

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL MELENCIANO

**FECHA:**

10 /06/2024

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

### Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

### Evaluación Individual.

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

### Evaluación de consenso:

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

## CRITERIOS FACILITADORES.

### CRITERIO 1: LIDERAZGO

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

#### SUBCRITERIO 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b><br>1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.  | En nuestro Hospital Provincial general melenciano formulamos y desarrollamos la misión, la visión y valores de la organización, en donde implicamos los encargados departamentales y grupos de interés.<br><br>Evidencias: Fotos, Listados de participación. |                 |
| 2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización. | En nuestro hospital Provincial general melenciano Contamos con valores institucionales bien definidos y alineado acorde con la misión y visión de la organización.<br><br>Evidencia: fotos   |                 |
| 3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.   | Se socializó en una reunión con los encargados de cada departamento en el mes de Julio del 2018.<br>EVIDENCIAS: Fotos y listado de participantes.  |                 |
| 4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos   | La anterior que teníamos se modificó en Mayo 2018, en colaboración con el comité de calidad.<br>EVIDENCIAS: Fotos y listado de participantes.  |                 |

|  |   |                    |
|--|---|--------------------|
| estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.   |   |                    |
| 5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes). |   | No se realiza      |
| 6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).   |   | No se ha realizado |
| 7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.   | Estamos impartiendo cursos talleres en la institución para desarrollar comportamientos éticos.<br><br>EVIDENCIAS: Fotos y listado de participantes.<br><br>Se implementa charla donde se les explica a los empleados sobre sus deberes y derechos.<br>EVIDENCIAS: Listado de participantes. |                    |
| 8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).   | Realizamos reuniones periódicamente para socializar líderes/directivos/empleados para seguir reforzando la confianza mutua, lealtad y respeto.<br>EVIDENCIAS: Fotos y listado de participantes.   |                    |

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, | Mensualmente se capacita a los empleados con cursos talleres con acompañamiento de Infotep y otros.<br>EVIDENCIAS: Fotos Y Listados de Participación. |                 |

|  |  |  |
|--|--|--|
| responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.  |  |  |
| 2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.   | <p>Se monitorean 30 indicadores de Gestión y clínicos a través del SISMAP Salud A través del POA, se establecen indicadores de gestión y clínicos para la mejora de la calidad de la atención, con indicadores que son monitoreados trimestralmente.</p> <p>Evidencias: Reconocimiento por el SNS y el MAP por el desempeño realizado<br/>Ranking SISMAP Salud<br/>% de logro en el POA.</p> |  |
| 3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.). | <p>Reuniones mensuales con los encargados de departamento y el comité de calidad.</p> <p>EVIDENCIAS: Listado de participantes.</p>   |  |
| 4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).   | <p>Contamos con acceso a internet, flotas, teléfonos, correos institucional y buzones de sugerencia.</p> <p>Estrategias: uso continuo de estos a través de charlas, presentación en los murales y cartelera de servicio visible.</p> <p>EVIDENCIAS: Murales, buzones de sugerencia, república digital, equipos telefónicos, etc.</p>   |  |
| 5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.  | <p>Se monitorea la GCT a través de la auditoría interna a los expedientes clínicos y encuesta de satisfacción al usuario.</p> <p>EVIDENCIAS: Auditoría a los expedientes clínicos y las encuestas.</p>   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p> | <p>Monitorizar el portal de quejas y sugerencias del hospital en las redes.<br/>EVIDENCIAS: Aun no hemos recibido quejas ni sugerencia hasta ese momento.</p> |  |
| <p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y</p>    | <p>Contamos con guías y protocolos, equipos electrónicos, flotas, internet, teléfono fijo</p>   |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.   |  |  |
| 8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada. | Contamos con un correo electrónico de cada encargado de un departamento.<br>EVIDENCIAS: <a href="mailto:hosp.melencianojimani@gmail.com">hosp.melencianojimani@gmail.com</a><br><a href="mailto:hospitalprov.gral.melenciano@gmail.com">hospitalprov.gral.melenciano@gmail.com</a><br><a href="mailto:contabilidad_gral.melenciano@hotmail.com">contabilidad_gral.melenciano@hotmail.com</a><br><a href="mailto:facturacionmelencianojimani@gmail.com">facturacionmelencianojimani@gmail.com</a><br><a href="mailto:oaihospitalmelenciano@gmail.com">oaihospitalmelenciano@gmail.com</a><br><a href="mailto:saigeneralmelenciano@gmail.com">saigeneralmelenciano@gmail.com</a> |  |
| 9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.                               | Los directivos participan en las reuniones de seguimiento a los planes de mejora continúa desarrollados por los departamentos, tanto clínicos como administrativos. Forman parte de los comités conformados en el hospital.<br>Evidencias: Lista de asistencia a actividades, minutas donde se evidencia la participación de los Directivos  |  |
| 10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.  | Realizamos reuniones periódicas con los empleados para motivarlos y reconocer sus logros e iniciativa en el desempeño de sus funciones.<br>EVIDENCIAS: Listado de participantes.   |  |



|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p> | <p>Nuestro director y encargados departamentales modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Mostrando cada uno de ellos lo que espera de su colaborador bajo su mando en todo lo que hacemos como es: Trabajar a lineados a los valores. Asistencia diaria. Vestirse adecuadamente. Compartir éxitos. Apoyando las actividades para el logro de los objetivos y metas.</p> <p>Evidencias: foto participando en actividades del CAF, foto donde participen los encargados y colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, foto reunión Comité de Compras, lista de participantes minutas del comité de compras</p> |  |
|---|---|--|

**Subcriterio 1.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.**

Documento Externo  
SGC-MAP

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p> | <p>Nuestros líderes, motivados por nuestro Director predicán con el ejemplo, es el primero en llegar y siempre está dispuesto a apoyar las personas del hospital. Realiza las rondas médicas inculcando el compromiso a los usuarios.</p> <p>EVIDENCIAS: Evidencias: Registros de ponche, foto encargados participando en actividades del CAF, foto donde participen las máximas autoridades y colaboradores en actividades, foto reunión de los Comités, minutas de los diferentes comités, listados de participantes.</p>  |                 |
| <p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p>   | <p>Nuestro hospital practica la Política de puerta abierta. En nuestra nomina constamos con personal discapacitado bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias. La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias, planes de mejora y lluvias de ideas en todas las áreas del hospital. La dirección general y su equipo de trabajo cumplen con las normas y procedimientos establecidos, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos nuestros colaboradores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios.</li> <li>2. Atender a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual.</li> <li>3. Garantizar los derechos de las personas.</li> </ol> <p>Evidencias: nómina de personal, derechos y deberes de los Usuarios, planes de mejoras.</p> |                 |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| 3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.  | Reuniones mensuales con los empleados para valorar el desarrollo de los planes implementados y socializar cómo van los procesos.<br>EVIDENCIAS: Listados de Participación. |               |
| 4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.               | Colaboramos a los empleados para que tengan mejor desempeño en sus funciones.<br><br>Tratamos con los empleados los logros obtenidos                                       |               |
| 5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.   | Delegamos funciones a los empleados en sus diversos departamentos.   |               |
| 6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente. | Mensualmente se capacita a los empleados con cursos talleres con acompañamiento de Infotep y otros<br><br>Evidencia listados de participantes.                             |               |
| 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.   |  | No se realiza |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora           |
|---|---|---------------------------|
| <p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>                               | <p>Se han realizado encuentros de trabajo con la Gobernación Provincia Barahona, Defensa Civil y otros organismos para cumplir con las políticas públicas de prevención, mitigación y atención en caso de desastres naturales, Intoxicación por alimentos con pro-consumidor.<br/>Evidencias: Fotografías, reportes.</p>  |                           |
| <p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p> |   | <p>No se ha realizado</p> |
| <p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>  |   | <p>No se ha realizado</p> |
| <p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>  | <p>Se desarrollan el Plan Operativo Anual y los Planes de mejora de Enfermería, Planes de Mejora de Mantenimiento e infraestructura, Planes de Mejora Materno Infantil, Plan de Mejora Área Quirúrgica, que las actividades son coherentes con los objetivos y metas institucionales y las políticas públicas. Evidencias:<br/><br/>Evaluación semestral del POA por el SNS Planes de Mejora en ejecución</p> |                           |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.). |  | No se ha realizado |
|--|--|--------------------|

|   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| 6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.  |   | No se ha realizado |
| 7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros. | El Hospital desarrolla una promoción en las redes sociales donde informa a los usuarios de los servicios brindados, actividades, eventos, las redes de Facebook, Instagram, portal de transparencia.<br>Evidencia:<br><a href="https://x.com/ProvJimani?t=N3QVdxCKJO3iEEW94IZ1Ow&amp;s=09">https://x.com/ProvJimani?t=N3QVdxCKJO3iEEW94IZ1Ow&amp;s=09</a> |                    |

## CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p><b>La Organización:</b></p> <p>1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p> |   | No se realiza   |
| <p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>   | <p>El hospital a través del departamento de planificación familiar y psicología se dan respuestas a necesidades de adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Damos seguimiento a buzones de sugerencias y revisa periódicamente el cumplimiento compromiso a los ciudadanos clientes.</p> <p>Evidencias: Buzones de sugerencia, informes de apertura de buzones, Informes mensuales de los</p> |                 |

|   |                |  |
|---|----------------|--|
|   | departamentos. |  |
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas. |                |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.). | Realizamos reuniones con los líderes quincenal<br><br>Evidencia listados de participantes, fotos |  |
|---|--|--|

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora    |
|--|--|--------------------|
| 1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.  | <p>La misión y visión de nuestra institución están vinculados a nuestros objetivos estratégicos y operativos. Contamos con un Plan Estratégico y un Plan Operativo donde se plantean los objetivos, resultados, productos y actividades que están realizando los líderes de la organización, para lograr dirigir la organización hacia el logro de su misión, visión y objetivos. En el Plan Operativo están definidos nuestros objetivos a corto, y mediano plazo Y estos son monitoreados y evaluados periódicamente con la finalidad de que se cumpla lo planificado.</p> <p>Contamos con indicadores para el monitoreo y se realiza la evaluación del cumplimiento de los objetivos.</p> <p>Evidencias: Plan Estratégico, Plan Operativo Anual, matriz de monitoreo.</p> |                    |
| 2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades. | <p>Se realizan cada año encuestas de satisfacción de usuarios en las distintas áreas de los servicios, los buzones de sugerencias en el laboratorio. Evidencias: Resultados de encuestas<br/>Fotos de buzones de sugerencia en el laboratorio, consulta, hospitalización, atención al usuario y emergencia. Acta de Buzones de Sugerencias</p> <p>Evidencias:<br/><a href="https://www.sismap.gob.do/salud/uploads/evidencias/638440276993029199-Informe-de-Satisfaccin-de-usuarios-SNS-Hosp.-Provincial-General-Melenciano-Diciembre--2023.pdf">https://www.sismap.gob.do/salud/uploads/evidencias/638440276993029199-Informe-de-Satisfaccin-de-usuarios-SNS-Hosp.-Provincial-General-Melenciano-Diciembre--2023.pdf</a></p>  | No se ha realizado |



|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
|   |  |                       |
| 3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. |  | No tenemos evidencias |
| 4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.   | <p>Aseguramos la disponibilidad de recursos en algunos aspectos para desarrollar la gestión a través de los reportes enviado sobre estadísticas, los reportes enviados sobre las cuentas, y a través de la facturación del seguro subsidiado SeNaSa.</p> <p>Evidencias: fondos de subvención y los ingresos recibidos por la facturación de SeNaSa, el presupuesto y los Reportes de estadísticas.</p> |                       |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b><br/>1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p> | <p>Implementando planes operativos, planes de mejora por áreas.<br/><br/>Evidencias: Planes digitales</p>  |                 |
| <p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>   | <p>Por medio de nuestro POA nuestros objetivos, son medidos por medios de programas y tareas que de manera mensual, trimestral, semestral y anual son medidos por medio de indicadores de resultados, los cuales son evaluados directamente desde el SRS.<br/>Evidencia: Valoración del POA</p>  |                 |
| <p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p>               | <p>Nuestro hospital comunica eficazmente los objetivos y estrategias, planes/tareas y los resultados previstos/logrados a través de reuniones mensuales con todos los encargados departamentales.<br/><br/>Evidencia: Minutas y listado de reuniones con los encargados departamentales y POA 2023.</p>  |                 |
| <p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>         | <p>Mensualmente utilizamos matrices de evaluación y monitoreo para dar seguimiento a nuestro Plan Operativo y tareas a realizar en la institución, el hospital realiza un monitoreo trimestral de la gestión para ver sus avances y logros en el periodo. En ese sentido podemos contar con las matrices para el POA, la Carta Compromiso, levantamiento de datos epidemiológicos, las encuestas también realizadas periódicamente a los grupos de interés nos permiten evaluar los servicios, así como también la satisfacción de nuestros usuarios. Nuestro Plan de Mejora se nutre de los hallazgos encontrados en cada una de las evaluaciones ya analizadas y del informe de retorno del MAP.</p> |                 |

Evidencia: Consolidado  
trimestral del 67-A, Informe del Monitoreo, Informe  
del Monitoreo de los Indicadores de Calidad, carta

Documento Externo  
SGC-MAP

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | compromiso, formulario de encuesta de satisfacción de usuarios. |  |
|--|---|--|

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| 1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.  |  |                        |
| 2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc. | Capacitamos al personal a través de charlas y reuniones periódicas<br>Evidencia: Listado de participantes y fotos  |                        |
| 3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.   | Reunión mensual con los encargados del centro.<br>Evidencias: fotos, listado de participación y minuta   |                        |
| 4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.                        | Se realiza mediante reuniones en donde participan todos los encargados de departamento, donde se exponen dudas, sugerencias y se reciben los aportes de cada encargado a fin de mejorar. |                        |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</p> | <p>Estamos implementando correos departamentales, estamos recibiendo capacitaciones para el portal de transparencias, redes sociales y el sistema 311. Estamos también equipando los departamentos con herramientas electrónicas como son internet, computadoras e impresoras</p> <p>Evidencia: fotos de los equipos</p> |  |
| <p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>  | <p>Incluimos las actividades en el POA</p> <p>Evidencias: POA en físico</p>  |  |

### CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>   | <p>El hospital cuenta con el organigrama de los diferentes departamentos, realizamos un levantamiento con las necesidades de capacitación anual.</p>   |                 |
| <p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p> | <p>La política de recursos humanos del hospital se enmarca en lo contemplado en las siguientes leyes: Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01), sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud Hemos implementado políticas claras para la flexibilidad de horario y permisos. Con nuestra política de inserción laboral se toma en cuenta al empleado sin discriminación de ningún tipo. Desarrollamos e implementamos permisos de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con</p> |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>discapacidad.</p> <p>Evidencia: Permisos otorgados, expediente de empleados, formularios de permisos</p>   |  |
| <p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p> | <p>Nuestra política de recursos humanos se enmarca en la Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01), y sus reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y acuerdos con el Colegio Médico Dominicano (CMD).</p> <p>Evidencia: Políticas de recursos humanos, formularios de permisos</p> |  |

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.  |   | No tenemos evidencias |
| 5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación | Evaluamos nuestro personal de manera continua<br><br>Evidencia: formulario de evaluación de desempeño   |                       |
| 6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).  | Damos charlas de estima y discriminación, relaciones humanas a nuestros empleados<br><br>Evidencia listada de participantes y fotos   |                       |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas  | En nuestro hospital se implementa la política de Evaluación por Desempeño. En todos los departamentos de nuestra institución se evalúa el personal por medio de la plantilla estandarizada del MAP, SNS. La selección se realiza bajo los estatutos del SNS de entrega de los incentivos por medio de estas evaluaciones.<br><br>Evidencia: evaluaciones de Desempeño, nómina de incentivos |                       |
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.   | Si<br><br>Evidencia: evaluación de desempeño  |                       |
| 9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.   | La división de recursos humano implementa una política de flexibilidad de horario, se establece la jornada de trabajo, permiso de maternidad y estudios. Según la ley de maternidad a las madres le corresponde 14 semanas de licencia pre y post natal.  |                       |

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

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

|   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| 1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras. | Contamos con un plan anual de capacitación basado en competencias para el desarrollo del personal. Este Plan cuenta con la anuencia del MAP y del INAP. Para la elaboración del Plan se toma en cuenta los resultados de las evaluaciones del desempeño, las habilidades identificadas y los requerimientos de nuestro POA.<br><br>Evidencias: Plan de capacitación |                    |
| 2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.   | Se les da inducción a los nuevos recursos humanos, con un recorrido por las diferentes oficinas, donde se le presenta al personal del hospital y los distintos departamentos.<br><br>Evidencias: Manual de Inducción  |                    |
| 3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.   |   | No se ha realizado |
| 4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).   |   | No se ha realizado |
| 5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.  | Se realizan capacitaciones sobre manejo de conflictos en el personal de Atención a Usuarios cada año son incluidas en el Plan de Capacitación.<br><br>Evidencias: Plan de Capacitación  |                    |
| 6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.  | Para evaluar el impacto de los programas de capacitación, luego de las mismas se retroalimenta al participante para confirmar su desarrollo en el mismo.  |                    |

