



**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DR. LUIS MORILLO KING
REGION VIII SALUD
LA VEGA, REP. DOMINICANA**

Mayo 2024

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL
(En base al Modelo CAF, de Excelencia en la Gestión)**

Preparado por el Comité de Autoevaluación

Coordinador: Ing. Francisco Rosario	Enc. Planificación y Desarrollo
Secretario: Ing. Martin Fabian	Encargado Calidad
Dra. Haidé paulino	Directora General
Dr. Kelvin Capellán	Subdirector Medico
Dra. Deyanera Pérez	Coordinadora Apoyo Diagnostico
Lic. Leonarda Acevedo	Gerente administrativa
Lic. Yilda Minaya	Coordinadora de RRHH
Ing. Griselda Marmolejos	Enc. sistema de información
Sra. Fátima Rosario	Encargada Atención al Usuario
Dra. María Aleyda Bello	Encargada Epidemiologia
Lic. Eduardo Concepción	Encargado Relaciones Publicas
Licda. Verónica Marte	Subdirectora de los cuidados de Enf.

**La Vega, R.D.
Fecha Mayo 2024**

Evaluador (es)

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO (Breve resumen del proceso realizado)

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

1.1.1. MISIÓN

1.1.2. VISIÓN

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

1.1.4 BASE LEGAL

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1.1.6 SERVICIOS

1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL. (Principales
Objetivos y Líneas Estratégicas).

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.

2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.

2.3 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

2.1.1 LIDERAZGO

2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

2.1.3 PERSONAS

2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS

2.1.5 PROCESOS

2.2.2 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

2.2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

2.2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

2.2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

2.2.2.4 RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS. (Experiencias y aprendizajes,
inconvenientes, etc., durante el proceso).

4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital Regional Luis Morillo King, es un hospital de tercer 3er. nivel de atención, es el centro de referencia de la Red de Servicios de Salud Cibao Central (SRS VIII). Este hospital recibe usuarios desde los hospitales provinciales: Pedro E. Marchena de la Provincia Monseñor Nouel e Inmaculada Concepción de la Provincia Sánchez Ramírez. Se desarrolla la residencia de Medicina Interna y el internado rotatorio de la escuela de medicina de la Universidad Católica Tecnológica UCATECI y la UASD.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- es 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, y así transitar en el camino de la mejora continua y desarrollar la cultura de la excelencia.

La herramienta CAF nos permite autoevaluarnos identificando los puntos fuertes y las áreas de mejoras. Es como realizar una fotografía de lo que hacemos y hacia dónde vamos, es decir, es un diagnóstico de cómo está funcionando la institución y que necesitamos mejorar para alcanzar la excelencia en los productos y servicios que brindamos.

Para la realización del autodiagnóstico se agotaron los pasos sugeridos por la guía adoptada por el MAP para ayudar a las instituciones públicas en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Para tales fines, empezamos desplegando los pasos sugeridos para el autodiagnóstico, siendo el primer paso decidir autoevaluarnos y comunicar el proyecto de autoevaluación para lo cual se convocó al Comité Institucional de Calidad para luego establecer las estrategias y los equipos para trabajar la herramienta.

En este autodiagnóstico que presentamos para este año 2024, con proyección al 2025 encontramos un total de **67 áreas de mejoras**, las cuales se irán subsanando en los planes de mejoras que se elaborarán en lo sucesivo. En contraparte de las áreas de mejora tenemos los **puntos fuertes 150** en este caso.

En el Hospital Regional Dr. Luis Morillo King, presenta este autodiagnóstico de manera transparente y asumimos el compromiso de la mejora continua de la calidad como el camino a seguir para lograr la plena satisfacción de nuestros usuarios.

1. ASPECTOS GENERALES

Hospital Regional Dr. Luis Morillo King Servicio Regional Cibao Central

Av. Garcia Godoy #56, La Vega, Rep. Dominicana

Telefono: (809)573-3636

E-mail: hrlmorilloking@gmail.com.

Instagram: @Hospmorilloking,

Twitter: @MorillokingHosp

Pagina web: <https://hospitalmorilloking.gob.do>

RNC: 430-03794-1

Nivel III de Atención en Salud

1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

1.1.1 Misión

El Hospital Regional “Dr. Luis Morillo King” es una institución de salud, de carácter público que ofrece servicios especializados de consulta y hospitalización a la población de la provincia y de la región, con respeto, calidad y eficiencia, para satisfacer las necesidades de recuperación de la salud física y mental de los usuarios.

