

PREMIO
DISTRICTAL
A LA **GESTIÓN**
en Salud
2011

COLONIZADORES Y CONQUISTADORES





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ SECRETARÍA GENERAL

Secretario General

Yuri Chillán Reyes

Subsecretaria General

Beatriz Helena Hincapié Molina

Director Distrital de Desarrollo Institucional

Jaime Ramón Gómez Pascuali

Subdirector Técnico

Miguel Alfonso Castelblanco Gordillo

Coordinador Distrital de Calidad

Gerardo Duque Gutiérrez

Equipo de trabajo

Alexandra Arévalo Cuervo
Nubia Paola Rueda Casallas
Norha Carrasco Rincón
Juan Carlos Beltrán Jaramillo
Viviana Marcela Villamil

Diseño y diagramación

Ángela Camila Buitrago Guzmán
Giovanna María Cortés Nieto

Corrección de estilo

Felipe Solano Fitzgerald

Impresión

Subdirección Imprenta Distrital - DDDI

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Secretario de Salud

Héctor Zambrano

Subsecretario de Salud

Juan Varela

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

Hermán Redondo

Coordinadora de Vigilancia y Control de la Oferta

Isabel Cristina Artunduaga

Equipo de trabajo

Jacqueline Jaimes Trespalcios
María Elena Buriticá

VEEDURÍA DISTRITAL

Veedora Distrital

María Consuelo del Río Mantilla

Viceveedor Distrital

Salvador Mendoza Suárez

Veedor Delegado para la Eficiencia Administrativa

Jaime Gil Tovar

Equipo de trabajo

Martha Lucía Ortiz Penagos
Omar Tarcisio Cañas Carrillo

PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011

El reto en la gestión pública es su orientación al servicio de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y su compromiso en alcanzar una sociedad de bienestar. La capacidad de innovar y adaptarse continuamente a los requerimientos sociales permitirá a la Administración Pública incrementar la credibilidad y confianza de los usuarios en las diversas prestaciones y variados servicios que suministra. Otro aspecto relevante es la continuidad de políticas públicas exitosas en el cambio de administración que genere la filosofía de construir sobre lo construido. Es allí donde aparecen los mecanismos que permiten trascender las fronteras del tiempo, así como transferir prácticas y experiencias exitosas que han demostrado beneficios.

Para poder llevar a cabo estos propósitos, el 26 de noviembre de 2008 el señor Alcalde firmó el Acta de Adhesión de Bogotá a la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, en la cual se establecen compromisos frente a la necesidad de focalizar los esfuerzos para implementar modelos de excelencia en las entidades públicas, facilitar la conformación de los equipos de mejora, adoptar mejores prácticas y poner en marcha las cartas de compromiso con el ciudadano en las entidades distritales, incluidos los hospitales.

Otra de las orientaciones definidas en la Carta Iberoamericana es el desarrollo y la aplicación de premios, los cuales son instrumentos valiosos que incentivan la mejora, el aprendizaje, el reconocimiento a la gestión pública, así como el intercambio y difusión de mejores prácticas.

Adicionalmente, la Circular Conjunta 32 de 2008 y la Directiva 003 de 2009 señalan la necesidad de continuar con el desarrollo del Premio Distrital a la Gestión, como una estrategia de aprendizaje e intercambio de conocimientos y avances.

En este sentido, la edición del Premio Distrital a la Gestión 2011 tiene como finalidad entregar a la nueva administración las fortalezas y oportunidades de mejora, pero ante todo las experiencias exitosas en temas relacionados con el desarrollo institucional y los sistemas de gestión.

1. ALCANCE

La metodología descrita en esta cartilla aplica para los hospitales que participarán en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 en las modalidades *Colonizadores* y *Conquistadores*.

2. OBJETIVO

El Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 evaluará de manera integral diferentes aspectos de la gestión y reconocerá a aquellos que demuestren mejores resultados en la implementación del Sistema Único de Acreditación, el Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID), la valoración de procesos y procedimientos, la participación de los servidores públicos y los directivos, así como en el balance y el legado de la gestión de la última administración.

3. MODALIDADES

Para el Premio Distrital a la Gestión en Salud (PDGS) 2011 se mantienen las dos modalidades definidas en la edición 2010.

Nuevamente, los hospitales de la modalidad *Conquistadores* formarán parte de un equipo (o zona) que se definirá a través de sorteo público el día de la reunión de divulgación del Reglamento del Premio (ver cronograma).

Los dos (2) hospitales distritales acreditados (Hospital Nazareth y Hospital Pablo VI Bosa) no participarán en una modalidad específica, sino que serán capitanes de una de las zonas de hospitales para asesorar a cada equipo en el proceso de mejoramiento de los criterios definidos para este premio.

Ahora bien, teniendo en cuenta que todos los hospitales han desarrollado durante los dos últimos años actividades encaminadas al fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en esta edición del premio se definieron las modalidades de *Colonizadores* y *Conquistadores*. Los primeros son aquellos diez (10) hospitales que ya cuentan con una trayectoria y avance en este camino, a los que se les reconoce un trabajo sostenido y continuo para consolidar los componentes del sistema e incluir nuevos elementos. Como los otros diez (10) hospitales ya no se encuentran en fase de exploración del SOGCS sino que están trabajando por su fortalecimiento, en esta ocasión se denominarán *Conquistadores*¹.

Durante los dos años pasados, los hospitales que estaban empezando el diseño e implementación de sus sistemas de gestión con base en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud tuvieron que descubrir cómo lograrían este objetivo a través de sus procesos. Gracias al compromiso de estas instituciones, en el 2011² todos los hospitales distritales cuentan con la metodología definida por el Ministerio de la Protección Social para implementar ciclos de mejoramiento que permitan prestar servicios con excelente calidad. Por este motivo los hospitales que participaban en la modalidad Exploradores se denominarán en la edición 2011 como *Conquistadores*, pues ya conocen la metodología y se encuentran en la realización de por lo menos un ciclo de mejora.

Este mismo avance se ha evidenciado en los hospitales que hasta el 2010 se denominaban *Conquistadores*, pues eran instituciones que ya conocían la metodología para la implementación del Sistema Único de Acreditación y se encontraban en la fase de consolidación. Considerando que ya se cuenta con procesos estructurados con miras a lograr estándares superiores de calidad, así como con un direccionamiento estratégico enfocado en esta misma línea en las diez (10) instituciones, en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 estos hospitales serán designados como *Colonizadores* porque se apropiaron de una cultura centrada en el usuario y actualmente se encuentran en un proceso avanzado de consolidación.

- Modalidad *Colonizadores*:
 - Hospital Chapinero.
 - Hospital de Fontibón.
 - Hospital de Suba.
 - Hospital del Sur.
 - Hospital de Usme.
 - Hospital Meissen.
 - Hospital Rafael Uribe Uribe.

1. Según las etapas relacionadas con el descubrimiento de territorios en la Edad Media, en una primera instancia se da la exploración, que corresponde a la etapa de descubrimiento. Esta situación conlleva una etapa de diagnóstico para determinar las condiciones de un territorio y así establecer un plan de acción. Posteriormente, se procede a conquistar el territorio, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el plan de acción, lo cual busca implantar una comunidad en un territorio nuevo. Finalmente surge un estadio posterior, la expansión alrededor de los núcleos inicialmente establecidos, que genera la etapa de colonización.

2. En este año se vence el plazo para que las entidades públicas del sector salud implementen la metodología del Sistema Único de Acreditación.

- Hospital Santa Clara.
 - Hospital San Cristóbal.
 - Hospital Tunjuelito.
- Modalidad *Conquistadores*:
 - Hospital Bosa.
 - Hospital Centro Oriente.
 - Hospital El Tunal.
 - Hospital Engativá.
 - Hospital La Victoria.
 - Hospital Occidente de Kennedy.
 - Hospital San Blas.
 - Hospital Simón Bolívar.
 - Hospital Usaquén.
 - Hospital Vista Hermosa.

4. FORMA DE PARTICIPACIÓN

La Administración Distrital, consciente de la necesidad de garantizar la evaluación integral de la gestión institucional en el marco de la eficiencia, la eficacia y la efectividad, ha determinado que todos los hospitales, de manera obligatoria, deben participar en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011.

En este sentido, los hospitales deben inscribirse a través de oficio suscrito por el representante legal y adjuntar el formato del **Anexo N.º I** debidamente diligenciado. Los documentos en mención deben enviarse (sin radicar) al Secretario General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, con copia a la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional en las fechas establecidas por los organizadores.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Partiendo de que todos los criterios definidos tienen un impacto diferente en los resultados de mejoramiento esperados en los hospitales, se estableció para cada elemento un puntaje y un peso específicos.

El Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 se evaluará sobre una base de 3.000 puntos para los hospitales de las modalidades descritas en esta cartilla. Dichos puntos están distribuidos de la siguiente manera:

N.º	CRITERIOS	PUNTAJE	PESO
1	Evaluación del Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID).	400	13%
2	Valoración de mejores prácticas.	400	13%
3	Exposición de los representante legal y servidores.	400	13%
4	Evaluación de los servidores.	600	20%
5	Implementación del SOGCS con énfasis en SUA.	1.200	40%
PUNTAJE TOTAL		3.000	100%

5.1 INSTANCIAS DE EVALUACIÓN

Formarán parte integral de la evaluación los cinco criterios mencionados, los cuales serán analizados por instancias diferentes con el fin de garantizar la transparencia en el desarrollo del premio.

N.º	CRITERIOS	INSTANCIAS
1	Evaluación del Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID).	Servidores de las entidades y hospitales del Distrito Capital (Auditores del Distrito Capital).
2	Valoración de mejores prácticas.	Servidores de los hospitales distritales.
3	Evaluación de servidores.	Evaluación virtual y concurso público – Aplicativos administrados por los organizadores.
4	Exposición del representante legal y servidores.	Comité evaluador (profesionales externos a los hospitales participantes).
5	Implementación del SOGCS con énfasis en SUA.	Comité evaluador (profesionales externos a los hospitales participantes).

5.2 EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DISTRITAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (IDID)

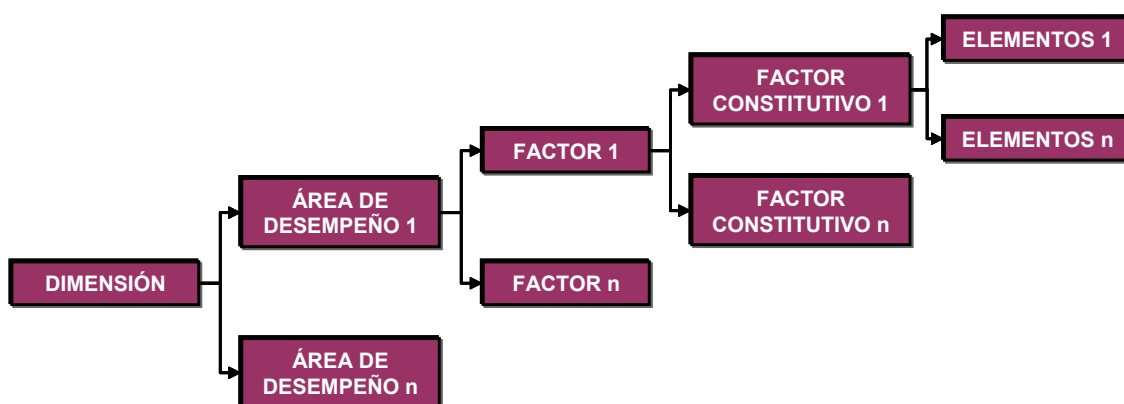
Desde la aplicación de lo establecido en la Ley 87 de 1993, la Ley 89 de 1998 y la Ley 872 de 2003 las entidades y organismos distritales han venido implementando modelos e instrumentos que les han permitido fortalecer la gestión institucional, sin embargo este avance no ha sido medido de manera integral. Por este motivo la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor estructuró el modelo de Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID).

El IDID se evaluará en diferentes etapas, la primera en el marco del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011, y se centrará en la medición de las siguientes áreas de desempeño: ética, direccionamiento estratégico, gestión documental, interacción con el usuario, aplicación de políticas de TIC, procesos, procedimientos y trámites, comunicaciones, talento humano, cumplimiento del Plan de Desarrollo y ejecución presupuestal. En la segunda etapa se incluirán nuevos temas de medición de acuerdo con las necesidades de la Administración en la materia.

Además del aporte de puntaje en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011, el resultado de la aplicación del IDID permitirá establecer un *ranking* de los hospitales distritales en materia de desarrollo institucional, el cual se elaborará cada año para establecer las fortalezas y oportunidades de mejora.

En el **Anexo N.º 4** se explica detalladamente la estructura del IDID en el marco del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011, dentro del cual será evaluado en dos fases:

- *Fase I. Obtención de información.* El IDID presenta una estructura base que, como se describe en el **Anexo N.º 4**, está conformada de la siguiente manera:



La calificación en el modelo se hace de la siguiente manera: la sumatoria de los *elementos* otorga el valor al *factor constitutivo*. El conjunto de *factores constitutivos* da el valor del *factor*. A su vez, los puntajes de los *factores* generan el *área de desempeño*, cuyos valores dan el valor de la *dimensión*, que se

convertirá en el último valor. Finalmente, el resultado del IDID se desprenderá de la sumatoria de los resultados de las *dimensiones*.

No todas las temáticas presentan este nivel de desagregación, sin embargo tienen en común la dimensión, el área de desempeño y el factor. Independientemente de esta situación, la información que compone cada uno de estos niveles será obtenida de diferentes fuentes, una de las cuales es el informe de postulación y las otras son instancias como entidades, áreas o sistemas de información que por su competencia, naturaleza o uso poseen los datos requeridos y se consideran fuentes oficiales.

En el entendido de que existen diversas fuentes de suministro de información, previamente y de acuerdo con los datos con que se cuente, esta será consolidada y remitida a cada una de las entidades, de modo tal que en aquellos casos y conforme a las orientaciones dadas en este criterio y en los comunicados que se generen al respecto, las entidades podrán allegar la evidencia o soportes que consideren pertinentes y que potencialmente permitan hacer los ajustes necesarios. No obstante estos soportes serán evaluados por las fuentes, que de acuerdo con el análisis respectivo podrán rechazar o aceptar ajustes del puntaje correspondiente al elemento o factor de su competencia.

- *Fase 2. Las temáticas del IDID.* Según su naturaleza, estas podrán o no validarse mediante procesos de auditoría. En este sentido, en aquellos factores que no son objeto de auditoría el resultado dependerá exclusivamente de la fuente que genere la información.

5.2.1 Asignación de puntaje

El IDID tiene un puntaje asignado de 400 puntos, que corresponden al 13,3% del total del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011. El hospital puede lograr este valor si presenta un cumplimiento del 100% en el Índice de Desarrollo Institucional Distrital de acuerdo con los lineamientos establecidos en el **Anexo N.º 4**. Esto quiere decir que si el valor final de un hospital en el índice es del 50%, el puntaje que le corresponderá será de 200 puntos, mientras que si es del 10% se le asignarán 40, y así sucesivamente.