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP



|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.</p>   | <p>Se evidencian de forma positiva el desarrollo formativo de nuestro personal, permitiendo esto el buen manejo de sus actividades y extras de departamentos.</p> <p>Evidencias: Resultados de evaluación de desempeño.</p>   |  |
| <p>2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.</p> | <p>Se han implementado los distintos comités de trabajo, espacios donde el personal intercambia ideas y participa de la toma de decisión</p> <p>Evidencias: Actas de conformación de los comités<br/>Listas de participación</p>  |  |
| <p>3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.</p>  | <p>Realizamos cada 6 meses una encuesta del climalaboral.</p> <p>Evidencia: Informe de encuesta sobre clima laboral.</p>  |  |
| <p>4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p>  | <p>Hemos realizado taller sobre bioseguridad y seguridad hospitalaria</p> <p>Evidencia. Listados de participantes y fotos</p>   |  |
| <p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>  | <p>Para facilitar la conciliación de la vida laborar con los colaboradores se otorgan permisos para resolver situaciones de salud con parientes más cercanos, permisos especiales de estudios.</p> <p>Evidencias: Registro de permisos, licencias.</p>                                    |  |
| <p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>  | <p>Personal con una enfermedad o discapacidad son reubicados de puestos de menor demanda. Médicos, enfermeras y personal administrativo. Personal con hijos, se les otorga permiso para visitas médicas.</p> <p>Evidencias: Asignación de personal de enfermería en consulta externa.</p> |  |

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| 7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo. | Se realiza incentivos al personal con la premiación periódica por departamentos, asociada al desempeño. En el personal de enfermería se recompensan con días libres.<br>Evidencias: Listas de servicios. Informe de incentivos | No se evidencia |
|---|--|-----------------|

**CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

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

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

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

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

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

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p> | <p>El Hospital realiza encuestas diarias en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia donde los usuarios hacen sugerencias sobre aspectos a mejorar.</p> <p>Evidencias: Reporte de encuestas de Satisfacción de usuarios.</p>   |  |
| <p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p>   | <p>Compartimos con los ciudadanos a través de las diferentes fuentes de comunicación información éticamente abierta de nuestra organización.</p> <p>Evidencias: Red social.</p>   |  |
| <p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p>   | <p>El Hospital está comprometido con informar a los usuarios, desarrollando una amplia promoción a través de las redes sociales publicando sobre los nuevos servicios, promueve los especialistas, a firmado una carta compromiso con el MAP donde cada año es evaluado por el MAP.</p> <p>Evidencias: Informe de Carta compromiso por el MAP</p> |  |

#### SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|---|---|-----------------|
| <p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p> | <p>Gestionar los recursos a través de los servicios de la subvención y la prestación de los servicios a los pacientes asegurados.</p> |                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p> | <p>Se planifica de manera anual, para luego programar de manera mensual los consumos realizados. En nuestra plantilla de Excel en el cual se plasma nuestro POA, está plasmado el presupuesto por proyectos y actividades. Mediante la planificación se establecen los mecanismos de monitoreo y evaluación para un control efectivo y poder detectar desviaciones que se producen en lo proyectado. En este presupuesto se planifican los posibles gastos de los diferentes departamentos que componen el hospital estos son analizados y se van cumpliendo según el orden de prioridad.</p> <p>Evidencia: informes mensuales.</p> |  |
| <p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>  | <p>Se asegura la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos financieros usando una contabilidad de costos y sistemas de control eficientes.</p> <p>Evidencia: Plantillas de Excel de control financieros</p>   |  |
| <p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>   | <p>El Centro evidencia el aseguramiento la transparencia financiera y presupuestaria.</p> <p>Evidencia: Informe sobre Ejecución Presupuestaria.</p>   |  |
| <p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>   | <p>El departamento de estadista de centro reporta todos los datos oportunos relacionados a estos indicadores.</p> <p>Evidencia: formulario del 67A.</p>   |  |

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p> | <p>Contamos con un plan de capacitación en el cual se proporciona capacitación para el personal de forma presencial y virtual con diferentes organizaciones, el cual incluye ciertos cursos para desarrollar las competencias con relación a las tecnologías.</p> |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Evidencias: listados de las capacitaciones y plan de capacitación del personal, certificados. |  |
|--|---|--|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>  | <p>El hospital realiza la recogida de información vía los buzones de sugerencia y son socializadas con el comité de apertura de buzones.</p> <p>Evidencias: Informes y apertura de buzones.</p>  |  |
| <p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>  | <p>El hospital desarrolla canales internos de comunicación tanto interna como externa a través de las redes sociales como WS, FB, Instagram,</p> <p>Evidencias: Reportes de redes sociales</p>   |  |
| <p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>   | <p>Contamos con Wifi, las redes sociales y salón de conferencias.</p> <p>Evidencias: Wifi, listado de participantes.</p>   |  |
| <p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>   | <p>Si</p> <p>Evidencias: formulario de desempeño.</p>  |  |
| <p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>  | <p>tenemos un grupo de WhatsApp generales y por departamentos, así como también murales informativos donde se publican las Informaciones generales de la institución.</p> <p>Evidencias: Correos Institucionales, Grupo de WhatsApp, Murales Informativos.</p> |  |
| <p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>  | <p>El centro cuenta con comités que promueven la transparencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p> <p>Evidencia: Minutas</p>  |  |
| <p>8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.</p> | <p>Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Información suministrada por las redes sociales.</p>   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.</p> | <p>El centro cuenta con la información (clave) de cada colaborador saliente.</p> <p>Evidencia: Curriculum</p> |  |
|---|---|--|

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p> | <p>El plan operativo anual (POA) está alineado a los objetivos misionales y estratégicos del hospital</p> |                 |



|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   |   |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.   |   | No se implementa la rentabilidad de costo-efectividad |
| 3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).                       | La tecnología utilizada en la organización es de códigos cerrados   |   |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.   | Si,<br>Evidencias: redes sociales, correo electrónico, página web   |   |
| 5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.                                   | Si,<br>Evidencias: redes sociales, correo electrónico, página web   |   |
| 6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos. |   | No se ha realizado                                    |
| 7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.   |   | No se ha realizado                                    |
| 8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.   | Garantizamos la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad por medio del SUGEMI y priorizamos por medio de este los programas de control de enfermedades como VIH, Tuberculosis, Malaria, PAI. Brindamos servicios por medio del COIN, programa de TB.<br><br>Evidencias: SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción., |   |

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| 1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales). | <p>Hacemos uso eficiente de las instalaciones físicas distribuyéndola de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores. Se realiza un calendario de mantenimiento de equipos y se le da cumplimiento con la finalidad de que se mantengan en funcionamiento y alargar su vida útil. El hospital posee parqueos por áreas como son: parqueo administrativo, de emergencia, de consulta y señalizado para discapacitados y embarazadas. Las instalaciones son evaluadas por los usuarios por medio de encuestas. El hospital cuenta con la división de Mantenimiento responsable del seguimiento del plan general de mantenimiento del Hospital. Es esta división, contamos con el personal operativo para garantizar el mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura, quienes brindan servicios 24 horas.</p> <p>Evidencias: informes de mantenimiento</p> |                        |
| 2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.                             | <p>Si, Se garantiza el acceso teniendo en cuenta las necesidades de todos los miembros de la sociedad por medio de rampas, parqueos identificados para inhabilitados, disponibilidad de sillas de ruedas, un personal asignado para atención al usuario.</p>   |                        |

