

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Municipal DR. Luis Espaillat

FECHA:

05/5/2026

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

SUBCRITERIO I.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	La organización cuenta con su misión, visión y valores debidamente definidos y formalizados, los cuales se evidencian a través de murales informativos ubicados en el área de atención al usuario, en las pantallas de información institucional y en la documentación oficial Evidencia: carteles y en las pantallas del centro	
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.	Tenemos un código de ética el cual está basado en lo establecido por el servicio nacional de salud. Evidencia: Atreves de manuales suministrados en los diferentes departamentos, tantos impresos como digitalizados	
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 garantiza que la misión, visión y valores institucionales se encuentren alineados con las estrategias nacionales vigentes y en coherencia con lo establecido en la Constitución de la República Dominicana del año 2015, específicamente en su artículo 61.	

	Evidencia: en las pantallas del centro esta colocados la misión visión y valores. En la página web	
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	Se asegura la comunicación efectiva y el fomento de un diálogo participativo en torno a la misión, visión, valores, así como a los objetivos estratégicos y operativos, involucrando de manera activa a todos los colaboradores de la organización. Evidencia: Código de ética, mural y reuniones, listado de participación.	
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).	Se garantiza la agilidad organizacional mediante la revisión periódica de la misión, visión, valores y estrategias institucionales, con el propósito de asegurar su adecuación a los cambios del entorno externo. Asimismo, la organización dispone de un comité hospitalario que realiza un monitoreo continuo del desarrollo de las actividades y funciones, velando por su coherencia con la misión, visión y valores, y promoviendo su actualización conforme a las dinámicas del entorno Evidencia: Murales con la misión, visión y valores y el acta constitutiva del comité hospitalario de emergencias y desastre.	
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).	Se implementan capacitaciones en gestión del cambio dirigidas a los colaboradores, con el propósito de facilitar su adaptación a las transformaciones organizacionales. Asimismo, se prevé la continuidad y ampliación de estos procesos formativos, en coherencia con las necesidades institucionales. Evidencia: Listado de participación, fotos	

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.	Sensibilizamos a los trabajadores sobre la importancia de actuar éticamente mediante procesos de integración y espacios formativos enfocados en el bienestar laboral.” Evidencia: Fotos y listado de participación, amonestaciones escritas	
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).	Los líderes, directivos y responsables de áreas colaboran de manera coordinada para dar seguimiento y fortalecer la misión, visión y valores institucionales, promoviendo un liderazgo efectivo en la gestión. Evidencias: Fotos y listado de participación, capacitaciones	

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, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	Nuestro centro se rige por una estructura organizativa establecida por instancias superiores, las cuales exigen su estricto cumplimiento.” Evidencia: se le suministra el perfil de cargo a los colaboradores	
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.	“Los objetivos institucionales se evalúan mediante el Plan Operativo Anual, el cual da seguimiento riguroso a su ejecución, asegurando que los indicadores estén alineados con las metas establecidas Evidencia: El POA y El RTP https://drive.google.com/drive/folders/1HaLF1EliEphtIFiF4O-kKt9xqmwv5jP7	

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.).	Está en funcionamiento el programa de salud integral de personas adolescentes que tiene como propósito el seguimiento continuo de los adolescentes. Evidencia: Informe y la matriz que se envía al POA	
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).	Nuestro Centro de Salud dispone de una página web y redes sociales activas; además, realiza un seguimiento continuo de los logros y del nivel de satisfacción de los usuarios, así como de los procesos operativos de la organización, como parte del sistema de monitoreo del SISMAP. Evidencias: porcentaje de satisfacción del usuario, nuestra página web	
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.		No se ha realizado
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.		No se ha realizado. Estamos en proceso de modelo administración electrónica de nuestra institución.
7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	La innovación en nuestra institución se encuentra en proceso de desarrollo; para alcanzarla con eficiencia, promovemos la actualización continua del personal mediante la impartición sistemática y permanente de cursos Evidencia: Talleres de infotep, fotos y lista de participación	
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.	La innovación en nuestra institución se encuentra en proceso de fortalecimiento; para garantizar su desarrollo de manera eficiente, promovemos la capacitación y actualización continua del personal mediante la realización sistemática y permanente de cursos y talleres formativos	

	Evidencia: Cartera de servicio, reuniones, listado de participación, fotos, murales	
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.	De manera continua, este Centro de Salud se encuentra comprometido con el proceso de mejora institucional, involucrando todas las áreas y al personal en el fortalecimiento de la calidad de los servicios. Asimismo, tanto la infraestructura organizacional como nuestros colaboradores participan permanentemente en charlas, talleres y conferencias orientadas al desarrollo y fortalecimiento institucional. Estas actividades se realizan con el apoyo y acompañamiento del Ministerio de Administración Pública (MAP), el Servicio Nacional de Salud (SNS) e INFOTEP Evidencias, fotos y listado	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Los colaboradores y grupos de interés de esta institución se mantienen informados de manera continua, por parte de la administración, sobre los cambios implementados y los efectos que estos generan en el desarrollo y funcionamiento institucional. Evidencia: Fotos y convocatoria por el grupo de WhatsApp.	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	Este Centro de Salud se encuentra sujeto de manera rigurosa a los procesos de supervisión, control y fiscalización por parte de las instituciones responsables de garantizar el uso adecuado y transparente de los recursos públicos. Asimismo, contamos con un Comité de Bioética, encargado de velar por el cumplimiento de los principios éticos en la prestación de los servicios de salud Evidencia: cuentas bancarias e informe de auditoría tanto por la regional como por el SNS Santo Domingo. Acta constitutiva del comité de bioética	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 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.	Los encargados departamentales promueven el liderazgo basado en el ejemplo, fomentando una comunicación efectiva y el respeto en el entorno laboral. Asimismo, se realizan reuniones para el manejo y resolución de conflictos, orientadas a dar respuesta a las inquietudes y necesidades manifestadas por el personal. De igual manera, se otorgan reconocimientos al personal con el propósito de valorar sus habilidades, logros y esfuerzos en el cumplimiento de las metas institucionales establecidas. Evidencia: Comité de calidad, fotos y listado de participación, capacitación https://drive.google.com/drive/folders/1HaLF1EliEphtIFiF4O-kKt9xqmvw5jP7	
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.	La institución promueve un clima laboral armonioso, impulsado por los líderes de cada departamento, con el propósito de garantizar que los colaboradores se sientan cómodos y motivados en el desempeño de sus funciones. Asimismo, la mayoría de las reuniones se realizan de manera dinámica, con la finalidad de orientar y fortalecer las relaciones interpersonales y el ambiente laboral. De igual manera, se trabaja un valor institucional cada mes, orientado a fortalecer áreas de mejora, fomentar el trabajo en equipo y consolidar la cultura organizacional	

	Evidencia: en fotos y lista de participaciones	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se informa a los empleados sobre las reuniones programadas que abordan temas clave de la institución con una antelación de entre 3 y 5 días, salvo en aquellos casos en que la naturaleza de la reunión requiera una convocatoria inmediata Evidencias: En fotos, Convocatorias por correos institucional y vía WhatsApp	
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.	Se brinda apoyo al personal mediante talleres orientados al fortalecimiento del desempeño de sus funciones y al desarrollo de sus conocimientos, contribuyendo así a su crecimiento profesional. Asimismo, se ofrece acompañamiento en situaciones de dificultades personales cuando está dentro de las posibilidades de la institución. De igual manera, se consideran las ausencias justificadas por participación en talleres, cursos o estudios. En algunos casos, cuando es posible, se facilita el transporte si la actividad se realiza fuera del centro. Además, la institución organiza talleres y conferencias como parte de su compromiso con el desarrollo intelectual del colaborador, lo cual repercute positivamente tanto en su crecimiento profesional como en el fortalecimiento institucional Evidencia: fotos, listado de participación, programa de capacitación.	

