

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

CENTRO CARDIO NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE (CECANOT_

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
<p>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.</p>	<p>El Centro tiene definida su misión visión y valores implicando los grupos de interés y a los empleados. Revisada y modificada la Misión y la visión y publicada</p> <p>Evidencias: Es socializada a través murales en acrílico en cada piso, en el reverso de los carnés del personal En las redes sociales tales como: Facebook, Instagram y el portal Web del Hospital</p>	
<p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p>	<p>La organización cuenta con valores los cuales están alineados a los del sector público, a nuestra misión y visión entre los que podemos exhibir en diferentes formas y lugares de la Institución.</p> <p>MISIÓN:</p> <p>Brindar servicios de salud especializados con calidad, a todos los ciudadanos, en igualdad de condiciones.</p> <p>VISIÓN:</p> <p>Ser el mejor centro especializado en servicios quirúrgicos y trasplantes del caribe.</p> <p>Nuestros valores son:</p> <p>Servicio: Dar respuestas constantes a las necesidades de los usuarios con servicios médicos quirúrgicos especializados, tecnología de punta, actitud de entrega y espíritu de atención.</p>	

	<p>Calidad: Se expresa en nuestro trabajo para alcanzar la visión y lograr la misión por excelencia de los servicios que brinda la institución.</p> <p>Eficiencia: Utilizamos los recursos al máximo; no desperdiciamos nada y solo realizamos lo que podemos hacer mejor.</p> <p>Las personas: Valoramos los (as) empleados (as) como el recurso más valioso y la fuerza de nuestro Centro. Respetamos su integridad y reconocemos su desempeño.</p> <p>Libertad: Es imprescindible para formar nuestro futuro.</p> <p>Evidencias: La misma se puede visualizar a través de murales en acrílico en cada piso, en el reverso de los carnés del personal En las redes sociales tales como: Facebook, Instagram y el portal Web del Hospital</p>	
<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>Mediante reuniones con los diferentes grupos de interés interno y externo fue creado nuestra misión, visión y valores alineada a las estrategias nacionales y las diferentes reformas de los sectores realizo un análisis PEST que incluye los siguientes factores: Políticos, Económicos, Socioculturales, Demográficos, Tecnológicos.</p> <p>Evidencias: Plan estratégico Institucional (PEI) 2020-2024, publicado en el portal institucional.</p>	
<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>		<p>No se evidencia</p>

<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		<p>No se evidencia.</p> <p>Sin embargo, nuestro marco estratégico (misión, visión y valores) fue formulado en el año 2008 para la apertura del centro, y revisados en el 2020 con la nueva gestión. En dicha revisión los presentes decidieron a unanimidad que no se modificara.</p> <p>Así mismo estamos en espera de los lineamientos del servicio nacional para modificación de los murales y la línea grafica.</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 ha contemplado el cambio climático o la digitalización en la actualización del marco estratégico.</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>En el año 2020 se elaboró el código de ética institucional (CEI) y en mayo de los corrientes se conformó la comisión de Integridad Gubernamental y Cumplimiento Normativo (CIGCN) bajo los lineamientos de la DIGEIG. También Poseemos el Comité de Compras y Contrataciones el cual se esfuerza por cumplir todas las normativas con transparencia y ética.</p> <p>También tenemos el portal de transparencia institucional con la finalidad de que todos nuestros usuarios internos y externos conozcan cómo se manejan los fondos de este centro hospitalario y bajo qué criterio se maneja la dirección general y el departamento administrativo y financiero.</p> <p>Evidencias: reuniones del comité DIGEIG, minutas, lista de participantes, actividades.</p>	
<p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>		<p>No se ha realizado</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>La Institución cuenta con su estructura orgánica aprobada adecuada (niveles, funciones, responsabilidades y competencias) y asegura un sistema de gestión por procesos y alianzas, acorde a la estrategia, planificación, necesidades y expectativas de los grupos de interés,</p> <p>Evidencias: Organigrama, Manual de Organización y Funciones Función de Manual de Inducción, convenios con universidades, entre otros.</p>	
<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>	<p>La institución tiene resultados cuantificables e indicadores de objetivos para todos los niveles y áreas de la organización, equilibrando las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés.</p> <p>Se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores del SISMAP SALUD que es nuestro sistema de indicadores de monitoreo de la administración pública, indicadores producción, rendimiento, eficiencia y financieros como indicadores de la gestión clínica, de calidad y de evaluación de los servicios de salud.</p> <p>Los indicadores son: Gestión de RRHH, calidad y fortalecimiento institucional, Gestión administrativa y de la información Gestión clínica y Satisfacción de los usuarios.</p> <p>También se monitorean indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública que son:</p>	

	<p>Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas.</p> <p>Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Habilitación de los servicios, Profilaxis antibiótica, Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente, Bacteriemia asociada a catéter venoso central.</p> <p>Evidencia: informes de indicadores financieros, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, formulario PPN2 del monitoreo del POA, presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las videoconferencias.</p>	
<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>		<p>No se evidencia el desarrollar un análisis de las necesidades de los grupos de interés, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y compartir estos datos con la organización</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 de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos</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>La institución está actualmente trabajando para implementar el modelo marco Común de Evaluación.</p> <p>Evidencias: Correos de Convocatorias y Registros de participantes a los talleres del CAF y el EFQM y el autodiagnóstico de CECANOT.</p>	<p>La institución no cuenta con sistema de gestión de calidad ISO</p>

<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Se promueve la utilización de la tecnología entre los colaboradores por medios de las comunicaciones internas vía correo o grupos de WhatsApp,</p> <p>Evidencia: vía correo electrónicos y grupos de whatsapp</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>Se promueve el trabajo en equipo, en este momento el hospital cuenta con varios comités de trabajo, entre estos el comité de calidad, comité de emergencia, Comité de farmacoterapéutico, Comité de compras, comité de emergencias y desastres, comité ejecutivo.</p> <p>Evidencias: Listados de asistencia de las reuniones.</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>Se actualizó la cartera de servicios de la institución y se colocaron de manera visible y con la nueva línea grafica en el área del laboratorio, consultas de oftalmología y cardiología.</p> <p>Existe comunicación interna a través de comunicaciones, por correo electrónico y los grupos de WhatsApp. Existe comunicación para procesos administrativos por escrito.</p> <p>Evidencias: Oficios enviados a los departamentos</p>	<p>No se evidencia la elaboración de un plan de comunicación interna.</p> <p>No existe un software o intranet para la comunicación interna.</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 lideres/directivos de esta institución participamos en diferentes actividades culturales, sociales y comunitarias donde intercambiamos informaciones y experiencia sobre nuestros servicios y como mejorarlos. La dirección general mantiene sus puertas abiertas a todos los usuarios del centro internos y externos.</p> <p>Se ejecuta el plan de capacitación anual con cursos que fortalecen el liderazgo entre los que podemos mencionar fundamentos de supervisión, técnica moderna de supervisión, liderazgo, comunicación efectiva y asertiva.</p>	

	Evidencia: Ejecución del plan de capacitación anual 2024	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.		No se evidencia la socialización de las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Nuestra institución da ejemplo de transparencia con las reuniones del Comité de Compras y el comité Farmacoterapéutico para involucrar al personal en todo lo concerniente a la calidad /precio de los rubros a comprar en unanimidad de todos los miembros. Evidencias: lista de participantes minutas del comité de compras y del comité Farmacoterapéutico.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>		No se evidencia.
<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</p>	Existe un clima de respeto y confianza entre líderes, se manejan los conflictos. Se realizan reuniones semanales con el equipo gerencial.	

abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	Evidencias: Informes de manejo de conflictos especialmente en enfermería. Fotos de reuniones de equipo, lista de participantes y minutas.	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	<p>Ciertamente los directivos mantienen comunicación continua con los empleados de asuntos relevantes</p> <p>Evidencias: Reuniones, Minutas, Comunicados.</p>	No obstante, se necesita mejorar y reforzar la comunicación afectiva.
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.	<p>Se apoya al personal en la realización de sus funciones y tareas proporcionando todos los recursos necesarios para la realización de estas (computadoras, internet, software, capacitaciones), se realizan cambios de áreas de acuerdos a su buen desempeño y rendimiento.</p> <p>La satisfacción con este aspecto se levanta con la Encuesta de Medición del Clima Laboral. Anualmente realizamos un plan de capacitación formal de acuerdo con las necesidades de los colaboradores del hospital, el personal de enfermería y laboratorio clínico se rota por las diferentes áreas para que se mantenga con las competencias necesarias de realizar cualquier tipo de actividad que se desarrolle en su departamento.</p> <p>Evidencias: Plan de capacitación, planes de mejoras por departamentos.</p>	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	<p>Se motiva al personal con una cultura de participación y delegación de responsabilidades dotando al trabajador del poder, y autonomía para tomar decisiones, resolver problemas y realizar tareas sin la necesidad de nuestra supervisión, esta acción se evidencia en nuestra estructura organizacional.</p> <p>Evidencias: organigrama institucional, manual de funciones, descripción de puestos.</p>	

6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	El hospital realiza el Plan de Capacitación anual con la finalidad de promover la cultura de aprendizaje y el desarrollo de las competencias de cada colaborador. Estas capacitaciones son impartidas por varias instituciones tales como: INAP, El Infotep, Ministerio de Salud Pública. Evidencias: Comunicados, formularios, lista de participantes de los diferentes cursos, en el indicador del SISMAP 1.03 Plan de Capacitación Anual.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se reconoce trimestralmente al empleado meritorio Evidencia: fotos de empleados y reconocimientos.	

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.	Las expectativas y las necesidades de los grupos de interés recogidos en las encuestas, buzones, reuniones con el comité de veeduría de la comunidad, proveedores y otros son tomadas en cuenta para elaborar nuestros planes y desarrollar estrategias para lograr dicha satisfacción. Evidencias: reporte seguimiento de las quejas y sugerencias.	No se evidencia el monitoreo de las necesidades y expectativas de los grupos de interés
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		No se evidencia el desarrollo de relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas,

establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.		
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.		No se evidencia la identificación de políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.		No se evidencia.
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.).	En la institución se desarrollan y mantienen alianzas y trabajos en red con grupos de interés importantes (ciudadanos, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), grupos de presión y asociaciones profesionales, industrias, otras autoridades, etc.). Evidencia: Acuerdo de cooperación con los mormones, club de Leones, Defensoría del Pueblo.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	En CECANOT se Participa en las actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión. Evidencias: Reuniones Sisalril, SENASA, Cámara de Diputados, Consejo Nacional de la Seguridad Social.	
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.		No se evidencia el aumento de la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés.

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La Organización:</p> <p>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>		No se evidencia.
<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>Se tienen identificados los grupos de interés de la institución.</p> <p>Evidencias: Plan Estratégico Institucional PEI 2020-2024</p>	No se evidencia
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>		No se evidencia el análisis de las reformas del sector público
<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>Se realizó un análisis del desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos.</p> <p>Evidencia: análisis FODA en el plan estratégico Institucional PEI 2020-2024</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>±.Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con</p>	<p>La misión y visión de nuestra institución están vinculados a nuestros objetivos estratégicos y operativos. Contamos con un Plan Estratégico y un Plan Operativo donde se plantean los objetivos,</p>	

<p>el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>resultados, productos y actividades que están realizando los líderes de la organización, para lograr dirigir la organización hacia el logro de su misión, visión y objetivos. En el Plan Operativo están definidos nuestros objetivos a corto, y mediano plazo Y estos son monitoreados y evaluados periódicamente con la finalidad de que se cumpla lo planificado por el SNS. Contamos con indicadores para el monitoreo y se realiza la evaluación del cumplimiento de los objetivos.</p> <p>Evidencias: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Anual</p>	
<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>No se evidencia el involucramiento de los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación</p>
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>En la actualidad solo estamos con los Residuos biológicos</p> <p>Evidencia: las facturas de las recogidas de los desechos</p>	<p>Lo demás no se evidencia</p>
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>Se realiza un presupuesto anual conforme a la productividad de servicios. Además, se realiza un informe mensual de la ejecución presupuestaria y del gasto.</p> <p>Evidencias: Se realiza un informe mensual y trimestral del gasto, estados financieros y reportes en SIGEF</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>Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>Las prioridades se han establecido en el Plan Estratégico 2020-2024 y en el Plan Operativo Anual POA. Cada uno de nuestros planes tiene un horizonte temporal para la implantación de la estrategia. Nuestros planes contienen nuestros proyectos, y los responsables para ejecutar las acciones por cada división o departamento.</p> <p>Se ejecutan las actividades correspondientes a cada mes, son monitoreadas mensual y cada trimestre en la matriz de planificación operativa Por el SRSM y el SNS. Las mejoras son socializadas con los distintos grupos de interés y priorizadas a corto, mediano y largo plazo</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional PEI 2020-2024, POA 202</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Se ejecutan las actividades correspondientes a cada mes, son monitoreadas mensual. Las mejoras son socializadas con los distintos grupos de interés y priorizadas a corto, mediano y largo plazo</p> <p>Evidencia: Matriz de monitoreo interno</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 comunican los objetivos, planes y tareas y resultados logrados o no, por medio de reuniones, encuentros, presentación en Power Point, correo electrónico entre otros.</p> <p>Evidencia: Minutas de reunión de socialización del POA, Lista de participantes, fotos, correos enviados, presentaciones</p>	
<p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la</p>	<p>Mensualmente utilizamos matrices de evaluación y monitoreo para dar seguimiento a nuestro Plan</p>	

<p>organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>Operativo y tareas a realizar en la institución, el hospital realiza un monitoreo trimestral de la gestión para ver sus avances y logros en el periodo a través del comité de calidad institucional.</p> <p>Evidencias: Minutas, matriz de monitoreo y evaluación, lista de participantes.</p>	
---	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>		<p>No se evidencia.</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>Como centro de salud participamos en diferentes actividades para intercambiar buenas prácticas.</p> <p>Evidencias: Jornada Científica Rotación de Residencias Medicas Jornada Balón Chocolate Pacientes Referidos para Avastin/Lucentis Intercambio con Hospitales y Ministerio Ayuda Presidencia para el programa de la Retinopatía de la Prematuridad.</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 el debate sobre la innovación ni la modernización planificadas y su implementación con los grupos de interés relevantes</p>
<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.</p>	<p>Se han abiertos nuevas áreas y por ende nuevos servicios con el fin de innovar y estar a la vanguardia, se introdujeron como, por ejemplo: La unidad de Imágenes médicas que contará con los servicios de</p>	

	<p>Tomografía, Rayos X y Sonografía en horarios de 8: 00 am -4: 00 pm.</p> <p>También se habilitó la unidad interna de salud bucal para los pacientes de neurocirugía que requieran de una evaluación bucal antes de la cirugía.</p> <p>Evidencias: Fotos de las areas</p>	
<p>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.</p>	<p>Se implementó un sistema de turnos para el área de laboratorio clínico</p> <p>Evidencia: Foto de la pantalla del sistema de turno y software instalado</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Se asegura la disponibilidad de recursos trabajando apegado a nuestra Planificación Operativa y el Presupuesto Institucional, el cual se monitorea mensualmente, mediante la ejecución presupuestaria realizada por el departamento Administrativo y Financiero.</p> <p>Evidencia: Presupuesto, Reporte de Ejecución Presupuestaria Trimestral</p>	

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>El centro analiza las necesidades de los recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos de interés, así como la estrategia de la institución.</p> <p>Evidencia: Comunicad solicitud de provisión de RRHH dirigido a los encargados y la solicitud de</p>	

	formulario de personal para la planificación de RRHH.	
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.	<p>La institución desarrolla e implementa políticas de gestión de recursos humanos teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro, así como criterios sociales (Ej.: Flexibilidad de horario, permiso de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad de cultura y género.</p> <p>Evidencia: Licencia de maternidad, permisos para bodas, mortuorios, permisos por nacimientos de hijos, horario flexible para docencias</p>	No contamos con una política de inserción laboral de personas con discapacidad
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.		No se evidencia
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.		No se evidencia
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
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 se evidencia
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	<p>Si. El centro realiza anualmente los acuerdos de desempeños.</p> <p>Evidencia: acuerdo de desempeño</p>	

8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Si, el centro da seguimiento a los acuerdos de desempeños. Evidencia: reporte seguimiento a los acuerdos	
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.		No se evidencia.

