resultados por departamento. Evidencia: POA</p> | |
| <p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p> | <p>La institución realiza reuniones para comunica nuestros objetivos, planes y tareas en nuestra institución. Evidencia: Lista de participación, fotos.</p> | |
| <p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p> | <p>La institución realiza reuniones mensuales para ver el nivel de cumplimiento de sus actividades puesta en el POA, por departamento. Evidencia: Lista de participación, fotos, Informes.</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>1. 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>No se ha realizado la identificación de las necesidades de cambio y posibles impulsores de innovaciones considerando la oportunidad de y las necesidades de la transformación digital</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>No contamos con la implementación de un sistema eficiente de gestión del cambio</p> |
| <p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p> | | <p>No se realiza la comunicación de la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| 4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación. | | No se promueve los aportes de ideas innovadoras y creativas por parte del personal para la mejora de la gestión |
| 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 contamos con 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. | La institución realiza reuniones mensuales para ver el nivel de cumplimiento de sus actividades puesta en el POA, por departamento. Evidencia: Lista de participación, fotos, Informes. | |

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| 1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización. | En la institución se realiza el análisis de las necesidades de recursos humanos, se ejecutan lineamientos para identificar las brechas. Evidencia: Matriz de necesidades. | |
| 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. | El hospital cuenta con procedimiento de selección del personal, promoción, remuneración al personal, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones, también contamos con un Manual Organización y funciones el cual detalla las funciones en términos estructurales de cada dirección y departamento. | |

| | | |
|--|---|--|
| | Evidencia: Manual Organización y Funciones, Procedimiento de Compensación y Beneficios, procedimiento de reclutamiento y selección. | |
| 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. | En la institución el departamento de recurso humano se rige por la ley 41-08 de función pública, y las resoluciones 523-09- y 524-09. Donde se ejecutan las acciones derivadas de un lineamiento nacional e incluido en el POA. Evidencia: los formularios de permisos estudio, matrimonio, licencia por maternidad y paternidad, Procedimiento de Capacitación y Desarrollo, Procedimiento de Reclutamiento y Selección, Políticas de RRHH del SNS. | |
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. | | No contamos con la revisión de la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. |
| 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 | El hospital cuenta con procedimiento de selección del personal, promoción, remuneración al personal, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones, también contamos con un Manual Organización y funciones el cual detalla las funciones en términos estructurales de cada dirección y departamento. Evidencia: Manual Organización y Funciones, manual de descripción de puestos para hospitales. | |
| 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). | Contamos con el manual de reclutamiento y selección, donde garantiza la igualdad de oportunidad y diversidad de género y sin excluir a personas por su género, edad, raza y religión. Evidencia: Manuel de Reclutamiento y Selección. | |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas | Contamos con la realización de los acuerdos de desempeños realizados por los encargados de cada | |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>área y el departamento de recurso humano, para monitorear y evaluar al personal.</p> <p>Evidencias: Procedimientos para la aplicación de los Acuerdo de Desempeño.</p> | |
| <p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p> | <p>Contamos con la realización de los acuerdos de desempeños realizados por los encargados de cada área y el departamento de recurso humano, para monitorear y evaluar al personal.</p> <p>Evidencias: Acuerdo de Desempeño.</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 contamos con la aplicación de una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización.</p> |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| <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>Se realiza anualmente el levantamiento para identificar las necesidades de capacitación del personal.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación, procedimiento, levantamiento (Detención de Necesidades).</p> | |
| <p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p> | | <p>El hospital no cuenta con personal asignado para guiar y apoyar al personal de nuevo ingreso.</p> |
| <p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p> | <p>El hospital cuenta con evidencia que demuestra la movilidad tanto interna como externa de los empleados.</p> <p>Evidencia: Carta Designación.</p> | |
| <p>4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).</p> | | <p>No se evidencia el desarrollo de métodos modernos de formación utilizando medios digitales.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| 5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética. | Contamos con un plan de capacitación institucional dicho plan contiene capacitaciones dirigidas a toda la persona. Evidencia: Plan de Capacitación del Hospital. | |
| 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. | | No se evidencia el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros. |