5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Los líderes de cada departamento, junto con la dirección, motivan a los colaboradores a asumir con compromiso y responsabilidad sus funciones, con el objetivo de lograr un desempeño laboral eficiente y brindar servicios de calidad y calidez a los usuarios que acuden al centro de salud. Asimismo, la institución realiza mensualmente reconocimientos a los empleados que se destacan en el cumplimiento de sus labores, con la finalidad de mantener la motivación del personal y fortalecer el sentido de pertenencia dentro del centro de salud. Evidencia: Fotos, mural de empleado del mes colgado en un lugar estratégico, certificado de reconocimiento.	
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).	Promovemos y estimulamos la participación de los colaboradores en simulacros de preparación ante posibles emergencias, tales como terremotos, ciclones e incendios, con el objetivo de fortalecer sus capacidades de respuesta ante situaciones imprevistas de esta naturaleza. Asimismo, la institución cuenta con un Comité de Emergencias y Desastres, el cual integra al personal de mantenimiento y a los encargados departamentales correspondientes, según las necesidades requeridas para la gestión y coordinación efectiva de dichas situaciones. Evidencia: Fotos y listado de participación	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Se realizan premiaciones a los colaboradores más sobresalientes del centro, reconociendo su labor y desempeño. Cada mes se selecciona un empleado que se destaca de manera ejemplar en sus funciones, al cual se le otorga un reconocimiento, y en algunas ocasiones se le entrega una placa o medalla como distinción a su desempeño.	

	Evidencia: fotos	
--	------------------	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	Se analizan y monitorean las necesidades junto a los grupos de interés, compartiendo información relevante para identificar, gestionar y dar respuesta a las principales demandas del centro de salud. De igual manera, la dirección realiza de manera trimestral reuniones con el comité extrahospitalario, con el objetivo de dar seguimiento a las acciones y fortalecer la coordinación interinstitucional Evidencia: Fotos, Cartas, Grupos de WhatsApp, acta de reuniones.	
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.	En la actualidad, nuestro centro esta remozado gracias a las acciones coordinadas entre las autoridades del centro y las instancias gubernamentales correspondientes. Asimismo, se ha logrado un proceso de remozamiento que ha permitido la incorporación de equipos de última tecnología en las diferentes áreas, reduciendo significativamente las carencias de herramientas. No obstante, es importante destacar que la institución continúa avanzando progresivamente en su proceso de modernización y actualización, conforme a sus posibilidades y prioridades. Cabe destacar que siempre impresionamos las áreas para ver si necesitan cambio de estructura y dar respuesta a los mismo. Dentro del área que le falta mejora tenemos la cocina que necesita varios cambios a lo que le corresponde al SNS dar respuesta a los mismo. Evidencia: Fotos de antes y después del remozamiento de la institución, Fotos de algunos cambios que se han	

	hechos después del remozamiento, Listado de acciones correctiva realizado por la medico ocupacional, dirección y mantenimiento.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	A través de las oficinas regionales y provinciales, mantenemos un contacto permanente para verificar la correcta aplicación de las políticas públicas vigentes, así como para mantenernos actualizados respecto a aquellas que se implementen o sean revisadas con el paso del tiempo. Evidencia: Correo electrónico, fotos y convocatorias	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	Nuestra institución es respetuosa de las políticas públicas establecidas y procura su adecuada aplicación en los momentos oportunos. Asimismo, la dirección garantiza y supervisa el cumplimiento de los protocolos y procesos institucionales, asegurando que se ejecuten de manera correcta para una gestión eficiente y transparente Evidencia: Diapositivas, manual de protocolos en la dirección, área de cirugía, dirección y consultorio de ginecología.	
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.).	Gestionamos y desarrollamos alianzas con diversos grupos de interés, entre los que se incluyen la junta de vecinos, el ayuntamiento, la Defensa Civil, asociaciones estudiantiles de UTESA y la UASD, centros educativos (escuelas y liceos), el destacamento policial, la Policía Nacional, la Guardia y proveedores de bienes y servicios. Asimismo, la institución cuenta con un Comité Extrahospitalario, en el cual participan representantes de la junta de vecinos, la iglesia, centros educativos y otras personalidades influyentes de la comunidad, con	

	el objetivo de fortalecer la vinculación comunitaria y apoyar la gestión institucional Evidencia: Grupo de WhatsApp y fotos	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Participamos en actividades organizadas por diversas asociaciones y organizaciones representativas de la comunidad. De igual manera, el hospital se involucra en la realización de charlas educativas en distintos centros escolares de la comunidad, contribuyendo a la promoción de la salud y la prevención. Evidencia: Invitaciones, listado de participación y fotos.	
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.	Promovemos la información y concientización de los pacientes sobre los cambios y servicios que ofrecemos, mediante la difusión de comunicados y orientaciones en diferentes espacios comunitarios. Asimismo, se realizan charlas a través de nuestras redes sociales, iglesias, centros educativos y, en ocasiones, mediante emisoras locales, con el objetivo de mantener informada a la población sobre las actualizaciones en nuestros servicios Evidencia: Comunicados y fotos	

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

La Organización: 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.	La institución, a partir del análisis de sus debilidades, identifica áreas de mejora que permiten determinar los puntos a fortalecer. Con base en esta información, se elabora un plan de acción orientado a la mejora continua de los servicios ofrecidos. Como entidad pública, nos regimos por los planes, normativas y estrategias establecidas por los organismos estatales competentes, en correspondencia con los servicios que brindamos a la población EVIDENCIA: Plan de mejora de facturación	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Regularmente se realizan encuestas diarias de satisfacción al usuario, mediante las cuales se evalúa el nivel de satisfacción, además de contar con buzones de quejas y sugerencias. Evidencia: encuestas de satisfacción, Reporte, formularios para apertura de buzones de QDSR.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Cada vez que se implementa una reforma en el sector salud, se aplican dichos estatutos para fortalecer la calidad del servicio, procurando la orientación y el acompañamiento del SNS y el MAP Evidencia: fotos, presentación de indicadores de salud	
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.).	Se realizan análisis de desempeño interno para identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del centro. Evidencia: Análisis FODA de todas las áreas.	

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.	La misión y visión de nuestra institución están estrechamente alineadas con las políticas emitidas por los órganos de mayor jerarquía responsables de velar por el buen funcionamiento institucional, en concordancia con los objetivos y lineamientos del Servicio Nacional de Salud Evidencias: la misión, visión y valores presentada en las pantallas	
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.	Nuestro hospital mantiene una comunicación constante con los usuarios. Contamos con buzones de sugerencias y con personal capacitado que mantiene contacto directo con los pacientes durante la prestación de los servicios. Esto nos permite identificar las necesidades de los usuarios y detectar oportunidades de mejora en nuestros servicios. Asimismo, recibimos visitas frecuentes de representantes de otras entidades, quienes también nos comunican cualquier situación o dificultad que pueda presentarse Evidencias: fotografías de los buzones de sugerencias, listas de participación y fotografías de reuniones. Además, se cuenta con los formularios recolectados en los buzones de sugerencias, las minutas de reuniones con representantes comunitarios de nuestro sector y los registros de participación	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	La integración de los diferentes sectores comunitarios, junto con la implementación de políticas públicas y ambientales, representa uno de los pilares fundamentales de nuestra gestión. Nuestro hospital cuenta con un comité extrahospitalario en el que participan personalidades y representantes de diversos sectores, tales como presidentes de juntas de vecinos, representantes de	

	centros educativos, representantes del ayuntamiento, iglesias y miembros influyentes de la comunidad, aun cuando no pertenezcan a ninguna entidad formal Evidencia: Se evidencia en los buzones de sugerencias colocados en áreas estratégicas del hospital	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Nuestro organismo cuenta con fondos que son destinados estratégicamente para el desarrollo de las actividades planificadas. Asimismo, estos recursos son supervisados y fiscalizados por la Contraloría del SNS para garantizar su uso adecuado Evidencias: en el POA se registran las actividades financieras del hospital, las cuales son remitidas mensualmente para fines de seguimiento y control. Auditoría realizada por la contraloría de la república.	

