

**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 José de Jesús Jiménez Almonte

FECHA:

22/06/2026

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.	El Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte cuenta con una filosofía institucional definida (misión, visión y valores), alineada a los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y orientada al fortalecimiento de la gestión pública, calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios. Evidencias: Misión, visión y valores publicados en murales institucionales y medios digitales.	
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	Los valores institucionales están definidos y relacionados con la misión y visión del centro, promoviendo principios de ética, compromiso, respeto, calidad y responsabilidad en la prestación de servicios de salud. Evidencias: Publicación de misión, visión y valores en instalaciones y plataformas digitales	

organización.		
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.	Aseguran la alineación del marco institucional con estrategias nacionales. El hospital mantiene su filosofía institucional alineada con las directrices del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS), considerando las políticas públicas de salud, transformación institucional y mejora continua. Evidencias: Página web institucional, MSP y SNS.	
3. 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.	La institución garantiza la divulgación de su filosofía institucional mediante mural, página web, redes sociales y actividades de socialización dirigidas a los colaboradores, usuarios y ciudadanos. Evidencias: Página web institucional, redes sociales, registros de participación y socialización.	
4. 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	El Hospital José de Jesús Jiménez Almonte revisó su misión, visión y valores en el año 2018, como parte de su proceso de fortalecimiento institucional. Asimismo, socializa de manera periódica sus iniciativas y retos con los diferentes grupos de interés, promoviendo la participación y el alineamiento con los objetivos estratégicos del centro. Evidencias: Listados de participantes durante la elaboración del Cuadro de Mando Integral y registros de asistencia a las actividades de socialización del plan operativo y nuevas estrategias institucionales	

puntos de vista diferenciados de los clientes).		
5. 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).	El hospital implementa acciones de capacitación orientadas a la inducción y adaptación del personal ante los procesos de transformación digital, promoviendo el fortalecimiento de las competencias necesarias para el uso de nuevas herramientas tecnológicas. En el área de laboratorio se cuenta con el sistema PROBETA, una plataforma digital que permite el registro y gestión de los pacientes de manera electrónica, facilitando la organización de la información, la trazabilidad de los procesos y la mejora en la prestación del servicio. Evidencias: Listados de participación de las capacitaciones realizadas.	No se evidencia la capacitación del sistema probeta a los colaboradores de laboratorio
6. 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.	Se previenen los conflictos mediante la implementación de capacitaciones al personal en temas de ética e inducción a la administración pública, fortaleciendo la cultura de integridad institucional. La institución cuenta con comités activos de ética, disciplina y compras, los cuales garantizan el cumplimiento de normas, la transparencia y el comportamiento ético del personal en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, el presupuesto anual se elabora a través del POA y se da seguimiento a su ejecución. Los procesos de compras se realizan conforme a la Ley de Compras y Contrataciones, utilizando en un 90% la plataforma SISCOMPRA, lo que fortalece la transparencia y eficiencia en la gestión. Evidencias: Plan de capacitación, actas constitutivas de	

	los comités, minutas y listados de participación	
7. 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).	Existe un ambiente de confianza mutua, lealtad y respeto entre los miembros de la organización, se realizan reuniones departamentales donde se escucha a los encargados Evidencia:: minuta y chats de equipo de trabajo	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El Hospital cuenta con manual de funciones y organigrama aprobado por el MAP Evidencia: indicador del SISMAP de estructura organizacional y manual de funciones logrado	
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.	Se establecen objetivos y resultados medibles mediante indicadores de gestión definidos en el POA y planes institucionales, permitiendo evaluar el desempeño de las diferentes áreas, el cumplimiento de metas y el impacto de las acciones ejecutadas. Evidencias: Resultados trimestrales del POA, matriz de evaluación del desempeño, informes de seguimiento, fiscalización y control del SNS, y ejecución presupuestaria.	

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.).	Se implementan mejoras en el sistema de gestión a partir de las sugerencias recibidas tanto de los usuarios internos como externos. Este centro promueve la inclusión laboral y realiza charlas interactivas en las salas de espera de Atención al Usuario y Odontología, donde se escucha activamente la opinión de los usuarios, considerándola como una valiosa oportunidad para mejorar. Además, se revisan semanalmente los buzones de sugerencias ubicados en las distintas áreas del hospital, fortaleciendo así una cultura de participación y mejora continua. Evidencia: formulario solicitud de materiales, servicios, equipos, insumos, informe apertura de buzones y seguimiento. Reportes de resultados de las charlas y reportes de gestión de buzones del POA.	
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).	El hospital cuenta con un sistema de información de la gestión basado en el control interno, alineado a la aplicación de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI), el cual permite el monitoreo, seguimiento y evaluación permanente de los procesos institucionales, así como de los logros estratégicos y operativos. Evidencia: Manuales de control interno basados en NOBACI. Formularios y registros institucionales de seguimiento de procesos.	
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.	La institución ha sido reconocida con tres premios del Modelo CAF en los años 2016, 2017 y 2019 y forma parte del SISMAP Salud. Se realiza actualización anual del CAF y seguimiento al plan de mejora institucional para fortalecer la gestión Evidencias: Certificaciones, guía de autoevaluación CAF, informes de seguimiento	

	al plan de mejora, formularios de verificación y procedimientos de limpieza y manejo de productos químicos.	
La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	La institución utiliza diversas plataformas digitales para el registro, reporte y monitoreo de información sanitaria y estadística. En el área de estadísticas se utiliza el Intranet facilitado por el Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante el cual se reportan los formularios 67A, EPI 1 y EPI 2. Evidencias: formularios 67A y 72A, reportes EPI 1 y EPI 2	
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.	El hospital cuenta con condiciones que favorecen la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, promoviendo el uso de herramientas digitales, la capacitación continua del personal y el trabajo en equipo entre las diferentes áreas. Asimismo, se impulsa la mejora de los servicios mediante la implementación de proyectos institucionales, el seguimiento de indicadores de gestión y la actualización de los procesos internos para fortalecer la calidad y eficiencia en la atención. Evidencia: Planes de mejora, minutas.	
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.	Se disponen de diversos medios de comunicación para difundir la información del centro, facilitando el acceso a usuarios internos, externos y al público en general. Entre ellos se incluyen redes sociales, página web, portal de transparencia, chat de novedades y la cartera de servicios en el área de consulta. Evidencias: capturas de redes sociales institucionales, enlace y actualización de la página web, acceso al portal de transparencia, registros del chat de novedades	

	institucional, y documento/afiche de la cartera de servicios disponible en el área de consulta.	
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.	El Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte desarrolla un Plan de Capacitación Anual basado en el levantamiento de necesidades por departamento, orientado al fortalecimiento de las competencias del personal mediante acciones formativas coordinadas con el INAP e INFOTEP. Evidencias: Plan de capacitación y ejecución, listados de participación y certificaciones de los participantes.	
Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Se comunican las iniciativas de cambio y los resultados esperados a los empleados y grupos de interés mediante reuniones con comités institucionales y encargados de áreas, donde se presentan avances, acciones implementadas y oportunidades de mejora, promoviendo la participación y retroalimentación para fortalecer la gestión continua. Evidencias: Minutas, listados de participación.	
El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	El hospital cuenta con un Comité de Ética Institucional y un Comité de Disciplina, los cuales promueven el cumplimiento de normas éticas y el comportamiento adecuado del personal. Además, se realizan reuniones departamentales para socializar los procesos institucionales, incluyendo los relacionados con compras y contrataciones, fortaleciendo la transparencia en la gestión. Evidencia: Minuta, actas constitutivas, listados de participación.	

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.) 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.	Las máximas autoridades del Hospital Municipal José de Jesús Jiménez Almonte participan activamente en los procesos institucionales mediante reuniones con encargados de áreas para el seguimiento de resultados y la mejora de los procesos. Además, asisten a capacitaciones y socializaciones convocadas por Recursos Humanos. Evidencia: Minutas, Listados de participación Se cuenta con un Comité de Calidad que da seguimiento a las acciones de mejora. Las autoridades promueven un ambiente de respeto, cumplimiento de la jornada laboral y escucha activa al personal. Evidencias: Plan de capacitación, listados de participación en capacitaciones, certificados del INAP e INFOTEP, actas del Comité de Calidad y minutas de reuniones.	
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.	El personal directivo mantiene una actitud receptiva y respetuosa hacia los empleados, promoviendo la escucha de sugerencias y la participación del personal en la mejora institucional. Asimismo, se garantiza la inclusión del personal con discapacidad visual, integrándolos en las actividades y capacitaciones en igualdad de condiciones. Evidencias: Listados de participaciones.	

Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	Se realizan reuniones periódicas con los comités y colaboradores para socializar inquietudes tanto del equipo directivo como del personal, promoviendo la comunicación y la participación. Además, se presentan los avances institucionales a los colaboradores para mantenerlos informados sobre los logros alcanzados. Evidencias: minutas y listados de participación.	
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.	El hospital brinda apoyo a los colaboradores mediante permisos para estudios y el otorgamiento del día de cumpleaños, promoviendo su bienestar laboral. Además, se escucha al personal para identificar necesidades y garantizar condiciones adecuadas de trabajo, favoreciendo un ambiente laboral más motivador y eficiente. Evidencias: registros de permisos, listados de participación, solicitudes del personal.	
Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	El hospital motiva y da seguimiento al desempeño del personal mediante evaluaciones periódicas, que permiten evaluar el cumplimiento de sus funciones y de los objetivos establecidos en los acuerdos de desempeño. Asimismo, se brinda retroalimentación individual y por equipos sobre los resultados obtenidos y las áreas que requieren mejora. Evidencias: evaluaciones de desempeño y minutas.	
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	El hospital promueve una cultura de aprendizaje continuo, fomentando el desarrollo de competencias del personal para adaptarse a los nuevos requerimientos y responder a situaciones imprevistas.	

y aprendiendo rápidamente.	En este sentido, se ejecuta el plan anual de capacitación y se brindan facilidades para permisos educativos universitarios. Evidencias: hojas de solicitud de permisos de estudio y plan anual de capacitación.	
Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	El hospital reconoce y valora los esfuerzos individuales y de los equipos de trabajo mediante actividades de reconocimiento a los colaboradores por su desempeño durante el año. Estas acciones se realizan en fechas conmemorativas como el Día del Trabajador, Día de las Enfermeras, Día de las Secretarías, Día de los Bioanalistas, entre otros, donde se entregan certificados a los empleados más destacados. Evidencias: Evaluación de desempeño. Listados de participación.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	El hospital analiza y da seguimiento a las necesidades de sus grupos de interés mediante la coordinación con instituciones educativas, las cuales comunican la demanda de estudiantes para la realización de pasantías y prácticas en el centro. Esto permite planificar y gestionar adecuadamente los espacios de formación para el desarrollo de futuros profesionales de la salud. Evidencias: convenios con universidades, politécnicos, Instituto ITEVO, convenio con el HOMSA, residencia de cirugía general y convenio con UTESA.	

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.	El centro hospitalario está abierto a las autoridades políticas, se participa en eventos de gran y mediana envergadura con la finalidad de ser entes activos en las nuevas decisiones tomadas por el poder legislativo, así como crear relaciones efectivas que impulsen a las mejoras de los servicios brindados a los usuarios. Evidencias: Listados de participación.	No se evidencia registros de autoridades políticas.
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	Si se identifican y son aplicadas con el fin ofrecer un servicio de salud con calidad, toda la gestión del hospital se rige estrictamente por las políticas públicas establecidas en el MAP, Dirección general de ética e integridad gubernamental, la ley 340-06 de compras y contrataciones, ley No. 41-08 de función pública y todas las resoluciones y normas emitidas por las autoridades. Evidencias: Resoluciones de leyes.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	El hospital alinea su desempeño institucional con las políticas públicas y lineamientos establecidos por las autoridades del sector salud, dando cumplimiento a las disposiciones del Servicio Nacional de Salud (SNS), Servicio Regional de Salud (SRS) y normativas vigentes. Asimismo, desarrolla sus planes, procesos e indicadores en función de los objetivos institucionales y las necesidades de la población. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA), informes de indicadores, lineamientos del SNS/SRS, reportes de cumplimiento y reuniones de seguimiento.	

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.).	Con la finalidad de identificar y satisfacer las necesidades de la población, el centro mantiene acuerdos y alianzas con diversas instituciones educativas, tales como la UASD, UTEA e ITEVO, lo que permite fortalecer la formación de recursos humanos en salud y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Evidencias: Acuerdo y convenios interinstitucionales.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.		No se evidencia que miembros de la institución participen en actividades organizadas por grupos de presión.
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	El hospital promueve la conciencia pública, el reconocimiento y la buena imagen institucional mediante la difusión de información orientada a la prevención y educación en salud. Estas acciones se realizan a través de murales informativos, monitores y redes sociales, abordando temas como la prevención del dengue, difteria, higiene bucal, VIH, planificación familiar, prevención de embarazos en adolescentes y el cuidado del medio ambiente y los recursos naturales. Evidencias: Publicaciones en redes sociales, cartera de servicios y listas de participantes.	

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 organización identifica las condiciones necesarias para el logro de los objetivos estratégicos mediante el análisis del entorno externo y el alineamiento del Plan Operativo Anual (POA) con el Plan Estratégico del SNS. Se realizan informes de desempeño trimestrales y seguimiento mensual de las actividades, integrando información de gestión institucional para la toma de decisiones. Evidencias: informes trimestrales, POA.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Se recopilan la información de los grupos departamentales sistemáticamente, con la finalidad de prestar atención a las necesidades presentadas y buscar soluciones oportunas. Evidencias: acta de reuniones, minutas, fotos.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El hospital se encuentra alineado al Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual orienta la planificación y ejecución de sus estrategias institucionales. Las acciones del centro se desarrollan conforme a las políticas y lineamientos vigentes del sector salud. Evidencias: POA alineado al SNS, planes estratégicos institucionales y lineamientos del SNS.	
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	La institución ha analizado el desempeño interno y las capacidades enfocados en las fortalezas, debilidad, oportunidades y amenazas. Se realiza un levantamiento de control de riesgos de manera anual	No se ha realizado un análisis FODA actualmente..

riesgos, etc.).	y actualmente se cuenta con un comité de control de riesgos. Se planifican las capacitaciones determinando las necesidades de los distintos departamentos para convertirlas en fortalezas, se realiza aplicación de la encuesta de clima laboral para analizar amenazas y oportunidades de mejora. Evidencia: FODA 2018.	
-----------------	---	--

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.	El Hospital se traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades y a las estrategias nacionales. Los directivos han establecido los objetivos alineados a la misión y visión de la entidad y estos se reflejan en proyectos, y planes a través del Plan Operativo Anual, plan de mejora caf, plan de mejora de la metodología de la gestión productiva y plan de mejora de hostelería y bioseguridad hospitalaria. Evidencia: POA y PACC.	
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.	La institución promueve la participación de los grupos de interés en el desarrollo de la planificación estratégica y operativa, considerando las necesidades y expectativas de usuarios, familias y colaboradores. Para ello, se realizan socializaciones periódicas con los diferentes comités hospitalarios, donde se identifican necesidades y se da seguimiento a su atención en el marco del Plan Operativo Anual	

	(POA). Evidencias: minutas de reuniones de comités y registros fotográficos de solicitudes de necesidades y su correspondiente respuesta o dotación.	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	En las estrategias y planes de la organización se integra el enfoque de sostenibilidad y responsabilidad social, promoviendo la inclusión y la igualdad de oportunidades. Esto se evidencia en la participación de personal de ambos sexos en las distintas áreas del hospital, reflejando la equidad de género dentro de la institución. Evidencias: reportes de Recursos Humanos y nómina de empleados desagregada por sexo.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	El centro asegura la disponibilidad de recursos para la ejecución efectiva del plan mediante la planificación del presupuesto anual y el Plan Anual de Compras (PACC). Estos se sustentan en los ingresos generados por la facturación a ARS SENASA, el fondo reponible y las cuotas de recuperación de los servicios odontológicos. Evidencias: POA, PACC, facturación ARS SENASA, reportes diarios de ingresos de odontología 2026 depósitos del fondo reponible.	

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): Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El Hospital José de Jesús Jiménez Almonte implementa la estrategia institucional mediante el Plan Operativo Anual (POA), estableciendo prioridades, plazos y responsables para su ejecución según la estructura organizativa. Evidencias: POA.	
Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	El hospital elabora sus planes utilizando indicadores estratégicos que permiten dar seguimiento y verificar la ejecución de los procesos en las diferentes áreas, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua. Evidencias: informes de indicadores de gestión, POA y reportes de seguimiento por áreas.	
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.	Se utiliza los diferentes tipos de comunicaciones organizacionales para transmitir las informaciones a todo el personal y grupos de interés. Se realiza presentación de avances/logros a los empleados. Evidencia: Grupo de Whatsapp. Minutas reuniones, comités.	
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.	Se realizan monitoreo periódicos utilizando medios de comprobación en todos los departamentos a través del Poa, evaluación de desempeño del personal, plan de mejoras, reporte de buzón de sugerencias, plan de mantenimiento, plan de compras, se realiza además monitoreo mensual del cumplimiento en el llenado de los expedientes y los resultados de avances y/o mejoras son medidos, verificados, analizados y socializados con los departamentos de ginecología y pediatría. Se realizan charlas odontológicas en el área de consulta diariamente, a las pacientes de ginecología y se	

	trabaja a las pacientes embarazadas en saneamiento y libre de costo. Evidencias: cronogramas de mayordomía, hostelería, formularios de contabilidad, arqueo de caja chica, reportes y plan de mantenimiento. Resultados de las auditorías de expedientes de pediatría y ginecología, listados de participación, fotos.	
--	---	--