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. | En el centro se realizan encuesta del clima laboral donde a partir de esos resultados se toman acciones de mejoras para fortalecer dicho componente. Evidencia: Encuesta Clima Laboral. | |
| 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. | | No contamos con evidencia de la implementación de las políticas de gestión de la innovación |
| 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. | Se realizar encuesta de Clima Laboral, el mismo se les informa a los encargados de los departamentos los resultados obtenidos y se realizar un plan de mejora derivados de dicha encuesta. Evidencia: -Encuesta Clima Laboral - Comunicación al personal -Plan de Mejora | |
| 4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para | El centro cuenta con una buena condición ambiental en toda la organización, realiza jornada de salud para sus empleados, también cuenta con la seguridad laboral. | |

| | | |
|---|---|---|
| garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral. | Evidencias: Fotos, Historial clínico de empleados. | |
| 5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados. | La institución dispone de las siguientes facilidades: - Permisos de maternidad, paternidad, -Permisos de estudios -Flexibilidad de horario para padres Evidencia: -Formulario de Solicitudes de Permiso. | |
| 6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | | No se evidencia especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. |
| 7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo. | | No contamos con planes para premiar a los colaboradores en términos no monetarios, realizar actividades sociales, culturales y deportivas, centradas en la salud y bienestar. |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|------------------------|
| Los líderes de la organización: I. 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.). | El hospital presenta relaciones con sectores tanto público como privados, sociedad civil con el objetivo de impactar en los servicios ofrecidos a la ciudadanía a través de alianzas, acuerdos, convenio entre otros podemos mencionar Evidencias: Facturas, contrato, lista de suplidores. | |

| | | |
|---|--|--|
| 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. | La institución ha gestionado y desarrollado acuerdo, convenio y programa de colaboración con distintas entidades para llevar a cabo la responsabilidad social tomando en cuenta el impacto socio económico. Evidencias: Ayuntamiento, inapa, bombero. | |
| 3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente. | | No se ha definido el rol y responsabilidad de cada socio |
| 4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado. | | No tenemos identificado las necesidades de alianzas público-privado. |
| 5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública. | Este centro se rige por la ley de compras y contrataciones que establece los métodos de compras a los proveedores del estado, pero la gestión del centro se asegura que los proveedores cumplan con los requisitos. Evidencia: expediente de pagos a proveedores, facturas. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros. | La institución realiza actividades animando a los ciudadanos/cliente a que utilizar las vías que tenemos para conocer sus necesidades. Evidencia: Portal WEB. -foto de enlace del 311 -carta compromiso, -Encuesta de satisfacción a usuario -Buzón de sugerencia | |
| 2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también | Contamos con un portal institucional, donde informamos a los ciudadanos/clientes de los | |

| | | |
|--|---|--|
| proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc. | servicios que ofrecemos, el funcionamiento, estructura y proceso. Evidencia: -Página Web -Portar Transparencia -Carta Compromiso | |
| 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. | El hospital a través del portal institucional, informa a los ciudadanos/clientes de los servicios que ofrece, disponibilidad y tiempo de resolución. Evidencia: Portar WEB -Carta Compromiso - Redes Sociales. | |

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| 1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente. | Contamos con un plan operativo anual donde se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos para una gestión financiera ágil y oportuna. Evidencia: -Plan Operativo Anual | |
| 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 | El centro realiza reuniones para mejorar los niveles de eficiencia, mediante la racionalización en el uso de los medicamentos, para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS y la disminución de la glosa. Evidencias: Fotos, Lista de participación, correos. | |

| | | |
|--|--|--|
| servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc. | | |
| 3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros. | Contamos con el departamento de contabilidad quienes elaboran el presupuesto integrando objetivos financiero y no financiero y evalúan los riesgos. Evidencia: Plan Operativo Anual, Presupuesto, Estados Financieros Mensuales, Trimestrales y Anual. | |
| 4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible. | Se publica en su portal de transparencia todo lo concerniente a la gestión financiera y presupuestaria: Balance General, los reportes de ingresos y egresos, compras, nomina. Evidencia: -Portal de Transparencia del hospital -Transparencia en la Ejecución Presupuestaria -Redición de cuenta, -Memoria institución. | |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | Se reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. Evidencia: Actividad del POA para revisar la calidad del dato, 67A, RIESS. | |