1.1.2 Visión

Ser un centro de excelencia para la atención médica que responda con oportunidad, calidez, eficacia y recursos tecnológicos a las necesidades de salud de los usuarios.

1.1.3 Valores

- Respeto
- Honestidad
- Equidad
- Responsabilidad
- Compromiso

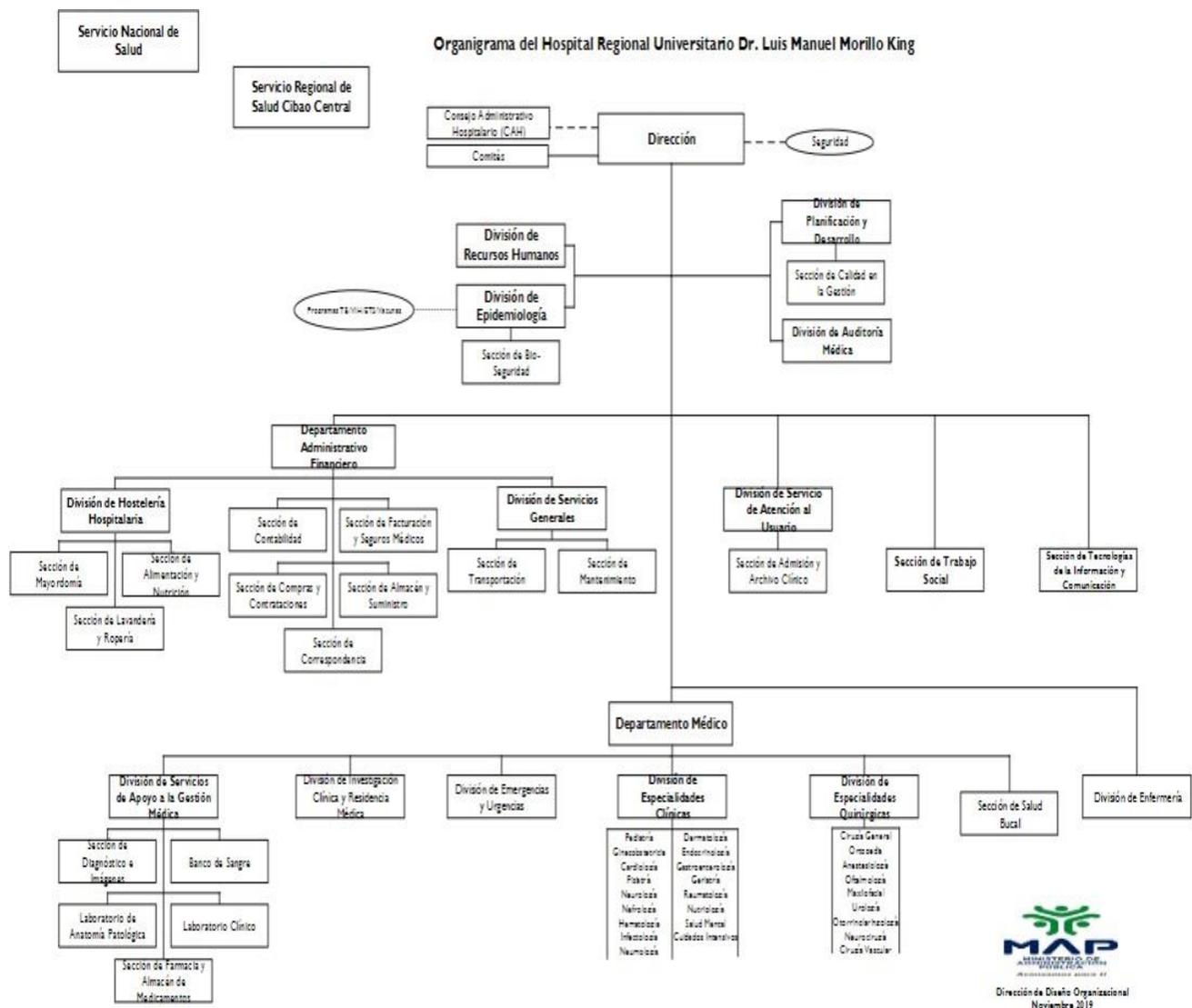
Objetivos Generales

- Satisfacción plena de nuestros usuarios
- Búsqueda constante de la calidad
- Adquisición de nueva tecnología
- Capacitación, entrenamiento y adquisición de los RRHH
- Contribuir al desarrollo institucional de los centros de salud de nuestro entorno