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
1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	El hospital identifica necesidades de mejora y cambio en sus procesos, incorporando el uso de tecnologías de la información como la página web y redes sociales para fortalecer la comunicación institucional. Asimismo, se ha mejorado la conectividad mediante la adquisición de internet por fibra óptica, facilitando la gestión de los sistemas y plataformas institucionales. Evidencias: Probeta, SUGEMI internet por fibra óptica.	
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 realizan actividades de benchmarking y aprendizaje organizacional mediante reuniones con el Hospital Rafael Castro. Estas acciones permiten el intercambio de buenas prácticas y la identificación de oportunidades de mejora en la gestión institucional. Evidencias: actas de reuniones, comunicaciones de coordinación y listas de participantes.	No se evidencia registros de las reuniones

3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Se resaltan en las redes sociales sociales y grupos internos de WhatsApp los servicios ofertados, las mejoras en los programas, las nuevas implementaciones. Evidencia: redes sociales sociales y grupos internos	
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.	El hospital implementa mecanismos para promover la generación de ideas y propuestas innovadoras en los distintos niveles de la organización, mediante reuniones periódicas en los departamentos, donde se socializan iniciativas, necesidades y oportunidades de mejora que contribuyen al fortalecimiento de los procesos institucionales, Evidencia: actas de reuniones y listados de participación	
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.	El hospital implementa nuevos sistemas de información para mejorar la atención al usuario, ofreciendo servicios con valor agregado a través de canales como redes sociales. Específicamente en el área de laboratorio se utiliza probeta para digitar las analíticas. Evidencias: PROBETA, servicios automatizados en laboratorio y rayos X.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El hospital elabora su presupuesto anual y el Plan Anual de Compras y Contrataciones, donde se establecen los recursos necesarios para la operación y la adquisición de bienes y servicios, garantizando la planificación y el uso eficiente de los recursos institucionales. Evidencias: POA y Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC).	

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
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Se realiza la gestión del talento humano mediante evaluaciones de desempeño periódicas, así como el análisis anual del clima laboral a través de encuestas y levantamientos internos coordinados por el Departamento de Recursos Humanos, en conjunto con el SNS y el MAP. Asimismo, se identifican las necesidades de personal mediante levantamientos que son canalizados a través de la Regional hacia el SNS para su debida gestión. Evidencias: Plan de mejora de clima laboral 2025, copias del manual de cargos firmado por los nuevos ingresos, levantamientos de necesidades de personal y solicitudes de contratación.	
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.	La política de recursos humanos del hospital se rige por la Ley 41-08 de Función Pública, la Ley 42-01 General de Salud, la Ley 87-01 de Seguridad Social y las normativas del MSP y del SNS. El reclutamiento se realiza conforme al Manual de Cargos, donde se establecen los requisitos para cada puesto; el hospital levanta y remite los perfiles a la Regional Cibao Norte para los procesos de selección. Se aplican políticas de flexibilidad laboral, igualdad de oportunidades e inclusión, incluyendo permisos de maternidad y paternidad, así como la inserción de personas con discapacidad. Evidencias: manual de cargos, permisos otorgados, expedientes de	

	empleados, formularios de permisos y nóminas.	
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.	El hospital implementa una política de igualdad y conciliación entre la vida laboral y personal, otorgando facilidades como permisos para fines de estudio, día de cumpleaños y días libres en casos de horarios nocturnos. Asimismo, se promueven los derechos y deberes de los empleados, garantizando la equidad en la aplicación de criterios, beneficios y responsabilidades. Evidencias: formularios de permisos, hojas de inscripción de empleados y registros de horarios rotativos de las áreas.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	El hospital identifica la necesidad de fortalecer el desarrollo de las carreras administrativas y profesionales, promoviendo su inclusión en los planes institucionales de capacitación. Para ello, mantiene coordinación con el INAP, con el fin de impulsar la formación y el crecimiento del personal dentro del sistema de carrera. Evidencias: plan de capacitación del INAP.	
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	El hospital asegura que las competencias y capacidades del personal estén alineadas con la misión, visión y valores institucionales, fortaleciendo habilidades técnicas, sociales, digitales y de innovación. Esto se logra mediante la implementación del plan anual de capacitación y la evaluación del desempeño por competencias. Evidencias: Plan anual de capacitación y evaluaciones de desempeño por competencias.	

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 reclutamiento del personal es gestionado por el Servicio Nacional de Salud (SNS), tomando en cuenta los perfiles de puestos y las competencias requeridas. El hospital da seguimiento a la plataforma del MAP (CONCURSA) para identificar vacantes y validar si el personal cumple con los requisitos para optar por la carrera administrativa. Evidencias: perfiles de puestos.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	En el hospital se establecen acuerdos de desempeño con los líderes y colaboradores, los cuales sirven de base para la evaluación anual del desempeño institucional, permitiendo dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos y funciones asignadas. Evidencias: Reportes de acuerdos de desempeño y evaluaciones de desempeño de la institución.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Se realiza la evaluación del desempeño de manera semestral, coordinada por el Departamento de Recursos Humanos junto a los encargados de cada área, con el objetivo de medir y evidenciar el cumplimiento de las funciones y metas de cada colaborador, fortaleciendo la gestión del talento humano. Evidencias: Evaluaciones 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.	Se aplica un enfoque de equidad de género como parte de la gestión de recursos humanos, a través del análisis de la nómina institucional, donde se identifica la distribución del personal por género, nacionalidad, discapacidad y grupo ocupacional. Esta información permite generar estadísticas para la toma de decisiones y la planificación del talento humano nómina institucional y reportes de RRHH. Evidencia: Informe de evaluación de desempeño	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital implementa una estrategia de desarrollo de recursos humanos basada en la evaluación de competencias y en la identificación de necesidades de formación actual y futura. Estas necesidades son detectadas en coordinación con el INAP, lo que permite la elaboración del plan anual de capacitación con anticipación. Asimismo, se realizan evaluaciones de desempeño y capacitaciones continuas en áreas como odontología y enfermería, tanto internas como en conjunto con el SNS. Evidencias: evaluación de desempeño 2025, plan anual de RRHH, informe de detección de necesidades 2025 y plan de capacitación 2025.	
Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Cada nuevo personal es instruido sobre las funciones que va a desempeñar, se le hace entrega formal de las funciones de acuerdo al cargo, se le realiza la debida inducción por cada uno de los departamentos y se capacita constantemente. Evidencia:Función del cargo y listado de participación	
Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Los empleados son rotados por las áreas, en especial las secretarías, las cuales son capacitadas para las necesidades que se puedan presentar por falta de colaboradores, ya sea por vacaciones o licencias, con	

	la finalidad de que el trabajo continúe su flujo normal y que cada una pueda desempeñarse en las distintas áreas. Evidencia: Registro de colaboradores	
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).	El hospital promueve la capacitación y formación del personal mediante modalidades virtuales, facilitando la comunicación y coordinación a través de grupos de WhatsApp entre los encargados de departamentos. Esto permite una mayor participación en las actividades formativas y el fortalecimiento continuo de las competencias del personal. Evidencia: grupos de WhatsApp, fotografías y listas de participación en capacitaciones virtuales.	
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.	Si se planifica actividades formativas de manera anual, las cuales son llevadas a cabo de manera interna y externa por parte del INAP e INFOTEP. - Bioseguridad. - Inteligencia emocional - Humanización de los Servicios de Salud. Evidencias: plan de capacitación, listados de participación.	
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.	Se realiza la verificación trimestral del cumplimiento del plan de capacitación, así como la evaluación de su impacto en el desarrollo de las competencias de los colaboradores, con el objetivo de asegurar su efectividad y mejora continua. Evidencia: plan de capacitación y reportes de seguimiento trimestral.	

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

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

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 realizan reuniones con los distintos comités creados y con los encargados de departamentos, en donde muestran sus ideas y los avances en las ejecuciones de los procesos. Evidencia: Minutas, listados de participación, fotos, levantamiento de necesidades por departamentos.	
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.	Los empleados participan a través de reuniones que se ejecutan por departamento para debatir ideas, se aplican las encuestas anuales de clima laboral y el hospital cuenta con un buzón de sugerencia interno para empleados. Evidencia: minutas de reunión, fotos del buzón de sugerencia.	
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.	Se realizan encuestas de clima laboral anualmente, las cuales son elaboradas por el MAP, a partir de estas surgen oportunidades de mejoras que son plasmadas en la matriz y posteriormente implementadas de acuerdo a la socialización con el Director, Administración RRHH, calidad y planificación. Evidencia: ver encuesta de clima laboral 2025, plan de mejora de clima laboral.	
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 suministran los equipos de protección personal, materiales gastables necesarios para el cuidado y protección de la salud en el ambiente laboral. Además se realizan evaluaciones médicas y jornadas de vacunación al personal administrativo, con la finalidad de establecer protocolos preventivos. Se creó el comité de Riesgos Laborales para dar atención al cumplimiento de los protocolos.	