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.		No se evidencia.
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.		No se evidencia
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.		No se evidencia
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).		No se evidencia
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.		No se evidencia
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		No se evidencia.

costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.		
--	--	--

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.		No se evidencia
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.	Si, la institución cuenta con planes estratégicos en diferente comité y diferentes departamentos. Evidencia: Planes de mejora	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	Si el centro lleva a cabo la encuesta del clima laboral y nivel de satisfacción. Evidencias: Encuesta clima laboral, informe clima laboral y seguimiento clima laboral	
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.	Si, la institución cumple con condiciones ambientales de trabajo. La ejecución cuenta con un comité de seguridad y salud en el trabajo el cual se encarga de la salud ocupacional, los riesgos laborales y la prevención de las enfermedades profesionales. Evidencia: acta constitutiva comité SISTAP, informes comité SISTAP y plan de mejora comité SISTAP.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Si, en la institución son flexibles con los permisos, también en el centro dan un libre por cumpleaños. Evidencia: formularios de permisos	

6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Si. La institución cuenta con flexibilidad tanto para los permisos personales, como para también las licencias médicas. De igual forma en caso de que lo requiera se ayuda para gestionar descuentos en los gatos. Evidencia: formularios de permisos	
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 evidencia

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
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.).	Si Evidencias: contratos con las ARS, formularios para proveedores, garantías de equipos, todo lo que exige la ley de compras y contrataciones ya que nos regimos por esa ley.	
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.	En Cecanot hemos desarrollado y gestionado acuerdos de colaboración adecuados a los diferentes aspectos de las responsabilidades sociales, tales como el impacto socioeconómico y medioambiental de los productos y servicios contratados. Evidencias: A través de su oficina se realizan cirugías a pacientes de escasos recursos y por los cuales ellos	

	se comprometen a costear los gastos incurridos en colaboración nuestra.	
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 evidencian la definición del rol las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se evidencian las necesidades de público-privada (APP) identificadas.
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Nos aseguramos de seleccionar proveedores que estén comprometidos con cumplir con las leyes del estado y se rijan por ser compañías con responsabilidad civil. Al momento de tener una relación con un proveedor se le solicita una certificación de la DGII, una certificación de la TSS y un Proveedor del Estado con la finalidad de presentar que nuestros suplidores cumplen con las obligaciones que le corresponde por ley de compra y contrataciones. EVIDENCIAS: PLIEGO DE CONDICIONES DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE COMPRAS	

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

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

<p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>Contamos con el comité de Veeduría Ciudadana y el Voluntariado de CECANOT los cuales enlazan la comunidad con el hospital en busca de soluciones y mejorar cada día los servicios brindados por el hospital.</p> <p>La involucración de los ciudadanos/clientes y sus representantes se manifiesta a través de las encuestas externas que se realizan periódicamente. Así como también a través de nuestras redes sociales, el cual está disponible para que los usuarios aporten sus comentarios sobre los servicios brindados y las debilidades presentadas.</p> <p>Los Buzones de sugerencias y reclamaciones mediante los cuales, los usuarios depositan físicamente dichas sugerencias y reclamaciones, que son revisadas periódicamente y la LINEA 311.</p> <p>Evidencias: Lista de los miembros del comité veeduría, Lista de los integrantes del Voluntariado, encuestas y fotos de usuarios en diversas actividades</p>	
<p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p>	<p>El hospital cuenta con la Oficina de Libre Acceso a la información a través de la cual se provee información a los usuarios internos y externos del funcionamiento de nuestro centro de salud.</p> <p>En Todas las áreas se encuentran visible los derechos y deberes de los pacientes.</p> <p>Mediante las redes sociales nuestros usuarios pueden conocer todo lo concerniente a nuestro centro hospitalario y a la vez solicitar información que considere pertinente. Además, el centro cuenta con una política proactiva de información para todos los ciudadanos que acuden al hospital, a través de Atención al Usuario se suministra información a todos los usuarios y familiares.</p>	

	Evidencias: foto e informes de la oficina de libre acceso a la información, print screen de la página, foto deberes y derechos de los pacientes, formularios de encuestas de satisfacción	
3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	<p>Con el objetivo de desarrollar una gestión eficaz nuestra cartera de servicios está presentada a los usuarios en la sala de espera de nuestro centro (Laboratorio Clínico y en los consultorios de Cardiología), en las redes sociales y en el portal de transparencia institucional para dar a conocer los servicios tanto a los ciudadanos que visitan el centro como a aquellos que no han hecho uso de nuestros servicios. Cada día trabajamos para mejorar la cartera de servicios la cual está plasmada de manera visible en la sala de espera, los centros hospitalarios, redes sociales y otros departamentos con el fin de que nuestros usuarios estén informados y orientados.</p> <p>Evidencias: Cartera de Servicios, misión visión valores, cartera de servicios en las redes sociales y portal de transparencia.</p>	No hemos implementado la Carta compromiso al Ciudadano

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	<p>Los objetivos estratégicos, metas e indicadores están alineados con el presupuesto para poner y mantener la organización en movimiento brindando servicios de calidad con eficiencia y eficacia.</p> <p>Los Planes de inversión, el Plan de compras, el presupuesto y el Plan Operativo son herramientas</p>	

	<p>mediante la cual planificamos de manera eficaz cada área del centro obteniendo resultados óptimos y eficientes.</p> <p>Evidencias: Plan Operativo Anual (POA), presupuesto anual, PACC</p>	
<p>2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>Para asegurar la gestión y mejora continua de los recursos Financieros contamos con un departamento de compras, encargado de dar fiel cumplimiento al proceso de compras. Este proceso de compras se lleva a cabo mediante el portal transaccional donde varios proveedores concursan para ganar esta orden de compra demostrando transparencia en este proceso y la compra de insumos a menor costos con la mayor calidad, llevando a la institución a mayores niveles de productividad y rentabilidad.</p> <p>Así como también se realizan informes mensuales a través de los cuales se evidencia el uso eficaz de los recursos financieros los cuales se publican en el portal de transparencia.</p> <p>Contamos con el departamento de auditoria quienes velan por el buen manejo de los expedientes y la correcta facturación de todos los servicios ofrecidos.</p> <p>Evidencias: procesos de compras, informes financieros. Informes publicados en el portal de transparencia.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>		<p>No se evidencia el análisis de riesgo de las decisiones financieras</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>Para asegurar la transparencia financiera contamos con el portal de transparencia institucional en el cual se publican mensual o trimestralmente informes de carácter financieros y no financieros</p> <p>Evidencias: Balance General, ejecuciones presupuestarias, informes de procesos de compras, inventario, activos fijos publicados en el portal de CECANOT</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Si. La producción hospitalaria es reportada periódicamente en base a los indicadores establecidos.</p> <p>Evidencias: pagina 311, plataforma SISMAP SALUD.</p>	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>		<p>No se evidencia la creación de 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>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>La institución encarga de recopilar, organizar, tabular y archivar la información obtenida a través de un sistema informático.</p> <p>Esta información nos permite analizar los indicadores de la producción de servicios.</p> <p>Toda esta información es utilizada por el equipo gerencial para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de los servicios.</p> <p>Evidencias: Sistema SIFHA, Reportes calidad del dato.</p>	

3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.		No se evidencia el aprovechamiento de las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.		No se evidencia el establecimiento de redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.		No se evidencia el monitoreo de la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	En el hospital tenemos canales internos para difundir la información. Evidencias: Correos internos, Memos, Comunicaciones Internas, Oficios	No se evidencia que los canales internos de comunicación lleguen hasta todos los empleados
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.		No se evidencia la promoción de la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.
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 cuenta con una oficina de libre acceso a la información OAI, quien publica a través de las redes sociales y la página web de nuestro centro de salud, las informaciones relevantes. Evidencias: pagina 311, oficina de la 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 evidencia 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