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

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

| | | |
|--|--|--|
| <p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p> | <p>Contamos con sistema para gestionar, almacenar, mantener y evaluar la información y el conocimiento de la institución. Evidencia: intranet, página web, 67, RIESS.</p> | |
| <p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p> | <p>Garantizamos que la información disponible es recogida, procesada y almacenada eficazmente. Evidencia: 67A; Epi1 y EPI2, RIESS.</p> | |
| <p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p> | | <p>No se realiza la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p> |
| <p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p> | | <p>No se evidencia establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p> |
| <p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p> | <p>Contamos con mecanismos para asegurar la información y el conocimiento de la organización alineada con el plan operativo anual y las necesidades de los grupos de interés. Evidencia: POA, EPI, Formulario de auditoria de calidad del dato, 67ª , RIESS.</p> | |
| <p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p> | <p>Se han desarrollado canales internos para difundir la información a toda la organización. Evidencia: correos institucionales, circulares internas, grupos de WhatsApp.</p> | |
| <p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p> | | <p>No se promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización</p> |
| <p>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.</p> | <p>Se garantiza el acceso y el intercambio de información relevante a través de nuestra página web, la oficina de libre acceso a la información, reuniones interinstitucionales con el comité de calidad.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | Evidencia: página web, oficina de libre acceso a la información, circulares | |
| 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. | La institución cuenta con procedimiento que debemos agotar cuando se produce una salida del personal. Evidencia: Manual de procedimientos de salida de personal | |

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|--|
| 1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos. | El hospital cuenta con políticas actualizadas de gestión de tecnología orientadas al uso eficiente y la preservación de los recursos, manteniendo la innovación y seguridad dentro de las instalaciones. Evidencia: DTI-PI-001 V1 Desarrollo de Software DTI-PI-002 V1 Política de Backup DTI-PI-003 V1 Política de Ciber-Seguridad DTI-PI-004 V1 Confidencialidad y Protección de las Informaciones | |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. | | No se ha realizado el monitoreo y evaluación sistemáticamente de la rentabilidad costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. |
| 3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.). | | No contamos con la identificación y nueva tecnología, relevantes para la organización, implantando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado. |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación. | | No contamos con la utilización de la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración y la participación. |

| | | |
|--|--|--|
| 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. | | No contamos con la aplicación de la 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. |
| 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. | | No contamos con la aplicación de normas o protocolos y otras medidas para la protección efectiva de la data y la seguridad cibernética, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos. |
| 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. | | No se evidencia el impacto socio-económico y medioambiental 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. | En nuestro centro contamos con la aplicación del sistema SUGEMI que integra las diferentes modalidades de suministro de medicamentos e insumos de salud, lo que nos permite garantizar el acceso a medicamentos de calidad. Evidencia: Matriz | |

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

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

| | | |
|---|--|---|
| <p>1. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p> | <p>El centro cuenta con un departamento de mantenimiento encargado de realizar el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones. Evidencias: Plan Operativo anual Plan de mantenimiento correctivo y preventivo.</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>El centro cuenta con un departamento de mantenimiento encargado de realizar el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones. Evidencias: Plan Operativo anual Plan correctivo y preventivo, Fotos.</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>Contamos con una política de administración de bienes la cual establece los lineamientos para la gestión de los activos fijos. Evidencia: Documentación de la Política de Administración de Bienes.</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>Contamos una instalación adecuada para brindar la mejor atención a la comunidad. Evidencias: Foto de ante y después de la estructura.</p> | |
| <p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p> | <p>Se realiza un mantenimiento según lo establecido para los medios de transporte del centro, ej: la ambulancia. Evidencia: Factura de pago de mantenimiento.</p> | <p>No contamos con evidencia que garantice el uso eficaz, eficiente y sostenible de los recursos energéticos.</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>Garantizamos la adecuada accesibilidad para los colaboradores y los ciudadanos. Como aparcamiento, rampa para discapacitados, transporte público. Evidencias: Fotos.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| 7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres. | El Hospital cuenta con un comité de emergencia y desastre, el mismo de encarga de realizar un plan para dichos fines. Evidencia: Acta Constitutiva. Plan de emergencia y desastre. | |
| 8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) | Contamos de un Plan Mantenimiento Preventivo-Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios, el mismo se realiza cada año. Evidencia: Plan Mantenimiento Preventivo /Correctivo. | |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra). | El centro ha realizado inventario de activos fijos y chatarrización, también realizó solicitud a la regional y bienes nacionales. Evidencias: inventario, Solicitudes. | |
| 10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. | | No contamos con la implementación de un programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. |