	Evidencias: equipos de protección del personal de limpieza, enfermeras etc., record de vacunas, expedientes de consulta médica.	
Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Si se aseguran las condiciones a través de un horario flexible, flexibilidad en los permisos, se respeta el cumplimiento de las vacaciones, licencias, permisos necesarios. Evidencia; - Licencia de maternidad. - Licencia de paternidad. Permisos de los empleados.	
Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Si se cumple, se cuenta con rampas, antideslizantes en las escaleras y flexibilidad de horarios. Además el personal con algún tipo de discapacidad es ubicado en áreas en que el desempeño de sus funciones no afecte su salud física o emocional. Se realizó reunión con el personal que presenta discapacidad visual, en donde presentaron sus necesidades. Evidencia: fotos de la rampa, horarios flexibles a los discapacitados, fotos escaleras, fotos, minuta, lista de participación.	
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.	En el Hospital se realizan ciertas actividades al personal, tales como una fiesta para el día de la Secretaria, día de las Enfermeras, del Bio-analista. Evidencias: fotos, convocatoria.	

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: Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	Se realiza relaciones estratégicas con la Instituciones y Universidades como son: USAID, ITEVO, UTESA y Convenios con otras instituciones del estado como son: INFOTEP, INAP, Instituto Politécnico México y Rafaela Pérez, Nuestra Señora de las Mercedes. Evidencia: ver convenios con las universidades, escuelas y proveedores.	
Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.	Se analizan las necesidades y se realizan las alianzas mediante las mismas. Se evalúa que cumplan con los requerimientos del SNS. Se realiza a través de los convenios, escuelas, universidades, INFOTEP. Evidencia: convenios con las escuelas.	
Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.	El hospital ha definido las responsabilidades de las alianzas y monitoriza de forma periódica los resultados de las revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente. Las alianzas. Evidencias: Convenios.	

Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	Se tienen alianza con de banco de sangre con el Hospital Estrella Ureña. Evidencia: Carta de alianza.	
Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	El hospital realiza sus procesos de compras y contrataciones conforme a la Ley 340-06 y sus modificaciones, así como al Reglamento de Aplicación 543-12, garantizando el cumplimiento de los procedimientos establecidos. Asimismo, utiliza el Portal Transaccional de Compras y Contrataciones Públicas para la gestión y seguimiento de los procesos de adquisición. Evidencias: Ley de Compras y Contrataciones, expedientes de procesos realizados en el Portal de Compras y Contrataciones Públicas.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital promueve la participación y colaboración de los usuarios mediante diferentes mecanismos de comunicación y retroalimentación, como encuestas de satisfacción, buzones de quejas y sugerencias, redes sociales y el Portal 311. Asimismo, el Comité de Calidad realiza reuniones periódicas para analizar oportunidades de mejora y fortalecer la calidad de los servicios. Evidencias: resultados de encuestas de satisfacción, reportes de buzones de quejas y sugerencias, minutas del Comité de Calidad y reportes del Portal 311.	
Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también	Se inició a trabajar con el portal de transparencia en noviembre 2024, evidenciando procesos financieros,	

proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	colocando diferentes normas, legalidades e informaciones del hospital. Se realizan los procesos riéndonos por la ley 200-04 de Libre acceso de la información pública y la resolución DIGEIG No. 002-2021 que crea el portal de transparencia y establece las políticas. Evidencia: Portal de transparencia, ley 200-04.	
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.	El hospital cuenta con una cartera de servicios actualizada, donde se detallan los servicios ofrecidos y sus horarios de atención, facilitando el acceso a la información por parte de los usuarios. Esta información se encuentra disponible en áreas estratégicas del centro y en los medios digitales institucionales. Evidencias: cartera de servicios ubicada en la entrada, sótano y segunda planta, y publicaciones en las páginas institucionales.	No se evidencia Carta Compromiso actualizada

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Se realiza seguimiento y verificación de la ejecución del POA y PACC, así como de la ejecución presupuestaria, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de las actividades planificadas y el uso adecuado de los recursos institucionales. Evidencias: POA, PACC y reportes de ejecución presupuestaria.	

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 hospital implementa acciones orientadas a mejorar continuamente la eficiencia operativa y la sustentabilidad financiera mediante el uso adecuado de los recursos institucionales. Para ello, se realiza seguimiento al control de inventarios de medicamentos e insumos, equipos médicos y mobiliarios, así como al proceso de facturación para reducir errores y fortalecer la gestión de los ingresos. Además, se da seguimiento a las condiciones de habilitación y a la producción de servicios para garantizar la calidad y continuidad de la atención. Evidencias: inventario institucional de equipos médicos, inventario de almacén de medicamentos e insumos, reportes de facturación, reportes de producción de servicios y habilitación institucional.	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	El hospital garantiza el análisis de riesgos en las decisiones financieras y procura mantener un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y operativos. Asimismo, promueve una gestión eficiente de los recursos mediante mecanismos de control y seguimiento presupuestario que permiten el uso adecuado de los fondos institucionales. Evidencias: matriz de ejecución presupuestaria.	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	El hospital está comprometido con la transparencia institucional. La operatividad de un portal de transparencia permite asegurar la rendición de cuentas en materia financiera y presupuestaria. A través de este medio, se publica de manera accesible y actualizada información relevante como el	

	presupuesto asignado, su ejecución, la calidad del gasto, los costos asociados a los servicios y los actos administrativos. Evidencia: Portal transaccional	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El hospital realiza el reporte de la producción hospitalaria de forma mensual, utilizando indicadores estandarizados y datos confiables para el seguimiento del desempeño institucional. Estos informes permiten evaluar los resultados de gestión y apoyar la toma de decisiones. Evidencias: formularios 67A, informes de ejecución presupuestaria y seguimiento de actividades del POA.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital ha desarrollado una cultura de organización de aprendizaje mediante la implementación de procesos de inducción, capacitación continua y mecanismos de gestión del conocimiento que permiten almacenar, actualizar y difundir la información institucional. Estos procesos se apoyan en canales formales de comunicación como murales informativos, pantallas en áreas de espera, página web institucional, redes sociales y grupos de WhatsApp de los encargados de áreas, facilitando la toma de decisiones y la continuidad operativa. Evidencias: minutas de reuniones, página web institucional, fotografías de murales y pantallas informativas y registros de capacitaciones.	
Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada	El hospital garantiza la recolección, procesamiento, almacenamiento y uso eficiente de la información	

eficazmente y almacenada.	externa mediante el respaldo y resguardo de datos institucionales en medios digitales y físicos. Entre estos se incluyen copias de seguridad (backup), registros de asistencia, libro récord de pacientes y estadísticas hospitalarias, lo que permite la disponibilidad y trazabilidad de la información para la toma de decisiones. Evidencias. registros de ponche, libro récord de pacientes y estadísticas hospitalarias .	
Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	El hospital implementa mecanismos de comunicación y gestión de la información mediante capacitaciones digitales, grupos de WhatsApp y el registro sistemático de las actividades en las plataformas institucionales, asegurando su almacenamiento y disponibilidad. Asimismo, se difunde información relevante a través de la página web, redes sociales, pantallas. Evidencias: página web institucional, grupos de WhatsApp y convocatorias.	
Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Se establece mediante el plan de capacitación del INAP y el MAP. Evidencia: Plan de capacitación, listados de participación.	
Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	Se realiza el monitoreo la información con datos cargado al 67A, además, se realiza una evaluación al mes y monitorea antes de publicar por parte de la dirección y administración. Evidencia: repositorio del 67A.	
Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se realiza vía los correos institucionales, página web,, WhatsApp, memorándum a distintos departamentos. EVIDENCIA: Página web, comunicados mediante whatsapp, circulares.	

Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	El hospital facilita el intercambio de información y conocimientos sobre normas, procedimientos, guías y protocolos mediante reuniones departamentales. Evidencia: registros de participantes.	
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.	El hospital garantiza el acceso y el intercambio de información relevante con las partes interesadas a través de la Oficina de Acceso a la Información (OAI), el Portal de Transparencia y la plataforma SISMAP Salud. Evidencia: registros de la OAI, Portal de Transparencia y SISMAP Salud.	
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.	Se garantiza la confidencialidad de la información institucional mediante reuniones con los encargados de departamento, donde se socializan los valores, normas y lineamientos de la organización. Evidencia: minutas y listado de participantes.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	La gestión de la tecnología se alinea con los objetivos estratégicos y operativos mediante el uso de correos institucionales, sistemas de laboratorio, registro de pacientes, ponche digital, equipos informáticos, página web y redes sociales. Asimismo, se realizan talleres y conferencias apoyados en proyectores, computadoras y pantallas informativas. Evidencias: adquisición e instalación de equipos informáticos, sistemas utilizados, página web, redes sociales y registros de actividades.	

