GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Dr. Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo

FECHA:

Junio 2023

Documento Externo
SGC-MAP

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

El Modelo CAF (Common Assestment 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn 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 Publica"*** 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn, 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 1: LIDERAZGO

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

SUBCRITERIO 1.1. 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 Dr. Francisco Antonio Gonzalvo tiene definida su misión, visión y valores. El mismo está publicado en la entrada del centro así como en la página web y redes sociales. Evidencias: • Fotos publicación de M, V y V.	No hemos implicado a los grupos de interés y empleados relevantes.
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.	El hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo tiene definida su misión, visión y valores. Implicado a sus empleados. La Institución tiene establecido el marco de valores institucionales alineado con la misión y visión de la organización. Evidencia: •Fotos de la recepción de la institución. • Página web Institucional.	
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.	El hospital tiene alineada la misión, la visión y los valores al plan estratégico del SNS quien a su vez tiene alineada la misión, la visión y los valores a las Estrategias nacionales y reformas del sector relevantes. Evidencia: • Plan Estratégico Institucional del SNS 2021-2024,	

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.	El hospital ha comunicado la misión, visión y Valores y planes operativos con todos los encargados de la institución y ha comunicado a sus colaboradores y partes interesadas. EVIDENCIA: • Página Web. • Listado de Asistencia socialización del POA. • Correos electrónicos de información a colaboradores. • Brochure CCC.	
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).	El centro revisa la misión y visión, tomando en cuenta los factores externos e internos, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización en concordancia con el SNS. Esta establecido su revisión cada 5 años. Evidencia: • Plan Estratégico Institucional SNS 2021-2024 • POA institucional.	
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).	El hospital cuenta con capacitaciones constante de parte del nivel central del SNS las cuales incluyen implementación de plataformas digitales donde se manejan datos e informaciones relevantes de la institución. Evidencia: • Capacitaciones del SNS implementando procesos. • plataformas digitales departamentales.	

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.		No se ha conformado un comité de ética.
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).	El centro se interesa por mantener la confianza entre los directivos, empleados de los departamentos realizando reuniones. Evidencias: • Conformación del comité de calidad, • Minutas de reuniones • listados de participación.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	En el hospital tenemos un organigrama, con los diferentes niveles definidos y manual de funciones. Evidencias: Organigrama Estructura organizativa. Manual de organización.	
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	El hospital tiene definido resultados de Metas y objetivos para todas las áreas de la organización mediante el cumplimiento de indicadores mediante la implementación y monitoreo del POA, el SISMAP, Indicadores de calidad en los servicios. Evidencia: • Monitoreo de actividades del POA. •Indicadores de calidad en los servicios • Indicadores SISMAP.	

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.).		No se cuenta con evidencias
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).	El hospital cuenta con un sistema de gestión de la información, con aportaciones de la gestión de riesgos, el sistema de control interno y la permanente monitorización de los logros de metas mediante los diferentes procesos implementados para tales fines. Evidencia: • Monitoreo de actividades del POA. • Cuadro me mando. •Indicadores SISMAP.	
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.	El centro aplica principios de calidad, mediante el desarrollo de autoevaluaciones CAF. Evidencia: • Aplicación del modelo CAF.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.		No se realiza
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.	Comunicamos los procesos y planes a implementar mediante reuniones, asignando responsables de las ejecuciones. Se dan capacitaciones con el fin de generar las condiciones adecuadas para el logro de los objetivos. Evidencias: • Reuniones comité de Calidad. •capacitaciones de trabajo en equipo.	

8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	El hospital se asegura de contar con las condiciones necesarias para una comunicación interna y externa eficaz. Trabajamos alineados a la política de comunicaciones del nivel central del SNS. Evidencia: • Política de Comunicación Institucional del SNS. • Grupo de trabajo de WhatsApp, • Cartera de servicio publicada en las áreas. • Buzónes de sugerencia. • Página web institucional • Comunicaciones físicas (cartas, oficios) entre las diferentes áreas e instituciones, • Redes Sociales.	
9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	El centro muestra compromiso con la innovación promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados. Evidencia: • Listado de Asistencia de reuniones con empleados de socialización de los procesos y avances de la institución y conocer sus opiniones.	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Se comunica los procesos a implementar en el centro a través de reuniones con los encargados departamentales quienes a su vez lo comunican a sus colaboradores. También se envía informaciones a través de correos y grupos de trabajo. Evidencias: •Listados de reuniones •minutas •correos. •grupos de trabajo	

11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Los encargados departamentales realizan reuniones con sus colaboradores donde abordan los casos no éticos que se presenten y dependiendo de su relevancia lo hace con la gerencia. Evidencia: • Listados de reuniones	No contamos con comité de ética

Subcriterio1.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.	Los directivos y supervisores asisten se involucran mediante la asistencia y participación a las actividades de capacitación y desarrollo de temas de para el establecimiento de salud y realizan como capacitaciones, comités hospitalarios conformados. Evidencias: • Lista de participación en capacitaciones. •Lista de participación reuniones calidad. •Actas comité con participación de los lideres.	
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.	En nuestro centro de salud se promueve la cultura de confianza y respeto mutuo entre los empleados, se tiene acceso a expresar sus inquietudes a la máxima autoridad. Evidencias: •Listas de participación de reuniones •Acciones del personal.	