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| La organización: 1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias. | Tenemos identificados los procesos de los servicios hospitalarios con los propietarios de cada proceso. Evidencia: matriz de procesos de los servicios hospitalarios | No contamos con todos los procesos identificados en un mapa. |
| 2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para | | No se ha diseñado e implementado un sistema para gestionar procesos en torno a las necesidades y |

| | | |
|--|--|---|
| <p>garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p> | | <p>opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</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>No se evidencia que se halla impulsado la innovación y la optimización de procesos al prestar atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales, involucrando a grupos de interés relevantes.</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 se evidencia el análisis y evaluación de los procesos, riesgo y factores críticos de éxitos</p> |
| <p>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.).</p> | <p>A través de la elaboración de los acuerdos de desempeño de los colaboradores, se implementan indicadores de resultados, que permiten monitorizar la eficiencia de los procesos, al igual que en el POA. También contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano, donde los grupos de interés conocen los servicios que ofrece la institución. Evidencia: -Plan Operativo Anual -Acuerdos de Desempeño -Carta Compromiso</p> | |
| <p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p> | <p>El hospital contamos con un sistema donde se notificamos todos los casos epidemiológicos (DIGEPI) , también el hospital pertenece a la articulación de la red por medio del sistema de referencia y contra referencia, también se evalúa la adherencia a los protocolos y las normas. Evidencia: formulario DIGEPI, capture de pantalla, formularios de referencia y contra referencia, informes de adherencia a protocolos.</p> | <p>No contamos con expediente clínico integral (Expediente único) y no realizamos una socialización de los protocolos y normas.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | El centro cuenta con la habilitación aprobada Evidencia: Certificación | |
|---|---|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros. | Contamos con herramienta que nos permite recolectar información necesaria para conocer el punto de vista de los ciudadanos/clientes, procurando la identificación de mejoras aplicables de los servicios. Evidencia: Línea 311, buzones de sugerencias, Encuestas de Satisfacción a usuario. | |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. | | No se ha gestionado el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. |
| 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. | La institución promueve la accesibilidad a la organización por distintas vías, tales como las redes sociales, brochures de la carta compromiso y el portal web siendo este diseñado y pensado en la mejor experiencia del usuario lo que permite un fácil acceso a la información, contenido y horarios de atención, también contamos con personal con manejo en el idioma creole y documentación en este idioma también. Evidencia: - Página Web de la Institución - Brochures carta compromiso al ciudadano - Redes Sociales. - Documentos en creole | |

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

| | | |
|---|--|--|
| <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>La institución cuenta con formulario para definir las prestaciones de los servicios de la organización, también contamos con la ley general de salud 42-01. Evidencias: Formulario de oferta y demanda -Ley 42-01.</p> | <p>No tenemos evidenciado coordinación de procesos con sectores públicos o privados.</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>Este hospital pertenece a la red integrada de salud de la región el valle y fuera de la red, contamos con comunicación constante con los otros centros de salud. Evidencia: *Redes integrales de salud *Contactos telefónicos *Correo electrónico</p> | |
| <p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p> | | <p>No se cuenta con la creación de grupos de trabajos con las organizaciones y proveedores de servicio para solucionar problema.</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 contamos con asociaciones para facilitar el intercambio de datos y 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.) | Diariamente se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios expresa su percepción del servicio ofrecido y contamos con buzones de quejas y sugerencias en diferentes áreas del centro. Evidencia: Encuesta de satisfacción, fotos de los buzones, formulario de apertura de los buzones. | |
| 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). | Se evidencia en los resultados de las encuestas de satisfacción realizada a los usuarios en el 2021, la amabilidad con 98.50 %, profesionalismo con 97%, agilidad 100%, fiabilidad 91% y accesibilidad con un 90.8% Evidencia: Encuesta de satisfacción . | |
| 3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización. | | No se ha medido la participación de los ciudadanos en los procesos de trabajo para la toma de decisiones |
| 4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.). | | No contamos con encuesta realizada a los grupos de interés para la comprensión, transparencia y facilidad de lectura |