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
|  | Evidencia: rampas en las diferentes áreas de acceso, parqueo, sillas de ruedas, áreas de información.  |                            |
| 3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.              | La Institución desarrolla una política integral para el reciclaje seguro de desechos sólido, con zafacones identificados con fundas negras y rojas en las diferentes áreas.<br>Evidencia: fotos por áreas de zafacones             |                            |
| 4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).   | Contamos con una carta compromiso al ciudadano cliente donde establece la disponibilidad local del centro, con redes sociales y página web.<br><br>Evidencias: Segunda versión de la carta compromiso, redes sociales, página web. |                            |
| 5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.   |  | No contamos con evidencias |
| 6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público). | Contamos con varias áreas de parqueos señalizados, distribuidos para las diferentes áreas como son: ambulancias y parqueos inclusivos para las diferentes discapacidades.<br><br>Evidencias: fotos de parqueos                     |                            |
| 7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.   | Tenemos el comité de emergencias y desastre conformado. En este año fue actualizado con el plan de gestión de riesgos.<br><br>Evidencias: plan de emergencia y desastres   |                            |
| 8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)                                       | Disponemos de un plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Mobiliario.<br><br>Evidencias: plan de mantenimiento preventivo en Quirófanos  |                            |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
|  |  |                    |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra). |  | No se ha realizado |
| 10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.       | El centro cuenta con un comité de Bioseguridad el cual trabaja con el Programa de saneamiento, gestión y clasificación de desechos hospitalarios.<br><br>Evidencia: Acta constitutiva. |                    |

### CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p><b>La organización:</b></p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p> | <p>Realizamos evaluaciones al personal cada seis meses con la finalidad de lograr continuidad en los procesos claves de la institución.</p> <p>EVIDENCIA: Contamos con mapa de procesos.</p> |                 |
| <p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>               |  | No se realiza   |
| <p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e</p>  |  | No se realiza   |

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.  |   |                               |
| 4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.  |   | No se ha realizado            |
| 5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).  | Están establecidos desde el SNS indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos, como son Carta Compromiso al Ciudadano, SISMAP salud, acuerdos con SeNaSa para la prestación de los servicios.<br><br>Evidencias Reportes del SISMAP Salud Firma de Carta Compromiso |                               |
| 6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros. | En este momento estamos en el proceso de renovación de la habilitación.<br><br>Evidencia: Fotos de recibo de solicitud  |                               |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.  | Solicitamos la habilitación del centro, luego de dos años.  | A la espera de la Inspección. |

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

| <b>Ejemplos</b> | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|-----------------|---|------------------------|
|-----------------|---|------------------------|

|  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| <p>1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.</p>                    | <p>Diariamente se realizan encuestas para conocer las opiniones de los usuarios en cuento a los servicios, contamos con buzones de quejas y sugerencias, también contamos con la carta de compromiso al ciudadano donde asumimos los atributos de calidad para la entrega de servicios a nuestros usuarios. La misma tiene una vigencia de dos años recibiendo el hospital en su última evaluación una puntuación de 100%</p> <p>Evidencias:<br/> <a href="https://www.sismap.gob.do/salud/uploads/evidencias/638364325178255605-Resolucin-Hospital-Gral.-Melenciano-17.11.2023.pdf">https://www.sismap.gob.do/salud/uploads/evidencias/638364325178255605-Resolucin-Hospital-Gral.-Melenciano-17.11.2023.pdf</a></p> |                           |
| <p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>   |   | <p>No se ha realizado</p> |
| <p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p> | <p>La cartera de servicios se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes. El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochures y en las áreas del hospital (consultas externas 8:00am-4:00pm, emergencias 24 horas y hospitalización 24 horas. Mediante las redes sociales son publicadas la apertura de nuevos servicios y los horarios. Contamos con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de nuestro centro.</p> <p>Evidencias: redes sociales, Cartera de Servicios..</p>   |                           |

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

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

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| 1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio. |  | No contamos con evidencia |
|---|--|---------------------------|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Con el Infotep, MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional.   |  |
| 2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras. | <p>Se mantiene intercambio de datos con las diferentes instituciones a través de las siguientes plataformas:</p> <p>SISTAP (MAP): se registran todos los empleados públicos.</p> <p>DIGEPI: se registran los informes y reportes epidemiológicos.</p> <p>DIES (MISPA): se reportan todos los nacimientos y defunciones.</p> <p>Sistema de Reclamación Laboral.</p> <p>SAIP: sistema de acceso a la información pública, mediante el cual se suministran, reciben y responden solicitudes de información del hospital.</p> <p>Estos facilitan la comunicación efectiva con las instituciones que ejercen función de seguimiento a la gestión del hospital, permitiendo que estas analicen las informaciones emitidas por el hospital y la retroalimentación de los procesos que así lo ameriten.</p> |  |
| 3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.   | <p>Se realizan grupos de trabajo dependiendo el área a afectada.</p> <p>Evidencia: fotos</p>  |  |



|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| 4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados. |  | No se ha realizado |
|---|--|--------------------|

## CRITERIOS DE RESULTADOS

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

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

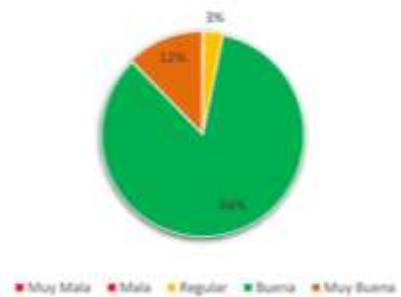
#### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen | La imagen global de este centro ha sido apreciada por los ciudadanos/usuario entre muy buena y buena en un 99%, esto lo demuestra el promedio de percepción en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos en las últimas mediciones realizadas en las encuestas de satisfacción de usuarios, durante el periodo de (SNS Enero/Junio 2024). |                 |

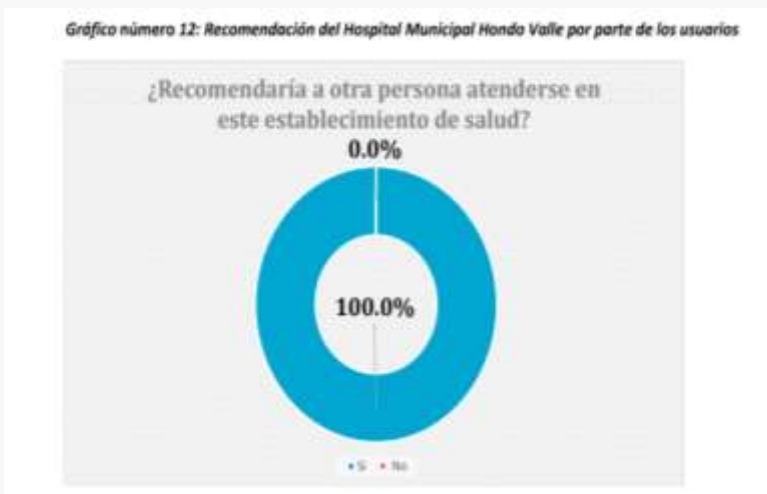
Calidad del servicio (opinión del usuario)

En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?

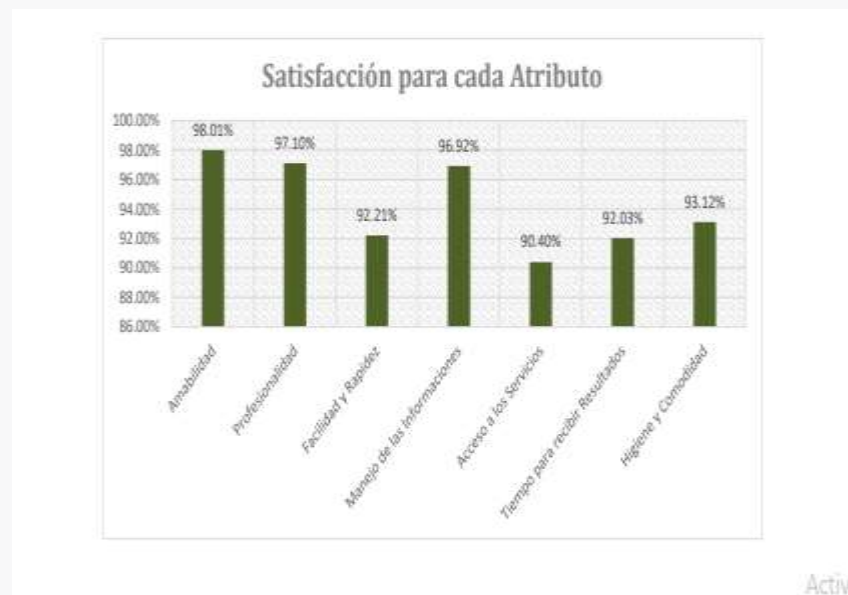


física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)

El 100 % de nuestras usuarias recomendaría nuestro Hospital mostrandola excelente imagen global que tenemos.



2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).



3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.

Buzones de quejas y sugerencias, Oficina de atención al usuario, Encuestas de satisfacción y Redes sociales.