1.1.4 BASE LEGAL

- Ley General de Salud, núm. 42-01, del 8 de marzo de 2001.
- Ley núm. 87-01, de 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Ley núm. 123-15, del 01 de julio de 2015, que crea el Servicio Nacional de Salud.
- Decreto núm. 434-07, del 18 de agosto 2007, que establece el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



1.1.6 SERVICIOS

La Cartera de Servicios que ofrece la institución son las siguientes:

- Exámenes de Laboratorio: Procedimiento mediante el cual un usuario puede confirmar o descartar un diagnóstico.
- Estudios de Imágenes: Consiste en la toma de imágenes del interior del cuerpo mediante equipos especializados. (radiografías, ecografías, ultrasonido, mamografía)
- Hospitalización: Mediante este servicio se ingresan los usuarios evaluados en consulta externa y/o emergencia.
- Emergencias: Politraumatismos, heridas diversas, quemaduras, laceraciones, intoxicaciones, entre otros.
- Medicina Interna y subespecialidades: Destinado a la atención de pacientes con patologías clínicas de consulta externa e internamientos.
- Cardiología: Servicio diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos.
- Odontología: Servicio especializado basado en la prevención, diagnóstico, y rehabilitación de la salud oral.
- Anestesiología: Servicio de anestesia general, consulta pre anestésica y visita pre anestésico, entre otros.
- Procedimientos Quirúrgicos: Acto que se realiza en el cuerpo humano para extirpar o reparar un órgano enfermo.
- Programas de promoción y prevención: a través de estos programas se orienta a la población y se ofertan tratamientos de manera gratuita tales como: VIH, ITS, Tuberculosis, Atención integral a los adolescentes, Planificación familiar, Programa prevención de cáncer de próstata, cervico-uterino y mamas, entre otros.
- Hemodiálisis: es un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos.
- Servicio Materno Infantil y Neonatal: consiste en atender mujeres embarazadas y parturientas, así como el cuidado del recién nacido.
- Servicios de salud mental: atención ofrecida a través de Psicólogos y psiquiatras, tanto consulta, como hospitalización.

1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

Líneas Estratégicas

- Calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención
- Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos
- Fortalecimiento Institucional

Principales Objetivos

- Redes de servicios integrados y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población.
- Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Disminución de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, mediante el fortalecimiento y la integración de los servicios de salud antes de la concepción, durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención.
- Fortalecer la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.
- Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.
- Aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios.
- Incrementar las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

2.1 PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- Tenemos formulada nuestra misión y visión, con la participación del personal y los grupos de interés.
- Nuestros valores definidos: Respeto, Equidad, Compromiso, Responsabilidad, Honestidad.
- Se Garantiza 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.
- Nuestro hospital se prepara para los desafíos y cambios de transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).
- Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.
- 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.
- Los líderes predicán con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos.
- Se 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.).
- Se ha implantado la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.
- 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.
- Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas.
- Se 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.

- Se garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.
- Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.
- Se 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 contra referencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.
- 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).
- Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.
- 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.
- 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.).
- 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.

2.2 ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL

- Análisis y monitoreo de las expectativas y necesidades de los grupos de interés y su involucramiento en la planificación institucional.
- Promover y motivar la implementación de métodos modernos para impulsar la innovación en nuestros servicios.
- Identificación de alianzas públicas y privadas.
- Análisis de riesgo financieros y la implementación de un sistema de costeo de los servicios.
- Aplicación de las TIC en la mejora de los servicios.
- Monitoreo y rediseño de los procesos.
- La medición del impacto de la organización a lo externo.

2.3 ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

2.1.1 LIDERAZGO/AREAS DE MEJORAS

- No se evidencia se revise periódicamente la misión, visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo.
- No existe un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, a la vez que apoye al personal que trata dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto.
- No se introducen mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes
- No se evidencia la existencia de un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgo y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de mando Integral, conocido como BALANCED SCORECARD, NOBACI, entre otros)
- No se ha conformado un sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.
- No se evidencia el análisis y monitoreo de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.

2.1.2 PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA/ AREAS DE MEJORAS

- No se involucran los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, equilibrando y dando prioridad a sus expectativas y necesidades.

- No se 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.

2.1.3 PERSONAS/ AREAS DE MEJORAS

- No se 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.
- No se revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.
- No 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 evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de actividades, por medio de la monitorización y del análisis costo/beneficio.
- No se evidencia la publicación y acciones de mejora producto de los resultados de la encuesta de clima laboral
- No se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral

2.1.4 ALIANZAS Y RECURSOS/ AREAS DE MEJORAS

- No se evidencia el monitoreo de los resultados e impactos de las alianzas.
- No se identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y desarrollarlas cuando sea apropiado.
- No se garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.
- No se publica la información presupuestaria.
- No se 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.
- No se garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.
- No se establecen redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.
- No se 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 monitorizan y evalúan sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.
- No se 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 utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.
- No se toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.
- No se tiene implementado un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.