Como se mencionó anteriormente, los factores y elementos pueden ser o no auditados, de tal forma que podrían presentarse tres escenarios:

- *Factores y elementos que no se auditarán:* cuando la información es suministrada por una fuente formal y competente en el tema —tales como resultados de encuestas, premios, sistemas de información o datos de gestión consolidados—, el puntaje asignado en el IDID estará relacionado con la información que emite la fuente. En este nivel se encuentran:

- Resultados del Juego de Travesía Ética del 2010.
- Índice de transparencia.
- Encuesta de participación y control social.
- Premio de Quejas y Reclamos de la Veeduría Distrital.
- Factor de planeación de la política de las TIC.
- Factor de racionalización de la política de las TIC.
- Factor de conectividad de la política de las TIC.
- Trámites.
- Cumplimiento del Plan de Desarrollo.
- Ejecución presupuestal.

En este escenario la entidad no podrá pedir ningún tipo de ajuste o corrección.

- *Factores y elementos que se auditarán aunque su origen sea de una fuente identificada:* en estos casos y por solicitud de la fuente se realizará auditoría con el fin de validar la consistencia de la

información. Es pertinente anotar que en algunas circunstancias la fuente reportará cero (0) en la información de algunos hospitales, situación que se puede presentar por las siguientes razones:

- El hospital no remitió la información en el plazo planteado por la fuente. Es importante aclarar que las áreas de desempeño, los factores y elementos tienen un soporte legal que obliga al envío de la información por parte de los hospitales. En este caso el puntaje será cero (0) y no se auditará ningún tipo de información relacionada.
- El hospital envió la información en los plazos establecidos por la fuente y el puntaje que esta le asigna es cero; en esta situación el hospital deberá anexar el soporte del envío para ser evaluado con la fuente. En caso de aceptación por parte de la fuente se incluirá el puntaje correspondiente y se procederá a ejecutar la respectiva auditoría. Si el soporte no es aceptado por la fuente, el puntaje será cero (0) y no será objeto de auditoría.

En esta modalidad se encuentran las siguientes áreas de desempeño, factores o elementos:

- Gestión documental.
 - Factor de seguridad de la información dentro de la aplicación de las TIC.
 - Factor de democratización dentro de la aplicación de las TIC.
 - Factor calidad dentro de la aplicación de las TIC.
 - Factor IDEC@ dentro de la aplicación de las TIC.
 - Factor software libre dentro de la aplicación de las TIC.
 - Comunicaciones.
- *Factores y elementos que se auditarán porque la información ha sido suministrada por el hospital: esta se aporta al Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 vía informe de postulación y será auditada. Dentro de este nivel se encuentran los siguientes elementos o factores:*
- Acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético.
 - Planes de acción ética.
 - Elementos básicos de direccionamiento estratégico.
 - Elementos adicionales de direccionamiento estratégico.
 - Procesos y procedimientos.
 - Talento humano.

Si la información no es enviada en el informe de postulación, no será auditada y el puntaje correspondiente al elemento o factor será cero (0).

5.2.2 Desarrollo de la auditoría

La auditoría del IDID, en el marco del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011, tiene como finalidad la verificación de la información, ya sea porque fue suministrada por una fuente específica o porque se encuentra relacionada en el informe de postulación. A continuación se presentan los elementos o factores que pueden ser objeto de auditoría:

- Acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético.
- Planes de acción ética.
- Elementos básicos de direccionamiento estratégico.
- Elementos adicionales de direccionamiento estratégico.
- Aspectos generales de gestión documental.
- Procedimientos de gestión documental que se encuentran documentados.
- Sistema integrado de conservación.

- Factor de seguridad de la información dentro de la aplicación de las TIC.
- Factor de democratización dentro de la aplicación de las TIC.
- Factor calidad dentro de la aplicación de las TIC.
- Factor IDEC@ dentro de la aplicación de las TIC.
- Factor software libre dentro de la aplicación de las TIC.
- Comunicaciones.

La auditoría no se hará a la totalidad de los elementos o factores en los que pueda realizarse, por ello es necesario tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- La auditoría se desarrollará en la fecha y hora definidas por los organizadores. Esta programación será informada con anterioridad a los hospitales.
- El equipo de auditoría está compuesto por servidores públicos de otras entidades y hospitales del Distrito.
- La única temática obligatoria de auditoría en todas las entidades será la de comunicaciones.
- Adicionalmente se auditarán cinco (5) elementos o factores seleccionados aleatoriamente. Con tal fin y en presencia de representantes del hospital y el equipo auditor, así como con la orientación del facilitador de la Secretaría General, la Secretaría Distrital de Salud o la Veeduría Distrital, se escogerán por sorteo, momento en el cual se explicará con detalle en un comunicado el procedimiento a seguir.

Una vez seleccionados los elementos o factores se procederá a realizar la auditoría en los instrumentos definidos para tal fin. Como se había mencionado, el propósito de la auditoría es verificar que la información reportada en el informe de postulación o por las fuentes elegidas coincida. En caso de ser así, el equipo auditor certificará que la información reportada en el IDID es real y en consecuencia el puntaje asignado a la entidad será el suministrado inicialmente; si por el contrario la información no coincide, se llevarán a cabo los ajustes del caso de acuerdo con lo que señalen los auditores.

Como se afirmó con anterioridad, la auditoría se efectuará a seis (6) elementos o factores, de los cuales uno (1) es obligatorio y cinco (5) serán seleccionados aleatoriamente. En aquellas temáticas que no sean escogidas se asumirá que la información es consistente y se mantendrá el puntaje otorgado inicialmente.

5.3 VALORACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS

El propósito del criterio de valoración “Mejores prácticas” es identificar y estandarizar en el Distrito las mejores formas de desarrollar los procedimientos de tipo gerencial, de apoyo y de control y evaluación en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

Para el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 se valorarán dos (2) procedimientos, que serán seleccionados por los organizadores e informados oportunamente mediante un comunicado.

Este criterio se evaluará en dos fases. La primera de ellas es el ingreso de la información y la segunda son los resultados del observatorio de mejores prácticas obtenidos por los hospitales.

- *Ingreso de la información:* para la consolidación y valoración de los procedimientos se definirán los instrumentos mediante los cuales los hospitales deberán ingresar la información sobre los procesos —en esta etapa contarán con el apoyo de gestores externos enviados por los organizadores a los hospitales—. La fecha exacta para la realización de esta actividad será informada a través de comunicado.

Al ingreso de información clara, oportuna y veraz le será asignado hasta cien (100) puntos. Las escalas correspondientes a la evaluación de este criterio se muestran más adelante.

- *Resultados de la discusión de procedimientos:* como resultado de la presentación de los procedimientos, los líderes de cada hospital le asignarán un puntaje asociado con los factores que se estén evaluando y que puedan considerarse como mejor práctica.

El puntaje que se asignará a este criterio será hasta de trescientos (300) puntos. Las escalas correspondientes a la evaluación de este criterio se muestran más adelante.

El desarrollo de este criterio hace necesario tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- Para el suministro de información, los hospitales deberán diligenciar en medio magnético los instrumentos definidos por los organizadores y sobre los cuales recibirán instrucción en un comunicado. En este aspecto se valorará la calidad de la información suministrada, su integridad —en términos de que sea completa— y el cumplimiento de los tiempos establecidos para su envío.
- Las prácticas que sigue cada hospital serán valoradas por todos los hospitales integrantes del grupo en el cual queden asignados por sorteo. En este sentido, los hospitales serán citados a dos (2) sesiones de evaluación.
- A cada sesión de evaluación deberán asistir dos y tres representantes de cada hospital, quienes serán elegidos teniendo en cuenta el procedimiento a valorar en la respectiva sesión.
- Los participantes en las sesiones de evaluación deberán contar en cada una con toda la evidencia del desempeño del proceso, la cual consta de manuales, instructivos, formatos, aplicativos, resultados de auditorías, indicadores, las mediciones y los resultados de su análisis, las evaluaciones de productos y servicios, de satisfacción del cliente, etc.
- Cada procedimiento será evaluado en una única sesión.
- El puntaje total de este criterio es de 400 puntos, que corresponde al 13,3% del total del puntaje establecido para el premio. De este modo, cada procedimiento valdrá 150 puntos.
- El puntaje total para cada procedimiento será:

Suministro de información	Evaluación del procedimiento
50	150

- En caso de que los representantes del procedimiento no asistan a la discusión, el hospital no obtendrá ningún puntaje porque su procedimiento no será evaluado.
- Una vez inicie la discusión de los procedimientos no se permitirá la entrada a más participantes.

5.4 EVALUACIÓN DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS

La participación de los servidores públicos y de los contratistas en el desarrollo, implementación y mejora de los sistemas de gestión del hospital es fundamental y por tal razón se evaluará su grado de conocimiento.

Los resultados que obtengan los servidores públicos y contratistas no solo aportarán puntaje al hospital, sino que además quienes logren las cuatro mejores notas por hospital participarán, como equipo, en la final contra otros hospitales. En este escenario, el grupo ganador será premiado.

Dentro de los 3.000 puntos totales de la evaluación, este criterio tiene un valor de 600, es decir, un peso del 20%, el cual se dividirá en tres factores como se muestra a continuación:

N.º	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	PESO
1	Cantidad de servidores públicos y contratistas que participan en la evaluación.	200	6,67%
2	Promedio de la evaluación de los servidores públicos y los contratistas que participaron en la evaluación.	200	6,67%
3	Concurso final.	200	6,67%
PUNTAJE TOTAL		600	20%

Para la evaluación de los servidores públicos se definirá con anterioridad el cronograma de evaluación con el objetivo de que la entidad disponga de las condiciones adecuadas para el ejercicio.

Los temas definidos para la evaluación de este criterio son aquellos relacionados con la aplicación de los sistemas de gestión que ha implementado el hospital (SOCGS y MECI), el ideario ético y el servicio al ciudadano en el ámbito distrital.

En cuanto a los criterios de cantidad y promedio de evaluación de los servidores públicos y contratistas se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Los puntos se asignarán de acuerdo con el porcentaje de servidores públicos y contratistas que se inscriban y participen. El cálculo porcentual se efectuará mediante la relación del número de personas que participan por parte del hospital frente al total de servidores públicos (carrera administrativa, provisional, libre nombramiento) y contratistas reportados por el hospital en la inscripción.
- El promedio del hospital se calculará con base en los resultados obtenidos por los servidores públicos y los contratistas que presenten la evaluación. Sin embargo, para que los hospitales puedan acceder a este puntaje es necesario que mínimo el 50% de los servidores públicos y contratistas con que cuenta el hospital presenten la evaluación virtual.

Adicionalmente, cuando llegue la final se darán a conocer los servidores que participarán en grupo representando al hospital. Es necesario aclarar que para formar parte de este equipo se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

- Los seleccionados no deben pertenecer al área de planeación, calidad o gestión pública del hospital.
- El equipo estará conformado por un directivo, un profesional, un asistencial y un técnico.
- Los representantes por nivel jerárquico serán aquellos que hayan obtenido los mejores resultados en la prueba virtual.
- La conformación de los grupos de hospitales que se van a enfrentar se hará por sorteo público en el lugar, día y hora establecidos por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Veeduría Distrital.

- El concurso se llevará a cabo en tres rondas y cada una de ellas entregará puntaje a los equipos que avancen en la eliminatoria. Los grupos que más rondas realicen podrán acumular mayor puntaje.
- El equipo vencedor podrá obtener hasta 200 puntos, distribuidos de la siguiente forma:

CONCURSO FINAL	PUNTAJE ASIGNADO PARA CADA RONDA
PRIMERA RONDA	70
SEGUNDA RONDA	60
RONDA FINAL	70

5.5 EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SERVIDORES

Teniendo en cuenta que la mayoría de administraciones de los hospitales cambian en el 2012 es necesario definir estrategias que permitan dar continuidad a sus procesos de mejoramiento continuo. Por tal motivo este año el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 quiere ser un mecanismo a través del cual se identifiquen tanto las fortalezas de la institución frente a temas como el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno, como la propuesta para continuar en el camino de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes.

Con este propósito el premio ha definido que la exposición del hospital sea la estrategia para que la actual administración haga de conocimiento público las fortalezas identificadas en temas de gestión. Para este efecto la evaluación se hará en dos fases: la primera tiene que ver con la entrega de un documento denominado *Balance de los sistemas de gestión* y la segunda es el desarrollo de la exposición (**Anexo N.º 2**)

Fase I. Los hospitales deberán entregar un documento en el que se registren las acciones ejecutadas en la actual administración en las diferentes fases del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno, así como el plan de acción propuesto a la nueva administración para que sea ejecutado a partir del 2012.

Para esto se generó un formato con cinco elementos que deben ser descritos de forma general de acuerdo con lo siguiente:

- *Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno:* identificar y describir aquella acción o estrategia que el hospital considera tuvo mayor impacto e impulsó la fase de implementación de estos sistemas.
- *Sostenibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno:* identificar y describir aquella acción o estrategia que en criterio del hospital tuvo mayor impacto e impulsó la fase de sostenibilidad de sus sistemas de gestión.
- *Evaluación y seguimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control:* identificar y describir aquella acción o estrategia que para el hospital tuvo mayor impacto e impulsó la fase de evaluación y seguimiento.
- *Mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control:* identificar y describir aquella acción o estrategia que el hospital considera tuvo mayor impacto e impulsó la mejora continua.
- *Plan de Acción 2012:* plantear las actividades y estrategias que el hospital recomienda efec-

tuar durante la siguiente administración con el propósito de garantizar un mayor impacto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.

Para desarrollar cada uno de los elementos el hospital contará con una (1) página, es decir que el informe tendrá cinco (5) páginas de contenido y una portada. Este documento y la presentación que el hospital usará para la exposición deben ser entregados en las fechas establecidas por los organizadores, las cuales serán informadas mediante un comunicado.

Fase 2. La exposición debe ser realizada ante los jurados por los tres representantes del hospital (el representante legal y dos servidores), quienes sustentarán en los días y horas establecidos por los organizadores los temas que se han abordado en el documento entregado previamente.

Respecto a esta exposición es necesario aclarar que la inasistencia de los representantes seleccionados del hospital será sancionada con puntaje. Las condiciones para que los hospitales elijan a sus dos representantes adicionales al gerente serán informadas en un comunicado del premio.

Adicional a los expositores podrá asistir una comitiva del hospital. No obstante, la exposición solo será realizada por los servidores antes seleccionados.