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se informa y se consulta de forma periódica a los empleados los asuntos claves relacionados con la organización. Evidencia: • Correo Comunicaciones Institucionales • Reuniones de la máxima autoridad con los encargados departamentales y colaboradores, • Informaciones en WhatsApp, • murales, cartas, oficios.	
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 hospital apoya a los empleados en el desarrollo de las tareas, planes y objetivos para impulsar la consecución de los objetivos generales de la organización. Evidencia: • Planificación Operativa Anual (POA). • Plan de Capacitación Anual.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Los directivos delegan entre sus colaboradores proyectos y tareas a ejecutar para el logro de metas departamentales. Evidencia: • Listados de participación. •Comunicaciones.	
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.	La institución promueve la cultura de aprendizaje y desarrollo de competencias de los colaboradores mediante un plan de capacitación el cual es realizado mediante una detección de necesidades previas y dando seguimiento de forma periódica al cumplimiento de dicho plan. Evidencia: • Detección de Necesidades de Capacitación	

	(DNC), • Plan de capacitación Anual. •Otras capacitaciones realizadas.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se reconoce y se premia a los colaboradores con buen desempeño mediante certificados de reconocimientos y bonos por desempeño por evaluaciones del MAP Evidencia: • Otorgamiento de reconocimientos entregados a los colaboradores, • Bonos por desempeño.	

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.	La institución desarrolla el análisis de las necesidades de los grupos de interés mediante diferentes medios como por ejemplo encuestas con el fin de conocer y satisfacer las expectativas de los mismos. Tenemos conformado el consejo de administración hospitalaria (CAH) donde se cuenta con miembros de diferentes áreas de la comunidad. Evidencia: • Acta conformación Consejo administrativo hospitalario (CAH). • Informe de encuesta de satisfacción de carta Compromiso. • Informe de encuesta de clima laboral,	

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.	El hospital realiza encuentros, mesas de trabajo y recibe acompañamiento con diferentes autoridades políticas como el CAH, MAP, DPS, gobernación entre otros, con el fin de identificar implementar mejoras continuas. Evidencia: • Acta constitutiva CAH. • Reuniones con el MAP. • Mesas de trabajo provinciales.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	El Hospital lleva a cabo la ejecución del Plan Operativo Anual el cual esta alineado al Plan estratégico del Servicio Nacional de Salud quienes para asegurar los el cumplimiento establecen las metas, recursos necesarios y las actividades a realizar por toda la red de salud del estado con el objetivo de dar respuesta a las estrategias nacional de desarrollo y políticas públicas. Evidencia: • Plan Estratégico Institucional del SNS, • Plan Operativo Anual	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Hemos comprobado que los objetivos y metas de los productos y servicios ofrecidos están alineados con las políticas públicas en el nivel de atención al que pertenece la Institución según lo establecido por el y el Servicio Nacional de Salud (SNS) así como los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Evidencia: • Plan estratégico Institucional 2021-2024, SNS. • Plan operativo anual. • Cumplimiento en indicadores del Sistema de Monitoreo de la Administración Pública Salud (SISMAP-salud),	

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.).	Contamos con la conformación de un Consejo de administración hospitalaria que abarca diferentes áreas de la comunidad como comunitarios, religiosos, comerciantes y gremios. Evidencia: •Acta constitutiva CAH	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	El hospital participa en actividades organizadas por asociaciones y gremios de médicos y enfermeras. Evidencias: •Convocatorias y 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 promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	El hospital cuenta con redes sociales donde publica y promueve informaciones relevantes acerca del hospital y acerca del cuidado de la salud. Evidencias: •Publicaciones en redes sociales.	

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

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.	En el centro se programan reuniones con los diferentes departamentos de manera regular donde se da seguimiento e informa sobre los cambios a implementar con el fin de lograr los objetivos estratégicos implementados tanto por el SNS como de manera interna. También se da seguimiento a los cumplimientos mediante los diferentes comités hospitalarios constituidos para tales fines. Evidencias: • Listados de participaciones. • Fotos reuniones.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	En el hospital se trabaja con la selección de grupos focales de interés los cuales son citados con el objetivo de determinar la calidad percibida del servicio con la participación de una representante de la Gerencia de área y la encargada de atención al usuario del centro mediante la implementación de una encuesta compuestas con preguntas para obtener información sobre sus necesidades y expectativas. Evidencias: • Informes.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	La gerencia del hospital vela por el cumplimiento de las estrategias del sector salud al cual pertenecemos así también implementa los cambios de lugar ante cualquier reforma que se haga en el mismo como por ejemplo la implementación del SISMAP salud. Evidencias: •Listados de participaciones de reuniones sobre implementación del SISMAP.	

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.).	Analizamos de forma sistemática las debilidades y fuerzas internas a través de la guía del CAF. También está conformado el comité de Calidad y estamos haciendo las autoevaluaciones de la organización para identificar los puntos fuertes y áreas de mejoras. Evidencias: • Talleres CAF y autoevaluación con el comité de calidad.	

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.	El establecimiento cuenta con el despliegue de un plan operativo anual el cual esta alineado con el plan estratégico del nivel central del SNS, donde se definen las actividades a llevar a cabo con el fin de lograr los objetivos definidos. Evidencias: • 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.	Involucramos a los diferentes departamentos en el plan operativo anual los cuales de identifican como relevantes para el cumplimiento de los objetivos mediante las actividades a llevar a cabo estas se socializa con los encargados departamentales quienes a su vez lo hacen con sus colaboradores. Evidencias: • Listados y fotos de socialización del POA	

3.Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.		No se realiza
4.Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Se asegura la disponibilidad de los recursos mediante un presupuesto anual alineado al POA donde se estima los ingresos y gastos, así como la asignación de recursos a cada actividad programada. Se evalúa trimestralmente la ejecución de dicho presupuesto. Evidencias: • Presupuesto.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): 1.Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El establecimiento trabaja apegados al plan operativo anual el cual esta alineado al plan estratégico del nivel central del SNS, donde se establece responsables, fechas de ejecución y recursos necesarios para lograrlo. Evidencias: • POA	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Se trabaja apegado al POA, donde se identifican las tareas para cada departamento y seguimiento trimestral de las mismas mediante la evaluación de los cumplimientos. Evidencias: • Reporte Trimestral de producción del POA.	