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
Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	A pesar de las debilidades existentes, siempre contamos con la disposición y el apoyo de nuestros líderes, quienes aportan ideas y estrategias orientadas al desarrollo de estas actividades. Estos planes se elaboran con el rigor de planificación e implementación que requiere la ejecución de un adecuado plan de gestión institucional. Evidencia: se encuentra en el manual de funciones del hospital Dr. Luis Espallat	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.		No realizamos mediciones de indicadores de resultado

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.	A medida que se realizan conversatorios, se discuten los planes en ejecución, destacando los aspectos a mejorar y resaltando los logros obtenidos. La información suministrada dentro de la organización y a los grupos de interés se maneja siguiendo un patrón de comunicación establecido por las altas instancias de la institución Evidencias: Las reuniones realizadas con los encargados y los distintos comités de cada departamento del hospital	
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.	Periódicamente se realizan reuniones para el análisis de las quejas y sugerencias recibidas, lo cual permite mejorar continuamente nuestros procesos de servicio. Como método de monitoreo, se utiliza la encuesta de satisfacción del usuario, recomendada por el SNS y estandarizada para todos los centros pertenecientes a la red del SNS Evidencias: la encuesta de satisfacción de usuario	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	Se encuentran claramente identificados los procesos de digitalización de los servicios de salud en esta institución. Por este motivo, se han priorizado las áreas de mayor demanda en el uso de equipos informáticos para el desarrollo de este plan. Actualmente, se continúa con el proceso de evaluación de todas las áreas del hospital, con el objetivo de equiparlas de manera integral y	

	adecuada, garantizando así la modernización total del centro de salud Evidencia: Fotografía de las facturas de COM	
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.	Se brindan capacitaciones a todo el personal, con el propósito de que los colaboradores puedan alcanzar un mejor desarrollo profesional y fortalecer sus competencias. Evidencia: Fotos, Listado de participación	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Mantenemos una comunicación directa y clara con todos los grupos de interés para la implementación de los procesos de innovación institucional, utilizando los diferentes medios y canales disponibles a través de nuestro comité extrahospitalario. Esto permite que el mensaje llegue al mayor porcentaje de la población, contando con líderes comunitarios y representantes de diversas entidades externas. Evidencias: formulario del comité extrahospitalario y la lista de participación en la reunión con los líderes comunitarios.	
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 implementan nuevas estrategias que permiten innovar, así como generar nuevas ideas para la mejora continua de los procesos Evidencia: Fotos	
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.	La institución actualmente se encuentra desarrollando una serie de acciones orientadas a ofrecer un mejor servicio a la ciudadanía. Hemos creado nuevos espacios de atención y gestionado otras ofertas que complementan y enriquecen los servicios ya disponibles para los usuarios. Sin embargo, en ocasiones estas iniciativas deben ser	

	pausadas debido a limitaciones de recursos humanos o de capacidad financiera. Evidencias: el PACC	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El hospital, gracias a la captación de ingresos provenientes de los servicios ofrecidos y al respaldo económico otorgados por el estado, asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados. Estos fondos contribuyen al desarrollo de las actividades institucionales y al fortalecimiento de los procesos administrativos y operativos en beneficio de la institución EVIDENCIAS: Presupuesto anual. El plan anual de compras y contrataciones	

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
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Como institución de servicios, mantenemos un seguimiento constante de las necesidades de personal, con el objetivo de proceder oportunamente a su reclutamiento y así eficientizar la prestación de los servicios. Cabe destacar que de manera regular se remiten reportes sobre el recurso humano requerido para la ejecución de nuestros planes institucionales. Sin embargo, no siempre se obtiene una respuesta con la rapidez necesaria, ya que el Servicio Nacional de Salud considera aspectos como la disponibilidad de	

	fondos para las plazas solicitadas, la prioridad de las solicitudes, entre otros factores. Evidencias: levantamiento del personal faltante necesario para el mejoramiento del funcionamiento del hospital	
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.	Como institución pública, la política utilizada para el reclutamiento y la gestión de los recursos humanos responde a lo establecido por las altas instancias que regulan y supervisan dicha política. Cabe destacar que nuestro hospital evalúa las competencias intelectuales y la preparación de los colaboradores durante su permanencia laboral, y gestiona la solicitud de reclasificación de puestos cuando corresponde Evidencia: Manual de funciones del Hospital Dr. Luis Esparillat. Se selecciona de acuerdo con el perfil que exige el cargo que será desempeñado.	
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.	Con base en los principios mencionados, nuestra institución se preocupa de manera diligente por el cumplimiento de cada uno de ellos, conforme a los parámetros establecidos por las autoridades superiores, así como a las normativas dispuestas por el Ministerio de Administración Pública, el Código de Trabajo y otras herramientas legales vigentes Evidencias: perfiles de puesto	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Se promueve la renovación y la innovación dentro de nuestra empleomanía, fomentando la actualización continua y el desarrollo de nuevas competencias. Evidencia: lista de asistencia de capacitaciones, POA	

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	Nuestra institución vela por la preparación y el crecimiento de los colaboradores, facilitando talleres que fortalecen sus conocimientos. Asimismo, apoya a quienes buscan mejorar su formación intelectual, flexibilizando los horarios de sus jornadas laborales cuando es necesario Evidencia: Lista de asistencia a talleres	
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).	El proceso de selección del personal de esta institución se realiza conforme a lo establecido por las más altas instancias que regulan la política de reclutamiento y selección de personal. Asimismo, se garantiza la no discriminación por razones de género, discapacidad, edad, raza o religión Evidencias: la diversidad del personal	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	De acuerdo con las disposiciones del SNS, se establece la formalización de un acuerdo laboral anual con cada colaborador, el cual incluye una evaluación de desempeño al cierre del período Evidencia: Evaluación de desempeño	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Cada acuerdo se formaliza de manera individual, constituyendo un compromiso para el empleado. Durante el año, se realiza un seguimiento continuo para asegurar su cumplimiento efectivo. Evidencia: minuta de monitoreo de acuerdo 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.		No se a realizado

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.	Tomando en consideración que no somos la entidad responsable de gestionar los nombramientos, se realiza un proceso de recolección y análisis de expedientes, el cual permite elaborar propuestas de personal conforme a los perfiles de puestos establecidos y a las necesidades institucionales. Evidencia: Perfiles de puesto SNS	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	“A través de las alianzas institucionales con INFOTEP, el INAP y otras entidades, se mantiene una programación anual de capacitaciones. Asimismo, se destaca el apoyo del SNS, que facilita la participación de colaboradores altamente capacitados, quienes contribuyen a la orientación de los procesos institucionales mediante charlas y talleres, tanto grupales como individuales, según las necesidades del caso. Evidencias: listado de participación y fotos	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	En función del desempeño y el desarrollo de sus competencias, los colaboradores son considerados para su promoción a otras áreas dentro de la institución Evidencias: Matriz de reclasificación y carta	
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).	Asimismo, se desarrollan acciones de capacitación orientadas a mejorar la formación de los colaboradores en sus respectivas áreas de trabajo, incorporando cursos en modalidad virtual. Evidencia: correos, etc. Fotos y listado de participaciones.	