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.	<p>Con el fin de obtener la mejora de la calidad nos hemos apoyado de la tecnología orientada a los servicios de salud, por lo que nuestra tecnología está de acuerdo con los objetivos estratégicos del Centro.</p> <p>El uso de la tecnología nos ha permitido una producción y administración más efectiva en la ejecución de las tareas y por ende aumentamos la productividad de la organización. Hemos implementado una gestión tecnológica para el área del laboratorio clínico con un sistema de turno.</p> <p>Evidencias: sistema de turno</p>	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se evidencia el monitoreo y evaluación de la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).		No se evidencia el uso de nuevas tecnologías relevantes para la organización
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	<p>En Cecanot en el área médica se mantiene una constante vigilancia sobre las técnicas y tecnología aplicables a los procedimientos que aquí de ejecutan como forma de estar a la vanguardia y de esta manera poder llevar un buen servicio a los pacientes.</p> <p>Evidencias: Los registros y las minutas de las reuniones de seguimientos por áreas. Las capacitaciones que recibe el personal de la áreas médicas y administrativa del centro</p>	En el área administrativa Cecanot necesita de un buen sistema que nos permita estar entrelazado entre las áreas

<p>5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>		<p>No se evidencia la aplicación de las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>
<p>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.</p>		<p>No se evidencian las medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos,</p>
<p>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.</p>		<p>No se evidencia</p>
<p>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.</p>	<p>Cecanot realiza el proceso de programación de medicamentos e insumos y reactivos de laboratorios, con la finalidad de contar con todas esas herramientas necesarias en un periodo de un año través de una matriz, se realiza un taller donde participan el servicio nacional de salud y la dirección de medicamentos e insumos en donde se valida cada producto de acuerdo con los presupuestos asignados al hospital con consumos históricos de tres años, programando para el año siguiente.</p> <p>Evidencia. Matriz de programación del SUGEMI y fotografía de taller, foto de lista de participación.</p>	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p>	<p>Se realizan supervisiones diarias de instalaciones y equipos con la finalidad de asegurar un correcto funcionamiento de estas. Tenemos un plan de mantenimiento de la infraestructura al cual se le da seguimiento de manera trimestral, además el staff administrativo-financiero hace reuniones periódicas para socializar las necesidades que se presenten de mantenimiento y buscar solución a dichas necesidades.</p> <p>Evidencias: Plan de mantenimiento, formulario de limpieza y ornato, Limpieza de quirófanos, formulario de inspección de infraestructura física y formulario de inspección de mobiliario.</p>	
<p>2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>El centro esta señalado y proporciona instalaciones seguras a todos los colaboradores y usuarios. Poseemos rampas para personas discapacitadas y sillas de ruedas, camillas y carritos para movilizarlos para el traslado internos de los pacientes</p> <p>Evidencias: rampas en los diferentes lugares que se requiere, sillas de ruedas para personas que las necesiten, camillas en buen estado,</p>	<p>No se evidencia el cambio/actualización de la señalética a la nueva línea grafica</p>
<p>3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>		<p>No se evidencia el uso de la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones</p>
<p>4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>	<p>Si, en su totalidad asistimos a los usuarios con la mayor disposición y calidad que requieren.</p>	

	Evidencia: encuesta de satisfacción de usuarios.	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.		No se evidencia el uso eficaz y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos
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 centro cuenta con áreas para todos tipos de públicos ya se caminado o a través de algún dispositivo tal como sillas de ruedas o camilla. Evidencias: fotos	Podemos mejorar la misma con las señalizaciones.
7.Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	El hospital cuenta con un comité definido para la gestión de riesgos y desastres donde están planificadas todas las actividades de prevención del año completo. Las mismas son ejecutadas y llevada a cabo por los integrantes del comité. También se realizan actividades de prevención de riesgo con la finalidad de estar entrenado al momento de que se presente cualquier desastre. Evidencia: plan de emergencia y desastres. Listado de comité de emergencia y desastres, minutas, listado de participantes, informe de simulacros.	
8.Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Cecanot dispone de un plan de mantenimiento preventivo y correctivos de infraestructura y equipos diseñados para todas las áreas del hospital. De este se elabora un informe de cumplimiento trimestralmente con la finalidad de evaluar los resultados y seguir mejorando continuamente nuestra la calidad de los servicios. Evidencias: Plan de mantenimiento, informes trimestrales, fotos.	

9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).		No se evidencia un Programa de administración de Bienes de la Red SNS
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	<p>CECANOT cuenta con un programa de desechos y residuos sólidos donde el departamento de epidemiología se encarga de llevar a cabalidad para la prevención de contaminación tanto en el centro como en el medio ambiente.</p> <p>Clasificamos los desechos intrahospitalarios de la siguiente manera:</p> <p>Biológicos: identificados con una etiqueta roja, cortopunzantes, restos de humanos, muestras, elementos utilizados en procesos asistenciales (algodón, gasa)</p> <p>No peligrosos: medicamentos vencidos, fármacos, metales pesados, reactivos.</p> <p>No peligrosos: basura común, biodegradables</p> <p>EVIDENCIA: Manual de desechos hospitalarios, listado de participantes de capacitaciones</p>	

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
<p>La organización:</p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>		No se evidencia los procesos identificados en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.
<p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para</p>		No se evidencian documentado 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 evidencia el impulso de la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización
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.		No se evidencia la evaluación de los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante.
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.).		No se evidencia indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos.
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.		No se evidencia un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz.
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	En la actualidad contamos con dicha habilitación bajo el código número: 00101A01405, válida hasta el 20 de abril del año 2024. Evidencia: Licencia de habilitación vigente	

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

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

<p>1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.</p>		<p>No se evidencia la identificación, diseño, 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.</p>
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>		<p>No se evidencia el reciclaje y la reutilización de productos y servicios</p>
<p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>		<p>No se evidencia la promoción de la accesibilidad a los productos y servicios de la organización</p> <p>No se evidencia.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>		<p>No se evidencia los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionen en la misma cadena de servicios.</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>Mantenemos un intercambio fluido de informaciones con nuestros socios, por ejemplo: Servicio Regional de Salud, SRSM y Gerencia de Área, documentos a través de correos. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, reportes a través de un sistema compartido de vigilancia epidemiológica donde se registran los Formularios</p>	

	<p>EPI 1 y EPI 2 que recogen semanalmente los datos de las enfermedades de notificación obligatoria</p> <p>Evidencias: correos, reportes, minutas, informes</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>		<p>No se evidencia grupo de trabajo con las organizaciones /proveedores de servicios para solucionar problemas con las ARS, Laboratorio, etc</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 evidencia desarrollo asociados en diferentes niveles de gobierno.</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 de nuestros servicios manteniendo un promedio de 95% de satisfacción resultados por encuesta, Semanalmente el Comité de Apertura de Buzones, apertura a los buzones de quejas y sugerencias, en los cuales se obtuvo durante el periodo enero-junio 2024, un total de 29 quejas, y 5 felicitaciones, los resultados de estos son presentados al Comité de Calidad. Las conductas tomadas son informadas dentro de los 10 A 15 días laborales que es el tiempo de respuesta establecido en las políticas de manejo de buzones a los usuarios que dejan algún número de contacto. Evidencias: Encuestas de Satisfacción, plantillas de QDRS, 311, Informes de Atención al Usuario	No se evidencia la imagen global de la organización y su reputación pública,
2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	Resultados de la encuesta de satisfacción enero-junio 2024.	

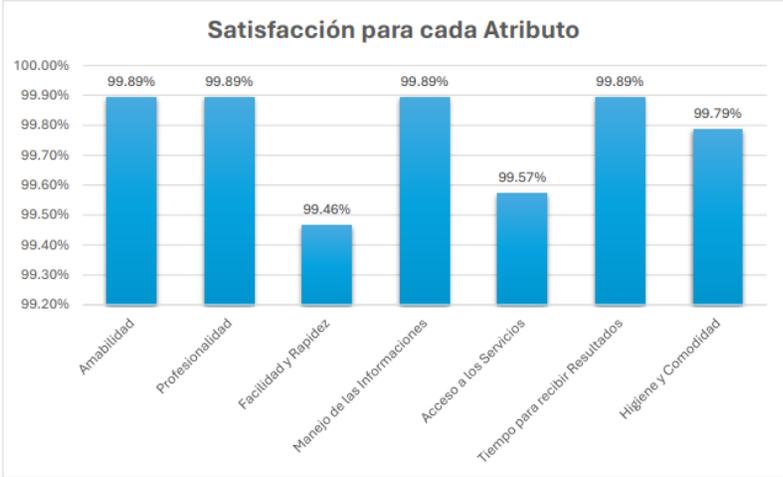
Servicios Encuestado	Muestra
Consulta Externa	400
Emergencia	100
Hospitalización	80
Imágenes	141
Laboratorio	211
TOTAL	932

Gráfico #1: Índice de satisfacción de usuario para el Centro cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT



Fuente: Encuesta de Satisfacción de Usuarios aplicadas Centro cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT

Tal como podemos observar en el gráfico 1, el resultado del promedio de satisfacción de los 7 atributos de calidad medidos en la encuesta es de 99.75%, estos atributos fueron: amabilidad, profesionalidad, facilidad y rapidez, manejo de las informaciones, accesibilidad, tiempo de respuesta e higiene y comodidad; esta satisfacción general corresponde a las 933 encuestas realizadas entre los atributos mencionados.