| | | |
|---|---|--|
| 5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes. | El nivel de confianza hacia la organización es del 95.5% en los diferentes servicios. Evidencia: Encuesta de satisfacción. | |
|---|---|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|---|
| 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.). | Contamos con una valoración en la accesibilidad de un 93.24% según el resultado obtenidos. Evidencia: Encuesta de satisfacción. | |
| 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.). | Contamos con indicadores para medir el cumplimiento de los estándares de calidad, tiempo, donde para el 2021 obtuvimos un 98.25% en satisfacción. | |
| 3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.). | Contamos con indicadores para diferenciar los servicios teniendo en cuenta las necesidades del cliente, edad, genero Evidencia: Reporte 67. | |
| 4. Capacidades de la organización para la innovación. | Contamos con métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos. Evidencia: web. Foto (buzones, redes sociales, teléfono). | |
| 5. Digitalización en la organización. | | No se ha medido la digitalización en 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 |
|--|---|---|
| 1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio). | Contamos con tiempo de espera para prestar los servicios en diferentes áreas, Evidencia: Encuesta de satisfacción, Carta compromiso. | |
| 2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. | La institución cuenta con dos herramientas como son la línea 311 y los buzones de sugerencia, los mismo son revisado, uno semanalmente y otro diariamente con un tiempo máximo de 15 días dependiente el tipo de queja o sugerencia que se realicen. Contamos con un reporte donde se plasma esas informaciones para llevar un control sobre el tratamiento del problema, tiempo y posible solución. También contamos con la cartelera de servicios ubicada en varios puntos de centro donde se muestra los diferentes servicios ofrecidos con su respetivo horario. Evidencia: Carta compromiso, fotos buzones y línea 311. Reporte QSR, reporte ccc, cartelera de servicios. | |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad. | | No se evidencia resultados de las medidas de evaluación con respecto a errores y cumplimiento de los compromisos/estándares de calidad. |

| | | |
|--|--|--|
| 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. | Se realiza levantamientos varios a través de un formulario donde se plasma número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente. Evidencia: formulario, reporte 67, SISMAP Salud. | |
| 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios. | El centro cuenta con carteleras de servicios actualizada, la misma se encuentra distribuida en las principales áreas del hospital. Evidencias: Fotos. | |
| 7. Índice de Satisfacción de Usuarios. | A través de las encuestas de satisfacción de usuario obtuvimos un 98% de satisfacción en el 2021. Evidencia: Encuesta de satisfacción. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales. | La institución cuenta con 5 canales de información o comunicación para el contacto con nuestros usuarios. Evidencia: Web, Redes Sociales, buzón de sugerencia, vía telefónica, presencia. | |
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.) | Contamos con la disponibilidad y precisión de la información de los servicios y productos ofrecidos. Evidencia: Carta Compromiso, Cartera de servicio, Portal de transparencia. | |

| | | |
|--|--|--|
| 3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios. | La institución cuenta con la disponibilidad para transparentar los servicios y productos ofrecidos en los objetivos de rendimiento. Evidencia: POA, formulario de control, RIESS. | |
|--|--|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| 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). | | No se ha medido con los grupos de interés para la toma de decisiones en el diseño de los procesos, la prestación de servicios y los productos. |
| 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). | | No se ha medido el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. |
| 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). | Contamos con indicadores para medir el cumplimiento de la relación de los diferente género, diversidad cultural y social. Evidencia: Reporte 67. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--------------------------------------|--|
| 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.). | | No se ha medido la digitalización en los productos y servicios de la organización. |

| | | |
|---|--|---|
| 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). | | No se ha medido la participación de la ciudadanía en los productos y servicios. |
|---|--|---|