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.	La institución se enfoca en ofrecer actividades formativas e informativas al personal, a través de las alianzas establecidas con entidades que brindan servicios de formación y capacitación Evidencia: listado de participación del curso de atención al usuario por INFOTEP	
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.		No contamos con un instrumento de evaluación que nos permita evidenciar el impacto de los programas de formación y desarrollo

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Se mantiene un diálogo permanente con el personal, como estrategia para promover la generación de ideas y propuestas sobre los asuntos institucionales, orientadas a la implementación de mejoras y cambios. Evidencia: Fotos y minutas de las reuniones	
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.	“Se instruye a los gerentes a la elaboración de análisis FODA, lo que permite, a partir de los hallazgos identificados, la formulación de estrategias orientadas a la mejora continua de la institución Evidencia: FODA	
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.	De manera periódica, a través del SNS, se aplican encuestas con la finalidad de evaluar el clima laboral existente en la institución. Evidencia: Encuesta de clima Laboral	

4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Se establecen pautas de seguridad laboral y condiciones ambientales, conforme a las disposiciones emitidas por las instancias superiores correspondientes Evidencia: Informe de bioseguridad, curso taller de bioseguridad	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Se cumple con la jornada laboral establecida por la legislación vigente, garantizando el equilibrio entre el tiempo de trabajo y la vida familiar del colaborador. No obstante, en situaciones excepcionales derivadas de necesidades operativas o de limitaciones de personal, la institución puede requerir la colaboración de personal específico fuera de los turnos habituales, de manera puntual y no recurrente Evidencia: Libro de asistencia y el ponche	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Se mantiene una política de consideración hacia los colaboradores que presentan condiciones especiales de salud o discapacidad, implementando, cuando corresponde, la reubicación o adecuación de puestos conforme a sus necesidades. No obstante, la disponibilidad de personal en áreas estratégicas constituye una limitación para la plena implementación de estas medidas Evidencia: Documentación de proceso de pensión	
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).	Como institución, se implementa la modalidad de reconocimiento al 'Empleado del Mes' como mecanismo de motivación y fortalecimiento del buen desempeño en el servicio. Evidencia: foto del mural de empleado del mes y entrega se certificado	

--	--	--

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntarios, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	Se mantienen alianzas efectivas y satisfactorias con una amplia gama de suplidores del sector salud, así como con diversas instituciones públicas, privadas y sociales, que brindan servicios necesarios para el desarrollo de nuestras actividades o que forman parte de los requerimientos institucionales Evidencia: Lista de suplidores	
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.	“La institución mantiene acuerdos con la Alcaldía municipal para la gestión de la recolección de desechos sólidos generados. De igual forma, se realizan actividades de orientación mediante charlas y jornadas de vacunación dirigidas a estudiantes de diversas instituciones educativas. Evidencia: fotos	
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.	La institución lleva a cabo, de forma anual, la evaluación del desempeño de todos sus colaboradores. Evidencia: Evaluación de desempeño	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.		No se ha realizado

5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	La institución aplica políticas de selección y contratación de proveedores conforme a la legislación vigente, asegurando la transparencia y la correcta gestión de los procesos. Evidencias: Portal de compras y contrataciones	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	A través de las modalidades establecidas por la institución para la captación de opiniones públicas, se procura prestar atención de manera oportuna y enfática a las observaciones y sugerencias emitidas por los ciudadanos o usuarios Evidencias: Buzones de sugerencia y escucha atreves de la dirección del centro	
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.	El centro establece como política la divulgación de la información conforme a las directrices de la más alta instancia, asegurando la publicación visible de las informaciones más relevantes y de interés público generadas por la institución. Evidencia: Murales, página de Facebook e Instagram	
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.	Actualmente, se utiliza el catálogo de servicios como medio informativo para orientar a los pacientes sobre los servicios y expectativas del centro de salud. Asimismo, constamos con la Carta Compromiso al ciudadano. Evidencia: Cartera de servicio	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	La institución gestiona de manera estratégica los recursos financieros, en estricto apego a las leyes y normativas vigentes, garantizando su uso eficaz y eficiente. Asimismo, se mantiene una gestión financiera saludable, orientada a la autosuficiencia institucional Evidencia: Matriz de ejecución presupuestaria y la matriz de ingresos del hospital	
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.	El área administrativa de la institución realiza los análisis correspondientes para la adquisición de insumos, tomando en consideración la relación costo-calidad de estos. Posteriormente, una vez adquiridos, se implementa un control de uso mediante inventarios, con el objetivo de optimizar su gestión y prolongar su vida útil. Evidencias: inventarios de los respectivos departamentos	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	La institución cuenta con controles financieros que permiten garantizar una gestión eficaz de los recursos económicos y no económicos. Evidencias: Monitorización por medio de los Estados financieros	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	“Se garantiza la transparencia financiera a través de reportes de mantenimiento y registros históricos bancarios, supervisados por la sede regional y el	

	SNS, con la intervención del Ministerio de Administración Pública en procesos específicos. Evidencia: reporte de análisis de comportamiento de pago, análisis de ejecución presupuestaria	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	La institución cuenta con informes de producción que garantizan la disponibilidad de información confiable sobre los ingresos generados. Evidencia: matriz de ingreso del hospital	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	La organización cuenta con diferentes protocolos de almacenamiento que permiten una adecuada administración de la información institucional, los cuales se detallan a continuación:" 1. Área de estadísticas de servicios: "Las estadísticas de los servicios se reportan de manera sistemática y diaria. Esta información es registrada mensualmente en la plataforma (67A), garantizando la actualización continua del historial clínico. Asimismo, los récords de los pacientes son actualizados de forma manual y organizados bajo códigos específicos en el archivo de expedientes, asegurando su correcta conservación y trazabilidad." 2. Área financiera: "En el ámbito financiero, la institución dispone de protocolos de almacenamiento de información tanto en el área de facturación como en la gestión financiera. Estos procesos permiten el registro y control de los ingresos institucionales, así como de todos los movimientos contables, facilitando la	

	disponibilidad de información oportuna para la administración de fondos, la mejora de los servicios y la formulación de estrategias orientadas al incremento de los ingresos Evidencias: Actualización de récords, se organizan bajo código y se almacenan los de expedientes en los anaqueles. Además, se suben diario en la nube en driver y se organizan los tarjeteros y se guardan en un archivo. El registro y control de ingresos del hospital. Registro de todos los movimientos contables para asegurar la disponibilidad oportuna de la información. Protocolos de almacenamiento en las áreas de facturación y gestión financiera.	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	La información recopilada en nuestra institución es procesada y utilizada de manera segura, garantizando su adecuada gestión por parte de cada responsable departamental, quien vela por la confidencialidad, integridad y correcto manejo de los datos. Evidencias: se realiza un informe de lugar y se guardan en una carpeta codificada. Además, se imprime y se guardan en el archivo.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Luego del remozamiento que ha experimentado nuestra institución, se recibió, a través del Servicio Nacional de Salud (SNS) y la Presidencia de la República, la donación de equipos médicos de tecnología avanzada, acordes con los estándares actuales. Evidencias: computadoras en funcionamiento instaladas en los departamentos.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Se establecen alianzas estratégicas con instituciones técnicas y vocacionales, con el objetivo de promover un aprendizaje continuo, el cual se evidencia	

	mediante la producción de materiales y soportes creativos. Evidencias: Certificados de talleres	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	La institución cuenta con el Departamento de Estadística, responsable de la recolección y el almacenamiento de la información generada en el centro de salud. Evidencia: 67A	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	“Existen canales internos que facilitan la difusión de información detallada para el uso del personal de la institución Evidencias: Correos electrónicos, grupos instituciones de WhatsApp.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se mantiene una comunicación fluida, orientada al suministro de conocimientos y a la actualización constante del personal de las distintas áreas Evidencia: Grupos de WhatsApp,	
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.	Dentro de los parámetros establecidos para un centro de salud de segundo nivel, se brinda a las partes interesadas la información requerida Evidencia: cartera de servicios, redes sociales	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		No existe un protocolo estandarizado que regule el manejo del conocimiento del empleado que deja de permanecer a la institución.