2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	Se realizan verificaciones y análisis de los costos de acuerdo a la implementación de la tecnología, validar los resultados de facturación en comparación con las facturas de servicio telefónico e internet y del sistema PROBETA con los resultados de analíticas mensuales. Evidencia: sistema de probeta, factura de claro, factura Maycast y PACC.	
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.).	El hospital utiliza herramientas tecnológicas para optimizar la gestión de los servicios, incluyendo una plataforma digital para el registro de las encuestas de satisfacción de los usuarios y el sistema Probeta para la digitalización y gestión de los análisis de laboratorio. Evidencia: registros de encuestas en la plataforma y sistema Probeta.	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	El hospital utiliza herramientas tecnológicas en la nube para fortalecer la colaboración, participación y gestión compartida de información entre los equipos de trabajo. Evidencia: carpetas de actividades del POA compartidas en Google Drive.	
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.	El hospital aplica las TIC para mejorar la comunicación y los servicios a los usuarios mediante sistemas como 3-1-1, página web institucional y redes sociales, facilitando el acceso a información y atención de las necesidades de los grupos de interés. Evidencia: página web institucional y plataformas digitales.	
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	El hospital implementa medidas de protección de datos mediante la realización de copias de seguridad (backup) de los equipos informáticos, garantizando la disponibilidad y seguridad de la información institucional. Evidencia: procedimiento de backup.	

protección de datos.		
7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.		No se evidencia del impacto socioeconómico y ambiental de las 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.	El departamento de farmacia gestiona los procesos del SUGEMI de manera mensual, realizando la programación y solicitud de medicamentos conforme a los requerimientos establecidos, garantizando el abastecimiento oportuno y el acceso a medicamentos de calidad mediante PROMESE/CAL. Evidencia: facturas y reportes del SUGEMI.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

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

1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	El hospital garantiza el mantenimiento y funcionamiento eficiente de sus instalaciones, equipos y servicios mediante planes de mantenimiento preventivo, inspecciones periódicas, abastecimiento de combustible, mantenimiento de equipos eléctricos e informáticos, control de inventarios y verificación de la calidad del agua. Evidencia: formularios de inspección, planes de mantenimiento e inventarios.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	El hospital garantiza condiciones de trabajo e instalaciones seguras y accesibles mediante la implementación de medidas como colocación de antideslizantes en escaleras, habilitación de ascensor y adecuación de rampas de acceso para facilitar la movilidad de los usuarios. Evidencia: hojas de mantenimiento, registros de instalaciones y rampas de acceso.	
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.	El hospital aplica controles del ciclo de vida de los equipos mediante formularios de mantenimiento que permiten garantizar su funcionamiento seguro, seguimiento, reutilización y disposición adecuada. Evidencia: formularios de ciclo de vida de equipos.	
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	El hospital genera valor público mediante la disposición de sus instalaciones para actividades comunitarias, incluyendo operativos médicos y el uso del salón de conferencias para actividades coordinadas con la DPS. Evidencia: registros de actividades realizadas y uso de instalaciones.	

5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	El hospital garantiza el uso eficiente y sostenible de los recursos energéticos mediante el manejo adecuado de la planta eléctrica e inversor como respaldo ante interrupciones del servicio eléctrico. Evidencia: Facturas de suministro de combustible y mantenimiento.	
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).	Está localizado con fácil acceso para los usuarios con la posibilidad de optar diferentes rutas de transporte público y consta con área de parqueo para los médicos y personal administrativo. Evidencias: Ubicación en página web.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	La institución cuenta con el Plan de Emergencias y Desastres conformado. Evidencia: Acta de conformación del Comité de emergencias y desastres.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	La institución dispone de un Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura y Mobiliario de las áreas asistenciales habilitadas, incluyendo quirófanos y demás servicios disponibles. Evidencia: Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura y Mobiliario. La institución no cuenta con UCI Adulto, UCI Infantil ni Sala de Neonatología, por lo que estas áreas no aplican.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	La institución cuenta con un Programa de Administración de Bienes de la Red SNS para el control de inventarios y gestión de descargo de bienes en desuso. Evidencia: Sistema de Administración de Bienes (SIAB), formularios de inventario y documentos de descargo de bienes.	

10.Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	La institución implementa un Programa de Gestión de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios, garantizando el manejo adecuado y seguro de los residuos generados. Evidencia: Programa gestión de desechos, personal de limpieza, formularios de bioseguridad, Programa de Control de Infecciones.	
---	--	--

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: 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 cuenta con procesos definidos y documentados de acuerdo con las áreas que tienen establecidos sus procedimientos operativos. Evidencia: Mapas de procesos disponibles, documentación de los departamentos, normas, guías, manuales, protocolos médicos y registros de capacitaciones relacionados con los procesos implementados.	No se evidencia de todos los departamentos
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.	El Hospital cuenta con sus procesos identificados, clasificados y documentados, incluyendo procesos estratégicos Evidencia: Mapa de procesos, manuales institucionales.	No se evidencia de todos los departamentos
Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas	Se evalúan los procesos mediante las reuniones de encargados, de los comités conformados. Evidencia: minutas, listas de participación.	

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.		
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.	La institución realiza seguimiento y evaluación periódica de sus procesos, riesgos y factores críticos de éxito, considerando los objetivos institucionales y las necesidades del entorno. Evidencia: Actas o registros de reuniones a los planes de mejora institucional departamentales, análisis administrativos y financieros, y seguimiento	
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.).	El hospital da seguimiento continuo a los indicadores relacionados con la Cartera de Servicios. Evidencia: Cartera de Servicios publicada y reportes trimestrales del POA.	No se evidencia CCC
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.	El hospital cuenta con sistemas de información para la gestión de servicios y vigilancia epidemiológica, mediante la socialización y aplicación de protocolos y normas, el seguimiento de medidas sanitarias, el sistema de referencia y contrareferencia, y el manejo del expediente clínico integral. Evidencias: Protocolos, registros epidemiológicos, expedientes clínicos, reportes y plataformas institucionales.	
Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El hospital cuenta con habilitación vigente para su funcionamiento como establecimiento de salud de la Red. Evidencia: Certificado de habilitación del establecimiento de salud.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital involucra a los ciudadanos/clientes y grupos de interés en la mejora de los servicios mediante mecanismos de participación y retroalimentación. Evidencia: Aplicación diaria de encuestas de satisfacción a los usuarios, apertura y seguimiento de buzones de sugerencias, minutas del comité correspondiente.	
Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.		No se evidencia
Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.	La institución promueve la accesibilidad a sus servicios mediante diferentes canales de información y comunicación para facilitar el acceso de los usuarios. Evidencia: Página web institucional, redes sociales, información publicada de los servicios disponibles, canales de orientación al usuario y materiales informativos para facilitar el acceso a los servicios del hospital.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	La institución coordina sus procesos con otros establecimientos y actores de la red de servicios de salud, garantizando la continuidad y articulación de la atención al usuario. Evidencia: Referencias y contrarreferencias a hospitales de tercer nivel.	
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 participa en espacios de coordinación interinstitucional del SNS y mantiene comunicación con los actores de la red de servicios para fortalecer la gestión y el intercambio de información. Evidencia: carpetas compartidas en Google Drive con el (SNS) para el intercambio de información.	
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.	La institución establece mecanismos de coordinación y colaboración con organizaciones vinculadas a la prestación de servicios de salud, incluyendo proveedores, ARS y hospitales de referencia, para fortalecer la atención y dar respuesta a las necesidades de los usuarios. Evidencia: Registros de reuniones y comunicaciones con ARS, proveedores de servicios, hospitales de tercer nivel para referencia de pacientes, acuerdos de colaboración y seguimiento a los procesos coordinados.	
Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	La institución desarrolla alianzas con entidades académicas y otras organizaciones para fortalecer la formación, capacitación y prestación de servicios de salud. Evidencia: Convenios y acuerdos de colaboración con universidades como la UASD y UTESA, así como con centros educativos, para la	

capacitación de estudiantes en el hospital y apoyo en la oferta de servicios.

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
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.)	La institución evalúa su imagen y reputación pública mediante la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios y la atención brindada. Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción de usuarios, donde el hospital obtuvo un 74% de satisfacción, además del análisis de la retroalimentación recibida para identificar oportunidades de mejora.	

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).	La institución mide la satisfacción de los usuarios respecto al trato recibido por el personal del hospital mediante la aplicación de encuestas diarias de satisfacción. Resultados: Amabilidad: 84%, profesionalidad: 85%, comunicación: 86%. Evidencia: Resultados de las encuestas diarias de satisfacción al usuario 2025.	
Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.	El hospital fomenta la participación de los pacientes mediante encuestas de satisfacción, gestión de sugerencias y reclamos, utilizando los resultados para mejorar la calidad de los servicios. Evidencias: Encuestas de satisfacción, registros de sugerencias y reclamos, informes de atención al usuario.	
Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	La institución promueve la transparencia, apertura y acceso a la información, garantizando la disponibilidad de datos relevantes para los usuarios y grupos de interés. Resultado: calificación del portal de transparencia del 2025 disponible: 95% Evidencia: Encuestas de satisfacción, reportes financieros mensuales, recepción y gestión de quejas, denuncias y sugerencias a través del sistema 311, buzones de QDRS y atención directa, con respuesta del 100% de las QDRS recibidas. Información institucional publicada en el Portal de Transparencia dentro del tiempo establecido.	
Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos	La transparencia en el funcionamiento de la organización se evidencia mediante la disponibilidad de información institucional, la retroalimentación de los usuarios y las evaluaciones externas realizadas.	