2.1.5 PROCESOS/ AREAS DE MEJORAS

- No se impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.
- No se 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 establecen 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 gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.

ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

2.2.2.1 RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES/ AREAS DE MEJORAS

- No se ha medido la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.
- No se ha medido la percepción en cuanto a transparencia, apertura e información proporcionada por la organización.
- No se ha medido la diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente.
- No se ha medido las capacidades de la organización para la innovación.
- No se ha medido la digitalización en la organización.
- No se ha medido la 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.
- No se ha medido el 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 han medido los indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).
- No se han medido los indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).
- No se han medido los 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.).

2.2.2.2 RESULTADOS EN LAS PERSONAS/ AREAS DE MEJORAS

- No se ha medido el nivel de involucramiento en las mejoras de las actividades.
- No se ha medido el número de dilemas éticos.
- No se ha medido la frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social, promovidas por la organización.
- No se ha medido nivel de uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- No se han medido indicadores relacionados con el desarrollo de las capacidades (por ejemplo, tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).

2.2.2.3 RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL / AREAS DE MEJORAS

- No se ha medido el nivel de la conciencia pública del impacto del funcionamiento de la organización sobre la calidad de vida de los ciudadanos/clientes. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades

humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.

- No se ha medido la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.
- No se ha medido el impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.
- No se ha medido el impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (Respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).
- No se ha medido el impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).
- No se evidencia la toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.
- No se evidencia la participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).
- No se ha medido el grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).
- No se evidencia resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo, informe de sostenibilidad).
- No se evidencia resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo, informe de sostenibilidad).
- No se ha medido el consumo energético por día.

2.2.2.4 RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO / AREAS DE MEJORAS

- No se ha medido resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).
- No se ha medido resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.
- No se ha medido el nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.
- No se ha medido resultados de la innovación en servicios/productos para la mejora del impacto.
- No se han medido los resultados de la implementación de reformas del sector público.
- No se ha medido el Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.
- No hemos realizado benchmarking comparativo.
- No se ha medido la eficacia de las alianzas (por ejemplo, grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, actividades conjuntas.).
- No se ha medido la eficiencia de costos (impactos logrados al menor costo posible.).

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El Modelo CAF (COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK), el Marco Común de Evaluación se presenta como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público interesadas en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento.

Así como Modelo de Excelencia, ofrece un marco sencillo y fácil de usar, idóneo para realizar un auto evaluación de las organizaciones del sector público que inician el camino de la mejora continua y el desarrollo de una cultura de calidad.

La aplicación periódica del autodiagnóstico a una organización proporciona un medio idóneo para alcanzar un consenso sobre aquello que es preciso mejorar en la organización.

Dicho esto, la identificación de buenas prácticas y la oportunidad de compartirlas con otras organizaciones autoevaluadas con el Modelo CAF (BENCHLEARNING).

Permite, además, a las organizaciones públicas emprender acciones de mejora concretas para elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios públicos a los ciudadanos y ofrece un medio para medir el progreso en el tiempo de los resultados de estas acciones.

En este sentido antes expresado esta herramienta es de gran ayuda, es dinámica, amigable, fácil de entender; no es necesario crear situaciones o redactar todo el ciclo que compone la gestión de la calidad, pues cada ejemplo nos va guiando.

Las lecciones aprendidas en este proceso de autodiagnóstico fueron:

- ✓ La importancia del trabajo en equipo
- ✓ Recopilación de evidencias, su importancia y forma de presentación
- ✓ Trabajar el día a día, no acumular compromisos
- ✓ Cerrar los procesos siguiendo el ciclo PDCA
- ✓ Dar seguimiento a los procesos y acciones emprendidas
- ✓ Trabajar enfocado siempre en la satisfacción de nuestros usuarios
- ✓ Medir los impactos en nuestros servicios, sobretodo asumiendo nuestra responsabilidad social

4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución:		
Criterios	Puntos Totales Actual	Puntos Totales Propuesto
1: Liderazgo (140 puntos)	105	115
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	117	125
3: Personas (100 puntos)	74	80
4: Alianzas (100 puntos)	75	80
5: Procesos (120 puntos)	76	85
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	85	90
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	80	85
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	45	50
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	45	50
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	702	760