

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO ANTONIO CESPEDES
REGION VIII
CONSTANZA, LA VEGA, REP. DOM.
Junio 2024

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

(En base al Modelo CAF, de Excelencia en la Gestión)

Preparado por el Comité de Autoevaluación

Coordinador: Licda. Estela Almonte -----Encargada de Calidad

Evaluador (es)

- Dra. Brianda Pujols Soriano -----Directora

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO (Breve resumen del proceso realizado)

1. ASPECTOS GENERALES

MARCO INSTITUCIONAL.

MISIÓN

VISIÓN

VALORES INSTITUCIONALES

BASE LEGAL

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

SERVICIOS

SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

(Principales Objetivos y Líneas Estratégicas).

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS.
ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL.
ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

LIDERAZGO

PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

PERSONAS

ALIANZAS Y RECURSOS

PROCESOS

ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO.

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

4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

RESUMEN EJECUTIVO

El Autodiagnostico CAF, es una herramienta que como su nombre lo indica, nos permite autoevaluarnos, a los fines de conocer como está la institución, identificando los puntos fuertes y las áreas que se deben mejorar.

En términos más llanos, es como realizar un análisis de sí mismo, que en este caso, nos permite determinar lo que hacemos y hacia dónde vamos, y que necesitamos mejorar para alcanzar la excelencia en los servicios que brindamos.

En este autodiagnostico que presentamos para este año 2024, con proyección al 2025 encontramos un total de **125 áreas de mejoras**, las cuales se irán subsanando y mejorando a través de los planes de mejoras que se elaboraran a partir del autodiagnostico. En contraparte de las áreas de mejora tenemos los **puntos fuertes**, en los cuales tenemos un total de **104**.

Dentro de los puntos fuertes resaltamos:

- ✚ Definición de nuestros ejes transversales, Misión, Visión y Valores
- ✚ Se tienen establecido el marco de valores institucionales, alineados con la misión, visión y valores.
- ✚ La organización, se prepara para los desafíos y cambios, mediante estrategias y capacitaciones.
- ✚ Contamos con sistemas de información, que se basan en el control interno de la organización a los fines de monitorear los logros estratégicos.
- ✚ Se tiene identificado a todos los grupos de interés relevantes y se analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas.

En el Hospital Municipal Dr. Pedro Antonio Céspedes, presenta este autodiagnostico de manera transparente y asumimos el compromiso de la mejora continua de la calidad, como el camino a seguir para lograr la satisfacción de nuestros usuarios.

1. ASPECTOS GENERALES

Hospital Municipal Dr. Pedro Antonio Céspedes

Servicio Regional Cibao Central

Av. Antonio Abud Isaac #1, Municipio de Constanza, Provincia La Vega, Rep. Dom.

Teléfono: (809)539-2420/ 809-539-3288

Facebook: hosp.dr.pedroant.espedes@hotmail.es

Instagram: hosp.dr.pac

Twitter/x: Hosp_DrPAC

Youtube: @HospitalPedroantoniocespedes

Página Web: <https://hospitalpedroantoniocespedes.gob.do>

E-mail: hosp.dr.pedroant.espedes@hotmail.es /

hospitalpedroantoniocespedes@gmail.com

RNC: 430037915

Nivel II de Atención en Salud

MARCO INSTITUCIONAL.

Misión

El Hospital Municipal Dr. Pedro Antonio Céspedes tiene como misión brindar servicio de salud de calidad, promoviendo el bienestar al ofrecer servicios que garanticen atención médica especializada.

Visión

Nuestra visión es Ser la institución de mayor prestigio en la gestión hospitalaria, enfocada en resultados, al garantizar la asistencia de la salud como bien social.

