

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

\_\_\_\_\_ Hospital Municipal villa La Mata \_\_\_\_\_

**FECHA:**

Mayo 2024  
\_\_\_\_\_

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

### Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

### Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

### Evaluación de consenso:

Una vez completada la evaluación individual, el Comité de Calidad deberá reunirse para revisar el Autoevaluación, analizar todas las fortalezas con las evidencias identificadas y las áreas de mejora por Subcriterio, y luego de completado el consenso, elaborar el Informe de Autoevaluación y el Plan de Mejora.

## CRITERIOS FACILITADORES.

### CRITERIO I: LIDERAZGO

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

#### SUBCRITERIO I.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.		No se ha Realizado la misión y visión y valores en la institución.
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.		No tenemos evidencia del marco de valores institucionales.
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.		No se evidencia la misión, visión y valores.
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.		No se evidencia la comunicación de la misión, la visión y valores como objetivos estratégicos.

<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		<p>No se ha realizado una organización sobre el nuevo desafío y el impacto en el sector salud, de la misión y visión y valores para adaptarlos a los cambios nuevos.</p>
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>		<p>No se evidencia los cambios de la transformación digital ya que no tenemos encargado de tecnología.</p>
<p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p>	<p>Se desarrollan un sistema de gestión no ético, donde el empleado tenga conocimiento cuales son las reglas y esfuerzo interno que la institución, utiliza para llevar a cabo una serie de acciones inspiradas en los valores corporativos de la organización, con los que pretender la organización cumplir los objetivo éticos planificado por la institución.</p> <p>EVIDENCIA: Acta Constitutiva del Comité de Calidad de Calidad y el Comité de Ético.</p>	
<p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>	<p>Reforzamos la confianza entre los líderes, directivos, empleados de los diferentes departamentos realizamos reuniones, donde se intercambian informaciones relevantes con el fin de reforzar la misión, visión y valores de la institución.</p>	

	Evidencia: Listado de participación de reuniones y la conformación del comité de calidad.	
--	---	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	<p>Contamos con el organigrama del hospital, el manual de organización y funciones, y el perfil de cargos aprobados por el MAP Y SNS.</p> <p>EVIDENCIA: Manuales de perfil de cargo, manual de organización y función de cargo y resolución de aprobación de estructura</p>	
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.	<p>El hospital cuenta con el plan institucional donde se establecen los indicadores de gestión del hospital, con el fin de verificar la producción y logro de los objetivos establecidos.</p> <p>Evidencia: Matriz Estadísticas, Repositorio del 67A</p>	
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.).	<p>El hospital cuenta con planificación estratégica donde se evidencia cuáles son las metas alcanzar</p> <p>Evidencia: POA, planificaciones hecha por cada departamento del hospital</p>	

<p>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).</p>		<p>No se evidencia, un sistema de información interno de monitoreo permanente de los logros obtenido en el hospital.</p>
<p>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.</p>	<p>Se aplican los principios de gestión de calidad en el área de laboratorio, norma de limpieza, y se revisa anual el caf.</p> <p>Evidencia: norma, protocolo, autoevaluación CAF.</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Contamos con redes sociales, Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram, pagina web.</p> <p>Evidencia: redes sociales</p>	
<p>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.</p>	<p>Contamos con encargados de departamentos de departamentos necesarios en cada área, y comité de trabajos para hablar de diverso tema que soy importante para la institución</p> <p>¿Evidencia: listado de participación y acta constitutivas de los comité y minuta de reunión</p>	
<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>El hospital cuenta con comunicación interna y externa eficaz, por ejemplo: línea telefónica, correos electrónicos, sistema de flota, tenemos área de información como Atención al usuario, buzones, salón de actos y pagina web.</p> <p>Evidencia: Diferentes informes</p>	

<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>Los líderes de la institución establecen un liderazgo de innovación da la bienvenida y brinda una retroalimentación, los miembros del equipo generan nuevas ideas, los Gerentes están abiertos a discutir cual temas que sea para beneficio de la institución.</p> <p>Evidencia: Registro de participantes, informe sobre la mesa técnica de análisis de encuestas, informes sobre apertura de buzones</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se toma en cuenta el día de cumpleaños de cada empleado que trabaja en la institución, donde se hace un listado a principio de años y se publica en el mural informativo.</p> <p>Evidencia: Listado de cumpleaños mensual</p>	
<p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p>	<p>El sistema de gestión establece estrategia para verificar en comportamiento poco ético donde, se toma pauta a seguir aquellos empleados que no cumplen con su deber en la institución.</p> <p>Evidencia: Acta constitutiva del comité de ética y listado de participación</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>I. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>El departamento de enfermería actúa con respecto y responsabilidad, estableciendo valores en su formación y haciendo un trabajo con amor y dedicación para dar un buen servicio a la institución donde se involucra en cada proceso del hospital, que sea importante y que beneficie la institución.</p> <p>Evidencia: Listado de participación.</p>	