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	“De acuerdo con las necesidades actuales, se están implementando y fortaleciendo el uso de plataformas digitales para la gestión de la información Evidencia: Redes Sociales, POA, Fotos	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	“Se realiza el monitoreo de los distintos equipos del centro Evidencia: Fotos	
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 institución cuenta con diversas tecnologías que permiten una mejor gestión de los procesos en el centro Evidencia: sistema de códigos	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Aunque la institución no cuenta con una plataforma propia para el almacenamiento de información en la nube, se gestionan ciertos datos mediante las herramientas disponibles en la red de Gmail, específicamente a través de Google Drive. Evidencias: correos electrónicos	
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.		No sé ha realizado
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.		En la actualidad no contamos con un sistema actualizado de protección de datos avanzado

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.		En la actualidad no contamos con un programa de evaluación de impacto socio económico por medio ala TIC
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.	Se aplican los procesos establecidos por el SUGEMI, con el fin de garantizar una adecuada planificación del suministro de insumos médicos, así como asegurar el acceso oportuno y el buen uso de los medicamentos Evidencias: reporte de SUGEMI 1, 2	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I.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).	Se mantiene una vigilancia constante de las necesidades de la institución en relación con las provisiones requeridas. Asimismo, la institución cuenta con nuevas herramientas de trabajo de última generación, a las cuales se les realiza mantenimiento continuo, con el fin de prevenir fallas y garantizar su correcto funcionamiento Evidencia: Fotos	

2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Nuestras instalaciones son seguras y funcionales, y cuentan con accesibilidad sin barreras, con el fin de satisfacer las necesidades de los ciudadanos y usuario Evidencias: Fotos de las diferentes áreas de la institución.	
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.	“Se implementan diversas técnicas de reciclaje en la institución. Evidencia: Galones de aguja, Foto del pozo	
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	La administración de la organización mantiene un vínculo directo con la comunidad y sus representantes, garantizando la plena disposición de la institución para responder a sus necesidades. Evidencias: Acuerdos de colaboración con el ayuntamiento, CTC y Liceo Don Juan Hernández	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	“La institución cuenta con una planta energética y una ambulancia para el apoyo de sus operaciones y la atención de emergencias. Evidencia: Foto de planta y ambulancia	
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).	La institución cuenta con adecuada accesibilidad física a sus edificios, incluyendo amplio estacionamiento y rutas de transporte público cercanas. Asimismo, dispone de rampas, barras de apoyo y baños adaptados para personas con discapacidad que requieran nuestros servicios. De igual manera, se ha habilitado un cambiador de pañales en el área de emergencias, con el fin de facilitar a las madres el cuidado de sus hijos. Evidencia: foto de las entradas de les hospital, del cambiador de pañales en el baño de emergencia, (mujeres)	

7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	La institución cuenta con un Comité de Riesgos y/o Desastres, conforme a lo establecido por las instancias rectoras competentes. Asimismo, dispone de un plan de contingencia para la gestión de dichas eventualidades Evidencias: comité de emergencias y desastre.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Se establece como prioridad la prevención y corrección de la infraestructura, para lo cual se ha implementado un plan de seguimiento con periodicidad diaria, semanal, quincenal o mensual, según la complejidad de cada área de la institución Evidencia: plan de mantenimiento preventivo y seguimiento a plan de mejora. Reportados en el POA y en el SISMAP	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	La institución cuenta con un sistema de inventario interno, el cual es monitoreado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) Evidencias: inventario	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	“El hospital realiza la gestión de eliminación de desechos sólidos con el apoyo del ayuntamiento del municipio. Asimismo, se lleva a cabo la incineración de los desechos corto-punzantes, conforme a los protocolos establecidos Evidencias: Acuerdo con el ayuntamiento para la recogida Interdiario de desechos y incinerador que	

	está en la zona designada para los desechos hospitalario.	
--	---	--

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
La organización: 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.	La institución no cuenta con un mapa de procesos como tal; sin embargo, dispone del POA, en el cual se asignan las tareas correspondientes a cada departamento Evidencia: POA	
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.	La institución ha habilitado el portal de transparencia, cuyo objetivo es garantizar la transparencia de los procesos hospitalarios. Asimismo, dispone de un espacio destinado a que los usuarios y pacientes puedan realizar sus solicitudes Evidencia: link del portal de transparencia	
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.		No contamos con un instrumento que nos permita llevar a cabo la optimización de procesos, con el fin de satisfacer a los pacientes y familiares.

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.		En la actualidad no contamos con una estructura analítica que nos permita analizar y evaluar los procesos de riesgos
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.).	Se cuenta con la firma previa de la evaluación de desempeño, mediante un acuerdo entre el empleado y la institución, en el cual el servidor asume la responsabilidad de cumplir con los compromisos establecidos. Evidencia: evaluación de desempeño, POA	
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.	La institución emplea el modelo sugerido por el Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual contempla los procesos de información, control epidemiológico, referencia y contrareferencia, así como el expediente único. Dicho modelo se encuentra bajo la supervisión del SNS, a fin de realizar los ajustes necesarios Evidencia: Ficha única de notificación, SINAVE	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Actualmente, el hospital cuenta con su habilitación Evidencia: habilitación.	

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

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

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.	Se ha establecido la realización de encuestas diarias a un grupo de pacientes que acuden a solicitar los servicios de la institución, así como la conformación de grupos focales que permiten expresar sus necesidades y expectativas. Esta información contribuye a la mejora continua de los servicios ofrecidos por la institución. Evidencias: Formulario de encuesta que se realizan diario a los usuarios en diferentes áreas del centro	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	Se realiza mantenimiento a los equipos con el fin de prolongar su vida útil y garantizar su adecuado funcionamiento Evidencia: plan de mantenimiento	
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, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	Se realizan visitas domiciliarias y se dispone de horarios de consulta flexibles, con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios de salud Evidencia: Cartera de servicios	

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.	Se mantienen alianzas estratégicas con otras organizaciones de igual nivel de complejidad, con el objetivo de fortalecer y retroalimentar los procesos organizativos. Evidencia: Convocatorias de la regional para capacitaciones y comunicación mediante correo con el SNS Y la regional	

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.	La institución se apoya en su red de aliados estratégicos, con quienes se comparten y suministran de manera conjunta los datos necesarios, con el fin de ofrecer un servicio eficiente a los ciudadanos, usuarios y colaboradores Evidencias: 67A	
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.	El Departamento de Auditoría Médica mantiene una comunicación constante con los proveedores de las ARS, con el objetivo de dar solución a las problemáticas que se presentan en esta área. Por otra parte, el Departamento de Mantenimiento realiza evaluaciones continuas de los equipos de la institución y coordina con los proveedores el mantenimiento requerido para garantizar su adecuado funcionamiento Evidencia: auditoria, mantenimiento, correo con la ARS, Foto de mantenimiento	
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.	En la actualidad, la institución cuenta con diversas alianzas estratégicas con distintos estamentos del Estado y organizaciones privadas, con el objetivo de garantizar la prestación de servicios de manera coordinada Evidencia: acuerdos de servicio con la alcaldía de sabana iglesias	