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.	El hospital asegura la comunicación de objetivos a lograr y las estrategias a implementar para el logro de estos objetivos previamente definidos mediante reuniones con los diferentes comités donde se socializa y evalúan los resultados esperados. Evidencias: • comunicaciones de convocatorias, listados de participación.	
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.	Se levantan los datos relevantes y de esos se obtienen indicadores donde se evalúan los resultados y los avances en el logro de los objetivos establecidos mediante el monitoreo trimestral del POA, SISMAP, cuadro de mando. Evidencias: • RTP POA, • SISMAP, • Cuadro de mando.	

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
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.		No se realiza
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.		No se realiza
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	El hospital cuenta con redes sociales donde comunica las informaciones de relevancia del centro también se usan comunicaciones, grupos de trabajo y los murales en las diferentes áreas con el fin de informar a sus grupos de interés.	

	Evidencias: • Captura de las diferentes redes sociales. • Comunicaciones.	
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.	El hospital cuenta con diferentes comités hospitalarios en los que se abarcan las diferentes áreas para mediante reuniones buscar estrategias para lograr la mejora continua. Esto se hace con la participación de empleados de diferentes departamentos los cuales a su vez comparten las informaciones y estrategia de innovación con sus respectivos departamentos lo que asegura la participación de los grupos de interés. Evidencias: • Listados y minutas de reunión de diferentes comités hospitalarios.	
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.	El hospital cuenta con una plataforma digital donde se aplican una cantidad establecidas de encuestas de satisfacción al usuario donde se toma en cuenta las áreas donde se presentan resultados por debajo del nivel esperado y se crea plan de mejora según proceda para así asegurar que las expectativas del usuario puedan ser satisfechas. Evidencia: • Informe de seguimiento a encuestas de satisfacción al usuario.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	Se implementa un presupuesto anual con partidas programadas con el fin de contar con la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados. Evidencias: • Presupuesto.	

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.	El hospital cuenta con el organigrama de los diferentes departamentos, con el fin de cerrar brechas de necesidades de recursos humanos que se van presentado realizamos un levantamiento del personal donde se identifican dichas necesidades el cual es enviado a nuestra regional de salud quienes a su vez lo trabajan para tramitarlo al nivel central del SNS. Evidencia: • Matriz de necesidades de personal • Correo de envío a la regional.	
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 área de Recursos Humanos de nuestro centro hospitalario desarrolla e implementa una política la cual maneja desde el nivel central del SNS la cual incluye los criterios a tomar en cuenta para la gestión del recurso humano con el cual contamos. Evidencias: • Políticas de RR. HH. del SNS.	No contamos con una política interna de RR. HH.
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 el área de recursos humanos del centro Trabajamos amparados en la ley 41-08 de la función públicaa donde se implementa los principios de RR. HH. que esta establece. Evidencias:	

	• Ley 41-08 de función pública.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.		No se realiza
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	Contamos con el proceso de reclutamiento y selección se realiza a nivel central basándonos en la ley 41-08 de función publica. Evidencias. • políticas de selección de SNS, MAP	
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).		No contamos con una política de género
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	El hospital apoya el desempeño de sus colaboradores mediante una distribución de pagos de incentivos anuales de acuerdo a los montos alcanzados por concepto de facturación por ventas de servicios a las ARS. Evidencias. • Pagos de incentivos matriz	No se cuenta con una cultura interna del desempeño basado en resultados
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Se realizan acuerdos de desempeños con los colaboradores estableciendo metas y evaluando el cumplimiento de las mismas. Evidencia: • Acuerdos de desempeños realizados.	

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.	El hospital cuenta con una unidad de genero donde está definido la ruta a tomar al presentarse un caso como también los integrantes del mismo. También se encarga de charlas con temas de género a los colaboradores del centro. Evidencia: • Fotos. • Talleres.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Con el fin de desarrollar el recurso humano de nuestro centro mejorando sus competencias y habilidades, se realiza un plan de capacitación anual, según las necesidades departamentales e individual de cada colaborador. Evidencia: • plan de capacitación	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	El área de RR HH del centro da una inducción de manera general a los nuevos empleados, y a su vez se encarga a que los encargados de las áreas para la cual serán asignados les de las orientaciones de lugar referente a la posición. Evidencias: • Inducción a nuevos empleados	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Se realizan traslados y rotaciones en el personal de manera interna y externa de acuerdo al requerimiento del momento. Evidencia:	

	•Comunicaciones y documentos sobre rotación de personal.	
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).	La dirección central del SNS, así como la regional de salud realiza formaciones y capacitaciones de manera online con diferentes áreas del hospital. Evidencias: • Convocatorias capacitaciones online. • Listados de participaciones.	
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.	Se realizan capacitaciones de fortalecimiento a las áreas que gestiona a los usuarios para mejoría del servicio y el trato. Evidencias: • programación • y listado de participación.	
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.	Se realiza un plan de capacitación anual acompañado del INAP, según las necesidades de detección de capacitación. Cada trimestre se realiza un informe de seguimiento a dicho plan de capacitaciones para evaluar los cumplimientos Evidencia: • plan de capacitación anual. • Seguimiento al plan de capacitación.	No se evalúa ni analiza el costo/ beneficio de las actividades.