2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	Se promueve la confianza y el respeto, realización de reuniones y capacitación sobre liderazgo.  Evidencia: Listado de participación	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	El hospital realiza reuniones para informar sobre las actividades a realizar. Evidencia: Listado de participación	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	Se empodera al que empleados que tenga la mejor habilidad y conocimiento y mejor desempeño en un área específica que se necesite ese empleado. Evidencia: plan de capacitación anual. listado de participación.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Se motiva y se reconocer al que empleado que cumplan con la delegación asignada. Evidencia: reporte de mensuales del POA, Listado de Participación y Minutas de Reuniones.	
6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	Se realiza curso taller para estimular al aprendizaje de los empleados para que tenga la capacidad y la competencia necesaria para dar un buen servicio en la institución.  Evidencia: Listado de Participación de Capacitación por el INFOTEP	

7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se premian y se reconoce al empleado que cumplan con la meta establecida. Evidencia: foto, Reconocimiento	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Se realiza monitoreo desde sistema central, donde se incluye la nueva política y cuales son la necesidad de la institución. Evidencia: visita del sistema nacional de salud	
2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.	Se mantiene una comunicación entres la autoridad y la institución, para tener un excelente servicio de salud, atendiendo a la necesidad sanitaria de acuerdo a la norma establecida por sistema nacional de salud y la red pública.  Evidencia: foto, listado de reuniones, convenios institucionales.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	La mesa local de trabajo hizo un levantamiento de las acciones a tomar para la mejora. Evidencia: Levantamiento hecho en la mesa de trabajo	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	EL Hospital cuenta con el plan de operativo anual, el cual contiene las metas y actividades a realizar dando respuesta a las políticas públicas. Evidencia: plan operativo anual Poa.	

<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>		<p>No se evidencia la gestión y desarrollo y asociaciones con los grupos de interés.</p>
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>Se participan en actividades de grupos de interés. Evidencia Reunión de actividad. Evidencia :fotos, informe realizados en la mesa de trabajo .</p>	
<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p>	<p>El centro de salud cuenta con el portal web, también se capacita al personal en cuantos a las leyes del sector público. Evidencia: portal web, redes sociales y listado de participación</p>	

## CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La Organización:</b> 1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>Se identifica cuáles son los objetivos y estrategia, mediante análisis interno y externa de acuerdo a la necesidad de la institución tenga. Evidencia Reunión, Sobre los temas de interés para la institución, para alcanzar el objetivo establecido.</p>	

2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	El hospital tiene identificados todos los grupos de interés que sea importante para la institución, para lograr la meta acordada. Evidencia Reunión con cada departamento para seguir impulsándolo a realizar mejor trabajo para beneficio del hospital.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El hospital trabaja apegado a las normas del SNS. Evidencia: portal de compras, SISMAP, Leyes y Manuales del SNS.	
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. Evidencia: capacitación del CAF, comité de calidad institucional, comité de calidad de los servicios, listado de participantes	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
±.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.	.	No se traduce la misión y visión en objetivo estratégicos.

<p>2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>se involucra los grupos de interés externo como la comunidad, donde se está socializando para incluir al sector externo que se integró a la necesidad del hospital.</p> <p>Evidencia: Acta de comité de calidad, listado de participación, foto, comité de farmacia, comité de emergencia y desastre</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>		<p>No existe un plan integral de sostenibilidad, Gestión ambiental</p>
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>El hospital tiene los recursos necesarios para implementar un plan para este proceso.</p> <p>Evidencia: fondos de subvención y los ingresos recibidos por la facturación de senasa, el presupuesto y los reportes de estadística</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>Se implementa meta a cada líder de los diferentes departamentos donde y se traza meta para cumplir con a la estrategia de la institución.</p> <p>EVIDENCIA: Acta constitutiva del comité, minuta y listado de participante.</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>La institución tiene programa donde se mide indicadores y parámetro, donde se asigna un personal para cumplir con los indicadores. Evidencia Reunión con cada comite del hospital</p>	