usuarios/ Pacientes.	Resultado: Portal de Transparencia: 80%. Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción, gestión de quejas y sugerencias de los usuarios, y resultados de las evaluaciones realizadas por la DIGEIG.	
----------------------	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	El hospital garantiza la accesibilidad a los servicios físicos y digitales mediante facilidades de acceso, horarios establecidos de atención, orientación al usuario y disponibilidad de información institucional. Según la medición de percepción, se obtuvo un nivel de satisfacción del 74% en relación con la accesibilidad de los servicios. Evidencias: Informe de encuestas de satisfacción del 2025	
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.).	En este hospital se mide el tiempo de entrega y los estándares de calidad a través de la encuesta diaria de satisfacción, en su último informe (encuesta correspondiente al año 2025, el resultado de la satisfacción de estos atributos fue el siguiente: Calidad general 85%% Tiempo 86% Evidencia: Resultados de encuestas diarias de 2025.	
Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	La diferenciación de los servicios del hospital se refleja a través de los resultados estadísticos recolectados dentro de este, como son: Sexo, edad, discapacidad. Evidencia: 67A	

Capacidades de la organización para la innovación.	El centro hospitalario cuenta con el departamento de informática el cual de forma recurrente realiza levantamientos para innovar la manera en la cual se ofrecen los servicios.	
Digitalización en la organización.	Software y programas en distintas áreas, los cuales sirven para optimizar los servicios, se cuenta con el servicio de PROBETA el cual brinda un mejor manejo de información con el record de los usuarios en el área de laboratorio, también plataformas digitales para el registro de las informaciones suministradas en las bitácoras de internamientos, emergencia, consulta, cirugía, las cuales pueden ser verificas en el RIESS, cuyo objetivo general es facilitar a los establecimientos de salud el registro de las informaciones básicas de los pacientes y consultas externas, generando a su vez una historia clínica versión electrónica. Evidencia: PROBETA, RIESS, Plataforma de citas .	

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	En el centro se mide la percepción del tiempo de espera mediante la encuesta diaria de satisfacción. En el último informe correspondiente a abril 2025, el nivel de satisfacción en relación con el tiempo de atención fue de un 86%. Evidencias: Resultados de encuestas diarias de satisfacción (2025).	

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 tiempo establecido para responder a quejas y sugerencias recibidas, según el canal a través del cual, es el siguiente: Buzón de quejas y sugerencias: 15 días máximos. Redes Sociales: 3 días máximos. Línea 311: 15 días máximos. Evidencia: Matriz QSDR	
Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	El hospital da seguimiento a la calidad mediante la gestión de quejas y sugerencias, realizando reuniones internas para analizar los casos y aplicar acciones de mejora, incluyendo el contacto directo con el usuario para su subsanación. Evidencias Minuta, Registros de quejas y sugerencias, y reportes de seguimiento a usuarios.	
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.	El hospital evalúa el grado de eficiencia sanitaria mediante indicadores como egresos hospitalarios, promedio de estancia y porcentaje de ocupación de camas. Según los registros institucionales, el porcentaje de ocupación 25% Evidencias: Reportes estadísticos institucionales, registros RIESS, indicadores de ocupación hospitalaria y producción de servicios.	
Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	El hospital cumple con el 100 % de la oferta de la cartera de servicios. Evidencia cartera de servicios.	
Índice de Satisfacción de Usuarios.	El índice de satisfacción de los usuarios, medido mediante encuestas en el año 2025, fue de 74%, lo que permite identificar oportunidades de mejora en la calidad de los servicios. Evidencia: Encuestas 2025	

--	--	--

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.	La organización dispone de 7 canales de información y comunicación, incluyendo redes sociales y medios institucionales, utilizados para la difusión de información y atención a los usuarios. Evidencias: Facebook, Instagram, X, página web, correo institucional, línea telefónica y 311.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	El hospital mantiene información actualizada, clara y disponible para los usuarios internos y externos a través de los diferentes canales institucionales. Evidencias: Página web y redes sociales.	
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.	El hospital dispone de información sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados institucionales, la cual se encuentra disponible en los canales de transparencia. Se incluyen reportes como el 67A, la ejecución del POA con su nivel de cumplimiento y el seguimiento al desempeño institucional a través de SISMAP Salud. Evidencias: 67A, informe de cumplimiento del POA y	

	SISMAP Salud (portal de transparencia).	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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).	El hospital considera la participación de los grupos de interés en el diseño de servicios y en la toma de decisiones, a través del análisis de opiniones y sugerencias que contribuyen a los procesos de mejora institucional. Según la encuesta de clima laboral 2025, se evidencia un nivel de implicación del 88%, reflejando una participación activa en la gestión institucional. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025y planes de mejora.	
Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).	El hospital implementa y aplica al 100% métodos innovadores en la prestación de servicios, mediante la actualización de procesos y capacitación del personal. Evidencias: Cartera de servicios, planes de mejora e indicadores de salud.	
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).	El hospital garantiza el cumplimiento de acciones relacionadas con la equidad de género y la inclusión de la diversidad cultural y social de los usuarios, asegurando el acceso a los servicios sin discriminación. Estas acciones se evidencian mediante la participación de los grupos de interés y la aplicación de encuestas de satisfacción, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Evidencias: Reuniones con grupos de interés, encuestas a usuarios y benchmarking institucional	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	El hospital utiliza canales digitales para mejorar la comunicación con los usuarios, facilitando el acceso a la información y reduciendo los tiempos de respuesta. Evidencias: SISMAP Salud y redes sociales institucionales.	
Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	El hospital promueve la participación de la ciudadanía mediante el acceso continuo a la información y la interacción a través de medios digitales, como la página web, el portal de transparencia y las redes sociales institucionales, facilitando la comunicación con los usuarios y la consulta de servicios y procesos. Evidencias: Portal de Transparencia institucional, página web y 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.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	La imagen y el rendimiento general del hospital son evaluados mediante encuestas de satisfacción a usuarios y encuestas de clima laboral a los empleados. En el año 2025, el índice de satisfacción de los usuarios fue de 74%, mientras que el clima laboral alcanzó un 88%, reflejando niveles positivos de percepción del servicio y del ambiente institucional. Estos resultados contribuyen a la mejora continua de la imagen del centro y la calidad de la atención. Evidencias: Encuesta de satisfacción 2025 y encuesta de clima laboral 2025.	
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.	El hospital promueve la participación de los colaboradores en la revisión de lineamientos institucionales mediante diferentes instrumentos de consulta, cuyos resultados se reflejan en la encuesta de clima laboral 2025, con un 89% de valoración positiva. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025.	
La participación de las personas en las actividades de mejora.	El hospital promueve la participación del personal en las actividades de mejora mediante reuniones periódicas entre el equipo gerencial y los colaboradores, con el fin de analizar y dar seguimiento a las acciones de mejora institucional. Esta participación se evidencia en la encuesta de clima laboral 2025, con un 88% de valoración positiva. Evidencias: Minutas de reuniones, listados de participación y resultados de la encuesta de clima laboral 2025.	
Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	El hospital fortalece la conciencia del personal sobre los conflictos de interés y la importancia del comportamiento ético mediante capacitaciones y talleres sobre ética en la administración pública, dirigidos a todo el personal administrativo. Estas	

	acciones se complementan con la evaluación del clima laboral. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025, listas de participación en capacitaciones y registros.	
Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	El hospital realiza anualmente la encuesta de clima laboral a través de la plataforma SECAP del Ministerio de Administración Pública (MAP), permitiendo medir la percepción y satisfacción de los colaboradores. En la evaluación correspondiente al año 2025 se obtuvo un resultado de satisfacción general de 88%. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025.	
La responsabilidad social de la organización.	El hospital contribuye al bienestar de la comunidad mediante acciones de responsabilidad social como operativos médicos, atención a quejas y sugerencias de usuarios, y reconocimiento al esfuerzo de los colaboradores. Evidencias: Listas de asistencia y publicaciones institucionales.	
La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	La institución está abierta a cambios de mejoras continuas, por lo que se implementa el uso de la tecnología, en dicho ítem se obtuvo un porcentaje de 93.44% en la encuesta de clima. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2025.	
El impacto de la digitalización en la organización.	El hospital mantiene apertura hacia la mejora continua mediante la incorporación de herramientas tecnológicas y la actualización de sus procesos. Esta disposición se refleja en la encuesta de clima laboral 2025, con un resultado de 93.44% de valoración positiva. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025.	