	<p>Gráfico #2: Índice de satisfacción por Atributos para el Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT</p>  <p>Fuente: Encuesta de Satisfacción de Usuarios aplicadas Centro cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT</p>	
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>		<p>No se evidencia la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>Evidencia: portal de transparencia.</p>	
<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>Si, el centro cuenta con profesionales en todos los ámbitos altamente íntegros, lo cual nos permite brindar servicios de calidad y hacer que nuestros pacientes se sientan en entera confianza.</p> <p>Evidencias: encuesta de satisfacción de usuario</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Documento Externo SGC-MAP</div>	<p>GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 39 de 67</p>

<p>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.).</p>	<p>La institución está ubicada en un punto céntrico de la del Distrito Nacional accesible a los usuarios a través de 7 rutas de transporte que existen en la provincia.</p> <p>La emergencia de oftalmología está disponible al público 24 horas los 7 días de la semana. Nuestra cartera de servicios detalla los horarios para cada área del hospital. Contamos con una rampa y parqueos para discapacitados y personal capacitado para dar asistencia a cualquier situación que se presente.</p> <p>El hospital posee sillas de ruedas en las diferentes puertas de entrada, así como en el área de hospitalización, facilitando el acceso a los usuarios con alguna discapacidad ya que el 85 % de nuestros usuarios son personas envejecientes y con problemas de la vista</p> <p>Evidencias: emergencia oftalmología, cartera de servicios, fotos de las rampas y parqueos, sillas de ruedas</p>	<p>No contamos con ventanilla única</p>
<p>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.).</p>		<p>No se evidencia.</p>
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>		<p>No se evidencia</p>
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>		<p>No se evidencia.</p>
<p>5. Digitalización en la organización.</p>		<p>No se evidencia.</p>

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).		No se ha medido.
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>El hospital cuenta con un Comité para la apertura de los buzones de sugerencias dirigido por el departamento de Atención al Usuario, está integrado por Planificación y Desarrollo, Subdirección, Admisión y RRHH, equipo responsable de dar soluciones a todas las quejas, en un máximo 15 días laborables, dependiendo la complejidad de esta, recolectando los datos del usuario y poniéndose en contacto con el mismo al momento de tomar una medida de subsanación.</p> <p>Estos buzones son abiertos cada LUNES de cada semana por el comité, una vez despejados nos registramos en el formulario para la Apertura de Buzones de Quejas y Sugerencias los nombres de los participantes de dicha apertura, luego se le cada quejas y sugerencia en donde con conformidad del comité si se puede resolver de inmediato esta queja se le hace una llamada al usuario dirigiéndonos a ellos de una manera gentil y humanizada, de que puede pasar a retirar sus estudios o para recibir la consulta y si es una queja con nuestro personal se les llama a su encargado inmediato para comunicarle la gravedad del asunto y de manera tal de que si requiere una amonestación será amonestado</p> <p>En los meses de abril - junio hemos recibido</p> <p>QUEJAS: 19</p>	

	<p>DENUNCIAS: 0 SUGERENCIAS:10 FELICITACIONES: 6</p> <p>Total: 35</p> <p>Cantidad de quejas resueltas: 15 Evidencias: formularios de los buzones de quejas y sugerencias</p>																																																								
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Las medidas de evaluación son mediante seguimientos a los planes de mejoras y también se evalúan los estándares y si no se está cumpliendo con las mismas, se procede a la realización de un informe y posterior a eso un plan de mejora.</p> <p>Evidencias: planes de mejoras, reportes.</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>Grado de cumplimiento de los indicadores del periodo enero-junio 2024.</p> <p>Reporte de producción mensual 67A</p> <table border="1" data-bbox="617 792 1541 977"> <thead> <tr> <th>Egresos por altas</th> <th>Egresos por Defunciones</th> <th>Mortalidad hospitalaria neta (Egresos por Defunción/Total Egresos)x100</th> <th>Días Camas</th> <th>Días Pacientes</th> <th>Inicia de ocupación de camas</th> <th>Total Emergencias</th> <th>Total Consulta Externa</th> <th>Presión de emergencia vs consulta externa</th> <th>Presión de emergencia vs hospitalizaciones</th> <th>Razón de Emergencias vs Consultas Ambulatorias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80</td> <td>5</td> <td>5.88%</td> <td>1,798</td> <td>808</td> <td>44.94%</td> <td>730</td> <td>1,279</td> <td>36.34%</td> <td>0.00%</td> <td>57.08%</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>5</td> <td>5.88%</td> <td>1,798</td> <td>808</td> <td>44.94%</td> <td>730</td> <td>1,279</td> <td>36.34%</td> <td>0.00%</td> <td>57.08%</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>5</td> <td>5.88%</td> <td>1,798</td> <td>808</td> <td>44.94%</td> <td>730</td> <td>1,279</td> <td>36.34%</td> <td>0.00%</td> <td>57.08%</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>5</td> <td>5.88%</td> <td>1,798</td> <td>808</td> <td>44.94%</td> <td>730</td> <td>1,279</td> <td>36.34%</td> <td>0.00%</td> <td>57.08%</td> </tr> </tbody> </table>	Egresos por altas	Egresos por Defunciones	Mortalidad hospitalaria neta (Egresos por Defunción/Total Egresos)x100	Días Camas	Días Pacientes	Inicia de ocupación de camas	Total Emergencias	Total Consulta Externa	Presión de emergencia vs consulta externa	Presión de emergencia vs hospitalizaciones	Razón de Emergencias vs Consultas Ambulatorias	80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%	80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%	80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%	80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%	
Egresos por altas	Egresos por Defunciones	Mortalidad hospitalaria neta (Egresos por Defunción/Total Egresos)x100	Días Camas	Días Pacientes	Inicia de ocupación de camas	Total Emergencias	Total Consulta Externa	Presión de emergencia vs consulta externa	Presión de emergencia vs hospitalizaciones	Razón de Emergencias vs Consultas Ambulatorias																																															
80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%																																															
80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%																																															
80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%																																															
80	5	5.88%	1,798	808	44.94%	730	1,279	36.34%	0.00%	57.08%																																															
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>Cada mes se realiza el reporte del 67A por el Servicio Nacional de Salud, la cual reporta la producción de servicios de la cartera de servicios del centro. Estos reportes se ajustan a cada servicio nuevo o no dependiendo si estuvieron en producción o no.</p> <p>Evidencia: Repositorio del SNS (RIESS) , matriz de cartera de servicios acorde a la cartera de servicios publicada aprobada por el SNS</p>																																																								

	 <p>Evidencia: cartera de servicios</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>El índice de satisfacción al usuario en los meses de ENERO-JUNIO 2024 en promedio es de 99.7%.</p> <p>Enero: 96 Febrero: 98 Marzo: 97 Abril: 97 Mayo: 96 Junio: 97</p> <p>Porcentaje por atributos:</p> <p>Amabilidad: 94% Profesionalidad: 93% Agilidad: 90% Fiabilidad: 99% Accesibilidad: 97% Tiempo: 90%</p>	

Gráfico #1: Índice de satisfacción de usuario para el Centro cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante
CECANOT



Fuente: Encuesta de Satisfacción de Usuarios aplicadas Centro cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante
CECANOT

Evidencias: encuesta de satisfacción de usuarios

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Contamos con números de canales de información como la línea 311. Por estas vías se reciben quejas y sugerencias las cuales son registradas en la matriz de quejas y sugerencias y se les da respuesta en un plazo no mayor de 15 días laborables.	

Informe Estadístico Trimestral del 311. Quejas, Denuncias, Sugerencias Y Reclamaciones.