<p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p>	<p>Se mantiene una comunicación eficaz con los grupos de interés, para lograr los planes y evaluación de desempeño y los resultados previsto, para lograr la meta alcanzada por la institución. Reunión con cada departamento del hospital.</p>	
<p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>El hospital es monitoreado por los diferentes programas del SNS de salud.  Evidencia: matriz del monitoreo y evaluación de la producción institucional, informe de apertura de buzones, redes sociales, recolección de datos estadístico</p>	

**SUBCRITERIO 2.4. Subcriterio: Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>Se identifica cuales las necesidades de la institución, teniendo encuesta la transformación digital para aplicar la innovación y cambio en la tecnología.  Evidencia Redes Sociales y Comunicación Informativo</p>	
<p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p>		<p>No se evidencia una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones.</p>
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>		<p>No se evidencia Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes</p>

4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.		No se evidencia la 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
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.	Este centro cuenta con la ampliación de la cartera de servicio, realización de encuesta a los usuarios, y grupo focales, redes sociales, línea telefónica, correo electrónico y numero de WhatsApp Como medida de facilitar las informaciones de los servicios a los usuarios. Evidencia: cartera de servicio, redes sociales	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El hospital cuenta con un presupuesto anual, el plan de compras y contrataciones y el Poa institucional para la implementación de los cambios en el hospital. Evidencia: plan anual de compras,POA	

### CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Se analiza periódicamente las necesidades con la estrategia establecida por la institución y la organización y recursos humanos Evidencia Reunión con cada departamento, Listado de participación	

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 Departamento de gestión humanas se rige por la ley 41-08, perfil de carga. Evidencia: manual de funciones, organigrama	
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.	El hospital cuenta con una política de gestión de recursos humanos, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género y de persona con discapacidad. Evidencia: acción de permiso por fallecimiento o enfermedad de familiar, licencia por enfermedad, permiso para estudio, licencia por paternidad.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Se Revisan la necesidad de promover la carrera y desarrollar planes en consecuencia. Evidencia: plan de capacitación, listado de participantes	
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		No se evidencia la misión y visión y lo valares
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).	Cada empleado que se selecciona debe cumplir con perfil adecuado para el puesto que está solicitando en la institución.  Evidencia currículo	

7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Se apoya el desempeño de cada empleado en institución, siempre evaluando su rendimiento en el trabajo. Evidencia: foto, placas de reconocimiento	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	La evaluación de desempeño se llama al personal y se evalúa con el presente. Evidencia evaluación desempeño	
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.	Tenemos una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, regidos por la ley de función pública 41-08  Evidencia: Ley 41-08 de función pública, expedientes del personal	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.	Se identifica la necesidad de capacitación del personal a través de formulario de detención de necesidades llenado por cada encargado de departamento y se elabora un consolidado de capacitación durante el año.  Evidencia: formulario de detención de necesidades de capacitación por área, plan de capacitación y listado de participación.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se programa capacitación de inducción para personal de nuevo ingreso, se le hace entrega de perfil de funciones y se socializa sobre la ley 41-08 de función pública. Evidencia: plan de capacitación, listado de participantes, foto	

<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>Se promueve la movilidad interna de los colaboradores reconociendo su esfuerzo y su capacidad. Evidencia: expedientes del personal y placa reconocimiento.</p>	
<p>4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).</p>	<p>existe un desarrollo y promueven métodos modernos de formación. Evidencia: invitación de capacitación, correos electrónicos.</p>	
<p>5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.</p>	<p>Se capacita al personal en los temas Atención a los usuarios, comunicación efectiva, realizamos reuniones con el comité de calidad y con los encargados de cada área donde le recordamos que debe brindar una atención con calidad. Evidencia. Listado de participantes, talleres, y fotos</p>	
<p>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.</p>	<p>El hospital verifica trimestralmente el cumplimiento del plan de capacitación, así como también el impacto del mismo en los colaboradores. Evidencia. Plan de capacitación</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. 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.</p>	<p>Se realizan reuniones periódicas con los colaboradores, se capacita el personal en comunicación efectiva y trabajo en equipo. Evidencia: plan de capacitación anual y listado de participación</p>	