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.	El hospital se realiza reuniones, así como grupos de trabajo electrónicos con el fin de promover una cultura en la que se tome en cuenta las opiniones de los empleados y a la vez fomentar el trabajo en	

	equipo. Se incentiva que estas se realicen siempre de manera democrática. Evidencias: • listado de participación de reuniones.	
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.	El hospital participa en la implementación de diferentes procesos de mejora de la calidad donde se involucra al personal de diferentes áreas para que puedan tener participación en ellos. Se realizan planes de mejora en donde se involucran los diferentes departamentos. Evidencia: • Formación de equipos de trabajo. • Listados de participación.	
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.	El hospital ha realizado con el acompañamiento del MAP encuestas de clima laboral donde se mide los niveles de satisfacción de los empleados del centro. De esos resultados se creó un plan de mejora con el fin de fortalecer las debilidades identificadas por los empleados al momento de llenar la encuesta. Evidencias: Captura de la encuesta Plan de mejora a los resultados de la encuesta.	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	El hospital cuenta con una enfermera encargada de Bioseguridad la cual da talleres de capacitación sobre el tema de forma periódica así también evalúa las áreas con el fin de asegurar condiciones que garanticen el cuidado de salud y disminuyan los riesgos laborales de nuestros empleados. Evidencia: • Listados de participación talleres bioseguridad. • Fotos. • Publicaciones precauciones en las áreas.	

5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Nuestro centro cuenta con asegurar el equilibrio entre trabajo y vida personal de los colaboradores ya que ccontamos con diversos permisos, licencias médicas, vacaciones programadas además tenemos flexibilidad con horarios según corresponda. Evidencias: • Formularios de permiso, • vacaciones, • licencias.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	En el hospital, a al momento de un empleado mostrar alguna necesidad o incapacidad, se toma en cuenta a las personas con alguna discapacidad prestando consideración en cuanto a el horario de la jornada laboral o según corresponda. Evidencia: • Reporte de certificación de flexibilidad.	
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.		No se realiza.

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

<u>Considere lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:</u>

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	El hospital cuenta con socios claves de diferentes instituciones, como lo son contratos de afiliación con 11 ARS, internado a estudiantes de la Universidad Central de Este (UCE), politécnicos de enfermería, Contrato con proveedores para suministrar oxígeno. Evidencias: • copia de contratos con ARS. • Contratos con la UCE y politécnicos, • contratos 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.	El hospital pertenece a una red de servicios de diferentes niveles por lo que se mantiene en constante intercambio de servicios como son referimientos con las los Centros primarios de atención, así como los hospitales regionales y nacionales. Evidencias: •Referencias y contra referencias. •Grupos de WhatsApp.	
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 han identificado los socios clave.
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se ha realizado alianza publico privadas.
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Realizamos compras a suplidores que cumplen con los estándares establecidos en la Ley de Compra y Contrataciones 340-06. Evidencias: • Copias de facturas • y pagos	

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.	El hospital cuenta con un comité de apertura de buzones de quejas y sugerencias donde se analizan y se dan respuestas a cada una. Se aplican encuestas de satisfacción para la participación activa de los ciudadanos, además contamos con la carta compromiso al ciudadano. Evidencias: • Fotos buzones, • Resultados de encuesta, • captura de la CCC.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	El hospital cuenta con una página web, así como diferentes redes sociales donde da promoción, así como información relevante a los usuarios sobre la organización. Evidencias: • Captura de la página web. • Nombre de las diferentes redes sociales.	
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 cuenta con una cartera de servicio publicada en la sala de espera y en las diferentes redes sociales. Contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano. Evidencias: • Publicación Cartera de servicios, • Carta compromiso al ciudadano.	

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.	Se realiza el presupuesto anual manteniendo el manejo de los ingresos y gastos de forma efectiva mediante el POA. Evidencias: • POA, • Presupuesto.	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	Se realiza un informe de relación de factura para llevar el control de registro de glosas e ingresos. En el área de farmacia se lleva el control de inventario mediante el registro de la tarjeta de control de existencia. Se realiza una actualización trimestral del inventario general de la institución, además el hospital da seguimiento a los procesos necesarios para mantener las condiciones para poder estar habilitado y ofrecer sus servicios a las diferentes ARS. Evidencias: • Tarjeta de control actualizada. • Relación de glosas • y Relación de montos facturados. • Control de Inventario. • Habilitación de servicios.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Se analizan anticipadamente los gastos mediante pedido y evaluaciones de cotizaciones, siguiendo los lineamientos de la ley 340-06 de compras y contrataciones de servicios. Se realiza un presupuesto anual y seguimiento trimestral a la ejecución al presupuesto. Evidencias: • Procesos de compras. • Presupuesto.	

4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Se realizan informes de relación de ingresos y gastos de forma mensual y trimestral. Los procesos de compras se realizan siguiendo las normas y los procedimientos establecidos. cada gasto va sustentado con una certificación de pago. Evidencias: • informe de relación de ingresos, • pagos. • certificación de fondo.	El hospital no ha publicado la información presupuestaria
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El hospital reporta la producción hospitalaria en en una plataforma estandarizada mediante la recolección de datos en las diferentes áreas de manera mensual. Evidencias: • 67-A	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Contamos matrices y plataformas digitales habilitadas para contar con informaciones sobre indicadores de gestión como son: cuadro de mando integral, el SISMAP salud, así como el 67-A, Repositorio del SNS. Evidencias: • Ccuadro de mando, • Captura del SISMAP, • Captura del 67-A, • Captura del repositorio de información.	

2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	Contamos matrices y plataformas digitales habilitadas para contar con informaciones sobre indicadores de gestión como son: cuadro de mando integral, el SISMAP salud, así como el 67-A, Repositorio del SNS. Evidencias: • Cuadro de mando, • Captura del SISMAP, • Captura del 67-A, • Captura del repositorio de información.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	El hospital cuenta con diferentes medios digitales los cuales se utilizan para beneficio a la institución como son correos electrónicos departamentales, grupos de trabajo en WhatsApp, plataformas digitales intranet, entre otros. Evidencias: • Capturas de Correos departamentales, • Grupos WhatsApp, • Intranets.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	El hospital recibe constantemente talleres virtuales con el objetivo de implementar cambios y mejoras en las diferentes áreas de la institución de parte de nivel central del SNS, del MAP así también del MSP. Evidencias: • Convocatorias, • listados de participación, • capturas de pantalla.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.		No se realiza

6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se utilizan correos departamentales para difundir las informaciones, así como grupos de WhatsApp donde se comparten informaciones de trabajo y los procesos llevados a cabo. Además, los diferentes departamentos tienen accesos a plataformas digitales con la SNS. Evidencias: • captura de pantalla de Correos, • grupos de WhatsApp, • plataformas digitales.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se realizan reuniones de los diferentes comités donde se socializan los procesos que llevan los diferentes departamentos, también cada encargado realiza reuniones con sus colaboradores en los que se les informa sobre sus procesos internos e institucionales. Evidencias: • Listados de participación. • Fotos.	
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.		No contamos con OAI
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		No se realiza

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.	Se da seguimiento a la gestión de la tecnología de acuerdo al Plan operativo anual.	