La agilidad en los procesos internos de la organización.	El hospital fortalece la agilidad de sus procesos internos mediante la gestión basada en procesos, definidos en el mapa de procesos institucional y el manual de funciones estandarizado, permitiendo una mejor organización y respuesta oportuna. Evidencias: Manual de Funciones y encuesta de clima laboral.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital fortalece la capacidad de gestión de sus directivos mediante el seguimiento y evaluación de los procesos institucionales a través de auditorías realizadas por la Regional y el SNS. En la evaluación del 2025, el área de Recursos Humanos obtuvo un 86% de cumplimiento, evidenciando el compromiso con la mejora continua y la gestión eficiente del personal. Evidencias: Auditoría de evaluación del control interno de la gestión de Recursos Humanos y nómina.	
El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	El hospital gestiona sus procesos institucionales mediante herramientas organizativas como el organigrama de puestos, guías establecidas por el SNS y el mapa de procesos, permitiendo una adecuada definición de responsabilidades y estandarización de las actividades. En la encuesta de clima laboral 2025 se obtuvo un 88% de valoración positiva en el cumplimiento de normativas y procesos. Evidencias: Organigrama institucional, guías del SNS, mapa de procesos y encuesta de clima laboral 2025.	
El reparto de tareas y el sistema de evaluación de	El hospital entrega a cada colaborador su perfil de cargo y acuerdo de desempeño, permitiendo evaluar	

las personas.	el cumplimiento de sus responsabilidades. En la encuesta de clima laboral 2025, el indicador de cantidad de trabajo obtuvo un 60%. Evidencias: Perfil de cargo, acuerdos de desempeño y encuesta de clima laboral 2025.	
La gestión del conocimiento.	El hospital fortalece la gestión del conocimiento mediante la ejecución del programa anual de capacitación, logrando un cumplimiento del 100% durante el año 2025. Evidencias: Plan anual de capacitación 2025.	
La comunicación interna y las medidas de información.	El hospital fortalece la comunicación interna mediante diferentes medios de información dirigidos a mantener al personal actualizado sobre procesos institucionales, actividades y disposiciones internas. Para ello, utiliza circulares, comunicados, reuniones y herramientas tecnológicas como grupos de WhatsApp institucionales, facilitando la coordinación entre las áreas. En la encuesta de clima laboral 2025 se obtuvo un 88% de valoración positiva. Evidencias: Circulares internas, comunicados, grupos de WhatsApp institucionales y encuesta de clima laboral 2025.	
El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El hospital reconoce los esfuerzos individuales y de equipo mediante la entrega de certificados y acciones de reconocimiento que valoran el compromiso, desempeño y aportes de los colaboradores al logro de los objetivos institucionales. Evidencias: Certificados de reconocimiento y actividades institucionales.	
El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El hospital promueve los cambios y la innovación mediante la socialización con los diferentes departamentos, fomentando la participación del	

	personal en la mejora y actualización de los procesos institucionales. Evidencias: Registro.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	El hospital promueve un ambiente de trabajo positivo y una cultura organizacional basada en el bienestar y la participación de los colaboradores. Según la encuesta de clima laboral 2025, se obtuvo un 88% de valoración en calidad de vida laboral; a partir de estos resultados se implementaron acciones de mejora, incluyendo un buzón de sugerencias interno para fortalecer la comunicación y el clima laboral. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025, plan de mejora y buzón de sugerencias interno.	
El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El hospital promueve un enfoque orientado a los problemas sociales de los colaboradores, facilitando la conciliación entre la vida personal, laboral y académica, mediante la flexibilidad de horarios en casos de estudios o condiciones de salud justificadas. Estas acciones contribuyen al bienestar del personal y se reflejan en la encuesta de clima laboral 2025. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025.	
El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	El hospital garantiza la igualdad de oportunidades y la equidad en el trato a todos los colaboradores, promoviendo un ambiente de respeto, participación y trato justo sin distinción de funciones o cargos, donde cada empleado puede expresar sus opiniones y ser escuchado. Evidencias: Encuesta de clima laboral y actas de reuniones.	
Las instalaciones y las condiciones ambientales de	El hospital procura condiciones adecuadas en las	

trabajo.	instalaciones y el ambiente de trabajo, garantizando espacios funcionales, limpios y con mantenimiento periódico de equipos e infraestructura, a pesar de las limitaciones físicas. Estas condiciones contribuyen a una adecuada calidad de vida laboral, reflejada en un 92.5% en la encuesta de clima laboral 2025. Evidencias: Plan de mantenimiento anual y encuesta de clima laboral 2025.	
----------	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	El hospital promueve el desarrollo de la carrera y el fortalecimiento de las competencias del personal mediante el trabajo en equipo y la adaptación a los estándares de calidad del sistema de salud y las políticas institucionales. En la encuesta de clima laboral 2025 se obtuvo un 92.81% en el indicador de servicio profesional de carrera. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025.	
Nivel de motivación y empoderamiento.	El hospital promueve la motivación y el empoderamiento de los colaboradores mediante el reconocimiento de su desempeño, la participación en actividades institucionales y la integración en la toma de decisiones, fortaleciendo el compromiso y la identificación con la organización. Evidencias: Encuesta de clima laboral, actividades de reconocimiento y actas de participación.	
El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	El hospital garantiza el acceso y la calidad de la formación y el desarrollo profesional mediante la ejecución de un plan anual de capacitación, el cual se cumple en un 100%. El personal recibe formación continua en diferentes áreas, contribuyendo a la	

mejora de sus competencias, con un 88% de satisfacción en la encuesta de clima laboral 2025. Evidencias: Encuesta de clima laboral 2025 y plan anual de capacitación.

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	El hospital gestiona el control de las vacaciones y licencias del personal mediante una matriz institucional, lo que permite dar seguimiento a la asistencia, organización del personal y control de ausentismo. Evidencias: Matriz de vacaciones y licencias del personal.	
Nivel de participación en actividades de mejora.	El hospital promueve la participación del personal en las actividades de mejora mediante reuniones periódicas con los encargados de áreas, donde se revisan procesos, se da seguimiento a acciones y se proponen herramientas de mejora continua. Evidencias: Listas de participación, minutas de reuniones y registros	
El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se evidencia
La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	El hospital promueve la participación voluntaria en actividades de responsabilidad social, evidenciando un alto nivel de colaboración del personal en iniciativas comunitarias y organizacionales. Según la encuesta de clima y cultura organizacional 2025, se	

	obtuvo un 92% de participación en este tipo de actividades. Evidencias: Encuesta de clima y cultura organizacional 2025.	
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).	El hospital evalúa la capacidad del personal para la atención a usuarios/pacientes mediante la encuesta de satisfacción, la cual refleja un 74% de percepción general, así como a través de los buzones de quejas y sugerencias, que permiten identificar oportunidades de mejora en el trato y la atención brindada. Evidencias: Resultados de encuestas de satisfacción del usuario 2025 y registros de buzones de quejas y sugerencias.	

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 hospital realiza evaluaciones de desempeño de manera anual con el objetivo de medir el rendimiento individual de cada colaborador, identificar oportunidades de mejora y fortalecer la gestión del talento humano. Evidencias: Evaluaciones de desempeño del personal.	
El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	El hospital utiliza herramientas digitales de información y comunicación para fortalecer la interacción interna y externa, incluyendo página web, correos electrónicos, redes sociales y grupos de	

	WhatsApp, las cuales se mantienen operativas para garantizar una comunicación efectiva y oportuna. Evidencia: página web, correos electrónicos, redes sociales y grupos de WhatsApp.	
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).	El desarrollo de las capacidades, habilidades y capacitación del personal se gestiona mediante el Plan Anual de Capacitación, el cual en el año 2025 se ejecutó en un 100%, garantizando la formación continua de los colaboradores. Evidencias: Plan Anual de Capacitación.	
Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Se realizan acciones de reconocimiento al personal de manera anual, destacando el desempeño individual y de equipos de trabajo. En el año 2025 fueron reconocidos 15 colaboradores del hospital por su aporte y compromiso institucional. Evidencias: registros de reconocimientos, listado de colaboradores reconocidos y actividades de reconocimiento 2025.	

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
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,	El hospital contribuye a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos mediante acciones de educación sanitaria y apoyo comunitario, desarrollando charlas sobre salud bucal, lactancia materna, VIH, manejo de desechos y cuidado del medio ambiente, así como operativos médicos en la comunidad y entrega de medicamentos prenatales a	

actividades culturales abiertas al público, etc.	embarazadas, ampliando su impacto más allá de la atención institucional. Además, El Programa Libre de Caries del área de odontología consiste en acciones de promoción, prevención y educación en salud bucal dirigidas a la comunidad, especialmente a niños y adolescentes, con el objetivo de reducir la incidencia de caries mediante charlas educativas, profilaxis, aplicación de flúor y seguimiento odontológico. Evidencias: registros de atenciones odontológicas, jornadas del programa Libre de Caries, listados de participación.	
La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	El hospital presenta un alto nivel de aceptación y recomendación por parte de los usuarios, alcanzando un 97% en la percepción general de los servicios recibidos, reflejando la confianza y satisfacción de la población atendida. Evidencia: resultados de la encuesta de satisfacción 2025.	
El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	En el año 2025, el hospital brindó servicios a un total de 91,560 usuarios/pacientes en consulta externa en las diferentes especialidades, contribuyendo de manera significativa al acceso oportuno a la atención de salud de la población de la zona, reflejando un alto nivel de producción y cobertura de servicios. Evidencias: registros de producción de servicios RIESS y repositorio del 67A.	
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,	El hospital promueve una gestión basada en la transparencia, la ética, la igualdad y el respeto a los valores del servicio público, fortaleciendo la confianza de los usuarios. Según los resultados de la encuesta de satisfacción 2025, se obtuvo un 74% de satisfacción general, reflejando la percepción de los	