Valores

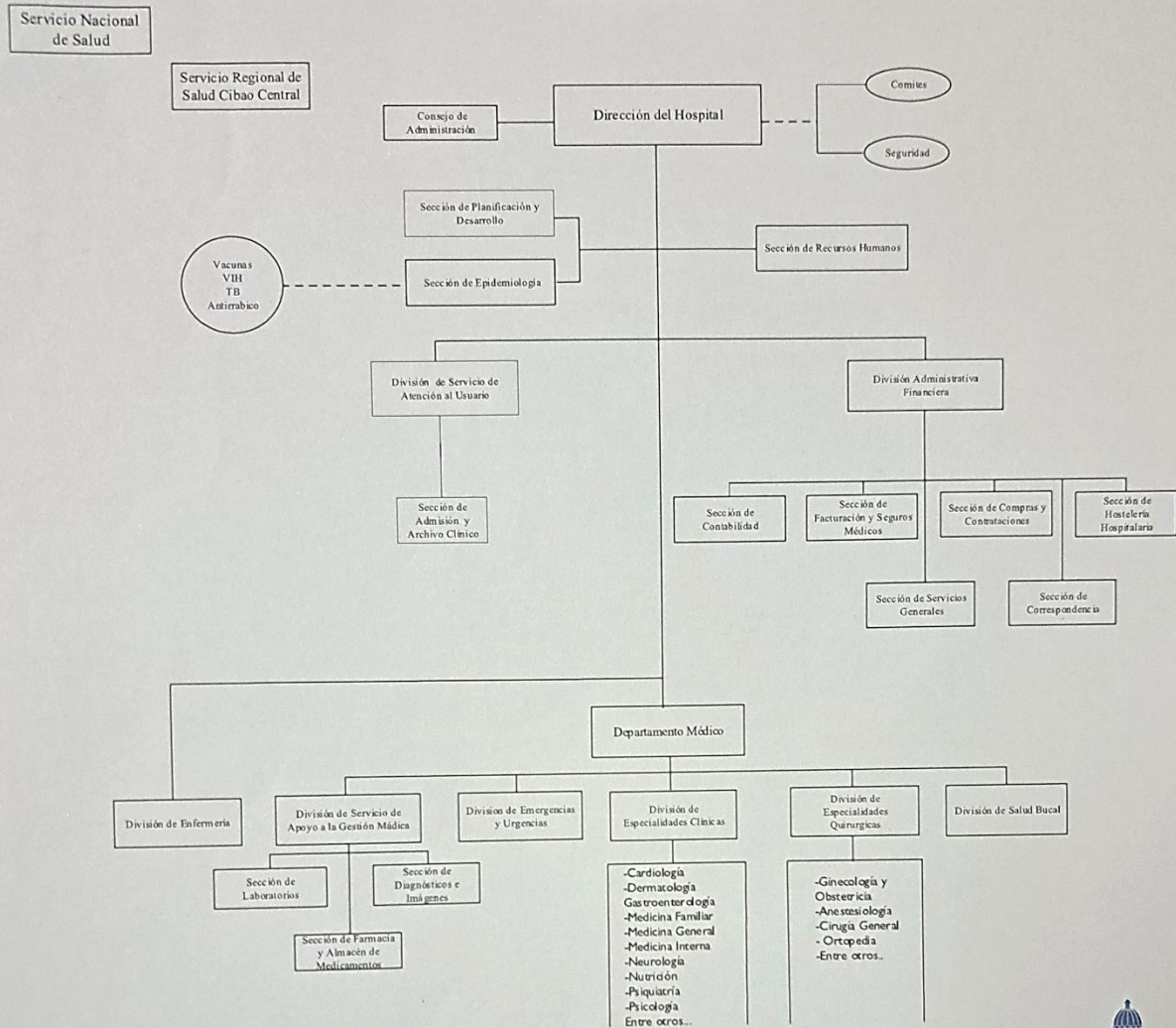
- ❖ **Responsabilidad**
- ❖ **Compromiso**
- ❖ **Equidad**
- ❖ **Eficiencia**

BASE LEGAL

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

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO ANTONIO CESPEDES ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



MAP

SERVICIOS

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

- ❖ Exámenes de Laboratorio: Se realiza a los fines de conocer el diagnóstico de un usuario.
- ❖ Estudios de Imágenes: Consiste en la toma de imágenes del interior del cuerpo mediante equipos especializados, dígase, sonografías y rayos x.
- ❖ Hospitalización: Mediante este servicio se ingresan los usuarios que previamente han sido evaluados en consulta externa y/o emergencia.
- ❖ Emergencias: servicios de Politraumatismos, heridas diversas, quemaduras, laceraciones, intoxicaciones, entre otros.
- ❖ Odontología: Servicio especializado basado en la prevención, diagnóstico, y rehabilitación de la salud bucal.
- ❖ Procedimientos Quirúrgicos: Acto que se realiza en el cuerpo humano para extirpar o reparar un órgano enfermo.
- ❖ Consultas externas. Se realizan a los fines de determinar la condición de un usuario, que no presenta una situación de emergencia, dentro de estas consultas están: Cardiología, medicina general, medicina interna, dermatología, urología, ortopedia, gastroenterología, geriatría, pediatría, Ginecología y Obstetricia.
- ❖ Programas de prevención: Se llevan a cabo a los fines de orientar a la población y se ofertan tratamientos de manera gratuita tales como: VIH, ITS, Tuberculosis, Atención integral a los adolescentes y Planificación familiar.
- ❖ Servicios de salud mental: atención ofrecida a través de Psicólogos tanto consulta, como hospitalización.

SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

Líneas Estratégicas

- ❖ Fortalecimiento de la gestión de los servicios Hospitalarios.
- ❖ Provisión de servicios de Salud a niños, adolescentes, adultos y envejecientes, de Calidad.
- ❖ Redes de Servicios de Salud Resolventes a Emergencias de Salud Pública y Desastres Naturales, mediante la Preparación y Respuesta de los Establecimientos.
- ❖ Implementación del Programa de Gestión de usuarios para adhesión a una cultura institucional de servicio.
- ❖ Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud.
- ❖ Implementación del Programa de capacitación.

Principales Objetivos

- ❖ Conocer de los puntos fuertes, que el hospital tiene con relación a los servicios ofrecidos.
- ❖ Determinar las áreas que requieran de mejora tanto a nivel institucional, como, a nivel de ciudadanía
- ❖ Incrementar la capacidad de respuesta que favorezca la preparación y mitigación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que contribuya a la salud y seguridad de las personas.
- ❖ Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva mediante la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud.
- ❖ Fortalecer la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.
- ❖ Aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios.
- ❖ Incrementar las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.

2. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.

PRINCIPALES FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- ❖ Tenemos formulada nuestra misión y visión, con la participación del personal y los grupos de interés.
- ❖ Nuestros valores definidos: Eficiencia, Equidad, Compromiso, Responsabilidad.
- ❖ institución introduce mejoras al sistema de gestión, para ellos cuenta con diversos programas que incluyen a todos los géneros, entre estos, el programa de atención o medicina integral para adolescentes.
- ❖ 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, la Norma ISO 9001, etc.
- ❖ Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas.
- ❖ Se desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento;

incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.

- ❖ Se garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.

- ❖ Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.

- ❖ Se implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contra referencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.

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

- ❖ Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.

- ❖ Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.

- ❖ La comunicación interna y las medidas de información.

- ❖ 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.).

- ❖ 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).

- ❖ 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.

- ❖ Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.

ÁREAS QUE IMPULSAN A LA MEJORA INSTITUCIONAL

ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS FACILITADORES.

LIDERAZGO/AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se evidencia se revise periódicamente la misión, visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo.

- ❖ No existe un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, a la vez que apoye al personal que trata dilemas éticos.

- ❖ No se evidencia actividades para reforzar la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados.

- ❖ No se introducen mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con

las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes

- ❖ No se evidencia la existencia de un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgo y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización.
- ❖ No se evidencia el análisis y monitoreo de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.
- ❖ No se identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.

PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se evidencia la identificación de 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.
- ❖ A pesar de tener identificado a los grupos de interés relevantes, no se analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas procurando satisfacerlas.
- ❖ No se involucran los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, equilibrando y dando prioridad a sus expectativas y necesidades.
- ❖ No se 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.
- ❖ No se realiza debate sobre la innovación y la modernización planificada y su implementación con los grupos de interés relevantes.
- ❖ No se implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.

PERSONAS/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.
- ❖ No se revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.
- ❖ No se asegura que las capacidades de las personas (selección, asignación, desarrollo) son las adecuadas para desarrollar la misión, así como que las tareas y responsabilidades están correctamente repartidas.
- ❖ No se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.
- ❖ No se implementa una estrategia/plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.
- ❖ No se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de actividades, por medio de la monitorización y del análisis costo/beneficio.