	Evidencias: • Informes de seguimiento al POA de tecnología.	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se realiza
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).		No se realiza
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Se ha implementado en algunos departamentos herramientas en la nube para la gestión y acceso de informaciones relevantes. Evidencias: • Captura de pantalla de documentos en la nube.	
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.	En el hospital los diferentes departamentos utilizan la tecnología para completar los trabajos diarios para la gestión de calidad, reporte de producción de servicios, reportes epidemiológicos. Se utilizan los correos y redes sociales como el WhatsApp para recibir, así como enviar informaciones internas y externas con el nivel regional y el nivel central, así como distintas plataformas en los que se alimentan con informaciones de cada área. Evidencias: • Plataforma del 67-A. • DIGEPI, correos, • grupo WhatsApp, • Plataformas Intranet.	

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 normas/ protocolos para la protección de datos ni seguridad cibernética.
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 realiza
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.	El hospital gestiona los procedimientos operativos del SUGEMI con el fin de adherirse al modelo de atención establecido con el fin de garantizar acceso a medicamentos de calidad mediante el uso de formularios estandarizados, manuales, elaboración oportuna del SUGEMI 1 (programas) y SUGEMI 2 (solicitud de medicamentos e insumos a PROMESE CAL. Evidencias: • Copias de formularios, • fotos del SUGEMI 1 y SUGEMI 2.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

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).	El hospital realiza mantenimientos diarios de las instalaciones acorde con las necesidades. Contamos con un personal para limpieza, un soporte técnico para mantenimiento de los equipos e infraestructura de manera preventiva y correctiva. Evidencia: • Fotos limpieza, • nomina conserjes, • plan mantenimiento.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Existe acceso al centro por diferentes áreas, mediante diferentes rutas de transporte público, así como acceso al lugar de estacionamiento disponible para los colaboradores y usuarios con vigilancia y cámara de seguridad. Evidencias: • Mapa, • fotos entradas y parqueos.	
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.		No se realiza
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	El hospital ofrece sus instalaciones a la DPS para el proceso de vacunas y pruebas de la COVID-19 a la comunidad. Evidencias: Fotos.	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No se realiza

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).	El hospital se encuentra en un punto de fácil acceso donde pasan cerca de las instalaciones del centro las diferentes rutas de transporte público. La comunidad está familiarizada con su ubicación. Evidencia: • mapa Google, • fotos entono.	
7.Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	El hospital cuenta con su comité de emergencias y desastre conformado el cual da seguimiento mediante reuniones y planes con el fin de actuar de manera preventiva ante los casos que se puedan presentar en diferentes temporadas y festividades del año o en algún evento no planificado. Evidencia: • acta constitutiva del comité de emergencias y desastre. • Plan de Emergencias y Desastres.	
8.Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	El hospital dispone de un plan de mantenimiento con el fin de dar seguimiento preventivo y correctivo de todas las áreas a los diferentes equipos y mobiliarios del centro. Evidencias: • Plan de mantenimiento.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	El hospital cuenta con un programa de administración de bienes en el cual cuenta con un inventario el cual es actualizado de manera trimestral además se ha realizado proceso de deschatarrizacion con el fin de descargar las chatarras del centro hacia bienes nacionales. Evidencias: • Captura de pantalla del inventario.	

	• Fotos proceso de descargo de chatarras.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	El hospital cuenta con un programa de gestión de desechos implementado en el cual se encuentra definidos los horarios y rutas de los desechos y residuos sólidos. Evidencia: • foto de la ruta de desecho. • manual de desechos sólidos.	

CRITERIO 5: PROCESOS.

<u>Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:</u>

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.	El hospital cuenta con mapas de procesos de las siguientes áreas: imágenes, consultas externas, hospitalización y Emergencias en los cuales se identifican estos procesos y las personas responsables que participan en ellos definiendo los pasos a dar para llevarlos a cabo con la calidad esperada. Evidencias: • mapas de los procesos.	No existe Manual de Procesos Institucional.
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	Tenemos identificado mapas de proceso de las siguientes áreas: imágenes, consultas externas, hospitalización, Emergencias, Evidencias: • mapas de los procesos.	No existe Manual de Procesos Institucional.

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.	El hospital cuenta con su carta compromiso al ciudadano en la cual busca involucrar al ciudadano en los procesos del centro y así innovar y mejorar de forma continua la calidad en los servicios ofrecidos. Evidencias: • Brochure Carta Compromiso al Ciudadano	
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.	El hospital cuenta con un plan operativo anual el cual va alineado al plan estratégico del SNS donde se definen los objetivos a lograr en un año mediante la asignación de tareas a los responsables y de los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Evidencias: • Plan Operativo anual	
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.).	El hospital cuenta con su Carta Compromiso al ciudadano donde se establecen indicadores de resultados y se le da seguimiento al cumplimiento de los mismos. También es parte del SISMAP salud donde se establecen indicadores de gestión, Además cuenta con su cartera de servicio la cual se actualiza cada cierto tiempo de acuerdo a los cambios que puedan ir surgiendo. Evidencias: • CCC, • captura SISMAP, • Cartera de servicios publicada.	
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	El hospital cuenta con un área de epidemiologia encargada de dar seguimiento junto a la sección de bioseguridad al cumplimiento de los protocolos y normas establecidas. También contamos con el comité de auditora medica el cual se encarga del	

contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	seguimiento al cumplimento de las normas y protocolos en el expediente clínico integral. Evidencias: • Matriz epidemiologia. • Acta constituya comité bioseguridad. • Acta constitutiva comité expediente clínico.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El hospital, con la coordinación del área de calidad gestiona los procesos establecidos por el MSP con el fin de mantener el centro habilitados con los estándares requeridos para contar con la licencia de habilitación vigente y su renovación cuando se requiera. Evidencias: • Licencia vigente de habilitación. • Servicios habilitados.	