etc.).	ciudadanos sobre la calidad de los servicios brindados. Evidencias: Resultados de encuesta de satisfacción 2025 e informes de percepción de usuarios.	
Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).	El hospital fortalece la transparencia y eficiencia en la gestión de compras mediante el cumplimiento de los procesos establecidos en SISCOMPRAS. Para el año 2025, alcanzó un nivel de cumplimiento de 63%, evidenciando el seguimiento a los procedimientos de adquisición institucional y la mejora continua de la gestión administrativa. Evidencias: Reporte de cumplimiento SISCOMPRAS, procesos de compras y documentación administrativa.	
Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	El hospital garantiza condiciones adecuadas de seguridad y movilidad para los usuarios mediante la coordinación entre las áreas responsables, evaluando las necesidades identificadas y aplicando acciones de mejora que favorecen el acceso, desplazamiento y bienestar de pacientes, familiares y colaboradores dentro de la institución. Evidencias: Reuniones del Comité de Calidad, planes de mejora y listados de participación.	
Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se evidencia.
Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	El hospital dispone de 6 buzones de sugerencias distribuidos en las diferentes áreas de servicio, mediante los cuales se recopilan las opiniones de los usuarios. Durante el período evaluado se recibieron	

	14 comunicaciones entre felicitaciones, quejas y sugerencias, las cuales son registradas y analizadas para fortalecer la mejora continua de los servicios. Evidencias: Matriz de apertura de buzones, actas de apertura e informes de seguimiento.	
--	--	--

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	El hospital implementa acciones para el uso responsable de los recursos mediante mantenimiento preventivo, control de suministros y manejo adecuado de residuos. Se trabaja en el fortalecimiento de la medición de indicadores de sostenibilidad y responsabilidad social. Evidencias: Plan de mantenimiento, registros institucionales y gestión de residuos.	
Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El hospital mantiene comunicación y coordinación con autoridades, grupos y representantes de la comunidad mediante reuniones, actividades de salud y acciones institucionales; actualmente se encuentra en proceso de fortalecimiento la medición de la frecuencia de estas relaciones. Evidencias: Actas de reuniones, listas de participación y registros de actividades comunitarias.	No se evidencian las reuniones con la comunidad

Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	El hospital gestiona la difusión de sus actividades y resultados institucionales mediante el departamento de comunicaciones, fortaleciendo la comunicación con la comunidad a través de boletines informativos, portal web y redes sociales, promoviendo una imagen institucional positiva. Evidencias: Portal web, redes sociales, boletines informativos y publicaciones en medios de comunicación.	
Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).	El hospital promueve la inclusión y la igualdad de oportunidades mediante la integración laboral de personas con discapacidad, garantizando un ambiente de respeto y equidad. Actualmente cuenta con 2 colaboradores con discapacidad incorporado a la institución. Evidencias: Expedientes del personal.	
Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	El hospital promueve la participación de los colaboradores en actividades sociales y comunitarias que contribuyen al bienestar de la población. Evidencias: Fotografías de actividades realizadas.	
Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	El hospital promueve el intercambio de conocimientos mediante actividades formativas dirigidas al personal y usuarios, realizando al menos 2 talleres mensuales para fortalecer las competencias y compartir buenas prácticas institucionales. Evidencias: Fotografías, listados de participación e informes de actividades.	
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	El hospital promueve el intercambio de conocimientos mediante actividades formativas dirigidas al personal y usuarios, realizando al menos 2 talleres mensuales para fortalecer las competencias y compartir buenas prácticas institucionales. Evidencias: listados de participación.	

programas).		
Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	El hospital desarrolla acciones de responsabilidad social orientadas al cuidado del medio ambiente mediante campañas de concientización sobre el uso adecuado del agua y la energía eléctrica, promoviendo el uso responsable de los recursos institucionales. Evidencias: campañas realizadas.	
Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	El hospital promueve el uso eficiente de la energía eléctrica mediante campañas de concientización y seguimiento del consumo institucional. Evidencias: Registros de consumo eléctrico.	
Uso de incinerador para los residuos médicos.	El hospital realiza el manejo adecuado de los residuos médicos mediante los procedimientos establecidos para su disposición final, garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad y protección ambiental. Evidencias: Registros de manejo de residuos y documentación del proceso.	
Política de residuos y de reciclado.	El hospital aplica políticas de manejo adecuado de residuos sólidos y biológicos, asegurando su clasificación, almacenamiento y disposición final conforme a las normas de bioseguridad, promoviendo prácticas de reducción y reciclaje en las áreas correspondientes. Evidencias: Registros de gestión de residuos, manuales de bioseguridad y evidencias fotográficas.	

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

Documento Externo
SGC-MAP

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	El hospital obtuvo un nivel de satisfacción de 74 % en encuesta satisfacción y en la encuesta de clima laboral se obtuvo 88%. Evidencia: Resultados encuesta clima laboral y encuesta satisfacción al usuario encuesta nacional de satisfacción de la calidad del (SNS) Servicio Nacional de Salud	
Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	El hospital, como resultado de las acciones de mejora basadas en encuestas de satisfacción y grupos focales, ha fortalecido la calidad de los servicios ofrecidos, incluyendo la adquisición de un sonógrafo para ampliar los estudios de imágenes y la instalación de bebederos en áreas de atención, contribuyendo al bienestar de los usuarios. Estas mejoras se reflejan en un nivel de satisfacción del 74%. Evidencias: Grupos focales, fotografías de mejoras realizadas y resultados de encuestas de satisfacción del SNS.	
Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se evidencia
Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El hospital mantiene un adecuado nivel de cumplimiento de los contratos y acuerdos establecidos con las autoridades rectoras, evidenciado a través de la certificación de habilitación de los servicios, así como en las evaluaciones del POA, SISMAP Salud y los indicadores de transparencia de la DIGEIG, lo que	

	refleja el cumplimiento de las normativas institucionales y sanitarias vigentes. Evidencias: SISMAP Salud, POA institucional, certificación de habilitación del Ministerio de Salud Pública y reportes de transparencia DIGEIG	
Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	El hospital es sometido a diversas inspecciones externas y auditorías de desempeño, incluyendo auditorías médicas de las ARS, auditorías de control interno, evaluaciones del SNS en el área de atención al usuario y auditorías de transparencia realizadas por la DIGEIG, lo que permite verificar el cumplimiento de los procesos institucionales y la mejora continua de los servicios. Evidencias: Informes de auditorías, auditoría del POA, auditorías internas y expedientes de ARS.	
Resultados de la innovación en servicios/productos.		No se evidencia
Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se evidencia
Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se evidencia

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

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

Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	La gestión de recursos humanos ha tenido un impacto positivo, especialmente en la capacitación del personal de nuevo ingreso, fortaleciendo la relación y el trato hacia los pacientes, según los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios. Asimismo, el área de Recursos Humanos obtuvo un 95% en la auditoría realizada por el SNS, reflejando un alto nivel de cumplimiento en la gestión institucional. Evidencia: Encuesta nacional de satisfacción de la calidad del SNS (Servicio Nacional de Salud) e informe de auditoría de Recursos Humanos.	
Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se evidencia.
Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se evidencia.
Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	El hospital mantiene un alto nivel de eficacia en la gestión de alianzas y convenios de colaboración, asegurando el cumplimiento de los acuerdos establecidos con instituciones aliadas. Actualmente presenta un 100% de cumplimiento con la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA), evidenciando el seguimiento y ejecución de las actividades conjuntas. Evidencias: convenios de colaboración, alianzas institucionales y listados de asistencia.	

Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	El centro cuenta con página web y redes sociales. El centro se ahorra un 100 % en publicidad. Evidencias: página web.	
Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	El hospital ha sido evaluado mediante auditorías de control interno realizadas por el SNS, obteniendo en el año 2025 una calificación de 77%, lo que refleja el nivel de cumplimiento de los procesos institucionales y áreas de mejora identificadas. Evidencias: Informe de auditoría de control interno del SNS 2025.	
Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	El hospital ha sido reconocido por su desempeño institucional y compromiso con la mejora continua, obteniendo el Premio a la Calidad Modelo CAF en los años 2016, 2018 y 2019, lo que evidencia su fortalecimiento en la gestión de calidad y excelencia en los servicios. Evidencias: certificados.	
Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El hospital cumple con los objetivos presupuestarios y financieros establecidos, garantizando una adecuada ejecución de los recursos asignados y el cumplimiento de las metas institucionales, alcanzando un 100% de cumplimiento. Evidencias: Ejecución presupuestaria y reporte de cumplimiento del POA.	
Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	El hospital asegura la eficiencia en el uso de los recursos mediante la gestión de compras a través del portal de compras públicas, seleccionando oferentes bajo criterios de transparencia y precio justo, lo que contribuye a la optimización del gasto institucional. En la evaluación de cumplimiento se obtuvo un 63%.	

	Evidencias: Informe del portal de compras públicas y registros de procesos de adquisición.	
--	--	--

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.