La exposición que realicen los tres representantes del hospital debe estar en total coherencia con el documento entregado. Las temáticas que cada uno de ellos abordará son:

- Representante 1. Deberá exponer las acciones de impacto del hospital para la implementación y sostenibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.
- Representante 2. Deberá exponer las acciones de impacto del hospital para la evaluación y mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.
- Representante legal. Deberá exponer el plan de acción 2012 propuesto por el hospital para garantizar la sostenibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y el Modelo Estándar de Control Interno.

Los jurados evaluarán de manera integral el orden, la forma, el contenido y las respuestas a las preguntas que se formulen. Este criterio tiene un peso porcentual del 13,3% sobre el total, que corresponde a 400 puntos distribuidos de la siguiente forma:

N.º	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	PESO
1	Documento <i>Balance de los sistemas de gestión.</i>	80	2,66%
2	Exposición del Representante 1.	80	2,66%
3	Exposición del Representante 2.	80	2,66%
4	Exposición del Representante legal.	80	2,66%
5	Interacción con los jurados.	80	2,66%
PUNTAJE TOTAL		400	13,3%

5.6 IMPLEMENTACIÓN DEL SOGCS CON ÉNFASIS EN SUA

Este factor de evaluación será verificado en las instalaciones de cada uno de los hospitales. La actividad será desarrollada por evaluadores externos contratados por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Veeduría Distrital.

Para el desarrollo de este criterio se tendrán en cuenta las siguientes orientaciones:

- La evaluación se hará en dos fases. La primera consiste en la revisión documental que, como se mencionó, está dada en el informe de postulación. La segunda es una visita de campo para corroborar lo descrito en el informe y en los documentos conocidos.
- Las visitas se realizarán de acuerdo con la programación definida.

De los 3.000 puntos de la evaluación total del Premio Distrital a la Gestión 2011, este criterio tiene un peso del 40%, es decir, 1.200 puntos. El puntaje se asignará de la siguiente forma:

- Modalidad *Colonizadores*

N.º	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	PESO
1	Evaluación del informe de postulación.	200	6,67%
2	Sistema Único de Acreditación.	600	20%
3	Seguridad del paciente y gestión del riesgo.	200	6,67%
4	Humanización de la atención.	100	3,33%
5	Transformación de la cultura organizacional.	100	3,33%
PUNTAJE TOTAL		1.200	40%

- Modalidad *Conquistadores*:

N.º	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	PESO
1	Evaluación del informe de postulación.	200	6,67%
2	Sistema Único de Acreditación.	600	20%
3	Seguridad del paciente.	200	6,67%
4	Experiencias exitosas.	200	6,67%
PUNTAJE TOTAL		1.200	40%

5.6.1 Evaluación del informe de postulación

Los hospitales deben presentar un informe en el que describan de manera clara y concreta el trabajo desarrollado durante el último año como parte de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) con énfasis en Sistema Único de Acreditación (SUA).

En esta edición del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 la evaluación del informe no será un criterio independiente, sino que será contemplado dentro del criterio de evaluación "Implementación del SOGCS con énfasis en SUA". Esto se debe a que la información suministrada por la insti-

tución será el soporte para planear la visita de campo y porque se asumirá como fase de revisión documental. Por tales razones son fundamentales la planeación y la estructuración del informe con el fin de que se suministre toda la evidencia posible sobre el proceso de mejoramiento continuo del hospital.

Para asignar los 200 puntos (6,67%) de los 1.200 establecidos para este criterio se tendrá en cuenta el contenido, el cumplimiento en la entrega y las especificaciones definidas en la presente cartilla.

Los elementos del informe que se van a evaluar y sus respectivos puntajes en las dos modalidades son:

N.º	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	PESO
1	Contenido.	185	6,17%
2	Cumplimiento de entrega.	15	0,50%
PUNTAJE TOTAL		200	6,67%

5.6.2 Contenido del informe

Este documento debe estar conformado por los formatos establecidos en el Capítulo 1 (Generalidades del hospital), el Capítulo 2 (IDID) y el Capítulo 3 (Sistema Único de Acreditación).

- *Generalidades del hospital:* diligencie el formato siguiendo el instructivo del **Anexo N.º 3** y adjunte al informe lo solicitado.
- *Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID):* en la edición del 2011 se evaluará por primera vez mediante un índice el grado de desarrollo institucional de cada una de las entidades distritales. Con esta herramienta se pretende analizar anualmente diferentes temas asociados con la gestión para hacer posible la toma de decisiones relacionadas con el fortalecimiento institucional.

Dentro del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 se tendrá una primera versión del IDID, que se explica con detalle en el **Anexo N.º 4**. Sin embargo, por ahora es importante destacar que el índice contará con diferentes fuentes de información dependiendo del factor objeto de análisis. Una de estas fuentes será el informe de postulación, en el que deberán ser reportados los siguientes factores:

1. Acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético y planes de acción ética.
2. Elementos básicos de direccionamiento estratégico.
3. Elementos adicionales de direccionamiento estratégico.
4. Procesos y procedimientos.
5. Talento humano.

La información debe ser enviada en el informe de postulación en los formatos del **Anexo N.º 5**.

- *Implementación del SOGCS con énfasis en SUA:* dependiendo de la modalidad a la que pertenezca, el hospital debe describir de manera detallada las actividades ejecutadas en el último año para implementar y mantener el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) con énfasis en el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Uno de los objetivos del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 (PDGS) es incentivar a los hospitales del Distrito Capital participantes a lograr niveles superiores de calidad de la atención en

salud. Para ello se propone fortalecer la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con énfasis en el Sistema Único de Acreditación, de manera que todos los hospitales puedan dar pleno cumplimiento a lo normado en el Decreto 4295 de 2007 y en la Resolución 2181 de 2008.

De igual forma, el PDGS se ha caracterizado por su carácter incremental en cuanto al nivel de exigencia en los criterios evaluados cada año. Por tal motivo, para la edición del año 2011 cada hospital debe anexar en este capítulo una copia de la última autoevaluación realizada, la cual ha de incluir tanto la calificación cualitativa como la cuantitativa para todos los estándares aplicables a la organización. Es importante aclarar que cada hospital es libre de presentarla en el formato que haya establecido para tal fin.

Nota: es importante recalcar que todo lo que se mencione en el informe es la base de evaluación del criterio en la visita de campo.

A continuación se describe el contenido que debe tener el informe según la modalidad a la cual pertenece el hospital (**Anexo N.º 6**)

- *Modalidad Colonizadores:* estos hospitales deben describir en el informe:
- *Avance en la implementación del Sistema Único de Acreditación:* descripción de los logros alcanzados en la ejecución de este sistema de gestión de calidad. Para esto el hospital debe diligenciar el anexo “Avance por grupo de estándares”, registrando las fortalezas y oportunidades de mejora generales para cada grupo de estándares de acreditación.
- *Seguridad del paciente y gestión del riesgo:* resumen de la estructura del programa de seguridad del paciente que adelanta el hospital. Incluya una descripción de las principales prácticas seguras implementadas como resultado del análisis de los eventos adversos. Describa las acciones desarrolladas para la gestión de los riesgos en la atención clínica que evidencien su articulación con el Modelo Estándar de Control Interno (diligencie el formato “Seguridad del paciente”).
- *Humanización de la atención:* descripción de las estrategias implementadas en el hospital y los resultados obtenidos en la humanización de la atención de los servicios de salud (diligencie el formato “Humanización de la atención”).
- *Transformación de la cultura organizacional:* resumen de los logros y avances en la transformación de la cultura organizacional que permiten al hospital consolidar y fortalecer una atención con calidad superior (diligencie el formato “Transformación de la cultura organizacional”).

Nota: es fundamental presentar los logros en forma cualitativa y cuantitativa.

- *Modalidad Conquistadores:* el informe de postulación de estos hospitales debe contener:
- *Avance en la implementación del Sistema Único de Acreditación:* descripción de los logros alcanzados en la ejecución de este sistema de gestión de calidad. Para esto el hospital debe diligenciar el anexo “Avance por grupo de estándares”, registrando las fortalezas y oportunidades de mejora generales para cada grupo de estándares de acreditación.
- *Seguridad del paciente:* presentación del programa de seguridad del paciente del comité o grupo de seguridad del paciente (o el nombre dado por la institución), descripción de las líneas de acción, del grado de socialización e implementación y los logros alcanzados (diligencie el formato “Seguridad del paciente”).
- *Experiencias exitosas:* presentación de las iniciativas propias del hospital que contribuyen a mejorar la prestación de los servicios de salud a sus usuarios, la metodología de definición, los avan-

ces en socialización e implementación y los logros alcanzados (diligenciar el formato “Experiencias exitosas”).

Nota: es fundamental presentar los logros en forma cualitativa y cuantitativa.

5.6.3 Cumplimiento de especificaciones

El informe debe cumplir con la totalidad de especificaciones citadas en este capítulo, pues de lo contrario será sancionado con cincuenta (50) puntos. A continuación se detalla la estructura que debe tener el informe y las páginas que, como máximo, se deben utilizar en cada elemento.

ESTRUCTURA DEL INFORME		PÁGINAS (Máximo)
I. Generalidades	Anexo N.º 2 (el contenido se debe desarrollar de acuerdo con lo descrito en el numeral 5.6.2 de este documento).	3
	Mapa de procesos del hospital (el contenido se debe desarrollar de acuerdo con lo descrito en el numeral 5.6.2 de este documento).	1
	Directivos del hospital (el contenido se debe desarrollar de acuerdo con lo descrito en el numeral 5.6.2 de este documento).	1
	Portafolio de Servicios del hospital (el contenido se debe desarrollar de acuerdo con lo descrito en el numeral 5.6.2 de este documento).	4
	Listado de las guías de prácticas clínicas que se aplican según las principales causas de egreso y consulta (morbilidad), incluyendo las de P Y P, si la institución ofrece estos últimos servicios.	5
	Relación de certificaciones recibidas por programas específicos, premios, sistemas de gestión de calidad, otros.	1
	Resumen de la implementación de otros sistemas de gestión de calidad.	5
	Organigrama (el contenido se debe desarrollar de acuerdo con lo descrito en el numeral 5.6.2 de este documento).	1
2. IDID	IDID Ética.	1
	IDID Direccionamiento estratégico.	2
	IDID Talento humano.	1
	IDID Proceso, procedimientos y trámites.	2
3. Implementación del SOGCS con énfasis en SUA	Resumen de los avances en el Sistema Único de Acreditación.	20
	Seguridad del paciente.	3
	Humanización de la atención (solo para <i>Colonizadores</i>).	3
	Transformación de la cultura organizacional (solo para <i>Colonizadores</i>).	2
	Experiencias exitosas (solo para <i>Conquistadores</i>).	2
MÁXIMO DE HOJAS COLONIZADORES		55
MÁXIMO DE HOJAS CONQUISTADORES		52

Adicionalmente, el documento debe estar escrito en hojas tamaño carta con los formatos dispuestos en los anexos. El tipo de letra que se debe usar es **Arial**, su tamaño **11**, a espacio sencillo y en una sola columna. Para la copia de la autoevaluación, el tipo y tamaño de letra será el definido por el hospital.

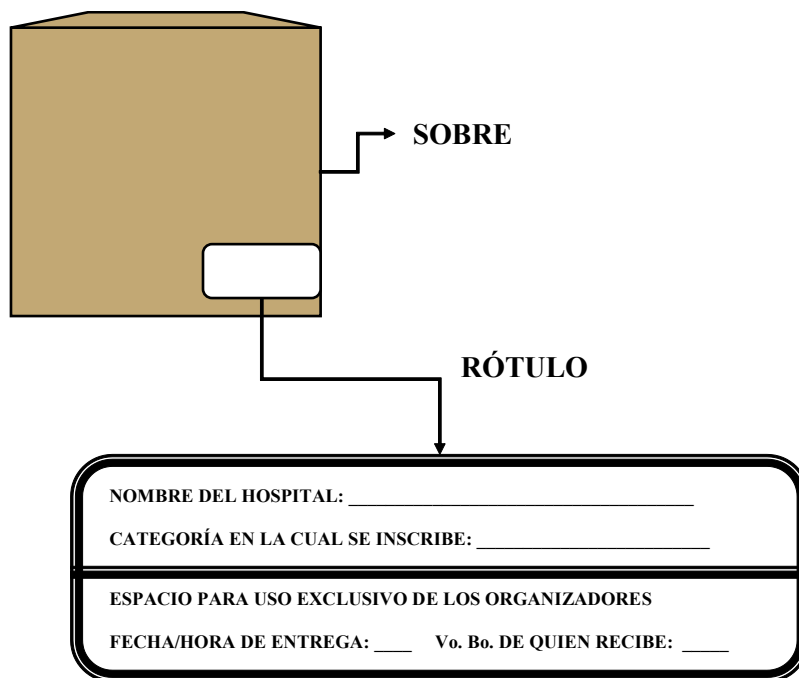
Nota: los evaluadores no tendrán en cuenta las páginas que excedan los límites fijados.

5.6.4 Entrega del informe

El informe debe ser entregado en las condiciones definidas en este numeral, pues de lo contrario será sancionado con cincuenta (50) puntos.

El sobre cerrado tiene que ser entregado (sin radicar) en el lugar, día y hora establecidos por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud y la Veeduría Distrital en la urna destinada para este fin.

El informe se presentará en tres (3) copias magnéticas organizadas por carpetas que contengan cada uno de los capítulos definidos en el numeral 5.6.2.



6. CRITERIOS DE DESEMPATE

En caso de empate, para la definición de los puestos se tendrán en cuenta los siguientes criterios de desempate:

ORDEN	CRITERIOS DE DESEMPATE
1°	Mayor puntaje en la evaluación de la implementación del SOGCS con énfasis en SUA.
2°	Mayor puntaje en el IDID.
3°	Mayor puntaje en la evaluación de mejores prácticas.
4°	Mayor promedio de calificación en la autoevaluación de servidores públicos y contratistas.
5°	Mayor porcentaje de servidores públicos y contratistas que presentaron la evaluación.
6°	Mayor puntaje obtenido en el concurso final de servidores públicos y contratistas.
7°	Mayor puntaje en la exposición del representante legal de la entidad.
8°	Mayor puntaje en la exposición de los directivos de la entidad.
9°	Balota.

7. ESCALA DE EVALUACIÓN

A continuación se presentan las escalas que serán utilizadas para evaluar los cinco criterios establecidos.

7.1 EVALUACIÓN DE SERVIDORES – 600 PUNTOS (20%)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE						
		0	25	50	75	100	150	200
CANTIDAD DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS QUE PARTICIPAN EN LA EVALUACIÓN	200	Menos del 30% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 30,1 y el 50% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 50,1 y el 70% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 70,1 y el 80% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 80,1 y el 87% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 87,1 y el 92% del total de servidores del hospital presentaron el examen.	Entre el 92,1 y el 98% del total de servidores del hospital presentaron el examen.
PROMEDIO DE LA EVALUACIÓN DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS QUE PARTICIPARON	200	El promedio de la evaluación es inferior a 50 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 51 y 60 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 61 y 70 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 71 y 80 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 80 y 85 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 86 y 90 puntos.	El promedio de la evaluación está entre 91 y 96 puntos.
CONCURSO DE SERVIDORES PÚBLICOS Y CONTRATISTAS	200	Ronda 1 – Hasta 70 puntos.		Ronda 2 – Hasta 60 puntos adicionales a los acumulados en la ronda anterior.			Ronda final – Hasta 70 puntos adicionales a los acumulados en las rondas anteriores.	