<p>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.</p>	<p>Se crea un plan de organización donde se plantea cuáles son la responsabilidad de cada empleado y cuáles son las actividades.</p> <p>Evidencia lista de participación de la -Reunión con el personal del hospital</p>	
<p>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.</p>		<p>No se evidencia encuesta a los empleados.</p>
<p>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.</p>	<p>Se orienta al personal por medio de talleres sobre riesgo laboral.</p> <p>Evidencia: registro de participación, comité de bioseguridad, plan de mejora partir de los resultados de evaluación de los procesos de bioseguridad hospitalaria</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>Tenemos un horario de trabajo donde se flexibiliza en algunos momentos cuando el colaborador tiene una necesidad.</p> <p>Evidencia: permisos, licencia médica,</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>Se toma en cuenta las necesidades de los empleados con discapacidad ubicándolos en área de menos riesgo.</p> <p>Evidencia: expedientes del personal</p>	
<p>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.</p>	<p>Se implementó dar un reconociendo al mejor empleado, para así seguir motivando que siga haciendo un buen trabajo.</p> <p>Evidencia Reconocimiento.</p>	

**CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

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

**SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes de la organización:</b></p> <p>1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>Se identificar nuevo socio con diferentes ARS.</p> <p>Nuevo contrato</p>	<p>.</p>
<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>		<p>No se ha realizado una colaboración con los diferentes sectores comunitario.</p>
<p>3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p>		<p>No se realizado definen el rol y las responsabilidades de cada socio.</p>
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>		<p>No se ha realizado una alianza publica privada a largo plazo.</p>
<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>Se busca que cada proveedor que se contracte cumpla los requisitos establecidos por salud, y sean responsables.</p> <p>Evidencia recibo de compra.</p>	

**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.	Si través del buzón de sugerencia se evalúa la inquietud de los usuarios, donde se le da prioridad a y queja resolviendo el problema  Evidencia buzón de sugerencia	
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.	Se tiene una transparencia con la política de información abiertas cuales los deberes y derecho de los pacientes, Evidencia los derecho y deberes están plasmado en la institución	
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.	Se tiene informando a los pacientes de los servicios que ofrece la institución.  Evidencia cartelera de servicio	

**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.	Alineamos la gestión financiera de una forma eficaz, eficiente y ahorrativa, a través del presupuesto y de la planificación de compra. Evidencia: cartera de servicios publicada en mural.	

<p>2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>El departamento de administración mantiene un nivel de eficiencia, siempre asumiendo las necesidades del hospital, como son los insumos y llevan un control financiero todos los meses, y revisa que la facturación este aumentando para poder seguir comprando lo que se necesite.</p> <p>¿Evidencia consolidado financiero?</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>Se tiene un análisis financiero actualizado con presupuesto de los insumos necesario con el objetivo que no falte nada en el hospital, y siempre y cuando llevando un rol financiero estable para no aumentar la deuda institucional.</p> <p>Evidencia reporte financiero</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>La institución siempre mantiene una transparencia al público sobre el gasto de insumos en la institución.</p> <p>Evidencia reporte financiero</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Todos lo meses el departamento de auditoria medica le reporta administración la facturación de lo que se facturación del hospital.</p> <p>Evidencia facturación de lo facturado</p>	

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>		<p>No se ha realizado una organización de aprendizaje que proporciona sistema, procesos y procedimientos.</p>
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>La información recolectada por cada departamento del hospital se tiene un archivo con la información recolectada. Evidencia carpeta</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>La transformación digital ha sido de un gran aliado para la transparencia de la red pública y dar la información importante de la institución  ¿Evidencia se sube a las redes sociales los servicios que ofrecen el hospital, para conocimiento de la población, foto?</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Con las redes sociales se mantiene la población informando de lo que ofrece la institución. Evidencia se publica en las redes sociales los avances que ha tenido el hospital y los servicios que ofrece a la población y la comunidad, foto</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>El hospital mantiene registradas las estadísticas en el repositorio del 67A, y además cuenta con informes y planes de mejora compartidos con los demás colaboradores.</p>	
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>A través de la página web del hospital donde se da la información más relevante del hospital. ¿Evidencia se educa mediante charlas, el personal para que tenga conocimiento relevante de la información que se publica en la página web del hospital? Listado de participación.</p>	

7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	El hospital se realiza reunión para intercambiar conocimientos sobre las diferentes normas, procedimientos, guía y protocolos de las áreas medica. Evidencia; Registro de participación	
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.	El hospital está trabajando la carta compromiso la primera versión, la cual de forma explícita refiere a los atributos de calidad, además vías de acceso de todos los ciudadanos. Evidencia: reunión con el comité de calidad, listado de participación.	
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.	Se garantiza la confidencialidad de las informaciones del centro a través de reuniones poniendo claro los valores de la organización. Evidencia: minuta y listado de participación	

#### **SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.		No existe encargado de tecnología
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se ha realizado un monitoreo y evalúa sistemáticamente la rentabilidad costo-efectividad de las tecnologías usada y su impacto.
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).		No se ha realizado identificar y usa nueva tecnología relevantes para la organización implementado datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado.