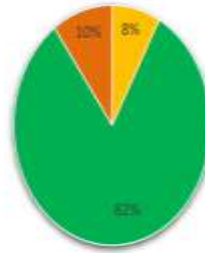
| <p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p> | <p>En diferentes áreas del hospital, tenemos colocados los derechos y deberes de los usuarios, tomados de la Ley General de Salud, la cual aplicamos. Nuestra institución envía un reporte mensual al Servicio Regional de Salud con los datos de la producción y la y el reporte administrativo financiero. transparencia es uno de nuestros valores clave para generar confianza. Se responde a las demandas de información sobre la forma de gerencial la organización. Rendimos cuenta al SNSy otros organismos estatales. De estos se encuentran los informes de monitoreo del POA, los reportes al SISMAP Salud que actualmente pasamos a formar parte de los 50 hospitales priorizados, los indicadores de calidad, reportes del 67-A, entre otros.</p> <p>Evidencias: 67-A, informes financieros, Derechos y Deberes del Pacientes.</p> |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
|--|---|-----------|------------|----------|----|------|----|---------|----|-------|-----|-----------|----|--|
| <p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>   | <p>De acuerdo a la encuesta de satisfacción, la institución es 92.21% fiable y el 100% de los ciudadanos clientes lo recomendarían a otras personas.</p> <div data-bbox="730 641 1402 1068" data-label="Figure"> <p>¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio brindado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muy Mala</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Mala</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Buena</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>Muy Buena</td> <td>8%</td> </tr> </tbody> </table> </div>   | Categoría | Porcentaje | Muy Mala | 0% | Mala | 2% | Regular | 7% | Buena | 83% | Muy Buena | 8% |  |
| Categoría  | Porcentaje  |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
| Muy Mala   | 0%  |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
| Mala   | 2%  |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
| Regular  | 7%  |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
| Buena  | 83%   |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |
| Muy Buena  | 8%  |           |            |          |    |      |    |         |    |       |     |           |    |  |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
|---|--|---|---|---|---|---|--|---|--|---|---|--|---|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|-----|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|--|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|---------------------|--------|-----------------------------|--------|------------------------|--------|--------------------------------|--------|---------------------|--------|----------------------|--------|--|
| <p>1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p>                    | <p>El Hospital se encuentra centralizado en el pueblo, tiene 2 calles principales, tiene una parada de moto conchos y una de autobús al lado.</p> <p>El Hospital cuenta con oficinas individuales, espacios abiertos identificados para garantizar la cultura local y las limitaciones físicas de los usuarios.</p>  |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| <p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p> | <p>JULIO- DICIEMBRE</p> <table border="1" data-bbox="617 456 1486 678"> <thead> <tr> <th>Encuestas</th> <th>¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atiende?</th> <th>¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atiende?</th> <th>¿Cómo percibe la facilidad y rapidez del servicio recibido?</th> <th>¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atiende?</th> <th>¿Cómo percibe el acceso a los servicios recibidos?</th> <th>¿Cómo percibe el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados?</th> <th>¿Cómo percibe la higiene y comodidad del espacio físico?</th> <th>En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?</th> <th></th> <th></th> <th>Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muy mala</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mala</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0</td> <td></td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>1%</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>1%</td> <td>No</td> <td></td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>Buena</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>89%</td> <td>91%</td> <td>88%</td> <td>90%</td> <td>84%</td> <td>89%</td> <td>Sí</td> <td></td> <td>4024</td> </tr> <tr> <td>Muy buena</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Satisfacción</td> <td>90.01%</td> <td>90.00%</td> <td>89.91%</td> <td>90.80%</td> <td>88.91%</td> <td>90.74%</td> <td>81.24%</td> <td>87.23%</td> <td></td> <td></td> <td>89.70%</td> </tr> </tbody> </table><br><table border="1" data-bbox="653 716 957 865"> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>90.01%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>90.00%</td> </tr> <tr> <td>Facilidad y Rapidez</td> <td>89.91%</td> </tr> <tr> <td>Manejo de las informaciones</td> <td>90.80%</td> </tr> <tr> <td>Acceso a los servicios</td> <td>88.91%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo para recibir resultados</td> <td>90.74%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y comodidad</td> <td>81.24%</td> </tr> <tr> <td>Calidad del servicio</td> <td>87.23%</td> </tr> </tbody> </table> | Encuestas   | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atiende?   | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atiende?           | ¿Cómo percibe la facilidad y rapidez del servicio recibido? | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atiende?       | ¿Cómo percibe el acceso a los servicios recibidos?       | ¿Cómo percibe el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | ¿Cómo percibe la higiene y comodidad del espacio físico? | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido? |   |  | Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud? | Muy mala | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |  |  |  | Mala | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0 |  | 400 | Regular | 1% | 1% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 1% | No |  | 47 | Buena | 90% | 90% | 89% | 91% | 88% | 90% | 84% | 89% | Sí |  | 4024 | Muy buena | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |  |  |  | Satisfacción | 90.01% | 90.00% | 89.91% | 90.80% | 88.91% | 90.74% | 81.24% | 87.23% |  |  | 89.70% | Amabilidad | 90.01% | Profesionalidad | 90.00% | Facilidad y Rapidez | 89.91% | Manejo de las informaciones | 90.80% | Acceso a los servicios | 88.91% | Tiempo para recibir resultados | 90.74% | Higiene y comodidad | 81.24% | Calidad del servicio | 87.23% |  |
| Encuestas   | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atiende?  | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atiende? | ¿Cómo percibe la facilidad y rapidez del servicio recibido? | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atiende? | ¿Cómo percibe el acceso a los servicios recibidos?          | ¿Cómo percibe el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | ¿Cómo percibe la higiene y comodidad del espacio físico? | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?                   |  |   | Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud? |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Muy mala  | 0%   | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Mala  | 0%   | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  | 0  |   | 400   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Regular   | 1%   | 1%  | 0%  | 1%  | 0%  | 0%  | 0%   | 1%  | No   |   | 47  |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Buena   | 90%  | 90%   | 89%   | 91%   | 88%   | 90%   | 84%  | 89%   | Sí   |   | 4024  |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Muy buena   | 0%   | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Satisfacción  | 90.01%   | 90.00%  | 89.91%  | 90.80%  | 88.91%  | 90.74%  | 81.24%   | 87.23%  |  |   | 89.70%  |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Amabilidad  | 90.01%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Profesionalidad   | 90.00%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Facilidad y Rapidez   | 89.91%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Manejo de las informaciones   | 90.80%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Acceso a los servicios  | 88.91%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Tiempo para recibir resultados  | 90.74%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Higiene y comodidad   | 81.24%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| Calidad del servicio  | 87.23%   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| <p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>  | <p>Dentro de los servicios brindado tenemos servicio de ginecología, pediatría, psicología.</p>  |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| <p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>  |  | No se ha realizado  |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |
| <p>5. Digitalización en la organización.</p>  | <p>De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 92.03% de los usuarios considera que nuestro tiempo respuesta es de muy buena a buena. Lo que evidencia la agilidad de nuestro Hospital a la hora de entregar sus servicios. Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 10 a 15 laborables. Los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles en 2 días laborables de acuerdo a otro de los compromisos de la Carta.</p>   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |  |   |          |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |     |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |      |           |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |              |        |        |        |        |        |        |        |        |  |  |        |            |        |                 |        |                     |        |                             |        |                        |        |                                |        |                     |        |                      |        |  |

Gráfico número 8: Satisfacción de usuarios del Atributo Tiempo de respuesta.

¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados?

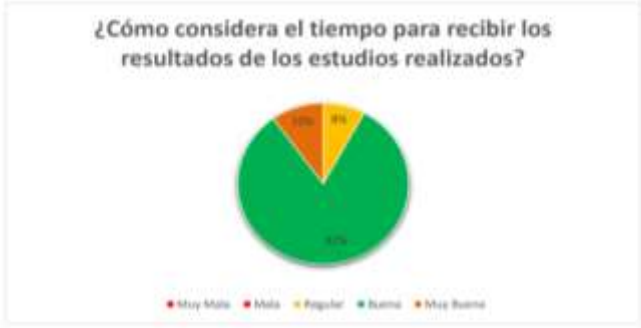


■ Muy Mala ■ Mala ■ Regular ■ Buena ■ Muy Buena

Activar!