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.	El establecimiento cuenta con buzones de quejas y sugerencias ubicados en diferentes zonas estratégicas con el fin de conocer y dar seguimiento mediante retroalimentación puntuales según proceda a la opinión de nuestros usuarios y así satisfacer sus demandas en la medida de lo posible, también cuenta con la realización de las encuestas diaria de satisfacción de usuario una plataforma plataforma digital en la que se evalúan los resultados y estos se toman en cuenta para trabajar las oportunidades de mejora según corresponda. Evidencias: • fotos de buzones.	

	• Matriz de seguimiento a las quejas y sugerencias de usuarios. • Rresultados de encuestas.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No se realiza
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, tablones de anuncios en Braille y audio), otros.	El establecimiento cuenta con la publicación en el área frontal los horarios de visitas, así como la cartera de servicios en la sala de espera y en el área de emergencia en la cual se especifica los horarios de consultas con el fin de orientar a los usuarios. Además, estas informaciones son publicadas en las diferentes cuentas de redes sociales con las que cuenta el hospital. Evidencias: • Fotos de horario de visitas. • Fotos de publicaciones cartera de servicio. • Capturas de pantallas de las redes dando las informaciones.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	El Hospital coordina procesos con otras organizaciones como, por ejemplo: Consejo Nacional de la Niñez (CONANI) para la protección de los menores, CRUZ ROJA para capacitaciones y apoyo, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), contrataciones con algunas ARSs,	

	Universidades y politécnicos para la rotación de estudiantes de medicina y enfermería en el establecimiento. Evidencia: • Contratos ARS, • Comunicaciones de rotación de estudiantes de medicina y enfermería. • Comunicaciones seguimiento CONANI. • Comunicaciones INFOTEP.	
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.	El hospital forma parte de una red de servicios de la cual pertenece al segundo nivel de prestación de servicios de salud, dirigida por el servicio nacional de salud a nivel central y a su vez por el Servicio regional de salud este, lo cual nos permite recibir, referir y contribuir con los demás centros de servicios tanto del tercer nivel como de las de primer nivel que pertenecen a la misma red. Evidencias: • Referencias y contrareferencias. • Mesas de trabajo.	
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.	El hospital cuenta con contratos con ARS´ a través de la cual brinda diferentes servicios de salud a sus usuarios afiliados a las mismas. También mantiene contratos con algunos proveedores de equipos médicos en el área de laboratorio. Evidencias: • Contratos con ARS´S. • Contratos con proveedores.	
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas		No se realiza

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

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

1. **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.)	El hospital reliza encuesta de satisfacción al usuario donde mide la satisfacción del mismo además se encuentra en la renovación de su carta compromiso al ciudadano donde en su primera versión (2019-2021) compromete el estándar de amabilidad en el área de consulta externa con la meta a lograr de un 85%. En la ultima evaluación realizada en el mes de diciembre 2021 el hospital obtuvo un nivel de cumplimiento de un 87%.	

	Evidencias: • Informe de evaluación de la Carta Compromiso al ciudadano. Reporte de resultados de encuesta de satisfacción.	
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).	Utilizamos los buzones de quejas y sugerencias, que les permiten a los usuarios expresar de manera más directa y personalizada de cuál ha sido su experiencia en el centro. También se realizan encuestas de satisfacción diariamente a los pacientes y familiares para medir el nivel de satisfacción de los servicios aplicados a los pacientes, donde en el mes de mayo obtuvimos un 97% de satisfacción. Evidencias: • Fotos de los buzones, •Resultados de mediciones de la satisfacción del usuario.	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No se mide
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 se mide
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Se mide la percepción de la información por los usuarios con los resultados obtenidos de encuestas de satisfacción. Evidencias: •Resultados ultimas encuestas aplicadas. •Matriz de seguimiento a los atributos de las encuestas.	

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 mediciones de la accesibilidad a los servicios en las encuestas de satisfacción aplicadas diariamente a nuestros usuarios la cual arrojo un porcentaje de 96,05% en el trimestre abril-junio 2023 Evidencias: •Resultados encuestas a usuarios aplicadas sobre accesibilidad.	
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 la medición de la percepción de la calidad de los servicios con los resultados obtenidos de encuestas de satisfacción de los usuarios el cual abarca diferentes áreas obteniendo un promedio general de satisfacción 95,73%. Evidencias: •Resultados encuestas aplicadas.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No se mide
4. Capacidades de la organización para la innovación.	Se evidencia la innovación del centro a través de las encuestas digitales realizadas a los usuarios donde se mide su satisfacción con el servicio prestado donde en el trimestre abril-junio 2023 obtuvimos un porcentaje general de un 95,73% en satisfacción general durante ese periodo. También utilizamos los reportes de seguimiento a la apertura de buzones, con el propósito de crear mejoras para innovar la calidad del servicio según los porcentajes obtenidos en las encuestas realizadas por áreas y atributos. Evidencias: •Matriz de seguimiento de las encuestas.	No contamos con mediciones

	•Informes de seguimiento a la apertura de los buzones.	
5. Digitalización en la organización.	El hospital ha realizado cambios en la digitalización de sus procesos en diferentes áreas con el acompañamiento del nivel central del SNS donde se alimentan plataformas vía intranet que a su vez sirve para la gestión oportuna de informaciones. Evidencias: • Captura de plataformas de algunas áreas.	No se mide

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

1. 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).	El hospital cuenta con la aplicación encuesta de satisfacción, la cual mide la satisfacción en el tiempo de espera, donde en el trimestre abril-junio 2023, obtuvimos un 93.26% de satisfacción del tiempo de espera. Evidencias: •Matriz de satisfacción en el seguimiento de la prestación del servicio.	