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). | Contamos con medición donde recoge trimestralmente estos atributos. Evidencia: encuesta de satisfacción realizada (https://encuesta.sns.gob.do/) | |
| 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. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el año 2021 con un 96.99% para el conocimiento de la misión, visión y valores y un 98% , considera como muy buena y buena el Involucramiento de las personas de la organización en el de toma de decisiones | |
| 3. La participación de las personas en las actividades de mejora. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97% considera la participación de las personas en actividades de mejora. Evidencia: Encuesta clima laboral. | |

| | | |
|---|--|--|
| 4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |
| 5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |
| 6. La responsabilidad social de la organización. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | | No se evidencia la apertura de la organización para el cambio y la innovación. |
| 8. El impacto de la digitalización en la organización. | | No se evidencia el impacto de la digitalización en la organización. |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización. | | No se evidencia la agilidad en los procesos de la organización. |

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. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas. |

| | | |
|--|---|---|
| 4. La gestión del conocimiento. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 94.89% indica La gestión del conocimiento. Evidencia: Encuesta clima laboral. | . |
| 5. La comunicación interna y las medidas de información. | | No se evidencia la comunicación interna y los métodos de información. |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97.75% indica no existe mecanismo para reconocer esfuerzo individual y de equipo. Evidencia: Encuesta clima laboral. | |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97.94% considera positivo el enfoque de la organización para los cambios y la innovación. Evidencia: Encuesta clima laboral. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97.94% consideran que la institución realiza acciones para mejorar la cultura el 75.64% consideran sentirse muy bien en su área de trabajo. Evidencia: Encuesta clima laboral. | |

| | | |
|---|---|--|
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97.94 % contamos con la flexibilidad en el horario, el 94.89% la institución me apoya cuando tengo urgencia familia Evidencia: Encuesta clima laboral. | |
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 94.89 % considera de la igualdad de oportunidades en la organización. Evidencia: Encuesta clima laboral. | |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | Se evidencia en los resultados de las encuestas de clima laboral realizada a los colaboradores en el 2021 que el 97.75% considera como positiva disposición del lugar de trabajo y las condiciones ambientales de trabajo en la organización. Evidencia: Encuesta clima laboral | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| 1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas, lo cual permite determinar en qué medida se alcanzan los objetivos |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas, lo cual permite determinar en qué medida se alcanzan los objetivos. |

| | | |
|---|--|--|
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | | No se ha medido que en la organización se hayan establecido metas en relación con las mediciones realizadas, lo cual permite determinar en qué medida se alcanzan los objetivos. |
|---|--|--|

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 que el nivel de enfermedades, índice de rotación de personal, ni el número de días de huelga y tampoco el número de quejas. |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora. | | No se ha medido el nivel de participación en actividades de mejora. |
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | | No se ha medido la cantidad posible de conflicto de interés. |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | | No se ha medido la participación voluntaria de la organización con relación a actividades de responsabilidad social. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p> | <p>Contamos varias formas de que los ciudadanos expresen su nivel de satisfacción con el servicio brindado, utilizando los medios disponibles para estos fines que son el buzón de quejas y sugerencias y encuestas de satisfacción.</p> <p>Evidencias: -Informe de encuesta de satisfacción, Matriz de quejas y sugerencias.</p> | |
|--|---|--|

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>Resultados de Indicadores relacionados con: + El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p> | <p>Contamos con información sobre el desempeño de los colaboradores.</p> <p>Evidencias: - Evaluaciones del Desempeño - Acuerdos de Desempeño</p> | |
| <p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p> | <p>Contamos con una estructura tecnológica que permite la gestión de importantes tareas en la institución.</p> <p>Evidencia: intercambio de documentos, entrenamientos entre colaboradores.</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). | Contamos con un plan de capacitación para cada año. Evidencia: Plan de Capacitación, Matriz de ejecución del plan de capacitación | |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. | | No se ha medido con qué frecuencia se reconoce a los empleados. |