4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.		No existe la utilización de la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación.
5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.		No se ha realizado la aplicación de las TIC para mejorar los servicios internos y externos.
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 se ha realizado la toma de medidas para proporcionar protección y efectiva de datos y 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 ha realizado la toma en cuenta el impacto socioeconómico ambiental de las TIC.
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	Se realiza el sugemi de acuerdo con la necesidad del hospital, dónde se pide los insumos necesarios.  Evidencia Reporte de Sugemi	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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).	Se realiza diarios una supervisión de la instalación de equipos, donde se le da mantenimiento.  ¿Evidencia mantenimiento de equipo, foto	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Se realiza un monitoreo diario de los equipos del hospital para que cada instalación funcione bien y se le dé la atención necesaria al usuario.  Evidencia hoja de monitoreo	
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.	Se hace un monitoreo de vigilancia de los equipos para ver su caducidad, para entonces si ya no funciona se elimina.  Evidencia mantenimiento de equipo, foto	
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Se asegura que las instalaciones de la organización brinden un valor publico agregado. Evidencia	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No se Garantiza que los equipo este en condición estable para brindar un buen servicio de calidad al usuario.
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).	Se Garantiza una adecuada infraestructura de acuerdo con las necesidades de los pacientes y de los empleados de la institución.	

	Evidencia infraestructura	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Se tiene un comité de emergencia y desastre. Evidencia plan de Emergencia y desastre	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	El hospital tiene un plan de mantenimiento y prevención, y de infraestructura.  Evidencia una matriz de seguimiento de infraestructura mantenimiento	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	existe un programa de administración de bienes de la red SNS.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Existe un programa de saneamiento gestión de desechos y residuos sólidos hospitalario. Evidencia foto y reporte.	

## CRITERIO 5: PROCESOS.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<b>La organización:</b> 1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.		No existe identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso.
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para		No existe los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua.

garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.		
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.		No se impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales.
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.	se han realizado, analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxitos, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos. Reunión con la dirección y administración:	
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 tiene varios indicadores donde se monitorea los procesos que se realiza en la institución.  Evidencia reporte Mensual	
6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	El Departamento de vigilancia Epidemiológica socializa sobre los protocolos de salud y las enfermedades de notificación inmediata.  Evidencia Reunión charlas sobre el manejo de los protocolos, foto, listado de participación	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El hospital tiene la habilitación de salud, al día. Evidencia documento de la habilitación.	

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

Documento Externo  
SGC-MAP

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.	<p>Atreves de atención usuario se realiza encuesta de satisfacción para evaluar la expectativa del paciente sobre el servicio que se le brinda en la institución.</p> <p>Evidencia encuesta de satisfacción de los usuarios</p>	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	<p>Se Gestiona Activamente un ciclo de vida completo de los servicios y productos incluido el reciclaje y la reutilización.</p> <p>Reporte de activo fijo</p>	
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.	<p>Se promueve la accesibilidad a través de las redes sociales, se tiene en documentos cada archivo importante del hospital, se tiene horario de consulta en la pared plasmado y la carpeta también se utiliza.</p> <p>Evidencia publicación en las redes sociales.</p>	

**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.	<p>Se coordinación de los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p> <p>Cartelera de servicio y cuaderno de cita</p>	

<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>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.</p> <p>Reuniones con la alta Gerencia, lista de participación</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>Se crea grupo de trabajo con las organizaciones /proveedores de servicios, para solucionar problemas.</p> <p>Reunión con la dirección médica, lista de participación</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>		<p>No se existe asociaciones en diferentes niveles de gobiernos, municipios, regiones, empresas estatales y públicas y sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>