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.	Los buzones se apertura semanalmente con integrantes del comité de apertura de buzones, se socializan en ese mismo momento, luego se le hace un reporte al dpto. al cual le fue dirigida la queja o sugerencia donde se le plasma textualmente lo dicho por el paciente / usuario, se espera la respuesta de dicho departamento. Si el usuario deja alguna vía de contacto se le contacta, le damos las gracias por presentar su queja o sugerencia, le hacemos saber que es de suma importancia para nosotros su opinión, ya que es una forma de mejorar nuestros servicios y se le dice que su queja o sugerencia ya ha sido procesada y que se le continuara dando el seguimiento correspondiente y oportuno para seguir mejorando. El tiempo de procesamiento son 15 días para cerrar el caso. En el mes de mayo recibimos un numero de dos quejas y una felicitación. Total, recibido 3. Evidencias: •Plantilla de seguimiento de las QDRS	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanación) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	El hospital da seguimiento al complimiento de los estándares de calidad comprometidos mediante la aplicación de encuesta de satisfacción del usuario. Estos resultados se reflejan mensuales en la plataforma cuando se emite el reporte final de cierre de cada mes. En el último trimestre obtuvimos un 96.74% de cumplimiento en la amabilidad el cual fue el estándar comprometido. En caso del no cumplimiento, se realiza un plan de mejora luego de analizar los datos. Evidencias: •Grafica de cumplimiento del estándar de calidad, reporte.	

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 mide el cumplimiento a los indicadores de eficiencia sanitaria a través del departamento de estadística con la realización del formulario del 67-A, introduciendo los datos del 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 del 67-A	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	El centro cuenta con su cartera de servicios ajustada según corresponde. Esta se actualiza periódicamente según las necesidades. Evidencias: •Cartera de servicio.	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Luego que se realizan las encuestas a los usuarios, al final de cada mes en el informe la plataforma se ve el índice de satisfacción reflejada. En el mes de mayo 2023 se realizaron doscientas sesenta y cuatro (262) encuestas, de las cuales un total de doscientas cincuenta (250) estuvo satisfecho con el servicio brindado, alcanzo un porcentaje de satisfacción de un 97% sobre la meta establecida del 85%. Evidencia: •Informe de satisfacción al usuario. •Matriz de seguimiento de las encuestas realizadas por áreas y atributos.	

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.		No contamos con mediciones
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)		No se mide
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.	El hospital cuenta con la medición del cumplimiento de los objetivos de rendimiento mediante el reporte de producción de servicios en el 67-A, porcentaje trimestral de ejecución del POA, Ranking de desempeño Hospitalario, SISMAP SALUD. Evidencia: •67-A, •Cumplimiento Porcentaje POA. •Ranking de Hospitales, SISMAP SALUD.	

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).	Llevamos a cabo la actualización de la CCC donde se toma en cuenta a nuestros grupos de interés para comprometer estándares de calidad. Se realizan encuestas a los usuarios donde se mide su satisfacción con el servicio prestado. Además, tenemos instalados buzones de sugerencia diferentes áreas, las mismas son socializadas y se le da respuestas al usuario. Evidencias:	

	• CCC. •Cantidad de personas que participaron en las encuestas en el año. •Informe de resultados obtenidos en la apertura de buzones y de encuestas realizadas.	
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 mide
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).		No mide

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 cuenta con mediciones
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).	El hospital cuenta con una página web, así como diferentes redes sociales habilitadas para ofrecer servicios de información oportuna a la ciudadanía.	No contamos con mediciones

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.

1. **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).	El hospital realiza encuestas de satisfacción al usuario para conocer la imagen y rendimiento global de la organización. En el trimestre octubre-diciembre 2022 tuvimos los siguientes resultados: **oct-dic 2022** **Mes Cantidad realizada Cantidad Satifecha % Satisfaccion** **Octubre 320 274 86%** **Noviembre 320 264 82%** **Diciembre 307 271 88%** Evidencias: •Resultados de la encuesta de satisfacción al usuario trimestre octubre-diciembre 2022	
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.	El hospital involucra a los colaboradores de la organización en la toma de decisiones. Estos cuentan con la misión, visión y valores en el área de recepción del centro. También se socializa por departamentos. Evidencia: • Listado de asistencia de Elaboración de la Misión, Visión y Valores institucionales. • Listados de socialización departamentales.	No contamos con mediciones
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Los colaboradores participan en las actividades de mejora de la institución cómo es la aplicación de encuestas de clima laboral.	

	Evidencia: • Encuesta de clima laboral	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		No contamos con mediciones
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	En el centro se ha realizado encuesta de clima organizacional donde se encuestaron empleados, mostrando porcentajes de satisfacción general de un 87% positivo y un 13% negativo. Evidencias: •Resultados de la encuesta de clima organizacional aplicado.	
6. La responsabilidad social de la organización.		No se mide
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No mide
8. El impacto de la digitalización en la organización.	En la aplicación de la encuesta de clima organizacional se evidencia un porcentaje de un 68.71% de satisfacción en el uso de herramientas tecnológicas. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Se evidencia en la encuesta de clima organizacional sobre la agilidad y actualización en sus procedimientos en un 92.57 %. Evidencia: • Eencuesta de clima organizacional aplicada.	