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	Mediante una encuesta aplicada a los usuarios sobre los servicios ofrecidos, la infraestructura, la información suministrada y los protocolos de la organización, entre otros aspectos, se obtuvo un nivel de satisfacción de los usuarios de un 94.27 % Evidencias: Encuesta de satisfacción al usuario donde se miden los elementos tangibles e intangibles Informe de satisfacción al usuario	

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).	“En nuestro centro de salud, los usuarios constituyen el eje principal de nuestra atención. Con el propósito de brindar un servicio de calidad y una orientación precisa, se capacita al personal mediante talleres de atención al usuario y gestión emocional, permitiendo una adecuada adaptación a las necesidades de cada paciente. Asimismo, se realizan charlas informativas dirigidas a los usuarios, orientadas a dar a conocer los servicios que ofrece la institución, la forma adecuada de solicitarlos y el uso de los buzones de sugerencias y quejas, como herramienta para fortalecer la mejora continua de los servicios Evidencias: fotos de charlas en las salas de espera y en la encuesta de satisfacción al usuario reporta un 98.93 % en amabilidad, un 98.50 % en profesionalidad, un 99.36 % en el manejo de las informaciones 98.71 % en equidad a los servicios en el periodo Enero, febrero y Marzo del 2026	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No participan en el proceso de trabajo y toma de decisiones
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Se emplean diversos medios de comunicación para suministrar a los usuarios la información necesaria de manera transparente y actualizada. Evidencias: Se utilizan medios como, redes sociales, pantallas en el centro, murales, iglesias y escuela y se mide la confianza a través de la encuesta de satisfacción con un porcentaje de 97.73 % en la fiabilidad en hospitalización, 100 % en área de imágenes, 98.32 % área de laboratorio, 98.95 % área de emergencia, 98.21 % consultas externas.	

5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	La alta demanda de los servicios por parte de los usuarios refleja la confianza que esta institución genera en la ciudadanía Evidencia: Encuesta diaria de satisfacción al usuario con un porcentaje de 94.27 %	
---	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	La accesibilidad a los servicios de este centro de salud se considera muy adecuada, debido a que la infraestructura ha sido reconstruida conforme a los más recientes estándares de calidad en materia de construcción. Asimismo, la oferta de servicios cumple con las exigencias protocolares establecidas por los reglamentos del Servicio Nacional de Salud (SNS). Según las encuestas realizada trimestralmente, el centro tiene un 99% de accesibilidad a los servicios físico y digitales (acceso con discapacidad, horarios de apertura y de espera. Evidencias: encuesta de percepción de los usuarios externos. Es de 99 % en amabilidad. 99 % en Profesionalidad. 98 % Facilidad y rapidez.99 % Manejo de las informaciones 99 % Acceso a los servicios. 66 % Tiempo para recibir los resultados,98 % Higienes y comodidad	
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.).	La institución se esfuerza por mantener la calidad y la cobertura de los servicios ofrecidos a la ciudadanía, dentro de las posibilidades y recursos disponibles Evidencias: Encuestas de satisfacción arroja un porcentaje de 94.27 % en el tiempo para recibir los resultados de analíticas, en agilidad y rapidez 99 % y 99% en la disponibilidad o acceso de los servicios	

3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	En los servicios que ofrecemos, se toman en cuenta las necesidades individuales de los usuarios, con el propósito de eficientizar la atención brindada Evidencia: Matrices de Datos como la 67A ,en conjunto con atención al usuario podemos identificar las necesidades de los pacientes que nos visitan de las diferentes comunidades; con nuestra encuesta de satisfacción diaria donde tenemos diferentes rengos de edades el primero menor de 15 años hasta 60 años o más	
4. Capacidades de la organización para la innovación.	En la actualidad, la institución cuenta con una planta física adecuada y acorde con los estándares establecidos por las instituciones nacionales e internacionales Evidencia: Remozamiento del centro hospital Fotos de la planta física antes y después del remozamiento	
5. Digitalización en la organización.	La institución cuenta actualmente con un proceso parcial de digitalización, con proyecciones orientadas a la implementación total de la digitalización de sus procesos Evidencias: Autorización de seguro y sistema utilizado en laboratorio para diferente procedimiento	

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	La institución procura garantizar, dentro de los plazos establecidos, la entrega de resultados en un tiempo máximo de 24 horas, así como la prestación oportuna y eficiente de los servicios que ofrece. Actualmente, dispone de 12 servicios, contribuyendo a la optimización del tiempo de los usuarios sin comprometer la calidad de la atención. Evidencia: Cartera de servicios	
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). - Costo de los servicios. - Cumplimiento de la Cartera de Servicios - Cumplimiento de los estándares comprometidos.	El cumplimiento de estos indicadores se realiza de manera parcial, de acuerdo con lo establecido y sugerido por el Servicio Nacional de Salud (SNS), de los 12 servicios brindado no tienen costos algunos sin embargo solo se le cobra una cuota a los extranjeros. Contamos con 24 hora de servicios en las áreas de emergencia, laboratorio y rayo x. sonografía de lunes a viernes. Ecocardiograma martes y jueves en horario de la tarde. consulta de lunes a viernes. Evidencia: buzón de sugerencias	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Los resultados obtenidos de subsanción durante los meses enero a mayo 2026 fueron 2 estas medidas de subsanción no fueron presentadas por incumplimiento de tiempo. Sino las circunstancias en las que se presentaron los acontecimientos. Evidencia: REPORTE QDRS	

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.	Nuestro centro de salud cumple con los indicadores mínimos requeridos en este acápite Evidencia: SISMAP SALUD	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	“Este centro de salud cuenta con una amplia cartera de servicios actualizada al 100% lo que incluye laboratorio, consultas, internamiento, cirugías, emergencia, servicios integrales y vacunación, los cuales se encuentran en funcionamiento Evidencia: cartera de Servicio de nuestro centro de salud	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	Se realizan encuestas diarias de satisfacción del usuario en las áreas habilitadas, reflejando un nivel de satisfacción superior al 100 % Evidencia: encuesta de satisfacción de usuario por el SNS, fotos del índice logrado	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Se mantiene una comunicación fluida sobre los servicios que ofrece la institución y los detalles relacionados con los mismos. Para tales fines, se utilizan diversos canales de difusión, tales como emisoras municipales, congregaciones, redes	

	regionales, juntas de vecinos, murales institucionales y redes sociales Evidencia: portal de página web (https://hopsluisessaillat.gob.do/portal/)	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Se mantiene una comunicación fluida tanto con el personal que labora en la institución como con los pacientes que acuden en busca de los servicios ofrecidos Evidencia: Charlas a los pacientes, reuniones con las autoridades de la comunidad y comité extrahospitalario.	
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.	Se rinde un informe general de manera regular a las autoridades competentes sobre la gestión pública de la institución. Evidencias: Formularios y matrices informativos dispuestos por las altas instancias.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No contamos con la medición para medirlo
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No contamos con un instrumento que nos permita identificar de manera cuantitativa los indicadores relacionados a este acápite

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).	No contamos con un instrumento que nos permita identificar de manera cuantitativa los indicadores relacionados a la diversidad de género	
---	--	--

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.).	En la actualidad implementamos el uso de la aplicación WhatsApp para solicitud de citas a los especialistas. Además de suministrar información de manera general a los usuarios de nuestros servicios Evidencia: WhatsApp 809-587-0432, Instagram	
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).	Hasta el momento, la institución utiliza sus redes sociales para suministrar información general a los usuarios Evidencias: captura de pantalla de grupos de organización de citas, contenidos en nuestras redes sociales.	