## CRITERIOS DE RESULTADOS

### CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

#### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

##### I. Resultados de la percepción general de la organización, en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	Diariamente se realizan encuestas de satisfacción a usuarios externos de nuestro servicio manteniendo el 95% de satisfacción resultados por encuesta, semanalmente se da apertura a los buzones de quejas y sugerencias, en los cuales se obtuvo durante primero cuatrimestres 2024, un total de 3 quejas y 1 felicitación, los resultados de esto son presentados al comité de calidad y al comité de apertura de buzón, quejas y reclamos. Las conductas tomadas son informadas dentro de 5 a 10 días laborales que es el tiempo de guía caf y sector salud-2020 pagina 34 de 56 documento externo SGC-MAP Respuesta establecido en las políticas de manejo de buzones de los usuarios que dejan algún número de contacto. Evidencia encuesta de satisfacción, plantilla de QDRS,311, Informes de Atención al usuario.	
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	Diariamente se realiza encuesta de satisfacción a usuarios externos de nuestros servicios con un nivel de satisfacción de 95%, los resultados de las mismas son presentados al comité de calidad y al comité de apertura de buzón, quejas y reclamos. Las conductas tomadas son informadas a los usuarios de dejan algún	

capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	número de contacto y el tiempo de respuesta en 24 horas. Evidencia: encuesta de satisfacción informe de Atención al usuario	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No se ha realizado participación de los pacientes en los procesos de trabajo.
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Transparencia apertura e información proporcionada por la organización, información disponible. Libres Acceso a la información	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos-servicios en los clientes y ciudadanos.	

## 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.).	Accesibilidad a los servicios físico y digitales, acceso con transporte público, acceso para persona con discapacidad horarios de consulta, de visita. Evidencia rampa, silla de rueda, horarios de consulta	
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.).	La calidad de los productos y servicios, cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, y resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicina y enfoque medioambiental. Evidencia reporte de verificación de producto, y equipo.	

3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	<p>Cuando llega un paciente al hospital siempre atención al usuario o enfermería, aborda al paciente para ver porque acude al centro, y más si tiene algunas discapacidades.</p> <p>Evidencia publicar la cartelera de servicio en las Diferente medio de comunicación del Hospital.</p>	
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No existe capacidades de la organización para la innovación.
5. Digitalización en la organización.		No existe digitalización en la organización

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	<p>El hospital tiene horario de los servicios establecidos y publicados en los canales de comunicación de lugar de redes sociales, pagina web y cartera de servicios.</p> <p>Evidencia: resultado de evaluación estudio de tiempo en la encuesta de satisfacción</p>	

<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol> <p>Evidencia encuesta de satisfacción MAP.2024y colgada en la plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>El hospital tiene un 59 % de la carta compromiso. Evidencia colgada en el SISMAP SALUD</p>	
<p>5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.</p>	<p>EL Grado de cumplimiento promedio de indicadores de eficiencia sanitaria, correspondiente a las variables de ocupación cama, día promedio estadía es actualmente es de 75%. Evidencia: formulario del 67A, colgada en la plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>EL Hospital cumple con el 95% de la oferta de la cartera de servicios. Evidencia: plantilla de cumplimiento de cartera de servicios, colgada en el SISMAP SALUD.</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>EL Hospital tiene un índice de satisfacción de 98%. Evidencia: encuesta de satisfacción de usuarios, colgada en la plataforma del SISMAP SALUD.</p>	

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	EL Hospital cuenta con 6 canales de información. Evidencia: página web. Facebook, WhatsApp, Instagram, correo electrónico, teléfono y plataforma del SISMAP SALUD	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Contamos con información de nuestros diferentes servicios ofrecidos, disponible en redes sociales, murales, portal web, manteniendo el 100% las informaciones actualizada cada cierto periodo. Evidencia reporte de cada área, informaciones contenidas en carpeta del POA	
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.	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 que están disponible en el portal de la institución, en la plataforma de SISMAP SALUD. Evidencia: plataforma de portal de SISMAP SALUD,	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No se ha medido en 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.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número,	Constantemente el hospital pone en práctica las actualizaciones en procedimientos en la prestación	

tipo y resultados de las innovaciones implementadas).	de los servicios, el personal es capacitado y así lograr Implementar nuevos métodos. Evidencia: cartera de servicios, cumplimiento de los planes de mejoras.	
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).	El hospital garantiza el servicio, ofrecido de 70% sin importar razón social, cultural, sexo, creencia religiosa entre otros. Evidencia: Repositorio 67A	