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Considere lo que la organización está logrando con respecto a su responsabilidad social, a través de los resultados de lo siguiente:

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|--|
| 1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc. | Se realizado actividad de educación sanitarias para conseguir que la población adquiera los conocimientos básicos. Evidencias: Charlas , fotos , 67A | |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | | No se ha medido la percepción de la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. |
| 3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. | | No se ha medido el impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. |
| 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.). | Se realiza encuesta diariamente a los usuarios sobre la accesibilidad y transparencias de la organización. Evidencia: Encuesta de satisfacción. | |

| | | |
|--|--|--|
| 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.). | | No se ha medido la Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional |
| 6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad. | | No se ha medido el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad |
| 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.). | | No se ha medido la 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.). |
| 8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios. | | No se ha medido la cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios. |

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

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

| | | |
|---|--|--|
| <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 ha medido las actividades para preservar y mantener los recursos en la institución.</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, grupos y representantes de la comunidad.</p> |
| <p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p> | | <p>No se ha medido el nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación.</p> |
| <p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p> | | <p>No se ha medido el apoyo como empleador a las políticas de diversidad étnicas y de personas en situación de desventaja.</p> |
| <p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p> | | <p>No se realizado la medición del apoyo a proyecto de desarrollo internacional participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p> |
| <p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p> | | <p>No se ha medido los Intercambio productivo de conocimientos e información con otros.</p> |
| <p>7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).</p> | | <p>No se ha medido los programas para la prevención de riesgos para la salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad). | | No se ha medido la responsabilidad para dar un resultado e informe de sostenibilidad. |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. | | No se ha medido la reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos. | | No se ha medido el uso de incinerador para los residuos médicos. |
| 11. Política de residuos y de reciclado. | | No se ha medido la política de residuos y de reciclado. |

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. | El centro cuenta con una Cartera de servicios donde le ofreciendo servicios de calidad a la población. Evidencia: reporte 67 ^a , cartelera de servicios, encuesta de satisfacción. | |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | Se evidencias el impacto de los servicios y producto ofrecido a la sociedad a través de la encuesta de satisfacción. Evidencia: encuesta de satisfacción, repositorio (RIESS). | No se ha medido el impacto en la sociedad y los beneficio directo de los servicios y producto ofrecido. |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | | No se ha realizado medición comparativa para obtener resultado en términos de producto y resultado. |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | | No se ha medido el nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. |

| | | |
|---|--|--|
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño. | Se realizan auditorias e inspecciones en algunas áreas. Evidencia: resultado e informe auditoria, repositorio, encuesta | |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos. | | No se ha medido el impacto en la innovación de los servicios/productos para la mejora. |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público. | | No se ha medido el impacto en la innovación de los servicios/productos para la mejora. |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. | | No se ha medido número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. |

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|---|
| 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. | El centro cuenta con un plan de capacitación anual para gestionar los conocimientos de forma óptima. Evidencia: Plan de capacitación anual. | |
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos. | Se ha evidenciado el cumplimiento en los productos mejorando e innovando los procesos a través del POA. Evidencias: Evaluación del POA. | |
| 3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo). | | No se ha realizado mediciones comparativas para ver resultado de Benchmarking/benchlearning |
| 4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas). | | No se ha medido el grado de cumplimiento de los acuerdos en actividades en conjunto |

| | | |
|--|--|---|
| 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.) | | No se ha medido el impacto de la tecnología en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, como la reduciendo costos, el uso irracional No se ha realizado medición comparativa para ver resultado de benchmarking del papel. |
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas. | | No contamos con resultados de auditorías. |
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | Contamos con reconocimientos en término de gestión realizados por el nivel central. Evidencias: fotos de los reconocimientos. | |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros. | Se evidencia el cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros. Evidencia: Informes. | |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores. | Se evidencia el cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros. Evidencia: Informes. | |

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.