ENERO – MARZO 2024

Tipo	Casos Recibidos	Resueltas	Pendientes
QUEJAS	2	0	2
RECLAMACIONES	0	0	0
SUGERENCIAS	0	0	0
DENUNCIAS	0	0	0
TOTAL GENERAL	2	0	2

Nota: Hubieron un total de DOS (2) quejas por el sistema 311 durante este periodo.

Fuente: Oficina de Acceso a la Información
Elaborado por: Oficina de Acceso a la Información
Fecha: 29/03/2024

Evidencia: portal de la institución, redes sociales,

2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)

La disponibilidad de información y precisión de esta, se encuentra disponible en tiempo real gracias a la facilidad de publicación en el portal de transparencia de CECANOT. También es importante señalar que cumplimos con las normas de las OPTIC por las cuales este certificado el centro.

Las evaluaciones realizadas por la DIGEIG durante el periodo Enero-mayo 2024 ha sido sobre los 95 puntos.

De forma detallada se muestra a continuación:

Enero – 95.09

Febrero – 95.50

Marzo – 97.71

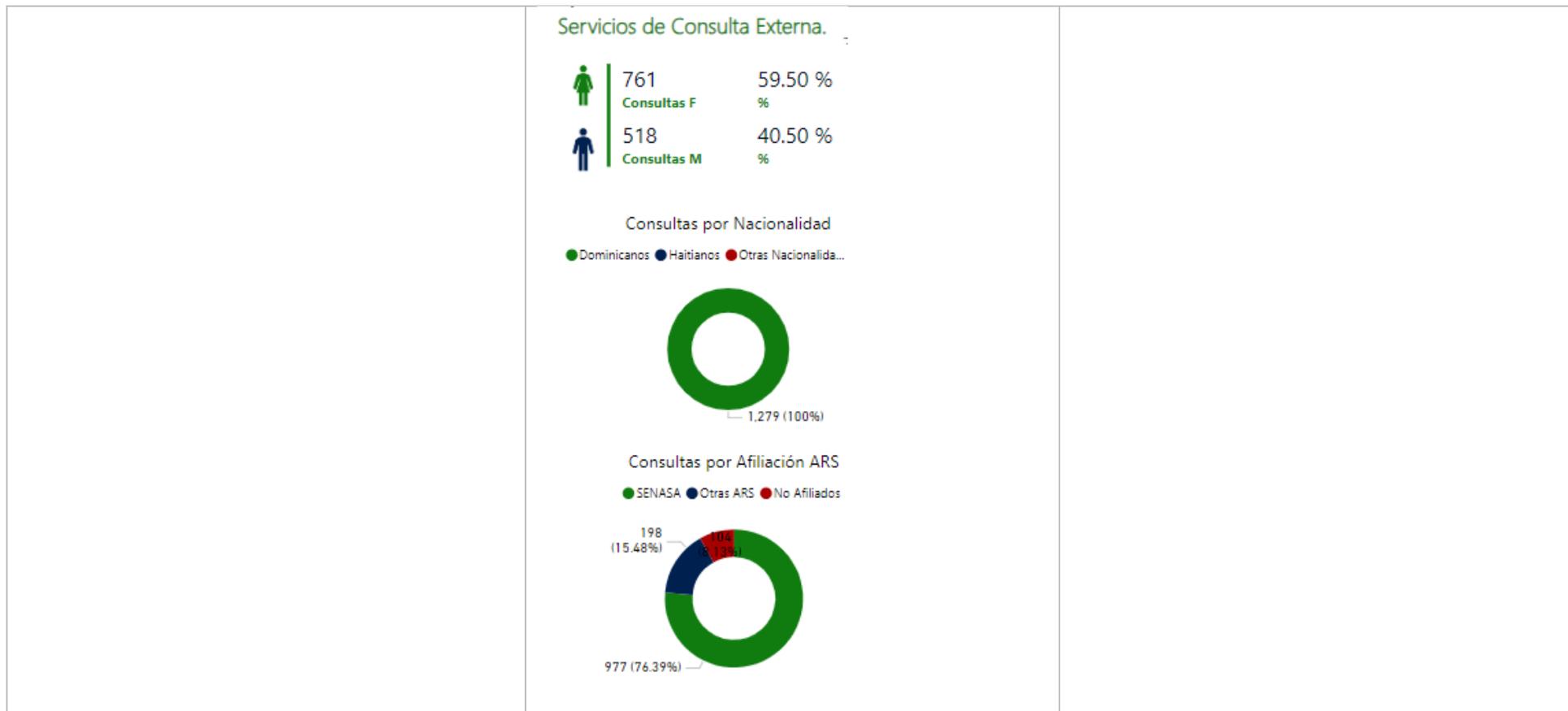
Evidencia: Evaluación OPTIC normas OPTIC. Portal Web.

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.

Los objetivos de rendimiento de la organización están publicados en el portal web en transparencia, reportes como el 67^a, Ejecución del POA y su porcentaje de cumplimiento. Ranking de Hospitales como el SISMALP SALUD. Evidencia: 67^a, Cumplimiento Porcentaje POA. Ranking de Hospitales SISMALP 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).		No se ha medido la implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se ha medido la utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	<p>CECANOT garantiza un ambiente libre de discriminación, que facilita el acceso a los servicios, independientemente de su condición socioeconómica, procedencia geográfica, sexo, pertenencia a algún grupo étnico o creencia religiosa, etc.</p> <p>Entre esas acciones se puede citar la existencia de una política de exoneraciones según nivel socioeconómico de los usuarios</p>	



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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).		No se ha medido resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización.

2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).		No se ha medido la participación de la ciudadanía en los productos y servicios,
---	--	---

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	<p>La encuesta de clima laboral 2022 se recogieron las ideas y opiniones de los colaboradores sobre que nuestros colaboradores se sienten contento al pertenecer al hospital, el 81% se mostró muy de acuerdo y de acuerdo con pertenecer a la organización. El 95 % de los colaboradores respondió que mejoran la calidad de los servicios de acuerdo con sugerencias que reciben de las personas y la comunidad. Los usuarios externos también han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada.</p> <p>En fecha 3/01/2023 se elaboró un Plan de Acción de Mejora a los resultados de la Encuesta de Clima Organizacional con un período de ejecución que abarcó desde 01/03/2023 hasta 01/03/2024.</p> <p>Se realizó un único seguimiento, al referido plan de acción, en fecha 24/03/2023, a un total de 7 tareas establecidas, de las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> . 3 tareas se encuentran en estatus completadas . 2 tareas se encuentran en estatus en proceso . 2 tareas se encuentran en estatus pendientes <p>Evidencia: encuesta clima laboral, reporte clima laboral, seguimiento clima laboral.</p>	

	<p>A través de las encuestas de satisfacción y buzones de sugerencias, donde se evalúa si recomienda el centro a otras personas, y el nivel de accesibilidad a los servicios, esto gracias a los logros que ha obtenido el centro y el servicio humanizado.</p> <p>La satisfacción general de los siete atributos los usuarios al preguntarle si recomendarían el Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT un 99.2% respondió de manera afirmativa y un 0.8% no lo propone.</p> <p>Gráfico #3: Índice de Recomendaría el Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT</p>  <p>¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>99.2%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>0.8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidencia: Reporte de Encuesta de satisfacción enero-junio 2024-SISMAP Salud</p>	Respuesta	Porcentaje	Si	99.2%	No	0.8%	
Respuesta	Porcentaje							
Si	99.2%							
No	0.8%							
<p>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.</p>		<p>No se ha medido el 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</p>						
<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>En la institución contamos con planes de mejora y en ellos colaboran todas las personas que demande la actividad a realizar y</p>							

