

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

Hospital Regional Presídete Estrella Ureña_

FECHA:

Mayo 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): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	En nuestro Hospital Regional Presidente Estrella Ureña formulamos y desarrollamos un marco institucional, definido y elaborado. La institución cuenta con una misión, visión y valores claramente definidos, los cuales orientan la gestión organizacional y sirven como base para la toma de decisiones estratégicas. Su formulación y desarrollo se realizan promoviendo la participación de los diferentes grupos de interés y del personal, fortaleciendo el sentido de pertenencia, el compromiso institucional y la alineación de los objetivos individuales con los propósitos de la organización. Asimismo, estos principios son difundidos de manera continua, favoreciendo una cultura organizacional enfocada en la calidad, la mejora continua y la prestación de servicios de salud centrados en el usuario. Evidencias: Misión, Visión y Valores, Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, Capacitaciones al personal sobre la Misión, Visión y Valores, Actividad Lanzamiento de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano tanto a los Colaboradores como a los Usuarios.	

2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.	El Hospital cuenta con un marco de valores institucionales claramente definido y alineado con su misión y visión, constituyendo la base que orienta el comportamiento ético de los colaboradores y el desarrollo de las actividades asistenciales, administrativas y de apoyo. Estos valores se encuentran en consonancia con los principios que rigen la administración pública y el sector salud, promoviendo una cultura organizacional fundamentada en la transparencia, la integridad, la humanización de los servicios, la responsabilidad social y la mejora continua. Dentro de los valores institucionales se destacan: * Vocación de servicio. * Integridad. * Competitividad. * Humanización. * Liderazgo. * Responsabilidad. * Ética. Asimismo, la institución promueve el respeto a los derechos fundamentales de los usuarios y colaboradores, garantizando la igualdad de oportunidades, la inclusión, la equidad y la no discriminación. Como evidencia de este compromiso, el hospital integra en su equipo de trabajo colaboradores con discapacidad, quienes desempeñan funciones en diferentes áreas del establecimiento, favoreciendo un entorno laboral inclusivo y respetuoso de la diversidad. De igual manera, las estrategias institucionales incorporan principios como la eficacia, la transparencia, la responsabilidad, el enfoque centrado en el ciudadano y la sostenibilidad, fortaleciendo una	
--	--	--

	gestión orientada a brindar servicios de salud con calidad, calidez y sentido humano, en beneficio de la población usuaria. Evidencias: * Misión, visión y valores institucionales oficialmente aprobados y difundidos. * Código de Ética Institucional. * Plan Estratégico Institucional. * Publicación de los valores en áreas visibles del hospital. * Registros de inducción al personal sobre misión, visión y valores. * Evidencia de inclusión laboral de colaboradores con discapacidad. * Actividades de sensibilización sobre ética, humanización y cultura organizacional.	
3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.	El Hospital garantiza que su misión, visión y valores institucionales se encuentren alineados con las estrategias y lineamientos nacionales establecidos para el fortalecimiento del sistema de salud y la modernización de la administración pública. En ese sentido, promueve una gestión orientada a la innovación, la transformación digital, la transparencia y el fortalecimiento de los servicios centrados en el ciudadano. Con el propósito de asegurar su conocimiento y apropiación por parte de los colaboradores, usuarios y demás grupos de interés, la misión, visión y valores institucionales son difundidos a través de diversos medios físicos y digitales, favoreciendo su accesibilidad y consulta permanente. Asimismo, la institución fortalece la comunicación institucional mediante el uso de herramientas digitales que facilitan el acceso a la información y promueven una mayor cercanía con la ciudadanía, en	

	consonancia con las políticas de gobierno digital y mejora continua de los servicios públicos. Evidencias: * Misión, Visión y Valores institucionales. * Segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, aprobada por el Ministerio de Administración Pública (MAP). * Publicación de la Carta Compromiso, la misión, visión y valores en la página web institucional. * Mini brochure institucional. * Carnet identificativo de los colaboradores con la misión, visión y valores impresos en el reverso. * Materiales institucionales de difusión y comunicación interna.	
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	El Hospital promueve una comunicación institucional efectiva, asegurando que la misión, visión, valores y objetivos estratégicos y operativos sean ampliamente difundidos y comprendidos por todos los colaboradores y las diferentes partes interesadas. Para ello, desarrolla acciones permanentes de socialización y sensibilización que fortalecen el sentido de pertenencia, el compromiso institucional y la alineación de las funciones individuales con los objetivos organizacionales. La institución fomenta espacios de diálogo y participación mediante jornadas de capacitación, reuniones de inducción y actividades institucionales, garantizando que el personal conozca los principios que orientan la gestión y la prestación de los servicios de salud. Asimismo, mantiene una comunicación abierta con los usuarios y la ciudadanía, promoviendo la transparencia, el acceso a la información y una cultura organizacional centrada en la calidad, la humanización y la mejora continua.	