7.2 VALORACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS – 400 PUNTOS (13,3%)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE		
		0	50	100
INGRESO DE INFORMACIÓN	100	El hospital no ingresó ningún procedimiento completo.	El hospital solo ingresó un procedimiento completo.	El hospital ingresó dos procedimientos completos.
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	300	Procedimiento 1 – El hospital puede obtener hasta 150 puntos en la evaluación del procedimiento.		Procedimiento 2 – El hospital puede obtener hasta 150 puntos en la evaluación del procedimiento.

7.3 EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SERVIDORES – 400 PUNTOS (13,3%)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE				
		0	20	40	60	80
DOCUMENTO FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL HOSPITAL	80	El hospital no entregó el documento.	El hospital entregó el documento por fuera del tiempo y su contenido no es claro ni coherente.	El hospital entregó el documento por fuera del tiempo, sin embargo su contenido es claro y coherente.	Entregó el documento en el plazo establecido, pero su contenido no es claro ni coherente.	Entregó el documento en el plazo establecido y su contenido es claro y coherente.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE				
		0	25	50	80	
EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL HOSPITAL	80					
		No asistió el servidor público.	La presentación fue desordenada y confusa.	La presentación fue ordenada y clara.	La presentación orientó al público y fue novedosa.	
EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL 1	80					
		No asistió el servidor público.	La presentación fue desordenada y confusa.	La presentación fue ordenada y clara.	La presentación orientó al público y fue novedosa.	
EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE DEL HOSPITAL 2	80					
		No asistió el servidor público.	La presentación fue desordenada y confusa.	La presentación fue ordenada y clara.	La presentación orientó al público y fue novedosa.	
INTERACCIÓN CON LOS JURADOS	80					
		No respondieron la(s) pregunta(s) realizada(s) por el jurado.	Respondieron la pregunta, sin embargo no fue claro.	Respondieron la pregunta de manera clara y coherente.	Respondieron la pregunta de manera clara, coherente y orientó al público.	Respondieron la pregunta de manera clara y coherente superando las expectativas.

7.4 IMPLEMENTACIÓN DE SOGCS CON ÉNFASIS EN SUA – 1.200 PUNTOS (40%) Modalidad Colonizadores

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE				
		0	40	80	120	185
INFORME DE POSTULACIÓN	185	El hospital no presenta evidencia de implementación de ninguno de los aspectos solicitados.	El hospital presenta evidencia de implementación de algunos de los aspectos solicitados, pero no se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de algunos de los aspectos solicitados y se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de todos los aspectos solicitados, pero no se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de todos los aspectos solicitados y se soporta su cumplimiento.
		0			15	
	15	Entregó el informe por fuera del horario establecido por el reglamento.			Entregó el informe de acuerdo con el horario establecido por el reglamento.	
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	600					
		No se evidencia la aplicación de un ciclo de autoevaluación y mejora del SUA.	Se ha aplicado al menos un ciclo completo de autoevaluación y mejora con resultados aún incipientes.	Se ha aplicado al menos un ciclo completo de autoevaluación y mejora con resultados cualitativos y cuantitativos de mejoramiento y avance. Cumplimiento de planes inferior al 50%.	Aplicación de ciclos completos con resultados cualitativos y cuantitativos de mejoramiento y avance. Cumplimiento de planes entre 50 y 70%. Algunos indicadores trazadores con tendencias positivas.	Aplicación de ciclos completos con resultados cualitativos y cuantitativos de mejoramiento y avance. Cumplimiento de planes entre 71 y 90%. Principales indicadores trazadores con tendencias positivas.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE					
		0	40	80	120	160	200
SEGURIDAD DEL PACIENTE	200	No se evidencia un programa de seguridad del paciente coherente y articulado a MECI.	Se evidencia un programa de seguridad del paciente con resultados aún incipientes en los principales aspectos de la gestión del evento adverso.	Se evidencia un programa de seguridad del paciente con resultados parciales en gestión del evento adverso e incipiente en gestión del riesgo.	Se evidencia un programa de seguridad del paciente con resultados parciales en gestión del evento adverso y en gestión de riesgos articulados a MECI.	Se evidencian resultados positivos de la aplicación de estrategias y tendencias positivas en gestión de eventos adversos y gestión de riesgos en algunos de los principales aspectos.	Se evidencian resultados positivos de la aplicación de estrategias y tendencias positivas en gestión de eventos adversos y gestión de riesgos en la mayoría de los principales aspectos.
		0	20	40	60	80	100
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	100	No se cuenta con un plan o programa estructurado para la humanización de la atención en salud.	Se evidencia un plan o programa de humanización de la atención en salud que inicia su aplicación.	Se evidencia un plan o programa de humanización de la atención en salud en desarrollo con resultados incipientes sin medición.	Se evidencia un plan o programa de humanización de la atención en salud con resultados iniciales cualitativos y cuantitativos.	Se evidencia un plan o programa de humanización de la atención en salud con resultados parciales cualitativos y cuantitativos.	Se evidencia un plan o programa de humanización de la atención en salud con resultados en los aspectos claves y tendencias positivas.
		0	20	40	60	80	100
TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL	100	No se evidencia un plan estructurado de transformación de la cultura organizacional.	La institución cuenta con un plan de intervención para la transformación cultural que inicia su aplicación.	Se evidencia un plan de transformación de la cultura organizacional en desarrollo con resultados incipientes sin medición.	Se evidencia un plan de transformación de la cultura organizacional en desarrollo con resultados iniciales cualitativos y cuantitativos.	Se evidencia un plan de transformación de la cultura organizacional con resultados parciales cualitativos y cuantitativos.	Se evidencia un plan de transformación de la cultura organizacional con resultados en los aspectos claves y tendencias positivas.
		0	20	40	60	80	100

IMPLEMENTACIÓN DE SOGCS CON ÉNFASIS EN SUA – 1.200 PUNTOS (40%) Modalidad *Conquistadores*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE				
		0	40	80	120	185
INFORME DE POSTULACIÓN	185	El hospital no presenta evidencia de implementación de ninguno de los aspectos solicitados.	El hospital presenta evidencia de implementación de algunos de los aspectos solicitados, pero no se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de algunos de los aspectos solicitados y se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de todos los aspectos solicitados, pero no se soporta su cumplimiento.	El hospital presenta evidencia de implementación de todos los aspectos solicitados y se soporta su cumplimiento.
		0			15	
	15	Entregó el informe por fuera del horario establecido por el reglamento.			Entregó el informe de acuerdo con el horario establecido por el reglamento.	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE PARCIAL	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE					
		0	120	240	360	480	600
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	600	El hospital no ha diseñado en el último año planes de mejoramiento para los grupos de estándares que les aplica.	El hospital diseñó en el último año planes de mejoramiento para el grupo de estándares cliente asistencial, pero no los ha implementado.	El hospital diseñó en el último año los planes de mejoramiento de todos los grupos de estándares que les aplica, pero no los ha implementado.	El hospital diseñó y se encuentra en fase de implementación de los planes de mejoramiento de los grupos de estándares cliente asistencial.	El hospital diseñó y se encuentra en fase de implementación de los planes de mejoramiento de todos los grupos de estándares que les aplica.	El hospital se encuentra en fase de medición de los planes de mejoramiento que diseñó e implementó en el último año.
		0	120	240	360	480	600
SEGURIDAD DEL PACIENTE	200	El hospital NO cuenta con una política de seguridad del paciente documentada y aprobada por el nivel directivo.	La política de seguridad del paciente está definida y se encuentra en proceso de socialización y divulgación; se han implementado algunas acciones.	Se evidencian resultados aún incipientes de la implementación de la política de seguridad del paciente.	Se evidencia mejora sostenida en el reporte e identificación de los eventos adversos con intervenciones oportunas registradas y documentadas.	El hospital presenta resultados positivos de la implementación de algunas de las líneas de intervención contenidas en la política de seguridad del paciente.	Se evidencian resultados consistentes en todas las líneas de intervención definidas en la política de seguridad del paciente y están articulados al proceso de acreditación en salud.
		0	40	80	120	160	200
EXPERIENCIAS EXITOSAS	200	El hospital NO cuenta con iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios.	El hospital cuenta con iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios y están documentadas.	El hospital cuenta con iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios, están documentadas y socializadas al cliente interno.	El hospital cuenta con iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios, están documentadas, socializadas al cliente interno e implementadas.	El hospital cuenta con iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios, están documentadas, socializadas al cliente interno y externo e implementadas.	El hospital ha iniciado la medición de las iniciativas que contribuyen al mejoramiento en la prestación de servicios de salud a sus usuarios.
		0	40	80	120	160	200

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN
LANZAMIENTO DEL PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN	26 de mayo
REUNIÓN DE DIVULGACIÓN DEL REGLAMENTO DEL PREMIO	27 de mayo
INSCRIPCIÓN DE HOSPITALES	31 de mayo
PRESENTACIÓN DEL INFORME DE POSTULACIÓN	28 de junio al 1.º de julio
EVALUACIÓN DEL INFORME DE POSTULACIÓN	1.º al 29 de julio
LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA EL IDID	1.º al 29 de julio

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN
ENVÍO DE LA INFORMACIÓN DEL IDID A LOS HOSPITALES	1.º al 19 de agosto
ENTRENAMIENTO A LOS AUDITORES DEL DISTRITO	29 al 31 de agosto
AUDITORÍA DE ELEMENTOS DEL IDID Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SOGCS CON ÉNFASIS EN SUA EN HOSPITALES	5 al 30 de septiembre
ENTRENAMIENTO DE MEJORES PRÁCTICAS	1.º al 15 de julio
INGRESO DE INFORMACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS EN HOSPITALES	15 de julio al 12 de agosto
DISCUSIONES DE MEJORES PRÁCTICAS EN HOSPITALES	16 de agosto al 15 de septiembre
EVALUACIÓN DE SERVIDORES	18 al 28 de octubre
CONCURSO FINAL DE SERVIDORES	9 al 10 de noviembre
PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO <i>BALANCE DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN</i>	10 al 14 de octubre
REVISIÓN DEL DOCUMENTO <i>BALANCE DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN</i>	18 de octubre al 11 de noviembre
EXPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SERVIDORES DEL HOSPITAL	18 al 25 de noviembre
CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS	28 al 30 de noviembre
PREMIACIÓN	1.º de diciembre

9. CONTACTOS

PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SECRETARÍA GENERAL – ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ		
GERARDO DUQUE GUTIÉRREZ	381 3000, ext. 2413	gduque@alcaldiabogota.gov.co
JUAN CARLOS BELTRÁN JARAMILLO	381 3000, ext. 2412	jcbeltran@alcaldiabogota.gov.co
NUBIA PAOLA RUEDA CASALLAS	381 3000, ext. 1910	nprueda@alcaldiabogota.gov.co
NORHA CARRASCO RINCÓN	381 3000, ext. 4212	ncarrasco@alcaldiabogota.gov.co
ALEXANDRA ARÉVALO CUERVO	381 3000, ext. 1947	aarevalo@alcaldiabogota.gov.co
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD		
JACQUELINE JAIMES TRESPALACIOS	6949090, ext. 9586	jjaimes@saludcapital.gov.co
MARÍA ELENA BURITICÁ	6949090, ext. 9586	icartunduaga@saludcapital.gov.co
VEEDURÍA DISTRITAL		
MARTHA ORTIZ PENAGOS	3407666, ext. 141	mortiz@veeduriadistrital.gov.co
OMAR CAÑAS	3407666, ext. 143	ocanas@veeduriadistrital.gov.co

10. ESTÍMULOS

Los hospitales ganadores serán reconocidos en evento público distrital, en el cual se entregará un distintivo en cada categoría y premios de los patrocinadores. Estos serán informados posteriormente.

MODALIDAD	RECONOCIMIENTO		
<i>COLONIZADORES</i>	PRIMER PUESTO	SEGUNDO PUESTO	TERCER PUESTO
	Gestión de Oro	Gestión de Plata	Gestión de Bronce
<i>CONQUISTADORES</i>	PRIMER PUESTO	SEGUNDO PUESTO	TERCER PUESTO
	Gestión de Oro	Gestión de Plata	Gestión de Bronce

SIGLAS

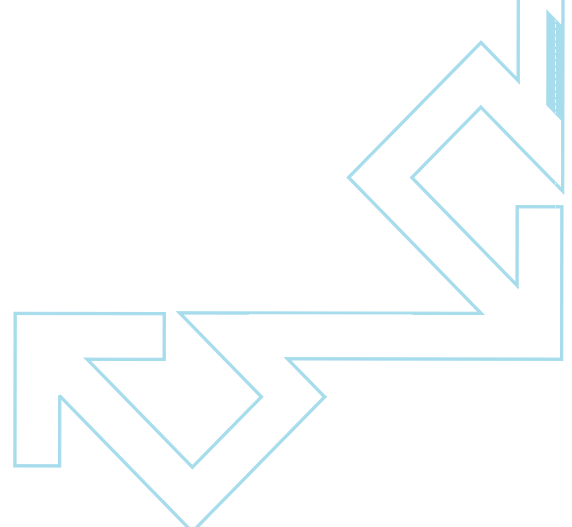
DDDI: Dirección Distrital de Desarrollo Institucional.

IDEC@: Infraestructura Integral de Datos Espaciales del Distrito Capital.

IDID: Índice de Desarrollo Institucional Distrital.

PDGS: Premio Distrital a la Gestión en Salud.

TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.



ANEXO N.º I. FORMATO DE INSCRIPCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN AL PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011		
NOMBRE DEL HOSPITAL:	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN PRINCIPAL:	<input type="text"/>	
TELÉFONO(S):	<input type="text"/>	
*NÚMERO DE SERVIDORES DE PLANTA:	<input type="text"/>	
**NÚMERO DE CONTRATISTAS:	<input type="text"/>	
MODALIDAD EN LA QUE SE INSCRIBE:		
<input type="checkbox"/> COLONIZADORES	<input type="checkbox"/> CONQUISTADORES	<input type="checkbox"/> ZONA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>	
TELÉFONO(S):	<input type="text"/>	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN:	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>	
TELÉFONO(S):	<input type="text"/>	
NOMBRE DEL LÍDER OPERATIVO:	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>	
TELÉFONO(S):	<input type="text"/>	
NOTA:		
* Incluir servidores vinculados al hospital por carrera administrativa, provisionales y libre nombramiento y remoción. ** Incluir contratistas que estén por un periodo superior a tres meses.		