	Evidencias: planes de mejoras	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	Los colaboradores conocen sobre los conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético gracias a los talleres realizados dentro del centro, tanto por entidades externas como por equipos de trabajo internos. Evidencia: Talleres de capacitación, horas de capacitación, encuesta de ética a través del comité de ética CICGN, Correos	No se ha medido la concientización de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No se ha medido Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal
6. La responsabilidad social de la organización.	<p>Cecanot realizó una jornada de tratamiento quirúrgicos de enfermedades funcionales, lideradas por el Dr. José Joaquín Puello, jefe de servicio del Depto. De Neurocirugía y el Directo Dr. Cleto Ramírez, fueron siete (7) cirugías para el tratamiento de Parkinson, los materiales y los honorarios médicos fueron cubiertos por la institución.</p> <p>El depto. de Oftalmología pediátrica realizo un (1) operativo médico para detectar la Ambliopía (ojo vago o perezoso) en niños menos de 7 años en el colegio San Pio X.</p> <p>También tenemos un programa de donación de lentes donde se benefician cientos de usuarios cada año.</p> <p>Cecanot está altamente comprometido con las labores sociales y el ministerio de medios ambientes.</p> <p>Cumplimos con la actividad de campaña de medios ambientes como son: 1 jornada de limpieza de playa, 1 reforestación costera en HainaMosa, concientización del uso racional de la luz y el agua potable entre otros.</p> <p>Evidencias: reportes y fotos de cada actividad realizada en Instagram Cecanotrd</p>	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No se ha medido la apertura de la organización para el cambio y la innovación

8. El impacto de la digitalización en la organización.		No se ha medido el impacto de la digitalización en la organización
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No se ha medido la agilidad en los procesos internos de la organización

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

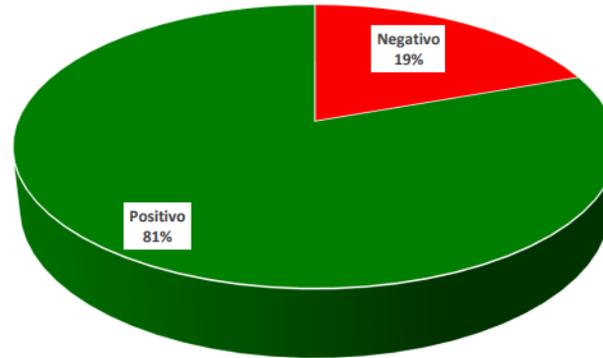
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.		No se ha medido 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
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.		No se ha medido 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.		No se ha medido el reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas
4. La gestión del conocimiento.		No se ha medido
5. La comunicación interna y las medidas de información.	<p>En el centro contamos con comunicación interna que impacte la mayor cantidad de colaboradores posibles. Desde el correo electrónico, comunicaciones, se puede enviar correos masivos a todos los correos creados y en funcionamiento de los colaboradores activos.</p> <p>De igual forma se han creado grupos de WhatsApp de altos mandos y medios con el fin de que las informaciones puedan fluir de manera más efectiva y de fácil reenvío a los demás colaboradores.</p> <p>También se realizan campañas dependiendo del tipo de información a socializar y de interés de todos los</p>	

	colaboradores excelente comunicación y para ellos utilizamos el correo, comunicados, mensajes de texto por los grupos y reuniones presenciales. Evidencia: Correo electrónico, Grupos de WhatsApp, circulares de comunicación, correos.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.		No se ha medido
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No se ha medido

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.	<p>A través de la encuesta de clima laboral se mide el nivel de satisfacción de los colaboradores con relación a las condiciones de trabajo dentro del centro.</p> <p>Institución: Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante</p> <p>Esta encuesta fue respondida por 180 servidores.</p> <p>Tabular: Quejas o Sugerencias</p> <p>A la pregunta si desea externar una Queja o Sugerencia, los servidores selecciona</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Opción</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ninguno</td> <td>157</td> </tr> <tr> <td>Queja</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sugerencia</td> <td>21</td> </tr> </tbody> </table> <p>Exportar Quejas Exportar Sugerencias</p>	Opción	Cantidad	Ninguno	157	Queja	2	Sugerencia	21	.
Opción	Cantidad									
Ninguno	157									
Queja	2									
Sugerencia	21									

Nivel de Satisfacción General



		
<p>2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).</p>	<p>El centro es muy flexible con los horarios, también muy cuidadoso con los riesgos laborales.</p> <p>Evidencias: formularios de permisos, plan de mejora del comité de SISTAP</p>	
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>		<p>No se ha medido</p>
<p>4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>Las instalaciones están adecuadas para el ambiente laboral</p> <p>Evidencias: fotos de la institución, encuesta clima laboral</p>	

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

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

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

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		No se ha medido
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	El centro cuenta con comités en la cual nos reunimos periódicamente, enfocamos en los puntos de mejoras y mediante un plan de mejoras le damos seguimiento para lograr el objetivo pautado. Evidencias: Minutas, lista de participantes, planes de mejora,	No se ha medido
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	El centro cuenta con el comité de ética CIGCN para el manejo de conflictos éticos y de interés dentro de la institución. Todo esto se maneja de manera discreta, como política de estos mecanismos/programas.	No se ha medido
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	Cecanot cuenta con un voluntariado que participa a diarios en las actividades del centro.	

	Evidencia: mensajes de texto, Instagram del voluntariado y el voluntariado.	
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).		No se ha medido

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>Gestión humana evalúa el rendimiento de individual de cada colaborador a través de los acuerdos de desempeño y la evaluación de desempeño 2023.</p> <p>La calificación promedio general para el Grupo Ocupacional (I al IV) fue de 54.47 de 55 puntos y para el grupo ocupacional V fue de 65 de 65 puntos. Un 93.01% del personal evaluado está en la categoría de desempeño sobresaliente a un (95%-100%).</p>	

Evaluados por sexo		Cantidad	Porcentaje	
Mujeres		557	67.11%	
Hombres		273	32.89%	
Total		830	100%	
Evaluados por grupo ocupacional		Cantidad	Porcentaje	
Grupo I		107	12.89%	
Grupo II		213	25.66%	
Grupo III		31	3.73%	
Grupo IV		428	51.57%	
Grupo V		51	6.14%	
Total		830	100%	

Grupo ocupacional	Insatisfactorio 0%-64%	Bajo rendimiento 65%-74%	Promedio 75%-84%	Superior al promedio 85%-94%	Sobresaliente 95%-100%	Gran Total
I	0	1	0	7	99	107
II	0	0	0	12	201	213
III	0	0	0	1	30	31
IV	0	0	0	37	391	428
V	0	0	0	0	51	51
TOTAL	0	1	0	57	772	830

Evidencia: Informe Técnico Evaluación del Desempeño Laboral 2023 de CECANOT

2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	Evidencia: correos, flotas,	
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).	En la institución periódicamente impartimos actividades formativas. Evidencias: lista de participantes de las diferentes actividades, plan de capacitación	
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No se ha medido

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Documento Externo
SGC-MAP

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
<p>1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.</p>	<p>I Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico y Trasplante (CECANOT) ha ayudado a más de 63,000 personas a recuperar su vista en los últimos meses gracias a los servicios oftalmológicos que ofrece.</p> <p>En el período enero-junio del 2024, el centro de salud ha ofrecido 63,400 consultas y ha realizado 8,936 cirugías oftalmológicas. Las intervenciones de cataratas, ametropía y glaucoma fueron las patologías más frecuentes y representaron un 22.20 %, 13.68 % y 4.43 % respectivamente de las asistencias brindadas.</p>	
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>		No se ha medido.
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>		No se ha medido
<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>		No se ha medido
<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>		No se ha medido
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>		No se ha medido

7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se ha medido
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Si. El centro cuenta con el proceso de buzones de quejas y sugerencia para la misma. Evidencia: buzones de quejas y 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 ha medido actividades de la organización para preservar y mantener los recursos.
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No se ha medido

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).		No se ha medido
4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		No se ha medido
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No se ha medido
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha medido
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 ha medido
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se ha medido
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se ha medido
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se ha medido
11. Política de residuos y de reciclado.		No se ha medido

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
-----------------	---	------------------------

<p>I. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>En el periodo de JUNIO 2023 - ABRIL 2024, Se ha ofrecido un total de 45,049 consultas externas en las distintas especialidades que brindamos a la población; en donde el 50 % de las mismas correspondió al área de oftalmología general y sus distintas subespecialidades.</p> <p>Se realizaron un total de 662,547 estudios a pacientes externos de los cuales 624,031 correspondieron al laboratorio clínico especializado y el resto a imágenes médicas. En el servicio de hemodinamia realizamos un total de 449 procedimientos hemodinámicos. En este periodo fueron realizadas 9,637 cirugías, de las cuales el 92% correspondió al área de oftalmología;</p> <p>El departamento de Hemodiálisis realizó un total de 4,868 hemodiálisis durante el periodo. En el área neuroquirúrgica, realizamos un total de 452 cirugías en las distintas subespecialidades.</p> <p>Evidencias: reportes y SISMAP SALUD</p>	
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).</p>	<p>Durante JUNIO 2023 - ABRIL 2024, hemos ofrecido un total de 45,049 consultas externas en las distintas especialidades que brindamos a la población; en donde el 50% de las mismas correspondió al área de oftalmología general y sus distintas subespecialidades.</p> <p>Dentro de las otras especialidades ofrecidas, tenemos las consultas de neurocirugía y cardiología. Del total de las consultas realizadas (45,049), el 68% equivalente a 30,690 consultas corresponden a usuarios subsecuentes y el 32% equivalente a 14,359 consultas por primera vez.</p> <p>Evidencias: reporte de consultas, SISMAP SALUD</p>	