#### 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.).	EL Hospital cuenta con canales digitales disponibles para mantener la comunicación con los usuarios a través de las apps, facilitando y reduciendo el tiempo de respuesta y de información requerida. Evidencia: CCC, colgada en plataforma de SISMAP SALUD.	
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).	A Través de los medios digitales disponibles, los usuarios participan de manera activa, con un nivel de aceptación de un 89%, y a través de esta tiene acceso a las informaciones de la institución de manera continua. Evidencia: interacciones de redes sociales	

#### CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

**SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.**

**I. Resultados en relación con la percepción global de las personas acerca de:**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	.	No se tiene evidencia de la imagen y el rendimiento general.
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.		No se mide la 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.
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Se realiza reuniones periódicas y cada vez que sea necesario donde se involucra tanto el equipo Gerencial como los demás colaboradores, con la finalidad de evaluar acciones de mejora. Evidencia listada de participación y minuta	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad. Evidencia listada de participación	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No se evidencia mecanismo de retroalimentación, consulta y dialogo y encuestas sistemáticas del personal
6. La responsabilidad social de la organización.		No se evidencia la medición de la responsabilidad social de la organización
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	

	Evidencia listada de participación, minuta	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	El impacto de la digitalización en la organización. Evidencia Reunión con la Dirección Medica	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	.	No se mide La agilidad en los procesos internos de la organización.

## 2. Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	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. Evidencia Reunión con la Dirección médica. Evidencia Acta de reuniones, listado de participación	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.		No se evidencia El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	Cada jefe de los diferentes departamentos tiene el compromiso de evaluar cada empleado de su área, con los criterios establecido por el hospital. Evidenciar Reporte de la tarea asignada. Evidencia reuniones, minutas y listado de participación, evaluación de desempeño	
4. La gestión del conocimiento.	El hospital cuenta con la división de enseñanza, los cuales son responsables de gestionar los procesos de capacitación de los empleados. Evidencia plan de capacitación	

5. La comunicación interna y las medidas de información.	El hospital usa como medio de comunicación informativa, a través de comunicado escrito. Evidencia correos electrónicos, murales	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El hospital tiene como estrategia reconocer al empleado en su área, que haga buen trabajo y cumpla con la política del hospital. Evidencia: certificado, foto, comunicaciones de felicitaciones	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El hospital mantiene en continuo cambio, se integran acciones y procedimientos actualizados, se toma en cuenta recomendaciones de innovaciones. Evidencia reuniones y listado de participación y minuta	

### 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.		No se mide el ambiente de trabajo y la cultura de la organización
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).		No se mide El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud)
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. Evidencia reunión, listado de participación	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No se evidencia Desarrollo sistemático de carrera y competencias

2. Nivel de motivación y empoderamiento.		No se mide Nivel de motivación y empoderamiento
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.		No se mide El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.

### SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

#### I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	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. Evidencia reunión listado de participación, y minuta	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Los colaboradores internos son incluidos en actividades de mejora de las áreas a las que pertenece y en ocasiones en mejoras, con un nivel de participación del 95%. Evidencia reuniones, minuta y listado de participación	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. Evidencia queja	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se evidencia La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.

<p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p>	<p>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). Evidencia encuesta de satisfacción del usuario</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b>            † El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	<p>El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones. Evidencia evaluación desempeño acuerdo firmado por el personal</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>El hospital anualmente se realiza la evaluación de desempeño en la cual se contempla este indicador con resultados 100%. Evidencia evaluación de desempeño.</p>	

3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).	Contamos con un nivel del cumplimiento del plan de capacitación de un 59% ,donde se han capacitado los colaboradores	).
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No se evidencia Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos

## 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.	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.  Evidencia fotos, listados de participantes, meses de trabajo en grupo de interés	
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	El hospital goza de un nivel de aceptación del 97% con respecto a la población usuaria Evidencia encuesta de satisfacción.	.
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	En el último año, el hospital brindo servicios a un total de 24,000 mil usuarios en las diferentes	