- ❖ No se evidencia la publicación y acciones de mejora producto de los resultados de la encuesta de clima laboral
- ❖ No se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral

ALIANZAS Y RECURSOS/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se evidencia el monitoreo de los resultados e impactos de las alianzas.
- ❖ No se identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y desarrollarlas cuando sea apropiado.
- ❖ No se incentiva el involucramiento de los ciudadanos/clientes y sus representantes en las consultas y su participación activa en el proceso de toma de decisiones dentro de la organización.
- ❖ No se garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.
- ❖ No se Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la organización.
- ❖ No se garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.
- ❖ No se establecen redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.
- ❖ No se asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.
- ❖ No se monitorizan y evalúan sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.
- ❖ No se identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).
- ❖ No se utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.
- ❖ No se toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.
- ❖ No se tiene implementado un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.

PROCESOS/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.
- ❖ No se analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para

alcanzar los objetivos establecidos.

- ❖ No se establecen indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos.
- ❖ No se gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.

ÁREAS DE MEJORA EN LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

RESULTADOS EN LOS CIUDADANOS/CLIENTES/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se ha medido la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.
- ❖ No se ha medido la percepción en cuanto a transparencia, apertura e información proporcionada por la organización.
- ❖ No se ha medido la diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente.
- ❖ No se ha medido las capacidades de la organización para la innovación.
- ❖ No se ha medido la digitalización en la organización.
- ❖ No se ha medido los resultados de las medidas de evaluación con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.
- ❖ No se ha medido el 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.
- ❖ No se ha medido la disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.
- ❖ No se ha medido el porcentaje de 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.
- ❖ No se ha medido el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes.
- ❖ No se han medido los indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes.
- ❖ No se han medido los indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes.
- ❖ No se ha medido la participación de la ciudadanía en los productos y servicios.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS/ AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se ha medido la responsabilidad social de la organización
- ❖ No se ha medido el impacto de la digitalización en la organización.
- ❖ No se ha medido la agilidad en los procesos internos de la organización.
- ❖ No se ha medido el nivel de involucramiento en las mejoras de las actividades

- ❖ No se ha medido la frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social, promovidas por la organización.
- ❖ No se ha medido nivel de uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

RESULTADOS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL / AREAS DE MEJORAS

- ❖ No se ha medido el nivel de la conciencia pública del impacto del funcionamiento de la organización sobre la calidad de vida de los ciudadanos/clientes.: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.
- ❖ No se ha medido la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.
- ❖ No se ha medido el impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.
- ❖ No se ha medido el impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. .
- ❖ No se ha medido el impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional.
- ❖ No se evidencia la toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.
- ❖ No se evidencia la participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.
- ❖ No se evidencia la cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.
- ❖ No se ha medido el grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).
- ❖ No se evidencia resultados de la medición de la responsabilidad social (informe de sostenibilidad).

RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO / AREAS DE MEJORAS

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

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En conclusión, podemos decir que la aplicación periódica del autodiagnóstico CAF (Marco Común de

Evaluación), a una organización proporciona un medio idóneo para alcanzar un consenso sobre aquello que es preciso mejorar en la organización, así mismo, como el hecho de poder conocer cómo funciona la organización y como se desarrollan en los servicios ofrecidos.

En el caso que nos compete, hemos identificado a través de este autodiagnóstico, la gran cantidad de debilidades que tenemos, que deben ser mejoradas y las cuales iremos mejorando a través de los planes de mejora continua, para llevar un servicio de mayor calidad a los usuarios, así como también medir el progreso en el tiempo de los resultados de estas acciones, y conocer la opinión de los propios empleados en relación a su organización.

Es por todo esto, que entendemos que esta herramienta es de gran ayuda, y cada ejemplo nos va guiando, en relación a los puntos a tomar en cuenta.

Las lecciones aprendidas en este proceso de autodiagnóstico fueron:

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

4. RESUMEN DE PUNTUACIONES:

Institución: Hospital Municipal Dr. Pedro Antonio Céspedes		
Criterios	Puntos Totales Actual	Puntos Totales Propuesto
1: Liderazgo (140 puntos)	86	90
2: Estrategia y Planificación (140 puntos)	32	50
3: Personas (100 puntos)	33	50
4: Alianzas (100 puntos)	36	50
5: Procesos (120 puntos)	51	60
6: Resultados orientados a los Clientes/ Ciudadanos (100 puntos)	66	75
7: Resultados en las Personas (100 puntos)	13	20
8: Resultados en la Sociedad (100 puntos)	10	20
9: Resultados Clave de Rendimiento (100 puntos)	37	50
Puntuación Total (sobre 1000 puntos)	364	465