ANEXO N.º 2. BALANCE DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN



PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011

BALANCE DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

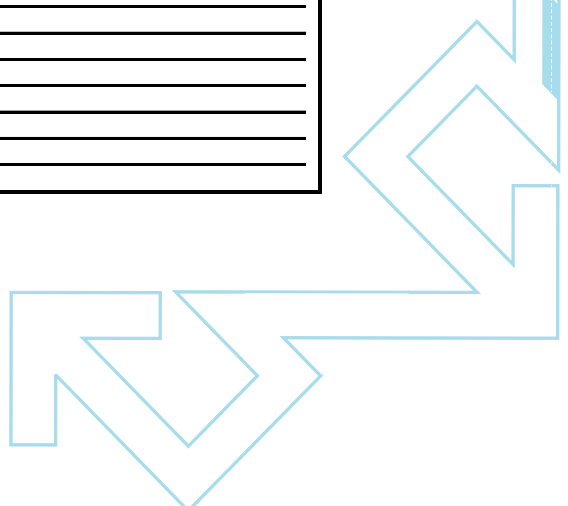
NOMBRE DEL HOSPITAL

LEMA DE LA GESTIÓN EFECTUADA

FECHA DE ENTREGA

**2. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO**

Blank lined area for text entry.



ANEXO N.º 3. GENERALIDADES DEL HOSPITAL

1. Identificación de la Institución			
Razón Social:			
NIT (Número de identificación tributaria o su equivalente):			
Nombre del Gerente:		Teléfono(s):	
Dirección:	Fax:	Correo electrónico:	
2. Información del líder designado por la institución para el Sistema de Gestión Integrado			
Nombre y cargo:			
Teléfono(s):	Fax:	Correo electrónico:	
Dirección:			
3. Modalidad:		Grupo:	
4. Relacione la siguiente información sobre la IPS. Si la institución comprende varias sedes adicionales a la principal, favor relacione la información para cada uno de ellos, utilizando si se requiere hojas anexas.			
Número de sedes (incluyendo la principal):			
Dirección y nombre de cada sede:			
Nombre contacto para cada sede:			
Numero total de camas por sede:			
Número de camas en cada sede:			
Pediátricas _____	Cuidado intermedio pediátrico _____		
Adultos _____	Cuidado intensivo pediátrico _____		
Obstetricia _____	Cuidado intermedio adulto _____		
Cuidado intermedio neonatal _____	Cuidado intensivo adulto _____		
Cuidado intensivo neonatal _____	Quemados adultos _____		
Quemados pediátrico _____	Farmacodependencia _____		
Salud mental psiquiatría _____	Cuidado agudo mental _____		
Cuidado intermedio mental _____			
Nº salas de quirófano _____	Nº Salas de parto _____		
Ambulancias <input type="checkbox"/>	Tipo (especifique) _____	Modalidad (especifique) _____	
5. Recurso humano desagregado por actividades comunes. Si la institución comprende varias sedes y/o presta sus servicios a través de sedes adicionales a la principal o mediante servicios subcontratados (outsourcing), relacione la información para cada sede y servicios, utilizando si se requiere hojas anexas.			
Actividad común: _____	Nº Empleados _____	Actividad común: _____	No. Empleados _____
Actividad común: _____	Nº Empleados _____	Actividad común: _____	No. Empleados _____
Actividad común: _____	Nº Empleados _____	Actividad común: _____	No. Empleados _____
Actividad común: _____	Nº Empleados _____	Actividad común: _____	No. Empleados _____

Nota: Actividad común significa que realizan el mismo trabajo operativo. Por ejemplo personas que intervienen en el proceso asistencial, proceso administrativo, técnico, procesos de apoyo, auxiliares y otros. Adicionalmente informe el número de personas por tipo de relación laboral (nómina y contratación. El número de empleados debe corresponder a aquellos involucrados en los servicios de la institución a evaluar).

6. Información de los servicios

Especifique los servicios con que cuenta la IPS y la correspondiente complejidad. De acuerdo con la información relacionada en el numeral 4 de este formulario, diligencie esta sección para todas las sedes, servicios subcontratados y 'outsourcing'. En caso necesario utilice un anexo que permita aclarar la información sobre los servicios y las sedes por evaluar.

Complejidad de la institución y/o sede: Baja Mediana Alta

Servicios:

Cuidado intermedio: Pediátrico Neonatal Adultos

Cuidado Intensivo: Pediátrico Neonatal Adultos

Unidad de Quemados: Adultos Pediátrico

Hospitalización: Especifique: _____

Habilitación y rehabilitación Especifique: _____

Cirugía: Con estancia Ambulatoria

Relacione los procedimientos quirúrgicos que se realizan: _____

Obstetricia Urgencias Salas de urgencias Especifique _____

Servicios de apoyo diagnóstico: Laboratorio clínico Imagenología Otros

Especifique los tipos de servicios de laboratorio, Imagenología y otros: _____

Servicios de apoyo Terapéutico Especifique: _____

Servicios ambulatorios: Consulta externa: Odontología Terapias Otros

Especifique para cada servicio: _____

Servicios extramurales Unidad móvil Domiciliaria Otras

Telemedicina Centro de referencia Institución remitora

Promoción y Prevención Especifique: _____

Otros Especifique: _____

7. Documentación y Soportes Anexos.

Si No

7.1 Organigrama - estructura organizacional

7.2 Portafolio de servicios

7.3 Directivos del hospital (relacione en el formato designado por los organizadores del premio, el listado de directivos del hospital, con sus cargos, correo electrónico, teléfono). Nota: los directivos son los que el hospital haya definido según el organigrama institucional.

7.4 Listado de las guías de prácticas clínicas que se aplican según las principales causas de egreso y consulta (morbilidad), incluyendo las de P Y P, si la institución ofrece estos últimos servicios. No se deben remitir las guías, solamente relacione las 10 primeras guías por servicios con base en la morbimortalidad.

7.5 Relación de certificaciones recibidas por programas específicos, premios, sistemas de gestión de calidad, otros.

a) Yo, _____ en mi calidad de representante legal de _____, declaro que la información aquí contenida es verídica y aplica formalmente para que a mi Institución participe en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011. En este sentido me comprometo a seguir las instrucciones establecidas por los organizadores, a suministrar la información que se requiera dentro del premio y a asegurar el libre acceso a todos los sitios, información y documentos necesarios para el desarrollo de las actividades propias del premio.

Firma y Sello Representante legal	Fecha
-----------------------------------	-------



INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

A continuación se presenta la explicación para el correcto diligenciamiento del formato.

1. Identificación de la institución: indique la razón social de la empresa, el nombre del gerente, teléfono, fax, dirección y correo electrónico.
2. Información del líder designado para el Sistema Integrado de Calidad: escriba el nombre y cargo de la persona asignada, su teléfono, fax, correo electrónico y dirección.
3. Modalidad: escriba la modalidad en la cual participa el hospital en la cuarta edición del premio.
4. Información sobre la IPS. En caso de que la institución cuente con varias sedes debe relacionar la siguiente información por cada una de ellas: nombre de las sedes, dirección, nombre de la persona designada con la que se tendrá contacto, número total de camas, número de camas por sede y por servicio.
5. Recurso humano: relacione de manera independiente las actividades comunes y el número de empleados por cada sede y actividad (asistencial, administrativa, técnica, apoyo). Indique el tipo de relación laboral (nómina o contratación). Si tiene servicios subcontratados ('outsourcing'), relacione el número de trabajadores de esos terceros. Utilice hojas anexas si es necesario.
6. Información de los servicios: indique el grado de complejidad de la institución de acuerdo con el certificado de habilitación y marque con una X cada uno de los servicios prestados y verificados, especificando las especialidades de los servicios de hospitalización, cirugía, obstetricia, urgencias, de apoyo diagnóstico y terapéutico, ambulatorios, extramurales, telemedicina, de promoción y prevención y otros. Esta información deberá relacionarse por separado para cada una de las sedes o servicios subcontratados si aplica, utilizando hojas anexas de ser necesario.
7. Documentación y soportes anexos: marque con una X las casillas que correspondan a la documentación entregada por la institución.

Finalmente, en la parte identificada como "a)" escriba el nombre del representante legal y el de la institución para declarar el compromiso con el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011.

ANEXO N.º 4. ÍNDICE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DISTRITAL (IDID)

A continuación se describen las orientaciones generales para el manejo del criterio de evaluación denominado Índice de Desarrollo Institucional Distrital (IDID).

1. PROPÓSITO DEL IDID

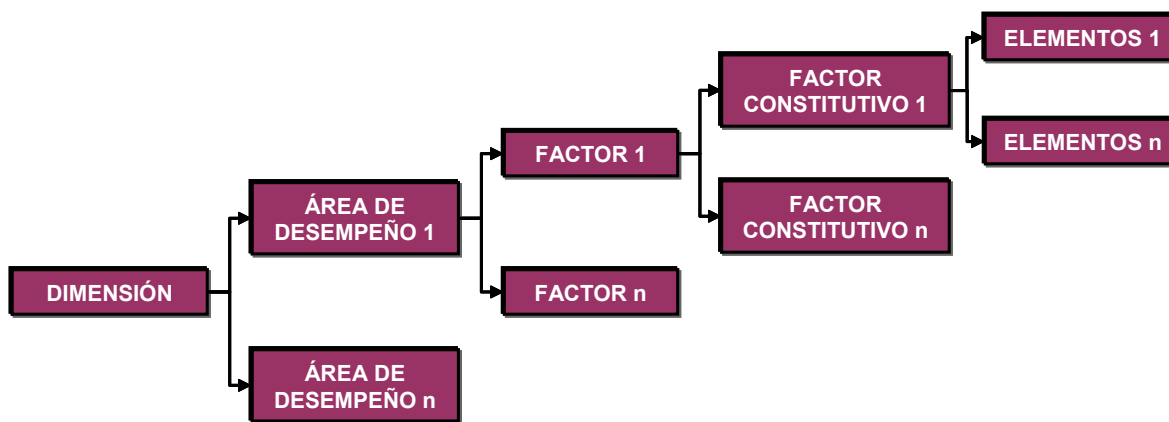
El objetivo es definir un instrumento de monitoreo y seguimiento del desarrollo institucional en cada una de las entidades y organismos distritales que permita identificar las fortalezas y oportunidades de mejora. Este año se llevará a cabo la primera aplicación de esta herramienta en el marco del Premio Distrital a la Gestión, el Premio Distrital a la Gestión en Salud y el Premio Distrital a la Gestión Local 2011, la cual, de acuerdo con los resultados obtenidos, permitirá el planteamiento de nuevos elementos que deberán incluirse en futuras versiones del IDID.

2. DEFINICIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El desarrollo institucional es un proceso continuo de mejoramiento de la gestión estratégica, táctica y operativa de la institución que impacta factores claves del desempeño: la eficacia, la eficiencia y la productividad, mediante la ética, la planeación, la gestión documental, la interacción con el usuario, la aplicación de tecnologías de la información y la comunicación, los procesos, procedimientos y trámites, las comunicaciones, la coordinación sectorial e intersectorial, la defensa judicial, el talento humano y los recursos con la razón de ser de la organización. Además busca incrementar sustancialmente el impacto positivo de su gestión en su ámbito de influencia.

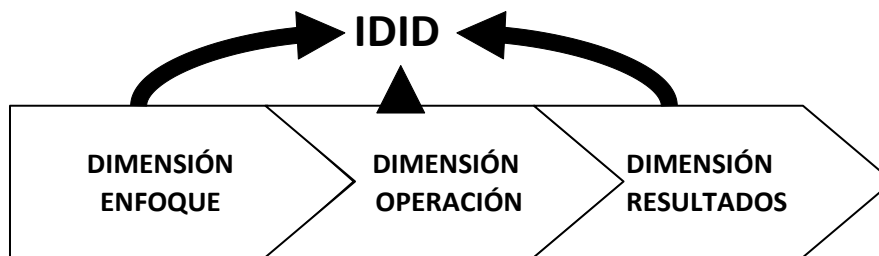
3. MODELO IDID

Para facilitar la medición del desarrollo institucional en cada entidad y organismo distrital se definió un modelo de Índice de Desarrollo Institucional Distrital, para entidades y hospitales, e Índice de Desarrollo Institucional Local, para localidades. Los diferentes niveles de desagregación que tiene este modelo se presentan a continuación:



3.1 DIMENSIONES

En primer lugar se definieron tres bloques, denominados dimensiones, que permiten dar cuenta de las actividades en relación con el desarrollo institucional de la siguiente forma:



Dimensión enfoque: se refiere a los principios rectores, la orientación, la función básica de la entidad; constituye su razón de ser y su marco de actuación; define su gestión estratégica.

Dimensión operación: considera cómo se estructura la entidad para operar; se refiere a la gestión de sus procesos y recursos en pro del cumplimiento de su razón de ser; determina su gestión táctica y operativa.

Dimensión resultados: puede resumirse en los logros obtenidos por la gestión realizada. Si bien en esta versión del IDID solo se tendrán en cuenta dos aspectos para evidenciar los resultados, se plantea incluir indicadores que midan el impacto derivado del desarrollo institucional.

Dentro del IDID versión 2011 se ha asignado a cada una de las dimensiones un porcentaje o peso, tal y como se muestra a continuación:

DIMENSIÓN ENFOQUE	CORRESPONDE AL 20% DEL IDID
DIMENSIÓN OPERACIÓN	CORRESPONDE AL 60% DEL IDID
DIMENSIÓN RESULTADOS	CORRESPONDE AL 20% DEL IDID

3.2 ÁREAS DE DESEMPEÑO

Las áreas de desempeño son temáticas que se abordan en cada dimensión de conformidad con la orientación anteriormente descrita.

La sumatoria del cumplimiento en los contenidos de cada área de desempeño permite establecer el grado de cumplimiento de la dimensión, distribuyendo el peso asignado a esta última en cada una de las áreas de desempeño.

3.3 FACTORES

Las áreas de desempeño están compuestas por factores, los cuales consisten en los aspectos específicos que se pretende medir.

3.4 FACTORES CONSTITUTIVOS

En los casos en que se requiera una mayor desagregación, el factor estará compuesto por factores constitutivos, que corresponden a los elementos definidos de medición del desarrollo institucional. En este sentido, no todos los factores del IDID están conformados por factores constitutivos, y la regla general para facilitar la aprehensión del tema es desagregar hasta el nivel de factor.

3.5 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cada factor o factor constitutivo tiene unos criterios de evaluación que se basan precisamente en los aspectos o elementos a evaluar. Estos criterios pueden ser establecidos en el marco del IDID o pueden ser parte de metodologías utilizadas por otros organismos para recopilar y evaluar la información entregada por las entidades, hospitales y localidades.

De acuerdo con la fuente de información de cada factor y la metodología utilizada para su evaluación, los factores pueden ser auditables o no auditables.