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</p>  | <p>De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 92.03% de los usuarios considera que nuestro tiempo respuesta es de muy buena a buena. Lo que evidencia la agilidad de nuestro Hospital a la hora de entregar sus servicios.</p> <p><i>Gráfico número 8: Satisfacción de usuarios del Atributo <u>Tiempo de respuesta</u>.</i></p>    |                 |
| <p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol> | <p>No se recibieron quejas ni sugerencias en ese periodo.</p> <p>Este centro de salud se mantiene funcionando durante las 24 horas del día toda la semana. En horario de la mañana y la tarde se entregan los servicios de consultas externas especializadas. Los servicios de apoyo a la gestión clínica como laboratorio e imágenes diagnosticas funcionan las 24 horas del día. La Cartera de Servicios se cumple un 100%.</p> <p>En la evaluación realizada por el MAP a la Carta Compromiso, se obtuvo un resultado de 100% de cumplimiento de sus estándares.</p> |                 |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
|  | <p>04.01 Carta Compromiso al Ciudadano</p> <p>Objetivo Logrado</p> <p>Portada-Hospital Gral. Melenciano-17.08.2023.pdf</p> <p>Resolución-Hospital Gral. Melenciano-17.11.2023.pdf</p> <p>17/11/2025</p>  <p>100.00%</p> |                    |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.  |  | No se ha realizado |
| 5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc. | <p>Se realiza cuando los colaboradores del departamento de estadística introducen los datos.</p> <p>Evidencia: formulario del 67A</p>  |                    |



6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.

Este centro cuenta con horarios flexibles de atención en los diferentes servicios. Brindando atención personalizada, programación de citas, entrega de servicios y realización de procedimientos de manera estandarizada.

7. Índice de Satisfacción de Usuarios.

ENERO- JUNIO

| Percepción   | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió? | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió? | ¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio recibido? | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió? | ¿Cómo considera el acceso a los servicios solicitados? | ¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | ¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico? | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido? |    | ¿Recomendaría a otra persona que atiende en este establecimiento de salud? |
|--------------|---|---|---|---|--|---|--|---|----|--|
| Muy alta     | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  | 0%   | 0%  |    |  |
| Alta         | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  | 0%   | 0%  | Si | 7135   |
| Regular      | 0%  | 01%   | 0%  | 0%  | 1%   | 0%  | 2%   | 1%  | No | 77   |
| Buena        | 01%   | 01%   | 03%   | 02%   | 02%  | 02%   | 02%  | 03%   | T  | 72066036   |
| Muy buena    | 10%   | 10%   | 10%   | 10%   | 17%  | 10%   | 10%  | 10%   |    |  |
| Satisfacción | 96.67%  | 96.67%  | 96.70%  | 96.64%  | 96.22%   | 96.67%  | 96.40%   | 96.30%  |    | 96.31%   |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Amabilidad                     | 96.67% |
| Profesionalidad                | 96.67% |
| Facilidad y Rapidez            | 96.70% |
| Manejo de las informaciones    | 96.64% |
| Acceso a los servicios         | 96.22% |
| Tiempo para recibir resultados | 96.67% |
| Higiene y comodidad            | 96.40% |
| Calidad del servicio           | 96.31% |

Activar Windows  
Ir a Configuración para activar

JULIO- DICIEMBRE

| Percepción   | ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió? | ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió? | ¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio recibido? | ¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió? | ¿Cómo considera el acceso a los servicios solicitados? | ¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados? | ¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico? | En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido? |    | ¿Recomendaría a otra persona que atiende en este establecimiento de salud? |
|--------------|---|---|---|---|--|---|--|---|----|--|
| Muy alta     | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  | 0%   | 0%  |    |  |
| Alta         | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%   | 0%  | 0%   | 0%  | Si | 4609   |
| Regular      | 1%  | 1%  | 3%  | 1%  | 1%   | 0%  | 0%   | 1%  | No | 47   |
| Buena        | 90%   | 90%   | 89%   | 91%   | 88%  | 90%   | 84%  | 89%   | T  | 4056   |
| Muy buena    | 9%  | 9%  | 8%  | 8%  | 9%   | 7%  | 8%   | 10%   |    |  |
| Satisfacción | 99.11%  | 98.80%  | 96.91%  | 96.80%  | 96.91%   | 96.74%  | 91.24%   | 97.23%  |    | 99.70%   |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Amabilidad                     | 99.11% |
| Profesionalidad                | 98.80% |
| Facilidad y Rapidez            | 96.91% |
| Manejo de las informaciones    | 96.80% |
| Acceso a los servicios         | 96.91% |
| Tiempo para recibir resultados | 96.74% |
| Higiene y comodidad            | 91.24% |
| Calidad del servicio           | 97.23% |

Activar Windows  
Ir a Configuración para activar



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

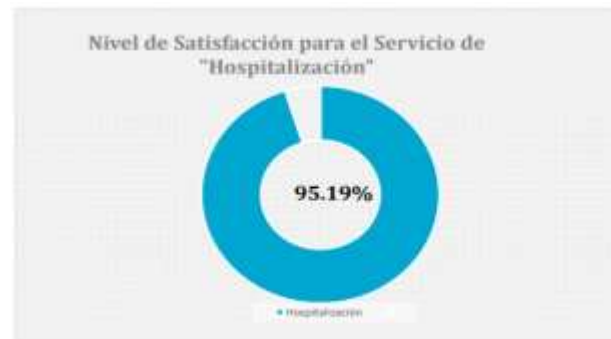
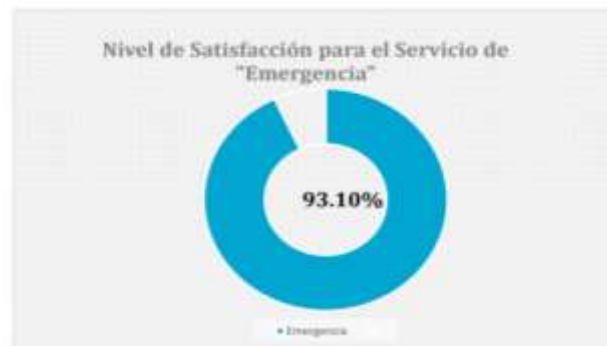
| <b>Ejemplos</b> | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|-----------------|---|------------------------|
|-----------------|---|------------------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.   | El centro cuenta con 10 canales de información. Evidencias: página web, facebook, Instagram, twitter, correos electrónicos y la plataforma del SISMAP Salud.   |  |
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)  | Cuando el centro realiza algún cambio sobre cualquier información o ajuste de servicio, los comunicados se entregan a cada encargado de departamento, grupos de whatsapp, charlas a los usuarios donde tanto los interno y externo del centro reciben las informaciones. Evidencia: fotos, lista participante. |  |
| 3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios. | Atraves de la encuesta realizada por atención al usuario. Evidencia: informe de cumplimiento del POA   |  |


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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen). | Se realizan mesas de trabajo con el objetivo de dialogar y garantizar el funcionamiento para la mejora de decisiones.<br><br>Evidencias: Lista de participantes.  |                 |
| 2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).   | En el hospital se realiza encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios y los productos aplicados a los pacientes, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también tenemos instalados buzones de sugerencia en las mismas áreas las mismas son socializadas. Evidencias: Informe de |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>resultados obtenidos en la apertura de buzones y de encuestas realizadas.</p>  <p>HOSPITAL MUNICIPAL GENERAL MELENCIANO<br/>ENERO- JUNIO 2024</p> <p>94.57%</p> <p>Satisfacción General</p>  |  |
| <p>3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).</p> | <p>En el hospital se realiza encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios y los productos aplicados a los pacientes, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también tenemos instalados buzones de sugerencia en las mismas áreas las mismas son socializadas.</p> <p>Evidencias: Informe de resultados obtenidos en la apertura de buzones y de encuestas realizadas.</p>  <p>Nivel de Satisfacción para el Servicio de "Laboratorio"</p> <p>93.79%</p> <p>Laboratorio</p> |  |



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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|---|---|-----------------|
| 1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).       | El departamento de atención al usuario realiza las encuestas a los usuarios en la plataforma, también los usuarios pueden recibir informaciones a través de las redes sociales perteneciente al centro: fotos, reportes.<br>Evidencias: Informes. |                 |
| 2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros). | El departamento de atención al usuario realiza encuestas a los usuarios a través de la plataforma.<br><br>Evidencia: fotos, reportes y el SISMAP Salud<br>      |                 |

## CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

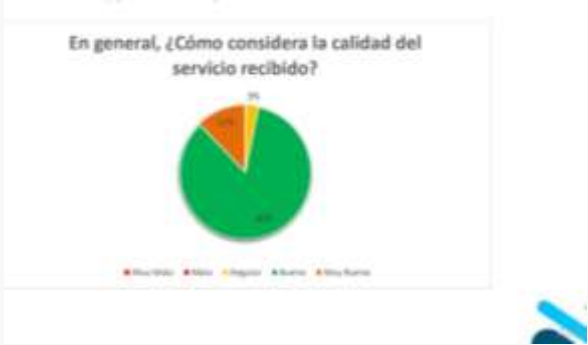
### SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>   | <p>Los usuarios externos también han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada. Satisfacción general de los usuarios 94.57%</p> <p>Evidencias: encuestas de satisfacción al usuario.</p>  <p>HOSPITAL MUNICIPAL GENERAL MELENCIANO<br/>ENERO- JUNIO 2024</p> <p>94.57%</p> <p>Satisfacción General</p> |                 |
| <p>2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.</p> | <p>Tenemos publicado nuestra misión, Visión y valores en los murales del centro, en las salas de espera, área de atención al usuario y en la carta compromiso al ciudadano.</p> <p>Evidencia: fotos de publicación misión, visión y valores, carta compromiso.</p>   |                 |
| <p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>   | <p>Se les da participación a las personas a través de los buzones, la elaboración de la autoevaluación y el plan de mejora.</p> <p>Evidencias: Buzones y plataforma de Atención al Usuario (encuestas realizadas por atención al usuario varían por mes).</p>  |                 |
| <p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>                                     | <p>Se realizan talleres a través y el Inap, manejo de conflictos, trabajo en equipo y ética en el ámbito profesional.</p> <p>Evidencias: listado de participación, fotos.</p>  |                 |
| <p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>   | <p>Las diferentes reuniones realizadas en el año, sirven de marco a la consulta y dialogo, así como a la retroalimentación. Las entregas de guardia y las reuniones del comité de calidad y de calidad de los</p>  |                 |

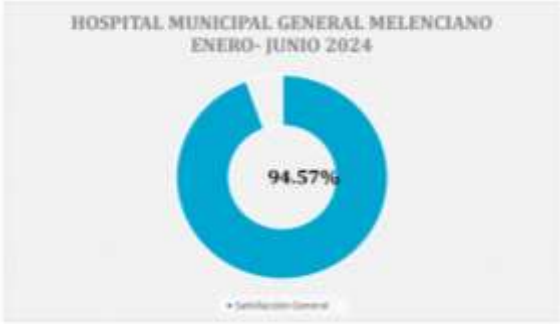
|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
|   | servicios son ejemplos de ello.<br>Evidencias: listados de participantes                       |                       |
| 6. La responsabilidad social de la organización.                  |  | No tenemos evidencias |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | Nosotros como hospital siempre estamos abiertos al cambio y la innovación.<br>Evidencia: fotos |                       |

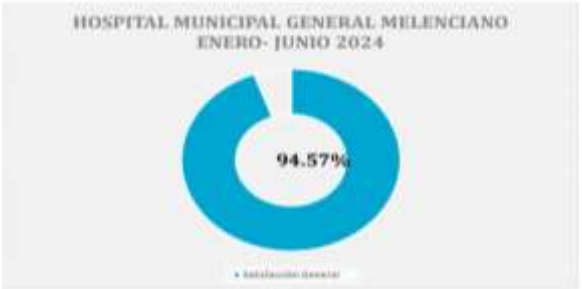


|   |  |  |
|---|--|--|
| 8. El impacto de la digitalización en la organización.      | El centro cuenta con una página web, redes sociales y sistema de agenda citas vía WhatsApp.<br><br>Evidencia; página web y WhatsApp, carpetas.   |  |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización. | Se evidencia el buen manejo tanto de servicios y productos que nos permiten brindar calidad, lo que forma la destreza ágil de la organización.<br><br>Evidencias: Resultados de encuesta de satisfacción<br><br> |  |

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello. | Se realizan reporte mensual de los diferentes departamentos y áreas del centro.<br><br>Evidencias: del 67 A, el POA institucional, plataforma del SISMAP Salud |                 |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.   | Contamos con el organigrama del centro el cual fue estandarizado por el SNS para todos los centros hospitalarios.<br><br>Evidencias: Organigrama diseñado.     |                 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>                    | <p>Está definida la evaluación del desempeño individual.</p> <p>Evidencias: Informe de Evaluación del desempeño</p>   |  |
| <p>4. La gestión del conocimiento.</p>  | <p>La información sobre todo el personal, sus competencias, capacitaciones realizadas y su desempeño es gestionada de manera efectiva por la División de RRHH. La encargada de Capacitación elabora el Plan Anual de Capacitación, y realiza los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRS4 trimestralmente.</p> <p>Evidencia: Plan de Capacitación 2023 Informe de cumplimiento del plan</p> |  |
| <p>5. La comunicación interna y las medidas de información.</p>                               | <p>Se fomenta la comunicación interna a través de grupos de WhatsApp, donde la Directora forma parte.</p>   |  |
| <p>6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.</p> | <p>Se evidencian por medio de las impresiones externas el buen servicio de calidad logrado en la institución por parte de los colaboradores, gracias a los distintos talleres de atención a los usuarios y los distintos cursos para mejorar el rendimiento del personal.</p> <p>Evidencias: resultados de encuesta de satisfacción</p>   |  |

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
|   |  <p>HOSPITAL MUNICIPAL GENERAL MELENCIANO<br/>ENERO- JUNIO 2024</p> <p>94.57%</p> <p>• logro general</p> |                           |
| <p>7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.</p> |  | <p>No se ha realizado</p> |

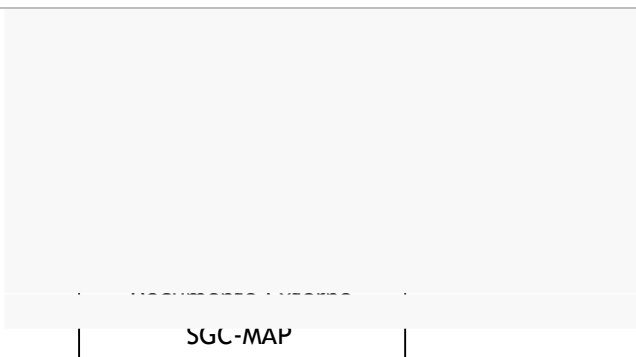
|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| 1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.  | Se implementan reglamentos internos en enfermería para manejo de conflictos, se está implementando un código de ética para propiciar una cultura organizacional de respeto y armonía.<br><br>Evidencias: Código de ética                            |                        |
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | El centro tiene turno mixto para áreas de salud y servicios médicos y de enfermería. Nos regimos por la Ley 41-08 de Función Pública para otorgar los permisos a los colaboradores.<br><br>Evidencias: formulario de permiso, listado de servicios. |                        |
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.                                | No regimos por la Ley 41-08 de Función Pública para otorgar el derecho que corresponda al servidor público. Evidencias: Ley 41-08   |                        |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.  | Se realizó encuesta de clima laboral a todos los colaboradores del centro. Evidencia formularios de encuestas, fotos.   |                        |

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

| <b>Ejemplos</b> | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b> | <b>Áreas de Mejora</b> |
|-----------------|---|------------------------|
|-----------------|---|------------------------|



|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.</p> | <p>El departamento de RR. HH. Trabaja un plan de carrera, de modo que cuando tenemos una auxiliar de enfermería, una vez es egresada como Licenciada se trabaja la promoción, en coordinación con el SNS y otras necesidades del personal.</p> <p>Evidencia: plan de capacitación anual, listado de participantes.</p> |  |
| <p>2. Nivel de motivación y empoderamiento.</p>             | <p>Realizamos talleres motivacionales para que puedan desarrollar habilidades de empoderamiento en sus distintas áreas.</p> <p>Evidencias: INFOTEP, Fotografías y lista de participantes</p>   |  |


|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.</p> | <p>Se le da oportunidad al personal para su educación formal, jóvenes universitarios se les permite un día a la semana para asistir a la universidad. Se permiten permisos para congresos a los profesionales y se capacitan en sus aspectos que permitan el desarrollo en su profesión.</p> <p>Evidencias: Registro de permisos en RRHH</p> |  |
|--|--|--|

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

### 1. Resultados generales en las personas.

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p> | <p>Medimos el relacionado con el comportamiento de las personas y el nivel de absentismo y rotación,</p> <p>Evidencias: Documentos archivados en RRHH sobre la cantidad de personas que han estado de vacaciones, permisos y licencias, y la movilidad interna, entre otros.</p> |                 |
| <p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>   | <p>Se realiza encuesta de clima laboral a todos los colaboradores del centro.</p> <p>Evidencia: formulario de encuestas, fotos.</p>  |                 |
| <p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>  | <p>Cuando el colaborador comete faltas en la institución y el mismo es reportado por su supervisor inmediato se le realizan un documento para los fines de lugar.</p> <p>Evidencias: Expedientes de colaboradores</p>  |                 |

|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. |  | No se ha realizado |
|---|--|--------------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p> | <p>Nuestro centro prioriza el buen trato a las personas, nuestro personal médico y administrativo brindan a los usuarios un trato de calidad y humanismo, respondiendo a las necesidades de las personas</p> <p>Evidencias: reportes de encuesta de satisfacción.</p>  |  |
|--|--|--|