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
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los	"La satisfacción del usuario se mide mediante encuestas diarias, obteniéndose un resultado superior al 94.27 % en el acápite mencionado.	

ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Evidencia: Encuesta de satisfacción	
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.	Se aplicó la encuesta de clima laboral a los empleados, en la cual el 85.28 % del personal encuestado manifestó sentirse involucrado en la toma de decisiones. Asimismo, se brindó orientación sobre la misión, visión y valores institucionales al personal de nuevo ingreso, incentivando su cumplimiento y apropiación Evidencias: encuesta de clima laboral del 2023. Y reunión de inducción al personal.	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	En nuestra institución, el 84.74 % del personal expresó que se le brinda participación en las actividades y en los planes de mejora Evidencias: Resultados de encuesta de clima laboral 2023	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		No se evidencia la medición de la conciencia de posibles conflictos
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	“El Ministerio de Administración Pública (MAP) realiza, en las instituciones del Servicio Nacional de Salud, la encuesta de clima laboral de manera anual. Los resultados son analizados por dicha entidad y posteriormente remitidos a cada institución para su conocimiento y mejora Evidencia: SISMAP	
6. La responsabilidad social de la organización.	El Ministerio de Administración Pública (MAP) realiza, en las instituciones del Servicio Nacional de Salud, la encuesta de clima laboral de manera anual. Los resultados son analizados por dicha entidad y	

	posteriormente remitidos a cada institución para su conocimiento y mejora Evidencia: Misión, Visión y valores del centro	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	La institución reconoce el impacto que generan los cambios orientados a la mejora continua, por lo que mantiene una disposición permanente a la implementación de mejoras. Evidencia: solicitud de cambios por el SNS	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	Nuestra institución utiliza diversas herramientas digitales para adaptarse a los cambios tecnológicos actuales. En este sentido, se emplea la herramienta WhatsApp para la solicitud de citas médicas, así como otras redes sociales para informar a los usuarios sobre los servicios y actividades institucionales Evidencia: WhatsApp 809-587-0432	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Los procesos realizados en la institución se mantienen dentro de los tiempos establecidos por las instancias superiores competentes Evidencia: del POA sobre el Triage y los servicios establecidos	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	1. La capacidad de los directivos permite la definición de metas precisas, medibles y alcanzables, alineadas con la misión y visión del centro de salud, estableciendo así una dirección estratégica clara.	

	Los recursos financieros son gestionados de manera eficiente para apoyar el cumplimiento de los objetivos institucionales, priorizando las áreas más críticas y garantizando su disponibilidad donde más se requieren. Se implementan sistemas de seguimiento y evaluación que permiten medir el avance hacia los objetivos establecidos, identificando tanto las áreas de éxito como aquellas que requieren mejoras.” Evidencia: evaluación del desempeño individual y colectivo, así como la evaluación del impacto de las estrategias implementadas.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	“La institución se enfoca en diversos procesos, entre los cuales se destacan la mejora continua de la atención al paciente, la eficiencia operativa, la satisfacción del usuario y la optimización de los recursos, contribuyendo así a un sistema de salud más efectivo y sostenible. Asimismo, se promueve una mayor transparencia y trazabilidad, adaptabilidad y flexibilidad en los procesos, así como el fortalecimiento de la satisfacción del personal Evidencia: nivel de satisfacción del paciente, foto de capacitación del cambio, carta compromiso al ciudadano	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El reparto de tareas y la evaluación del desempeño constituyen herramientas esenciales para cualquier organización que busque maximizar su potencial y promover el respeto mutuo. Un enfoque adecuado en estos aspectos contribuye al fortalecimiento de equipos más eficientes, motivados y exitosos. Evidencia: evaluación de desempeño	

4. La gestión del conocimiento.	La gestión del conocimiento constituye un activo estratégico para el centro de salud, ya que permite aprovechar el saber institucional para mejorar el desempeño y la calidad de la atención, optimizar los procesos, reducir costos y fomentar la innovación. En última instancia, contribuye a una atención más efectiva y centrada en el paciente Evidencia: foto de capacitación gestión del cambio	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	La comunicación interna y los mecanismos de información son fundamentales para mejorar la coordinación entre los diferentes equipos, optimizar la atención al paciente y fomentar un ambiente laboral positivo. Una comunicación efectiva, clara y oportuna garantiza que todo el personal del centro esté debidamente informado sobre los aspectos relevantes, contribuyendo así a la seguridad del paciente, la cual constituye una prioridad institucional Evidencia: en proceso para impartirles charlas sobre comunicación efectiva, grupo de WhatsApp	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Se entregan certificaciones a los empleados más destacados del centro, y sus fotografías son colocadas en el mural institucional como forma de reconocimiento e incentivo, promoviendo así el desempeño eficiente y la mejora continua en el cumplimiento de sus funciones Evidencia: Fotos de entrega de certificación al empleado del mes	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	La institución reconoce el impacto que tienen los cambios orientados a la mejora continua, por lo que mantiene una disposición permanente a su implementación. En este sentido, se impartió una	

	capacitación en gestión del cambio, con el objetivo de facilitar la adaptación de los colaboradores a las nuevas transformaciones institucionales Evidencia: solicitud de cambios por el SNS, capacitaciones de gestión del cambio	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Un ambiente de trabajo positivo y una cultura organizacional sólida constituyen elementos clave para el éxito del centro de salud, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención, la satisfacción del personal y la eficiencia general de la institución Evidencia: Fotos de entrega de certificación al empleado del mes	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El abordaje de los problemas sociales mediante la flexibilidad de horarios implica permitir a los colaboradores ajustar sus jornadas laborales para lograr un mejor equilibrio entre sus responsabilidades personales y familiares. Este enfoque busca mejorar la calidad de vida del personal, incrementar su satisfacción y, potencialmente, elevar la productividad, contribuyendo así a una mejor calidad en la atención a los pacientes Evidencia: horarios laborables	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	La institución promueve la igualdad de oportunidades y la equidad en el comportamiento organizacional, con el propósito de construir un ambiente de trabajo inclusivo. Asimismo, fomenta la diversidad y la	

	eliminación de prejuicios y barreras que puedan limitar el acceso a la atención médica Evidencia: política del centro	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo son fundamentales para la eficiencia y el bienestar en el centro de salud. Contar con un entorno laboral seguro y saludable, que incluya adecuada iluminación, temperatura apropiada, ventilación eficiente y niveles de ruido controlados, impacta positivamente en la productividad del personal, la calidad de la atención a los pacientes y la prevención de riesgos laborales Evidencia: Fotos del centro	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	El desarrollo sistemático de la carrera y competencias en el centro de salud comprende la planificación e implementación de estrategias orientadas a potenciar el crecimiento profesional de los colaboradores, en concordancia con las necesidades y objetivos institucionales, así como con las expectativas de los pacientes. En este sentido, se realizan capacitaciones, evaluaciones del personal y se promueven oportunidades de progresión profesional Evaluación: evaluación de desempeño	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Se reconoce mensualmente al empleado más destacado mediante la entrega de un certificado, así como la colocación de su fotografía en el mural institucional. En relación con los pacientes, se dispone	

	de buzones de sugerencias donde pueden expresar quejas, sugerencias, felicitaciones y dudas. Estas acciones contribuyen a fortalecer un mejor ambiente laboral y a garantizar una atención adecuada y un trato digno a los pacientes Evidencia: Fotos de entrega de certificados al empleado del mes	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Nos centramos en la atención del paciente, asegurando que los servicios de salud brindados se adapten a sus necesidades individuales y promuevan su bienestar. Asimismo, se consideran aspectos clave como la disponibilidad, flexibilidad, recursos, apoyo institucional, visión, misión y valores. Evidencia: misión, visión y valores	