Para la medición, cada factor o factor constitutivo se considerará en términos porcentuales, por lo cual el cumplimiento del total de los requisitos establecidos significará un puntaje del 100%. Este porcentaje de cumplimiento se ponderará de acuerdo con el peso asignado para el factor o factor constitutivo dentro del IDID. Por ejemplo, si un factor tiene un peso de 10% en el IDID y una entidad tiene como indicador del factor el 80%, ese factor aportará un valor de 8% para el IDID de la entidad.

4. ESTRUCTURA

4.1 DIMENSIÓN ENFOQUE

Cuenta con dos áreas de desempeño:

4.1.1 Área de desempeño de ética

¿Qué mide?

Establece el grado en el cual se han cumplido las directrices relacionadas con la elaboración de los compromisos éticos, códigos de ética o códigos de buen gobierno, y planes de ética, su seguimiento e implementación, así como la forma en que se reflejan en la operación de los hospitales distritales. Asimismo, establece el resultado obtenido en el índice de transparencia medido por la Veeduría Distrital en cada uno de los hospitales distritales.

Factores

La ética como área de desempeño cuenta con dos factores:

- *Factor 1.* Gestión ética institucional, que se divide en tres factores constitutivos:
 - Acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético.
 - Planes de acción ética.
 - Resultados del Juego de Travesía Ética.

- *Factor 2. Índice de transparencia de la Veeduría Distrital.*

Referente normativo de los factores

- La medición de los acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético se soporta en el Acuerdo 244 de 2006 y en el elemento I de MECI, establecido en el Decreto 1599 de 2005.
- La medición de los planes de acción ética se soporta en la Circular 029 de 2008.
- La medición de los resultados del Juego de Travesía Ética se realiza con base en lo establecido en la Circular 027 de 2010.
- El índice de transparencia se sustenta en el Decreto 371 del 2010.

¿Cómo se miden?

- Para el factor constitutivo “Acuerdos, compromisos, Código de Buen Gobierno o ideario ético” se medirá la formalización, socialización, seguimiento y medición, acciones de mejora y la medición de su impacto de acuerdo con los puntajes que se muestran a continuación. El hospital entregará estos datos en el informe de postulación en los formatos establecidos para tal fin.

0,50%	El hospital evidencia la formalización mediante acto administrativo de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético.
0,50%	El hospital evidencia socialización de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
1,00%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
1,00%	El hospital evidencia acciones de mejora de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
1,00%	El hospital evidencia acciones de medición de impacto de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético emprendidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

- Para el factor constitutivo “Planes de acción ética” se medirá la formalización, socialización, seguimiento y medición y acciones de mejora de dicho plan de conformidad con los puntajes que se presentan a continuación. El hospital entregará estos datos en el informe de postulación en los formatos establecidos para tal fin.

0,50%	El hospital evidencia la formalización mediante acto administrativo del plan de acción de ética.
0,50%	El hospital evidencia socialización del plan de acción de ética durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
1,00%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o Código de Buen Gobierno o ideario ético durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

1,00%	El hospital evidencia acciones de mejora de los acuerdos éticos o compromisos éticos o protocolos éticos o código de buen gobierno o ideario ético durante el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
-------	--

- Los resultados del Juego de Travesía Ética se medirán de la siguiente forma: se dará un puntaje porcentual de acuerdo con el número de servidores públicos y contratistas que hayan participado en dicho juego frente al número inscrito por el hospital. Esta información será proporcionada por el Grupo de Ética de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional.
- La medición del factor 2, correspondiente al índice de transparencia, estará en cabeza de la Veeduría, que proporcionará los resultados obtenidos del ejercicio de seguimiento a la aplicación del Decreto 371 del 2010 por parte de los hospitales.

Periodo de la información de los factores

La información del Juego de Travesía Ética tuvo como fecha de corte el 31 de diciembre de 2010. El valor de los demás factores y factores constitutivos se considerará en tiempo real, es decir, corresponderá a la situación actual de los valores en el momento de la aplicación del indicador.

Resumen del área de desempeño de ética

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
ÉTICA	GESTIÓN ÉTICA INSTITUCIONAL	Acuerdos, compromisos, código de buen gobierno o ideario ético	Acuerdo 244 del 2006 Decreto 1599 del 2005 - Elemento 1 de MECI	EQUIPO CALIDAD DDD Informe de postulación	Criterio auditable - Auditores del Distrito	Junio 30 de 2011
		Planes de acción ética	Circular 029 de 2008	EQUIPO CALIDAD DDD Informe de postulación. Criterio auditable	Criterio auditable - Auditores del Distrito	
		Resultados Juego Travesía Ética 2010	Circular 027 de 2010	EQUIPO ÉTICA DDD	EQUIPO DE ÉTICA - Criterio no auditable	Resultados: diciembre 31 de 2010
	ÍNDICE DE TRANSPARENCIA	N. A.	Decreto 371 del 2010	VEEDURÍA DISTRITAL	Veeduría Distrital - Criterio no auditable	Junio 30 de 2011

4.1.2 Área de direccionamiento estratégico

¿Qué mide?

Se pretende medir la existencia y adecuada formulación de la estrategia del hospital, para lo cual ha sido tomado como referente la exigencia normativa.

Factores

El direccionamiento estratégico cuenta con dos elementos de medición:

- *Factor 1. Elementos básicos:* orientado a aquellos elementos que cuentan como soporte con un referente normativo o legal específico, es decir, son obligatorios para los hospitales públicos.
- *Factor 2. Elementos adicionales:* orientado a aquellos elementos que no cuentan con un referente legal o normativo como soporte, es decir, no son obligatorios.

Referente normativo de los factores

- Los elementos básicos se encuentran soportados en la Ley 152 de 1994, la Ley 872 del 2003 a través de la NTCGP 1000:2009, y la Ley 87 de 1993 a través del MECI 1000:2005.
- Los elementos adicionales son voluntarios en los hospitales públicos distritales; sin embargo se pretende formalizarlos como resultado de la aplicación del Decreto Distrital 176 del 2010, pues son de común conocimiento y utilización por parte de los hospitales distritales.

¿Cómo se miden?

- Para el factor 1 han sido identificados siete factores constitutivos a evaluar:

PESO	FACTOR CONSTITUTIVO
0,71%	Objetivos estratégicos.
0,71%	Planes de acción.
0,71%	Política de administración del riesgo.
0,71%	Política de talento humano.
0,71%	Misión.
0,71%	Visión.
0,71%	Política de gestión ambiental.

Estos factores constitutivos serán evaluados según los siguientes criterios:

PESO	CRITERIO
0,10%	Se encuentra documentado.
0,10%	Se encuentra formalizado mediante acto administrativo.
0,12%	Han sido socializados durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,13%	Se ha hecho seguimiento y medición durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,13%	Se han emprendido acciones de mejora durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,13%	Se evidencia la medición de impacto del elemento durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

- Para el factor 2 han sido identificados tres factores constitutivos que no son obligatorios, pero que en su conjunto permiten marcar el norte del hospital público distrital. Estos elementos son:

PESO	FACTOR CONSTITUTIVO
0,343%	Política de calidad.
0,343%	Objetivos de calidad.
0,343%	Política del Sistema Integrado de Gestión.

Estos factores constitutivos serán evaluados según los siguientes criterios::

PESO	CRITERIO
0,045%	Se encuentra documentado.
0,050%	Se encuentra formalizado mediante acto administrativo.
0,058%	Han sido socializados durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,060%	Se ha hecho seguimiento y medición durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,065%	Se han emprendido acciones de mejora durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,065%	Se evidencia la medición de impacto del elemento durante el último año entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

Cada uno de los criterios será evaluado mediante auditoría en cada uno de los hospitales.

En el informe de postulación cada hospital establecerá si cumple o no con cada criterio. En caso de que el hospital marque “no”, el criterio se entenderá como no cumplido y no se auditará, de tal manera que su puntaje es de 0%; si la respuesta es “sí”, se verificará mediante auditoría en el hospital. Si la evidencia es coherente con el puntaje asignado, se mantendrá dicho puntaje, de lo contrario se cambiará según el resultado de la auditoría.

Periodo de la información de los factores

La información de los dos factores se registrará en tiempo real y corresponde al periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2010.

Resumen del área de desempeño de direccionamiento estratégico

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	ELEMENTOS BÁSICOS	Objetivos estratégicos.	Ley 152 de 1994 NTCGP 1000:2009/ MECI 1000:2005 / Decreto 1011 de 2006	EQUIPO CALIDAD DDDI Informe de postulación.	Criterio Auditable - Auditores del Distrito.	Junio 30 de 2011
		Planes de acción.				
		Política de administración de riesgo.				
		Política de talento humano.				
		Misión				
		Visión				
	Política de gestión ambiental	Decreto 176 de 2010	EQUIPO CALIDAD DDDI Informe de postulación.	Criterio Auditable - Auditores del Distrito.	Junio 30 de 2010	
	Política de calidad					
	Objetivos de calidad					
	Política del sistema integrado de gestión					

4.2 DIMENSIÓN OPERACIÓN

Cuenta con seis áreas de desempeño:

4.2.1 Área de desempeño de gestión documental

¿Qué mide?

Establece el grado de avance de la gestión documental en cada uno de los hospitales distritales de acuerdo con lo establecido en el Decreto 514 de 2006.

Factores

La gestión documental como área de desempeño cuenta con tres factores de medición:

- *Factor 1.* Aspectos generales de la gestión documental.
- *Factor 2.* Procedimientos de gestión documental que se encuentran documentados.
- *Factor 3.* Sistema Integrado de Conservación.

Referente normativo de los factores

La evaluación de los tres factores se encuentra soportada en el Decreto 514 de 2006.

¿Cómo se miden?

- Para el factor 1, aspectos generales de la gestión documental, han sido definidos los siguientes factores constitutivos con su correspondiente peso:

PESO	FACTOR CONSTITUTIVO
0,26%	¿La dependencia encargada de la gestión documental se encuentra reflejada en el organigrama del hospital?
0,26%	¿El hospital tiene establecido un programa de capacitación en gestión documental?
0,26%	¿El hospital tiene política en gestión documental?
0,26%	¿El hospital tiene un programa de gestión documental?
0,26%	¿El hospital cuenta con un cuadro de clasificación documental?
0,26%	¿El hospital cuenta con una tabla de retención documental?
0,26%	¿El hospital cuenta con el inventario documental del archivo central?
0,26%	¿El área encargada de la gestión documental tiene identificados los documentos vitales o esenciales del hospital?
0,40%	Transferencias y disposición final de los documentos.
0,26%	¿El hospital tramita de manera centralizada los servicios de gestión de comunicaciones oficiales internas y externas?
0,26%	¿El área encargada de la gestión de comunicaciones está conformando un expediente denominado Consecutivo de Comunicaciones Oficiales Enviadas?

El factor constitutivo Transferencias y disposición final de los documentos a la vez será evaluado a través de los siguientes elementos:

PESO	ELEMENTO
0,20%	¿El área encargada de la gestión documental cuenta con un cronograma de transferencias documentales primarias?
0,20%	¿El hospital tiene actas de eliminación documental aprobadas por el Comité de Archivo del hospital?

- Para el factor 2, procedimientos de gestión documental, han sido definidos los siguientes factores constitutivos con su correspondiente peso:

PESO	FACTOR CONSTITUTIVO
0,430%	Producción documental.
0,430%	Recepción de documentos.
0,430%	Gestión de comunicaciones (distribución y trámite de documentos).
0,430%	Organización de documentos.
0,425%	Consulta de documentos.
0,425%	Conservación de documentos.
0,425%	Disposición final de los documentos.

- Para el factor 3, Sistema Integrado de Conservación, han sido definidos los siguientes factores constitutivos con su respectivo peso:

PESO	FACTOR CONSTITUTIVO
0,40%	¿El hospital cuenta con panorama de riesgos?
0,40%	¿El hospital cuenta con un plan de prevención y atención de desastres?
0,40%	¿El hospital cuenta con un programa de saneamiento ambiental?
0,30%	¿El hospital cuenta con un programa de desratización?
0,30%	¿El hospital cuenta con un programa de desinsectación?
0,30%	¿El hospital cuenta con un programa de limpieza para la documentación ubicada en los depósitos de archivo?
0,30%	¿El hospital provee de elementos de seguridad industrial al personal que trabaja en los archivos?
0,30%	¿El hospital tiene políticas de acceso a los depósitos de archivo?
0,30%	¿El hospital tiene reguladas las unidades de almacenamiento?

La información correspondiente a esta área de desempeño es entregada oficialmente por la Dirección Archivo de Bogotá. Cada uno de los elementos relacionados tiene como opciones de respuesta “sí” o “no”, por lo que en caso de que esta sea afirmativa, el hospital obtendrá el porcentaje asignado a cada elemento; de lo contrario, es decir, si la respuesta es negativa, se asignará 0%. La sumatoria de los resultados logrados en los elementos corresponderá al valor

obtenido en el factor.

A los factores que tienen el puntaje máximo establecido se les realizará auditoría en el marco del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011 para verificar su cumplimiento.

Periodo de la información de los factores

Los datos de los tres factores corresponden a la entrega de información de los hospitales al Archivo de Bogotá con corte a 31 de diciembre del 2010. Según lo establece el artículo 25 del Decreto 514 de 2006, la dependencia encargada del SIGA debe presentar anualmente al Archivo de Bogotá un informe sobre el estado de la administración documental en su entidad. De acuerdo con las indicaciones de la Dirección Archivo de Bogotá de la Secretaría General, la fecha límite de presentación de la información fue el pasado 8 de febrero de 2011 y se debía realizar en medio físico y magnético. Por este motivo, el no envío de la información por parte de las entidades con estas condiciones implica un valor de 0%, ya que se trata del incumplimiento de una disposición legal.

Resumen del área de desempeño de gestión documental

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
GESTIÓN DOCUMENTAL	ASPECTOS GENERALES DE GESTIÓN DOCUMENTAL	11 Factores constitutivos.	Decreto 514 de 2006	DIRECCIÓN ARCHIVO DE BOGOTÁ - SECRETARÍA GENERAL	Criterio Auditable - Auditores del Distrito.	Diciembre 31 de 2010
	PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL QUE SE ENCUENTRAN DOCUMENTADOS	7 Factores constitutivos.				
	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	9 Factores constitutivos.				

4.2.2 Área de desempeño de interacción con el usuario

¿Qué mide?

Establece las relaciones de los hospitales con sus usuarios, incluyendo la participación de estos en la gestión del hospital.

Factores

La interacción con el usuario cuenta con dos factores de medición:

- *Factor 1.* Encuesta de participación y control social.
- *Factor 2.* Premio de Quejas y Reclamos de la Veeduría.