	<p>especialidades, impactando de manera positiva la familia de la zona.</p> <p>Evidencia hojas de citas, repositorio del 67A</p>	
<p>4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p>	<p>De acuerdo a los resultados de los grupos de enfoque con un 95% de resultados, los usuarios ven el hospital como un lugar donde reciben servicio y todos como la igualdad, permanecía en el servicio.</p> <p>Evidencia: informe de grupo de enfoque ,matriz encuesta de satisfacción</p>	
<p>5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p>	<p>El hospital mantiene una relación de sostenibilidad local, cuenta con 8 suplidores locales, 10 suplidores a nivel nacional.</p> <p>Evidencia factura de compras</p>	
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>	<p>El hospital realiza reuniones periódicas con los encargados de área, donde se exponen las necesidades en general de la población que asiste que centro, cuando se identifica alguna situación en particular con la seguridad o movilidad, se toma decisiones en conjunto con el equipo de seguridad institucional, dando respuesta 90% de la situación identificada.</p> <p>Evidencia sesiones de trabajo comité de calidad, lista de participación</p>	
<p>7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).</p>		<p>No se ha realizado participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizado eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo.</p>

8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Semanalmente se abre el buzón de sugerencias, donde se reporta 9 sugerencias y 4 felicitaciones por los pacientes. Evidencia Apertura del buzón, matriz de apertura de buzones, actas de apertura de buzones e informe	
--	---	--

## 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 evidencia actividades de la organización para preservar y mantener los recursos.
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El hospital mantiene comunicación periódica, por lo menos 2 veces a la semana, tanto con autoridades relevante como representante de la comunidad, ya sea a través de actividades programadas de	

	capacitación, entrega de donaciones, reuniones supervisiones. Evidencia: correos electrónicos, actas de reuniones, fotos de actividades	
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No se mide el Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No se mide el 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.).
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	.	No se mide el apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha realizado intercambio productivo de conocimientos e información con otros.

7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	El hospital cuenta con programa de prevención familiar, como soy control de tuberculosis, programa amplio de inmunización VHI SIDA, contribuyendo con un 90% de resultado al fomento de factores que protejan la vida y la salud de los usuarios como manejo preventivo de cualquier afección de salud. Evidencia cartera de servicio	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se ha realizado el resultado de la medición de la responsabilidad social.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se ha realizado reducción del consumo energético, consumo de kilovatio por día.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se evidencia
11. Política de residuos y de reciclado.		No se evidencia

### **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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	El departamento de estadística del centro realiza mensualmente la medición de los resultados de producción de los servicios, con cumplimiento del 95% de la cartera de servicio. Evidencia producción por áreas de servicios, formulario e informe de evaluación de calidad de los servicios	

2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No se Evidencia el resultado en término de outcomes el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos.
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se ha medido resultados de la evaluación comparativa
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El hospital cuenta con el cumplimiento de la certificación de habilitación del servicio, además con un 89% con el cumplimiento de las actividades del POA, en la SISMAP SALUD. Evidencia matriz de monitoreo del POA, SISMAP SALUD	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Como resultado de las inspecciones y auditorias de desempeño, el hospital cuenta con un resultado de 98% del cumplimiento del POA, un 84% de cumplimiento en SISMAP Salud. Evidencia matriz de monitoreo del POA ,SISMAP SALUD	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	El hospital está comprometido un 89% con la innovación en la prestación de servicio. Evidencia reporte de producción formulario 67A	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Nuestro resultado de la implementación de reforma del sector público, están sustentados con la apertura de nuevo servicios en un 90% y la reducción de la nómina interna 100%. Evidencia producción por áreas de servicios, formulario e informe de evaluación de calidad del servicio	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se evidencia el Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.

--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	<p>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.</p> <p>Evidencia rotación del personal, formulario de detección de necesidades de capacitaciones, listado de participación, minutas</p>	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	<p>Se realiza acuerdos de desempeño firmados por los colaboradores y los supervisores, evaluamos el personal por logro de un 98% además se presentar resultadas positivos en facturación de un 100%.</p> <p>Evidencia acuerdo de desempeño y evaluación, disminución de glosas plataforma SISMAP SALUD.</p>	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No existe resultados de benchmarking.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No existe eficacia de las alianzas.
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.)	<p>El hospital cuenta con página web y redes sociales, el centro se ahorra un 98% en publicidad, además con sistema donde los médicos ven los resultados en línea y hacer una reducción de tiempo y espera.</p> <p>Evidencia página web, redes sociales</p>	

6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Se realizan diferentes auditorias, tales como auditoria medica 98%, auditoria del POA 90%. Evidencia informe de auditoría realizada	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.		No existe resultados de reconocimientos.
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros en un 98%. Evidencia ejecución presupuestaria nivel del cumplimiento del POA	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores en un 70%. Evidencia cotizaciones	

**NOTA:** Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.