3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se ha medido los Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	<p>Contamos con 14 acuerdos con Administradoras de Servicios de Salud (ARS), de las cuales ARS SENASA tiene el mayor número de afiliados correspondientes al Régimen Subsidiado.</p> <p>SENASA, MONUMENTAL, CMD, GMA, MAPFRE, UNIVERSAL, FUTURO, SEMMA, UASD, ARS APS, ARS SIMAG, HUMANO, ARS ASEMAP, PRIMERA ARS</p> <p>Evidencias: contratos con la ARS</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>Resultados del monitoreo del Plan Operativo Anual POA por el Servicio Nacional de Salud (SNS)</p> <p>3er trimestre 2023- 88%</p> <p>4to trimestre 2023- 86%</p> <p>1er trimestre 2024- 78%</p> <p>2do trimestre 2024- 91%</p> <p>Evidencia: reporte SNS trimestral</p>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No se ha medido los resultados de la innovación en servicios/productos.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	<p>CECANOT está alineado con los resultados con estrategia nacional de desarrollo centrada en el desempeño del desarrollo y en las mejoras sostenibles en los resultados del país, para mejorar la toma de decisiones, e incluye herramientas prácticas para la planificación estratégica, la programación y ejecución presupuestaria, el monitoreo y la evaluación de calidad en la atención y calidad en los servicios así como el cumplimiento del plan operativo anual para la gestión, planificación y desarrollo del centro.</p>	

	Evidencia: presupuesto hospitalario, planificación estratégica, estrategia nacional de desarrollo	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.		No se ha medido la 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.
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se ha medido el resultado de mejoras e innovaciones de procesos
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se ha medido el resultado de benchmarking
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se ha medido la 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		No se ha medido el impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc.

con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)

6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.

La oficina de planificación y desarrollo en pro de una mejora continua y en cumplimiento de fortalecer los procesos institucionales, llevó a cabo auditoria de seguimiento y evaluación a:

Comités Intrahospitalarios

Comités Intrahospitalarios	Juramentados y con actas constitutivas	Funcionando	Frecuencia de reuniones	Observaciones
Comité de Calidad	Si	Si	Trimestral	Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Comite de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente	Si	Si	Mensual	Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Emergencias y Desastres	Si	Si	Trimestral	Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Control de Infecciones Asociadas a las Atenciones en Salud (IASS)	Si	Si	Mensual	Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Comité de Mortalidad	Si	No	Semestral	No Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Comité de Farmacia y terapéutica	Si	Si	Trimestral	Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Comité de Bioética	Si	No	Semestral	No Cumple con las cantidad de reuniones programadas
Comité de Compras	Si	Si	Mensual	Cumple con las cantidad de reuniones programadas

*Reglamento 434-07. Artículo 43

Auditoria al Almacén de medicamento Criterios de buenas prácticas BPA

Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Trazadores

DMI-FO-015 Versión: 03

Fecha de aprobación: 10/05/2021

Fecha: 28/05/2024

Servicio Regional Correspondiente:

METROPOLITANO-CECANOT

Porcentaje de Cumplimiento 89.6%

Control Interno

Buenas practicas de Control interno ene-jun 2024	
Area/Departamento	Porcentaje obtenido
Activo Fijo	69%
Almacen y suministro	72%
Compras y contrataciones	91%
Cuentas por pagar	79%
Efectivo en caja y banco	82%
RRHH	96%
Promedio	82%

Fuente: Informe semestral de indicadores de gestión-CECANOT

7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.

En el 2023 fuimos galardonados con el 2do lugar, como mejor Hospital de autogestión por el Servicio Nacional de Salud.

No se ha medido el resultado de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.



Mejor Desempeño Hospital de Autogestión



2do Lugar

s Lora **Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)** **Ro:**
Santo Domingo, SRS Metropolitano

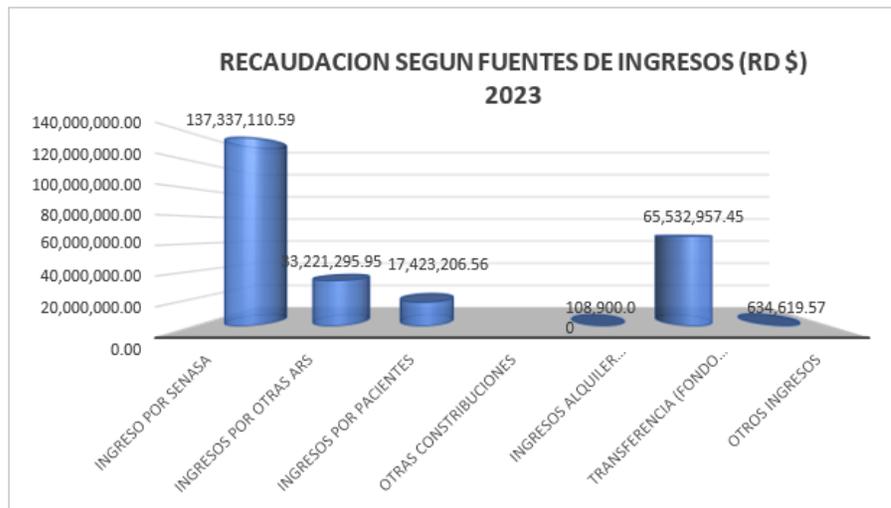
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.

La Dirección General de Presupuesto (Digepres) aprobó el presupuesto del 2023, por un monto de RD\$ 2,148,076,602.00, y asignó a esta institución RD\$ 221,643,881.00 para remuneraciones y contribuciones (nómina). El monto ejecutado tanto para remuneraciones como para gastos operativos asciende a RD\$ 400,719,962.63, equivalente a un 18% de la ejecución presupuestaria, quedando disponible RD\$1,747,356,639.37 tal como se presenta en el siguiente resultado:

Código Programa / Subprograma	Nombre del Programa	Asignación presupuestaria 2023 (RD\$)	Ejecución a junio 2023 (RD\$)	Cantidad de Productos Generados por Programa	Índice de Ejecución %	Participación ejecución por programa
5180 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Subcapítulo: 01 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Unidad ejecutora: 0010 - CENTRO CARDIO-NEURO OPTALMOLOGICO Y DE TRASPLANTE (CECANOT)	15 - Provisión de servicios de salud especializados Ciudad Sanitaria Luis E.	2,148,076,602.00	400,719,962.63	6719- personas acceden a servicios de salud cardio neuro-oftalmológico y trasplante	18%	400,179,962.63

A continuación, en la tabla se muestra el monto facturado vs el monto glosado en el periodo enero - octubre 2023.

Mes	Monto facturado	Monto glosa
ENERO	RD\$ 63,479,735.22	RD \$ 693,327.00
FEBRERO	RD\$ 52,140,818.17	RD \$ 502,004.02
MARZO	RD\$ 61,453,322.87	RD \$ 537,725.04
ABRIL	RD\$ 37,215,936.80	RD \$ 321,145.67
MAYO	RD\$ 67,335,958.18	RD \$ 623,222.26
JUNIO	RD\$ 65,814,021.80	RD \$ 464,179.12
JULIO	RD\$ 54,067,354.22	RD \$ 262,539.15
AGOSTO	RD\$ 58,948,076.30	RD \$ 842,703.74
SEPTIEMBRE	RD\$ 59,843,771.00	RD \$ 206,609.11
OCTUBRE	RD\$ 51,494,992.54	RD \$ 222,441.92
TOTAL	RD\$ 335,693,125.46	RD \$ 4.705,964



9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No se ha medido el resultado relacionado al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores

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.