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.).	Evalúamos indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación del personal, como el ausentismo por enfermedad, la rotación de empleado y el número de queja recibidas. En el periodo reportado no se han realizado huelga por parte de los colaboradores, lo que refleja estabilidad laboral. No obstante 85% han presentado queja relacionada con el salario, tema que corresponde a	

	instancias superiores del SNS. Desde la gestión del hospital se mantienen acciones de motivación y reconocimiento al personal para fortalecer el clima organizacional. Evidencia: Encuesta de clima laboral y reconocimientos a empleados. Registro de asistencia. Reporte de rotación de empleado	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	La alta participación en las actividades de mejora del centro de salud implica la integración del personal y la comunidad, con el objetivo de promover la mejora continua y garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades de todos los usuarios y se le imparten capacitaciones al 100% del personal Evidencia: Nivel de satisfacción del usuario y listado de participación a las capacitaciones.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	En caso de conflictos, se convoca al personal involucrado para abordar la situación. Se brinda la debida retroalimentación y se llama la atención a quien haya incurrido en la falta. En situaciones de mayor gravedad, se aplican las amonestaciones correspondientes conforme a las normas institucionales. También se le imparten capacitaciones de manejo de conflicto y trabajo en equipo Evidencia: Formato de amonestaciones y listado de participación	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se a medido

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).	Se ha establecido un plan anual de capacitación, el cual es impartido a todo el personal de la institución alguna de ellas como atención al usuario. Evidencia: Esquema de capacitación	
---	--	--

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: + El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	“El rendimiento individual se mide a través de evaluaciones de desempeño, las cuales se realizan de manera anual. Dichas evaluaciones contemplan un porcentaje que oscila entre el 55 % y el 65 %, dependiendo del cargo ocupado por el colaborador, según los evidenciado lo colaboradores han obtenido el 98% en adelante Evidencia: Matriz evaluación de desempeño	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	Este aspecto se mide a través de la encuesta de clima laboral, específicamente en el renglón de uso de la tecnología, alcanzando un nivel de percepción positiva del 63.46 %.	

	Evidencia: reporte de encuesta de clima laboral	
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).	Se mide a través del informe trimestral de ejecución del plan de capacitación, en el cual se registra la cantidad de colaboradores participantes y el presupuesto ejecutado Evidencia: Matriz de ejecución del plan de capacitación	
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Se mide mediante la encuesta de clima laboral, específicamente en el renglón de reconocimiento laboral, alcanzando un nivel de percepción positiva del 72.75 % Evidencia: reporte de encuesta de clima laboral	

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 medido la percepción en la sociedad con relación al impacto de la organización en la calidad de vida de los ciudadanos clientes
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No hemos analizado la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local, global.

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	Siendo esta institución un instrumento de ayuda a la sociedad se entiende que servimos como una entidad importante para el desarrollo comunitario. Evidencia: misión, visión y valores	
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.).		No se ha medido la percepción en la sociedad con relación al impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, la integridad y la igualdad.
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.).	Existe una política de compra y contrataciones regidas por la más altas instancia, los cuales son llevados a cabo en fiel cumplimiento de los mismos. Evidencia: Foto del portal de transparencia	
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No contamos con un instrumento de toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se ha medido la participación de la organización, ya que el hospital no tiene autorización para financiar actividades o eventos sociales
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Esta se mide por medio de los buzones de Queja, denuncia, felicitaciones, sugerencia colocada en la diferente área del centro. Evidencia: Foto de los buzones de sugerencia	

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 toma medida de las actividades de la organización para perseverar y mantener los recursos
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No se ha medidos la frecuencia de las relaciones con autoridades y representante de la comunidad
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	La institución cuenta con un sistema digital que ayuda a la promoción de las actividades relacionada a dar informaciones a la comunidad Evidencia: Las redes sociales Instagram, Facebook, WhatsApp	
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		No contamos con programas específicos para los grupos minoritarios que se mencionan en este enunciado

minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).		
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		A pesar de que la institución ha creado una cultura de trabajo en equipo además de la inclusión en actividades filantrópicas, en este último acápite no se ha logrado incluir a la totalidad
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha medido el intercambio productivo de conocimientos e información
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).		No se ha medido los resultados de la medición de la responsabilidad social
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No contamos con un instrumento de medición que nos permita cuantificar dicho acápite
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se ha podido disminuir el consumo de kilovatios por día
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se realiza debido a que el centro no cuenta con incinerador
11. Política de residuos y de reciclado.		La organización ha creado una política de conciencia del cuidado del medio ambiente a pesar de todos los esfuerzos realizados, los desechos sólidos son retirados por el ayuntamiento Municipal

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 mide a través de la producción de los 12 servicio que brindamos y de la memoria anual, donde se hace un análisis del total de servicios brindados de manera mensual, semestral y anual. Evidencia: 67A y memoria anual 2025	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	Se mide a través de la memoria anual en el cual se detallan los resultados obtenidos de los 12 servicios brindados. Evidencia: memoria anual	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	Se mide en la producción de servicio en términos comparativos de un trimestre a otro Evidencia: memoria anual	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		Aunque el hospital tiene acuerdos con instituciones amigas, no se han hecho de manera formal. Solo se han realizado los acuerdos de manera verbal
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Se mide a través de las evaluaciones trimestrales del POA llamado MEP, y por las auditorías externas que realizan el SNS. Evidencia: reporte de evaluación T1 (MEP) 2026	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No contamos con un instrumento que nos permita medir con exactitud los resultados de la innovación en servicios/ productos

7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No contamos con un instrumento que nos permita medir con exactitud los resultados de la implementación de reformas del sector publico
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se ha medido los resultados debido a que no tenemos voluntarios realizando actividades de colaboración en el centro

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.		No se ha medido la eficiencia de la organización
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Se realizan visitas domiciliarias que incluyen apoyo emocional, consulta, analítica, electrocardiogramas y entrega de medicamentos. Esas se realizan todos los jueves de 8:00 AM a 12:00 PM en comunidades previamente seleccionada mediante un levantamiento, Búsqueda activa de pacientes prequirúrgico y enfermedades catastróficas. Evidencia: Fotos de la Visita domiciliaria	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se ha podido comparar la producción y los resultados con otros centros de salud
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se ha medido la eficacia de las alianzas

5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	Por medio de la tecnología digitalizamos logrando un 85% en los procesos, menos errores ortográficos, más ahorro de tiempo y de costos, por lo que conlleva a brindar mejores servicios con eficiencia a los pacientes. Evidencia: digitalización de los procesos	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.		No se ha medido, debido a que cuando realizan las auditorías, las analistas no nos envían los resultados de la misma.
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Este centro de salud resulto ganador del premio Mejor Desempeño Hospitalario Municipal el 19 de julio del año 2024. Evidencia: foto de la entrega de reconocimiento	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	La nueva gestión ya cuenta con su toquen para poder manejarse mejor de los que hasta el momento lo a hechos. Evidencia: Carta de la directora con su autorización del toquen	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No se ha medido los resultados externos del costo efectividad

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.