	Como parte de este compromiso, se realizó el lanzamiento oficial de la **Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano**, actividad dirigida tanto a los colaboradores como a los usuarios, con el propósito de dar a conocer los compromisos de calidad asumidos por la institución, fortalecer la confianza de la población y promover una atención enfocada en las necesidades de los ciudadanos. Evidencias: * Misión, Visión y Valores institucionales. * Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano. * Capacitaciones al personal sobre la misión, visión y valores institucionales. * Actividad de lanzamiento de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano dirigida a colaboradores y usuarios. * Materiales de difusión institucional (brochure, murales informativos y medios digitales). * Registros fotográficos y listas de asistencia de las actividades de socialización.	
5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).		No se ha logrado la implementación de su totalidad de la digitalización de la institución, ya que somos una institución que depende en términos de recursos en su mayor parte al Servicio Nacional de Salud (SNS).

6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).		No tenemos un sistema que integre toda la institución, el SNS tiene en proyecto que unificará la red de salud.
7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.	La organización cuenta con un sistema de gestión orientado a prevenir comportamientos no éticos y proporcionar directrices claras a los colaboradores para su adecuado abordaje. El Hospital dispone de mecanismos y herramientas institucionales orientados a promover una cultura de integridad, transparencia y conducta ética en el ejercicio de las funciones públicas. A través de la difusión de la normativa vigente, la capacitación continua y la sensibilización del personal, se fomenta el cumplimiento de los principios éticos que rigen la administración pública y la prestación de los servicios de salud. La institución proporciona a sus colaboradores directrices para la prevención, identificación y manejo de situaciones que puedan comprometer la ética institucional, fortaleciendo la responsabilidad individual, la rendición de cuentas y el apego al marco legal vigente. Asimismo, cuenta con un Comité de Bioética, responsable de orientar el análisis y la toma de decisiones frente a situaciones de carácter ético relacionadas con la atención en salud, garantizando el respeto por los derechos de los pacientes y la aplicación de los principios bioéticos. De igual manera, el Portal de Transparencia constituye un mecanismo permanente de acceso a la información pública y rendición de cuentas, fortaleciendo la confianza ciudadana y la prevención de prácticas contrarias a la ética y a la buena administración pública. Evidencias: Invitación y registro de participantes del taller sobre Régimen Ético y Disciplinario. Ley núm. 41-08 de Función Pública.	

	Ley núm. 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones. Portal de Transparencia institucional. Comité de Bioética institucional. Registros de actividades de capacitación y sensibilización en ética pública.	
8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	La organización fortalece la confianza mutua, la lealtad y el respeto entre los líderes, directivos y colaboradores, promoviendo la vivencia de la misión, visión y valores institucionales, así como el ejercicio de un liderazgo basado en principios éticos y de mejora continua. El Hospital promueve un ambiente laboral sustentado en la confianza, el respeto mutuo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, fortaleciendo las relaciones entre los directivos y los colaboradores. A través de espacios de integración, jornadas de capacitación, reuniones de trabajo y actividades institucionales, se fomenta el compromiso con la misión, visión y valores de la organización, asegurando que estos principios sean parte del quehacer diario y de la cultura institucional. Asimismo, la institución impulsa un liderazgo participativo y orientado a la mejora continua, promoviendo la reflexión permanente sobre las buenas prácticas de gestión, el fortalecimiento de las competencias directivas y la adopción de conductas alineadas con los principios éticos, la transparencia y el servicio al ciudadano. Estas acciones contribuyen a consolidar un clima organizacional positivo, favoreciendo la colaboración, el sentido de pertenencia y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Evidencias:	

	Listados de participación en reuniones, jornadas de integración y actividades institucionales. Registros fotográficos de las actividades realizadas. Actas de reuniones de equipos de trabajo. Programas de capacitación dirigidos a líderes y colaboradores. Actividades de fortalecimiento de la cultura organizacional y liderazgo.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El Hospital dispone de una estructura organizativa formal que define los niveles de autoridad, las líneas de dependencia y la distribución de responsabilidades, facilitando una gestión ordenada, eficiente y orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales. Asimismo, cuenta con un Manual de Cargos en el que se establecen las funciones, responsabilidades, perfiles y competencias requeridas para cada puesto de trabajo, contribuyendo a la adecuada organización del talento humano y al fortalecimiento de la gestión institucional. Estas herramientas permiten delimitar las responsabilidades de cada área, optimizar la coordinación entre los diferentes servicios y favorecer la toma de decisiones oportunas, promoviendo una mayor eficiencia en los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo. De igual manera, constituyen un referente para la inducción del personal, la evaluación del desempeño y el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la responsabilidad, la transparencia y la mejora continua. Evidencias: Estructura organizativa institucional vigente y aprobada. Manual de Cargos institucional.	