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.	El 89.86% de los colaboradores dijo que su supervisor hace buena distribución del trabajo según las competencias y capacidades. El 84.57% dijo tener los recursos necesarios para la realización de sus funciones. Evidencia: •Encuesta de clima organizacional aplicada 2022.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	El 90.86% de los encuestados dice que la institución implementa propuestas de solución para simplificar procesos de trabajo. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional / Normativa y proceso.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	La Institución evalúa todo su personal a través del sistema de evaluación del desempeño. Evidencias: • Acuerdos de evaluación del Desempeño 2022	
4. La gestión del conocimiento.		No se realiza
5. La comunicación interna y las medidas de información.	El 93.14% de los encuestados dice que en la institución se hace el uso correcto de los medios de comunicación interna Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El 87.43% de los encuestados dice que la institución cuenta con un sistema de reconocimiento de personal y departamental. Evidencia:	

	• Encuesta de clima organizacional 2022.	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El 90.83 % de los empleados dice que en la institución existen comités que captan nuevas sugerencias para mejorar buscando nuevas formas de mejorar los servicios ocrecidos. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	El 92.1 % de los empleados considera que la Institución realiza acciones para mejorar el clima y la cultura organizacional. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El 86.97% de los colaboradores considera que la Institución le permite dedicar tiempo a su familia. En cuanto al horario de trabajo y considera que en su área se respeta el horario de trabajo. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	Se evidencia en la encuesta de clima dice 82.48 % está de acuerdo que en la institución se dan las oportunidades de ascenso y promoción sin distinción entre mujeres y hombres. Evidencia: • Informe Encuesta de Clima 2022.	

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.		**No se mide**

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.	El 86.29% de los colaboradores considera que la Institución promueve el movimiento como una forma de crecimiento dentro del sistema de carrera. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	El 94.63% de los empleados dicen estar de acuerdo con que se les empodera para tomar decisiones en el desempeño de su trabajo y cumplimiento de metas. Evidencia: • Encuesta de clima organizacionall 2022.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	El 93.26 % de los colaboradores considera que la Institución ofrece programas de capacitación alineado a sus funciones. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. 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 mide

2. Nivel de participación en actividades de mejora.	El 94.63% de los empleados dice impulsar mejoras en la forma de trabajar mediante un adecuado liderazgo y participación. Evidencia: • Encuesta de clima organizacional 2022.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se mide
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se mide
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).	Se aplican encuestas de satisfacción de usuario donde se obtiene el porcentaje de satisfacción en todas las áreas y diferentes atributos donde en el semestre enero- junio se evaluaron de 7 atributos de calidad obteniendo un resultado de 93.15% Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción al usuario.	v

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: ~~1.~~ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	El rendimiento individual se mide varias veces al año a través de la evaluación del desempeño Evidencia: • Acuerdos de desempeño.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.		No contamos con mediciones.
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).		No contamos con mediciones

4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No contamos con mediciones

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.		No contamos con mediciones
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	Se aplican encuestas de satisfacción de usuario donde se obtiene el porcentaje de satisfacción en todas las áreas y diferentes atributos donde en el semestre enero- junio se evaluaron de 7 atributos de calidad obteniendo un resultado de 93.15% Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción al usuario.	

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El hospital cuenta con una amplia lista de personas sin ARS contribuyendo de esta manera a la economía de la comunidad y el país, ofreciendo servicios de acuerdo a su necesidad.	No contamos con mediciones.
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.).		No se mide
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 mide
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se mide
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 mide
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Contamos con buzones de quejas y sugerencias donde el usuario expresa su opinión mediante quejas y sugerencias. Evidencia: •Informe sobre apertura de buzones de Sugerencias	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).		No se mide
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	.	No contamos con mediciones
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No se mide
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No se mide
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No se mide
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se mide
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).		No se mide
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se mide

9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se mide
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No contamos con mediciones
11. Política de residuos y de reciclado.	El hospital cuenta con un manual de manejo de desecho hospitalario. Evidencias: •Fotos del manual	No se mide

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.	Medimos la cantidad de servicios brindados a través de las estadísticas diarias por consulta y servicios mediante encuestas de satisfacción realizada de manera abierta y diaria. En el semestre enero-junio 2023 se obtuvo un porcentaje general de un 93%. Evidencias: •67-A, •plataforma de las encuestas.	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No hemos medido el impacto en la sociedad y beneficiarios de los servicios.
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No hemos participado en comparaciones con otras organizaciones
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		No hemos medido el grado de cumplimiento de contratos con las autoridades.

5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	El hospital es monitoreado por el SISMAP por parte del MAP donde se evalúan diferentes indicadores de desempeño de la institución. En dicha plataforma al mes de junio 2023 el hospital tiene un 60%. Plataforma del SISMAP	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No se ha medido la innovación en los servicios.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se ha medido.
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se evidencia la cantidad.

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.		No se mide
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se mide
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se mide
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se mide

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 mide
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	El hospital es monitoreado por el SISMAP por parte del MAP donde se evalúan diferentes indicadores de desempeño de la institución. En dicha plataforma al mes de junio 2023 el hospital tiene un 60%. Evidencias: Plataforma del SISMAP	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	El hospital participa en ranking por indicadores de desempeños organizado por el SNS y SISMAP salud donde se establecen metas a cumplir. Evidencias: •sitio Web de SNS. Plataforma SISMAP SALUD.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El centro lleva un presupuesto y se adhiere a llevar el control trimestral del gasto según lo presupuestado. Evidencias: •Informes de ejecución del presupuesto.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	Actualmente se está implementado un sistema para la gestión de los costos hospitalarios. Evidencias: •Matriz de costeo.	

<u>NOTA</u>: 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 autoevaluaciòn, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.