Referente normativo de los factores

- La evaluación del factor 1 se encuentra soportada en el Decreto 448 de 2007 y el Decreto 371 de 2010.
- La evaluación del factor 2 se encuentra soportada en la Resolución 153 del 2010.

¿Cómo se miden?

- Los datos del factor 1 serán entregados por la Veeduría Distrital, de acuerdo con la meto-

dología e instrumentos establecidos para la realización de las encuestas de participación y control social, ejercicio realizado en cumplimiento del artículo 35 del Decreto 448 de 2007. El valor máximo del factor es 100% y su peso en el IDID es del 3,5%.

- El factor 2 estará basado en la metodología establecida por la Veeduría Distrital para el Premio de Quejas y Reclamos. Además tendrá un valor máximo del 100%, que equivale al peso de 3,5% establecido para el factor en el IDID. Si el resultado es inferior, el valor IDID será asignado proporcionalmente.

Teniendo en cuenta que la metodología de levantamiento y verificación de la información está en cabeza de la Veeduría Distrital, estos factores no serán objeto de auditoría en el marco del Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011.

Periodo de la información de los factores

- Para los datos del factor 1 se tendrán en cuenta los resultados de la encuesta de participación y control social con corte al 30 de junio del 2011.
- Para el factor 2 se tendrán en cuenta los resultados del Premio de Quejas y Reclamos realizado en el 2010.

Resumen del área de desempeño de interacción con el usuario

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
INTERACCIÓN CON EL USUARIO	ENCUESTAS DE PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL	N. A.	Decreto 448 de 2007 Decreto 371 de 2010	VEEDURÍA DISTRITAL	Veeduría Distrital - Criterio no auditable	Jun 30 de 2011
	PREMIO DE QUEJAS Y RECLAMOS DE LA VEEDURÍA		Resolución 153 del 2010	VEEDURÍA DISTRITAL	Veeduría Distrital - Criterio no auditable	Diciembre 31 de 2010

4.2.3 Área de desempeño de aplicación de políticas TIC

¿Qué mide?

Establece el grado de cumplimiento de las directrices impartidas por la Comisión Distrital de Sistemas en relación con el manejo de las políticas de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Factores

La aplicación de políticas TIC cuenta con los siguientes factores de medición

PESO	FACTOR
1,10%	Planeación.
1,00%	Seguridad de la información.
1,50%	Democratización.
1,00%	Calidad.
0,50%	Racionalización.

PESO	FACTOR
0,50%	Conectividad.
0,50%	IDEC@.
0,50%	Software libre.

Referente normativo de los factores

Todos los factores se encuentran soportados en la Resolución 305 de 2008, expedida por la Comisión Distrital de Sistemas.

¿Cómo se mide?

La Comisión Distrital de Sistemas (CDS) realiza el seguimiento al cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones de acuerdo con la información suministrada trimestralmente por los hospitales, con base en lo cual determina el nivel de cumplimiento en cada uno de los factores. Si se consideran las funciones de la Comisión, se encuentra que existen factores que ya han sido verificados, pero hay otros que serán objeto de comprobación mediante auditoría en las instalaciones del hospital a través de la revisión de evidencia objetiva.

Periodo de la información de los factores

Todos los factores de esta área de desempeño tendrán como fecha de corte de la información el 30 de junio de 2011.

Resumen del área de desempeño de aplicación de políticas TIC

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
APLICACIÓN DE POLÍTICAS TIC	Planeación	N. A.	Resolución 305 de 2008	Subdirección de Informática y Sistemas - Secretaría General	Comisión Distrital de Sistemas - Criterio no auditable	Junio 30 de 2011
	Seguridad de la información	N. A.	Resolución 305 de 2008	Subdirección de Informática y Sistemas - Secretaría General	Criterio auditable - Auditores del Distrito	
	Democratización					
	Calidad					
	Racionalización	N. A.	Resolución 305 de 2008	Subdirección de Informática y Sistemas - Secretaría General	Comisión Distrital de Sistemas - Criterio no auditable	
	Conectividad					
	IDEC@	N. A.	Resolución 305 de 2008	Subdirección de Informática y Sistemas - Secretaría General	Criterio auditable - Auditores del Distrito	
	Software libre					

4.2.4 Área de desempeño de procesos, procedimientos y trámites

¿Qué mide?

Establece el estado actual de los hospitales a través de los procesos, procedimientos y trámites.

Factores

Esta área de desempeño se encuentra constituida por dos factores:

- *Factor 1.* Procesos y procedimientos.
- *Factor 2.* Trámites.

Referente normativo de los factores

- El factor 1 se encuentra soportado en la Ley 872 del 2003, Acuerdo 122 del 2003, Decreto 1599 de 2005.
- El factor 2 está soportado por la Ley 962 del 2005 y la Circular 035 de 2008.

¿Cómo se mide?

- El factor 1, procesos y procedimientos, será medido a través de seis factores constitutivos:
 - **Mapa de procesos:** a este factor constitutivo se le ha asignado un valor máximo del 1% en el IDID. Para otorgar el porcentaje que obtiene el hospital se comparará la cantidad de procesos que tiene y los que se encuentran relacionados en el mapa de procesos, y se determinará el valor de acuerdo con la siguiente escala de evaluación:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,20%	Menos del 50% de los procesos relacionados se encuentran en el mapa de procesos.
0,40%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados se encuentran en el mapa de procesos.
0,60%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados se encuentran en el mapa de procesos.
0,80%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados se encuentran en el mapa de procesos.
1,00%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados se encuentran en el mapa de procesos.

- **Formalización:** este factor constitutivo tiene un peso del 1% en el IDID. Se entiende que un proceso está formalizado cuando es soportado por un acto administrativo. Los valores que podrá obtener el hospital en este criterio estarán asociados a una de las siguientes escalas:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,20%	Menos del 50% de los procesos relacionados se encuentran formalizados a través de un acto administrativo.
0,40%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados se encuentran formalizados a través de un acto administrativo.
0,60%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados se encuentran formalizados a través de un acto administrativo.

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,80%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados se encuentran formalizados a través de un acto administrativo.
1,00%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados se encuentran formalizados a través de un acto administrativo.

- **Socialización:** este factor constitutivo tiene un peso del 2% en el IDID. Se entiende por socialización la divulgación o las actividades para el entendimiento de los procesos y procedimientos por parte de los servidores y colaboradores del hospital entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011. Para otorgar el porcentaje de cumplimiento al hospital se tendrá en cuenta la siguiente escala de evaluación:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,40%	Menos del 50% de los procesos relacionados han sido socializados durante el último año en el periodo comprendido entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,80%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados han sido socializados durante el último año en el periodo comprendido entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
1,20%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados han sido socializados durante el último año en el periodo comprendido entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
1,60%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados han sido socializados durante el último año en el periodo comprendido entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
2,00%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados han sido socializados durante el último año en el periodo comprendido entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.

- **Seguimiento y evaluación:** este factor constitutivo tiene un peso del 2,5% en el IDID. Se entiende por seguimiento y medición la utilización de mecanismos para determinar el comportamiento de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y procedimientos realizados en el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011. Esta situación se puede evidenciar a través de indicadores de gestión y/o cuadro de mando integrado y/o encuestas y/o focus group y/o PQRS y/o similares. Los valores que podrá obtener el hospital en este criterio estarán asociados a la siguiente escala de evaluación:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,50%	Menos del 50% de los procesos relacionados han sido objeto de seguimiento y evaluación durante el último año (1/07/2010 al 30/06/2011).
1,00%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados han sido objeto de seguimiento y evaluación durante el último año (1/07/2010 al 30/06/2011).
1,50%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados han sido objeto de seguimiento y evaluación durante el último año (1/07/2010 al 30/06/2011).
2,00%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados han sido objeto de seguimiento y evaluación durante el último año (1/07/2010 al 30/06/2011).

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
2,50%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados han sido objeto de seguimiento y evaluación durante el último año (1/07/2010 al 30/06/2011).

- Acciones de mejora:** este factor constitutivo tiene un peso del 2% en el IDID. Se entiende por acciones de mejora las actividades emprendidas para elevar los niveles de eficiencia, eficacia y efectividad en el periodo comprendido entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011. Se puede evidenciar a través de las listas de asistencia de la participación de los servidores y/o versiones de los procesos y/o medios documentales —por ejemplo, si se pasó de medio impreso a magnético□ y/o propuestas de mejora llevadas a la práctica. Los valores que podrá obtener el hospital en este criterio estarán asociados a la siguiente escala de evaluación:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,50%	Menos del 50% de los procesos relacionados han tenido acciones de mejora durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
1,00%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados han tenido acciones de mejora durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
1,50%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados han tenido acciones de mejora durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
2,00%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados han tenido acciones de mejora durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
2,50%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados han tenido acciones de mejora durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).

- Medición del impacto:** hace referencia a la definición y medición de los resultados esperados del proceso en términos del impacto que se espera de este. Este factor constitutivo tiene un peso del 3% en el IDID, y el valor que podrán obtener los hospitales corresponde a la siguiente escala de evaluación:

VALOR (%)	EXPLICACIÓN ESCALA
0,60%	Menos del 50% de los procesos relacionados han tenido medición del impacto durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
1,20%	Entre el 50 y el 65% de los procesos relacionados han tenido medición del impacto durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
1,80%	Entre el 66 y el 80% de los procesos relacionados han tenido medición del impacto durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
2,40%	Entre el 81 y el 90% de los procesos relacionados han tenido medición del impacto durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).
3,00%	Entre el 91 y el 100% de los procesos relacionados han tenido medición del impacto durante los dos últimos años (1/07/2009 al 30/06/2011).

La información de este factor será entregada por los hospitales en el informe de postulación y será auditada en las respectivas sedes.

- El factor 2, trámites, será evaluado mediante dos factores constitutivos. El primero es la oportunidad de la respuesta y el segundo es el indicador del servicio. En ambos casos la información será remitida por la Dirección Distrital de Servicio al Ciudadano, de conformidad con los indicadores y estándares de los servicios que se manejan en el Distrito.

Periodo de la información de los factores

Todos los factores y criterios establecidos para esta área de desempeño tendrán como fecha de corte de la información el 30 de junio de 2011.

Resumen del área de desempeño de procesos, procedimientos y trámites

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y TRÁMITES	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Mapa de procesos	NTCGP 1000:2009/MECI 1000:2005	EQUIPO CALIDAD DDDI Informe de postulación	Criterio auditable - Auditores del Distrito	Junio 30 de 2011
		Formalización				
		Socialización				
		Seguimiento y medición				
		Mejoramiento				
	Impacto					
	TRÁMITES	Oportunidad de la respuesta	Circular 035 del 2008	DIRECCIÓN DISTRITAL DE SERVICIO AL CIUDADANO	Dirección Distrital de Servicio al Ciudadano Criterio no auditable	Junio 30 de 2011
Indicador del servicio						

4.2.5 Área de desempeño de comunicaciones

¿Qué mide?

Esta área mide el grado de cumplimiento y resultados obtenidos a través de la implementación de lo establecido en el Manual de Direccionamiento Estratégico para las Comunicaciones del Distrito Capital.

Factores

Esta área de desempeño se encuentra constituida por cuatro factores:

- *Factor 1.* Cumplimiento de lo establecido en el Decreto 516 de 2009 (documentación).
- *Factor 2.* Trámites: implementación de lo establecido en el Decreto 516 de 2009.
- *Factor 3.* Resultados obtenidos en la implementación del Decreto 516.
- *Factor 4.* Mejora continua.

Referente normativo de los factores

Los cuatro factores se derivan del Decreto 516 de 2009, "Por el cual se adopta el Manual de Direccionamiento Estratégico para las Comunicaciones del Distrito Capital".

¿Cómo se mide?

Cada uno de los factores será medido con una serie de instrumentos que se encuentran publicados en la página web de la Secretaría General, cuyo diligenciamiento y envío será coordinado por los responsables de la gestión de comunicaciones en los hospitales de acuerdo con las instrucciones del equipo de comunicaciones de la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional. El peso establecido para esta área de desempeño en el IDID es de 10%.

Es necesario destacar que el factor denominado “Resultados obtenidos en la implementación del Decreto 515 de 2009” posee cuatro factores constitutivos:

- Satisfacción del ciudadano.
- Posicionamiento de la imagen del hospital.
- Calidad de la comunicación horizontal.
- Cumplimiento del plan de acción de comunicaciones.

Periodo de la información de los factores

Todos los factores y criterios establecidos para esta área de desempeño tendrán como fecha de corte el 30 de junio de 2011.

Resumen del área de desempeño de comunicaciones

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
COMUNICACIONES	CIDE	Cumplimiento de lo establecido en el Decreto 516 de 2009 (documentación)	Decreto 516 del 2009	EQUIPO DE COMUNICACIONES DDDI	Criterio auditable - Auditores del Distrito	Junio 30 de 2011
		Implementación de lo establecido en el Decreto 516 de 2009				
		Resultados obtenidos de la implementación del Decreto 516				
		Mejora continua				

4.2.6 Área de desempeño de talento humano

¿Qué mide?

Establece el grado de cumplimiento de los aspectos que aportan al desempeño del talento humano en el hospital.

Factores

Esta área de desempeño está compuesta por los siguientes factores:

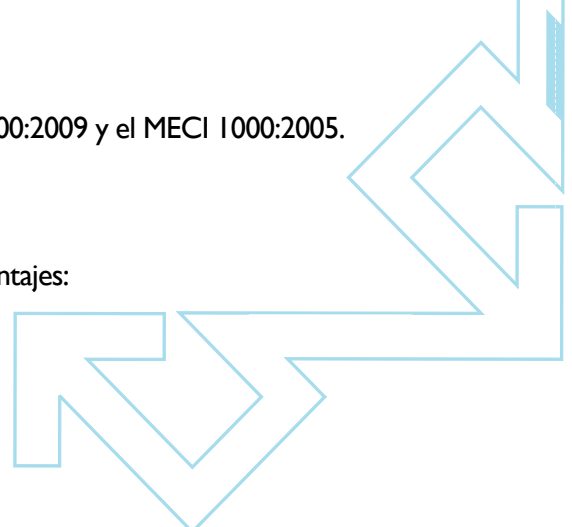
- *Factor 1.* Clima laboral.
- *Factor 2.* Capacitación.
- *Factor 3.* Bienestar.
- *Factor 4.* Salud ocupacional.
- *Factor 5.* Inducción.

Referente normativo de los factores

Estos factores se evalúan de acuerdo con lo establecido en la NTCGP 1000:2009 y el MECI 1000:2005.

¿Cómo se mide?

- El factor de clima laboral se medirá conforme a los siguientes puntajes:



PUNTAJE	CRITERIO
0,30%	El hospital evidencia acciones de planeación relacionadas con el clima laboral entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011.
0,30%	El hospital evidencia socialización de la planeación relacionada con la intervención sobre el clima laboral entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento del clima laboral entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011.
0,50%	El hospital evidencia acciones de mejora del clima laboral entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011.
0,50%	El hospital evidencia acciones de medición del impacto de las acciones de mejora del clima laboral entre el 1/07/2009 y el 30/06/2011.