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b></p> <p>4- El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p> | <p>Se mide la productividad del personal médico y las evaluaciones de desempeño individual</p> <p>Evidencias: Registro de productividad en consulta externa Resultados de evaluación de desempeño</p> |                 |



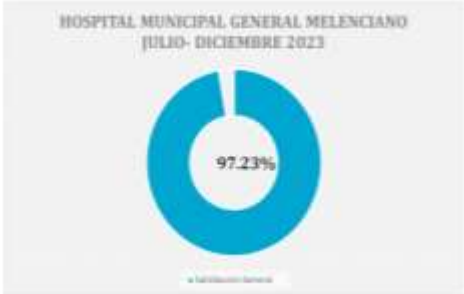
|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>   | <p>El 70% de nuestro personal cuenta con las capacidades y manejo de herramientas digitales.</p> <p>Evidencias: certificaciones de cursos</p>       |  |
| <p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p> | <p>Se solicita capacitación para todo el personal se toma en cuenta la participación de los colaboradores mediante el listado de participantes.</p> |  |

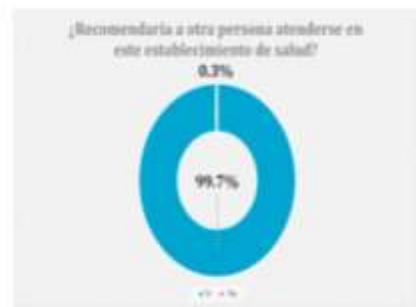
|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
|  | Evidencias: listado de participantes y fotos de las actividades. |                    |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. |  | No se ha realizado |

## CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Considere lo que la organización está logrando con respecto a su responsabilidad social, a través de los resultados de lo siguiente:

### SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora    |
|--|--|--------------------|
| 1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc. |  | No se ha realizado |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.   | <p>En la encuesta de Satisfacción al usuario se obtuvo con el siguiente porcentaje de satisfacción. Nosotros recibimos pacientes tanto de nuestra provincia y zonas aledañas.</p> <p><small>Gráficas sobre los servicios de Consulta externa, Emergencia, Hospitalización, Ingresos y Laboratorio.</small></p>  <p><small>Tal como podemos observar en el gráfico, la satisfacción general de los 4874 usuarios encuestados, la satisface al 97.23%.</small></p> |                    |



De 99.7% de los pacientes que visitaron al hospital y fueron encuestados afirmó que recomendaría atenderse en este centro de salud. Fuente: Encuesta de satisfacción

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   |  |
| <p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>  | <p>El centro brinda servicios de salud de diferentes especialidades a los usuarios.</p> <p>Evidencia: hojas de citas, formulario del 67A.</p>   |  |
| <p>4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p> | <p>El hospital está ubicado en el centro del pueblo, se puede acceder a través de transporte privado, así como moto concho.</p> <p>Próximo a este existe cafetería, farmacia, súper mercado y el mercado público.</p> |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   |  |
| 5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.). | El centro cuenta con una carta compromiso al ciudadano cliente y se le da seguimiento mensual al cumplimiento de los estándares en los atributos de calidad. Evidencias: Carta compromiso.  |  |
| 6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.   | El centro cuenta con una carta compromiso al ciudadano cliente y se le da seguimiento mensual al cumplimiento de los estándares en los atributos de calidad. Evidencias: Carta compromiso.  |  |
| 7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).   | <p>Nuestra institución participa con los comunitarios a través de nuestro enlace con la comunidad, recibimos comunicaciones de todos los sectores de nuestra demarcación, participamos en los operativos que nos invitan. Participamos en actividades de la iglesia católica, donde también realizamos actos en nuestra institución donde participan representantes de las iglesias de la demarcación. Las escuelas y politécnicos envían los estudiantes a realizar las horas de labor social. Escuelas de enfermería y el INFOTEP envían a realizar la pasantía de estos a nuestra institución. Nuestra ayuda en la comunidad es llevar nuestros servicios a esas comunidades, prestar espacio físico para sus capacitaciones por medio de nuestro personal a los estudiantes, pasantes, residentes. Cualquier institución pública y privada tiene las puertas abiertas para solicitar nuestra cooperación.</p> <p>Evidencias: pasantías de enfermería, politécnico</p> |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p> | <p>El Centro cuenta con un comité de Buzón de Sugerencias el cual da seguimiento a las felicitaciones y sugerencias recibidas.</p> <p>Evidencia: Informes de los buzones de sugerencia.</p> |  |
|---|---|--|

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| 1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas). |                                      | No se ha realizado |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.  |                                      | No se evidencia    |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).   |                                      | No se ha realizado |
| 4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).   |                                      | No se ha realizado |
| 5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.   |                                      | No se ha realizado |
| 6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).   |                                      | No se ha realizado |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas). | El centro cuenta con programa de prevención familiar, control de tuberculosis, servicio de atención integral, programa amplio de inmunización PAI y VIH SIDA contribuyendo fomento de factores que protejan la vida y salud de los usuarios como manejo preventivo de cualquier afección de salud y el control de los factores de riesgo ante posibles enfermedades.<br><br>Evidencias: Cartera de Servicios |                    |
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).  |  | No se ha realizado |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.  |  | No se ha realizado |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos.  |  | No se evidencia    |
| 11. Política de residuos y de reciclado.   | Los residuos hospitalarios se clasifican en fundas rojas y negras según nivel de peligro y son depositados en el contenedor externo del hospital para luego ser retirado,<br>Evidencia: fotos, reportes.   |                    |

## CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

*Considere los resultados logrados por la organización, en relación con lo siguiente:*

### SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|---|---|-----------------|
| 1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos. | Se ofertan 5 servicios, como son: Odontología, Ginecobstetricia, Consulta de Medicina General, Emergencia y Laboratorio 24/7, dichos servicios con un alto nivel de calidad y de manera gratuita para los usuarios.<br><br>Evidencias: Cartelera de servicios |                 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



|  |   |   |
|--|---|---|
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | El centro cuenta con una carta compromiso, se realizan reuniones periódicas para el análisis de resultado se realizan planes para la mejora continua de los servicios ofrecidos.<br>Evidencias: Carta compromiso, listado de participantes. |   |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.                               | Evidenciamos satisfactoriamente los resultados obtenidos por nuestro ardo trabajo con nuestros usuarios beneficiándonos con nuestro servicio de calidad.<br><br>Evidencias: Buzón de sugerencias.   |   |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.  |   | No se evidencia   |
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.  | Se evidencian el desempeño en los diferentes departamentos de hospital por medio, de las auditorias concurrentes realizadas por el servicio.<br><br>Evidencias: Resultado de la auditoria e informes, POA                                   |   |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos.   | El centro cuenta con su carta compromiso, se revisa periódicamente a través de los resultados de encuesta.<br><br>Evidencia: carta compromiso   |   |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.   |   | No se evidencia   |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.  |   | El Centro no evidencia ningún Voluntario que realice trabajos en la organización. |

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

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| 1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima. | La organización gestiona los recursos disponibles para la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones, |  |
|--|---|--|

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.   | Contamos con 2 especialidades médicas, que son Odontología y Ginecobstetricia, quienes brindar servicios de calidad e innovación.<br><br>Evidencias: Cartelera de servicios, Reporte de Satisfacción por parte de los usuarios.  |                    |
| 3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).  |  | No se evidencia    |
| 4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).   |  | No se evidencia    |
| 5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.) | El centro cuenta con página web y redes sociales.<br><br>Evidencias: página web del centro y redes sociales. El centro se ahorra un 100 % porque para dar a conocer las informaciones ya no tiene que contratar una compañía publicitaria para brindar las informaciones ni de un tercero. |                    |
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.   | El centro realiza auditorías internas mensuales a los expedientes clínicos.<br><br>Evidencia: Informe de Resultados de las mediciones.   |                    |
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.  |  | No se evidencia    |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.   | El centro cumple con los objetivos presupuestarios y financieros en un 100 %<br><br>Evidencias: Pagos de facturas  |                    |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.  |  | No se ha realizado |

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

siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.