- El factor de capacitación se medirá conforme a los siguientes puntajes:

PUNTAJE	CRITERIO
0,20%	El hospital evidencia acciones de planeación relacionadas con la capacitación institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,20%	El hospital evidencia socialización de la planeación relacionada con la capacitación institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,30%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento de la capacitación institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de mejora de la capacitación institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de medición del impacto de la capacitación entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

- El factor de bienestar se medirá conforme a los siguientes puntajes:

PUNTAJE	CRITERIO
0,20%	El hospital evidencia acciones de planeación relacionadas con el bienestar institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,20%	El hospital evidencia socialización de la planeación relacionada con el bienestar institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,30%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento del bienestar institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de mejora del bienestar institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de medición del impacto de las acciones de bienestar institucional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.

- El factor de salud ocupacional se medirá conforme a los siguientes puntajes:

PUNTAJE	CRITERIO
0,20%	El hospital evidencia acciones de planeación relacionadas con la salud ocupacional entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,20%	El hospital evidencia socialización de la planeación relacionada con la salud ocupacional entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,30%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento de la salud ocupacional entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de mejora de la salud ocupacional entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de medición del impacto de las acciones de salud ocupacional entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.

- El factor de inducción se medirá conforme a los siguientes puntajes:

PUNTAJE	CRITERIO
0,20%	El hospital evidencia acciones de planeación relacionadas con la inducción de personal entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,20%	El hospital evidencia socialización de la planeación relacionada con la inducción de personal entre el 1/07/2010 y el 30/06/2011.
0,30%	El hospital evidencia seguimiento y medición del comportamiento de las acciones de inducción de personal entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de mejora de la inducción de personal entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.
0,40%	El hospital evidencia acciones de medición del impacto de las acciones de inducción de personal entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011.

Periodo de la información de los factores

La información de esta área de desempeño se recopilará con fecha de corte del 30 de junio de 2011.

Resumen del área de desempeño de talento humano

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
TALENTO HUMANO	CLIMA LABORAL	N. A..	NTCGP 1000:2009 MECI 1000:2005	EQUIPO CALIDAD DDDI Informe de postulación.	Criterio Auditable - Auditores del Distrito.	Junio 30 de 2011
	CAPACITACIÓN					
	BIENESTAR					
	SALUD OCUPACIONAL					
	INDUCCIÓN					

4.3 DIMENSIÓN RESULTADOS

4.3.1 Área de desempeño de cumplimiento del Plan de Desarrollo

¿Qué mide?

Establece el grado de cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo vigente.

Factores

En este caso los factores que conforman el área de desempeño corresponden a los indicadores del Plan de Desarrollo que debe reportar el hospital.

Referente normativo de los factores

La evaluación de todos los factores se soporta en el Acuerdo 308 de 2008, “Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008-2012 ‘BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR’ ”.

¿Cómo se mide?

De acuerdo con la información incluida en Segplan, se verificará el grado de cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo en relación con lo programado. Este criterio tiene un peso del 15% en el IDID, el valor asignado será proporcional al grado de cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo y no será objeto de auditoría porque la información oficial será entregada por la Secretaría Distrital de Planeación.

Periodo de la información de los factores

Para esta área de desempeño se tendrán en cuenta los reportes del Segplan con corte del 30 de junio de 2011.

Resumen del área de desempeño de cumplimiento del Plan de Desarrollo

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
CUMPLIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO	De acuerdo con los indicadores del Plan de Desarrollo que reporte la entidad.	N. A.	Acuerdo 308 de 2008 - Plan de Desarrollo	SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN	Secretaría Distrital de Planeación - Criterio no auditable	Junio 30 de 2011

4.3.2 Área de desempeño de ejecución presupuestal

¿Qué mide?

Determina el grado de ejecución presupuestal en relación con el presupuesto asignado al hospital.

Factores

Para esta área de desempeño los factores corresponden a los porcentajes de ejecución presupuestal con corte al 30 de noviembre de las vigencias 2008, 2009 y 2010.

Referente normativo de los factores

Estos factores se miden con base en las directrices de ejecución presupuestal de la Secretaría de Hacienda

Distrital.

¿Cómo se mide?

De acuerdo con la información consignada en el sistema de la Secretaría de Hacienda Distrital (PRE-DIS) se establecerá el porcentaje de ejecución con corte al 30 de noviembre de las vigencias 2008, 2009 y 2010 por hospital, y se otorgará un valor proporcional a dicho porcentaje de ejecución. Este criterio tiene un peso del 5% en el IDID.

Periodo de la información de los factores

Los datos de los factores tendrán fecha de corte del 30 de noviembre de 2008, 2009 y 2010.


Resumen del área de desempeño de ejecución presupuestal

ÁREA DE DESEMPEÑO	FACTOR	FACTOR CONSTITUTIVO	SUSTENTO NORMATIVO	FUENTE	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	CORTE
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Ejecución Presupuestal 2008	N. A.	Directrices Secretaría de Hacienda Distrital	SECRETARÍA DE HACIENDA DISTRITAL	Secretaría de Hacienda Distrital - Criterio No Auditable.	Noviembre de cada año.
	Ejecución Presupuestal 2009					
	Ejecución Presupuestal 2010					

Nota: la estructura completa del Índice de Desarrollo Institucional Distrital podrá ser consultada en la página web www.bogota.gov.co/secretariageneral/.



ANEXO N.º 5.

 PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011 INFORME DE POSTULACIÓN		2. ÍNDICE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DISTRITAL					
ÁREA DE DESEMPEÑO: ÉTICA			FACTOR: GESTIÓN ÉTICA INSTITUCIONAL				
ELEMENTOS DE LA GESTIÓN ÉTICA	* ¿Los elementos de la Gestión Ética están formalizados en su hospital?	**Acto administrativo que formaliza los elementos de la Gestión Ética en su hospital	*¿Se han realizado actividades de socialización de los elementos de la gestión ética, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado actividades de seguimiento y medición a los elementos de la gestión ética, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado acciones de mejoramiento de los elementos de gestión ética, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado acciones de medición de impacto de los elementos de gestión ética, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	
ACUERDOS, COMPROMISOS, CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO O IDEARIO ÉTICO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PLANES DE ACCIÓN ÉTICA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N. A.	

* Marque con una equis (X) SÍ o NO según corresponda a la situación de su hospital frente a cada elemento estratégico mencionado en la primera columna.

** Escriba la información asociada con cada uno de los elementos estratégicos que aparecen en la primera columna.

PREMIO DISTRICTAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN


2. ÍNDICE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DISTRICTAL

ÁREA DE DESEMPEÑO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		FACTOR: ELEMENTOS BÁSICOS					
ELEMENTOS BÁSICOS	* ¿Los elementos estratégicos básicos están documentados en su hospital?	**Acto administrativo que formaliza los elementos estratégicos en su hospital	*¿Se han realizado actividades de socialización, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado actividades de seguimiento y medición, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado acciones de mejoramiento, evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿Se han realizado acciones de medición de impacto del elemento, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PLANES DE ACCIÓN	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POLÍTICA DE TALENTO HUMANO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MISIÓN	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VISIÓN	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

* Marque con una equis (X) SI o NO según corresponda a la situación de su hospital frente a cada elemento estratégico mencionado en la primera columna.
** Escriba la información asociada con cada uno de los elementos estratégicos que aparecen en la primera columna.

**PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN**

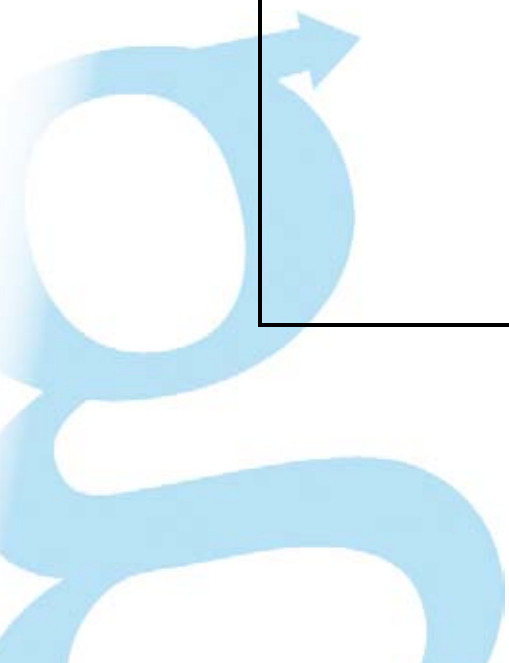
2. ÍNDICE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DISTRITAL

		ÁREA DE DESEMPEÑO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				FACTOR: ELEMENTOS ADICIONALES		
		*¿ Los elementos estratégicos adicionales están documentados en su hospital?	**Acto administrativo que formaliza los elementos estratégicos adicionales en su hospital	*¿ Se han realizado actividades de socialización, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿ Se han realizado actividades de seguimiento y medición, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿ Se han realizado acciones de mejoramiento, evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	*¿ Se han realizado acciones de medición de impacto del elemento, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	
ELEMENTOS ADICIONALES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	
POLÍTICA DE CALIDAD	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC
OBJETIVOS DE CALIDAD	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC
POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC

* Marque con una equis (x) SÍ o NO según corresponda a la situación de su hospital frente a cada elemento estratégico mencionado en la primera columna.

** Escriba la información asociada con cada uno de los elementos estratégicos que aparecen en la primera columna.

7. Anexe el Mapa de Procesos vigente en el hospital.





PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN

2. ÍNDICE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DISTRITAL

ÁREA DE DESEMPEÑO: TALENTO HUMANO

ELEMENTOS DE TALENTO HUMANO	* ¿Se han efectuado acciones de planeación relacionadas con el clima laboral, que sean evidenciables, entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado actividades de socialización de la planeación relacionadas con el clima laboral, que sean evidenciables, entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado actividades de seguimiento y medición del comportamiento del clima laboral, que sean evidenciables, entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado acciones de mejoramiento relacionadas con el clima laboral, que sean evidenciables, entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado acciones de medición de impacto relacionadas con el clima laboral, que sean evidenciables, entre el 01/07/2009 y el 30/06/2011?
CLIMA LABORAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ELEMENTOS DE TALENTO HUMANO	* ¿Se han efectuado acciones de planeación relacionadas con los elementos de talento humano, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado actividades de socialización de la planeación relacionadas con los elementos de talento humano, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado actividades de seguimiento y medición del comportamiento de los elementos de talento humano, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado acciones de mejoramiento relacionadas con los elementos de talento humano, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?	* ¿Se han realizado acciones de medición de impacto relacionadas con los elementos de talento humano, que sean evidenciables, entre el 01/07/2010 y el 30/06/2011?
CAPACITACIÓN	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
BIENESTAR	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SALUD OCUPACIONAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INDUCCIÓN	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

* Marque con una equis (X) Sí o NO según corresponda a la situación de su hospital frente a cada elemento estratégico mencionado en la primera columna.

ANEXO N.º 6.

**PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACION
AVANCE POR GRUPO DE ESTÁNDARES**



ESTÁNDARES: _____

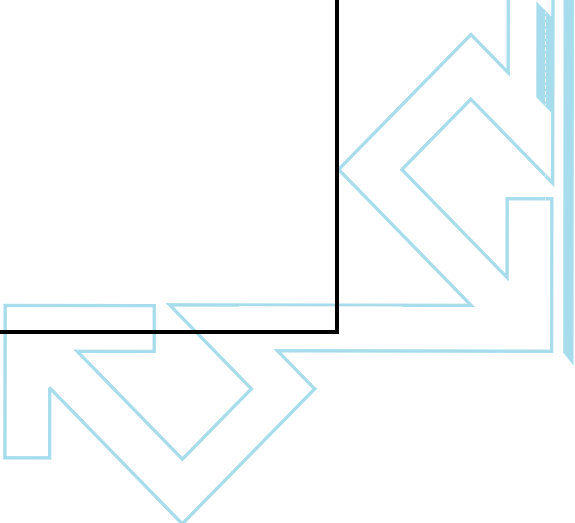
FORTALEZAS:

OPORTUNIDADES DE MEJORA:



PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN
SEGURIDAD DEL PACIENTE

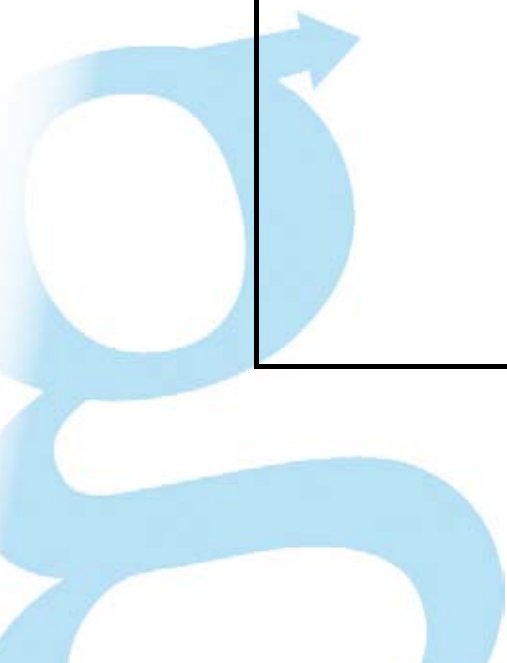
Empty rectangular box for the report content.





PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN
EXPERIENCIAS EXITOSAS*

* Solo aplica para Conquistadores.

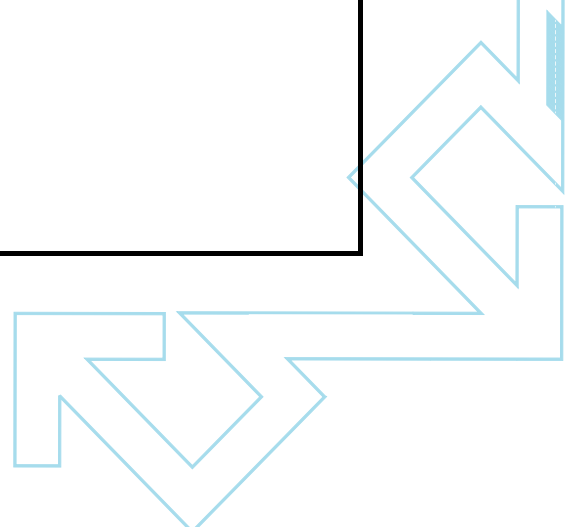




**PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN***

* Solo aplica para Colonizadores.

Empty space for the submission report.





PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2011
INFORME DE POSTULACIÓN
TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

* Solo aplica para Colonizadores.