	Organigrama institucional. Descripciones de puestos y perfiles de competencias. Documentación de procesos y procedimientos internos (cuando aplique).	
2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.		No se ha realizado el empleo de objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas.
3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).	El Hospital ha consolidado una cultura organizacional basada en la mejora continua, promoviendo la revisión permanente de sus procesos estratégicos, misionales y de apoyo, con el propósito de identificar oportunidades de mejora, optimizar el desempeño institucional y fortalecer la capacidad de respuesta frente a las necesidades de los ciudadanos, usuarios y demás partes interesadas. Para ello, la institución desarrolla procesos periódicos de autoevaluación, monitoreo y seguimiento de los indicadores de gestión, cuyos resultados sirven de base para la elaboración e implementación de planes de mejora orientados a corregir las brechas identificadas, prevenir la recurrencia de las no conformidades y garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las acciones implementadas comprenden mejoras en los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, fortaleciendo la coordinación entre las diferentes áreas, optimizando el uso de los recursos disponibles y promoviendo una gestión más eficiente, transparente y centrada en el ciudadano. Asimismo, estas iniciativas favorecen la simplificación de procesos, la estandarización de procedimientos, el fortalecimiento de los mecanismos de control interno y la toma de decisiones basada en evidencias. Como parte de este proceso, se realiza un seguimiento continuo al cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejora, verificando su	

	nivel de ejecución, evaluando los resultados alcanzados e incorporando nuevas estrategias cuando es necesario, garantizando así un ciclo permanente de aprendizaje organizacional y perfeccionamiento institucional. Estas acciones han permitido fortalecer la capacidad operativa del hospital, incrementar la eficiencia en la prestación de los servicios, mejorar la calidad de la atención, optimizar la satisfacción de los usuarios y consolidar una gestión orientada a la excelencia, la innovación y el cumplimiento de los principios de calidad en la administración pública. Evidencias: Planes de Mejora Institucional. Informes de seguimiento y evaluación de los planes de mejora. Informes de autoevaluación institucional. Indicadores de gestión y tableros de monitoreo. Actas de reuniones de seguimiento y toma de decisiones. Informes de implementación de acciones correctivas y preventivas. Evidencias documentales del cierre de oportunidades de mejora.	
4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).	El Hospital mantiene un sistema de control interno y de gestión de riesgos que permite identificar, evaluar, controlar y dar seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la prestación oportuna de los servicios de salud. Este sistema constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones, la optimización de los recursos y el fortalecimiento de la gestión institucional. Como parte de este proceso, se realizan levantamientos periódicos de necesidades en las diferentes áreas asistenciales, administrativas y de apoyo, permitiendo identificar oportunamente las brechas existentes en infraestructura, equipamiento, recursos humanos, suministros y procesos. A partir de estos levantamientos se establecen prioridades, se	

	gestionan los recursos necesarios y se formulan acciones dirigidas a mitigar los riesgos identificados. Asimismo, la institución desarrolla evaluaciones periódicas de riesgos institucionales, analizando la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los eventos que pudieran afectar la continuidad de las operaciones, la seguridad del paciente, la calidad de los servicios y la sostenibilidad institucional. Con base en estos análisis, se implementan medidas de control, acciones preventivas y planes de seguimiento que permiten reducir la exposición al riesgo y fortalecer el sistema de control interno. La gestión permanente de los riesgos y el monitoreo de las acciones implementadas contribuyen a una administración más eficiente, transparente y orientada a resultados, favoreciendo el uso racional de los recursos públicos, la mejora continua de los procesos y el fortalecimiento de la capacidad institucional para responder de manera oportuna a las necesidades de los usuarios y demás grupos de interés. Evidencias: Levantamientos de necesidades realizados por las diferentes áreas. Cotizaciones y documentación de la gestión de recursos. Informes de evaluación y valoración de riesgos institucionales. Matriz de riesgos institucional. Planes de tratamiento o mitigación de riesgos. Informes de seguimiento a las acciones implementadas. Actas de reuniones relacionadas con la gestión de riesgos y el control interno.	
5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.	El Hospital ha incorporado herramientas de gestión de la calidad que permiten evaluar de manera sistemática su desempeño institucional, identificar fortalezas y oportunidades de mejora, y establecer	

	acciones orientadas al fortalecimiento de los procesos y la prestación de servicios de salud con estándares de calidad. Como parte de este compromiso, la institución implementa el Autodiagnóstico como una herramienta de autoevaluación que facilita el análisis integral de la gestión organizacional en aspectos relacionados con el liderazgo, la estrategia, la gestión del talento humano, las alianzas y recursos, los procesos y los resultados institucionales. La aplicación periódica de este instrumento permite medir el nivel de madurez organizacional, promover la cultura de mejora continua y orientar la formulación de planes de acción para el cierre de las brechas identificadas. Asimismo, la realización continua del Autodiagnóstico CAF evidencia el compromiso institucional con la excelencia en la gestión pública, la innovación, la transparencia, la eficiencia y la satisfacción de los ciudadanos y demás grupos de interés, contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad institucional y al cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Administración Pública (MAP). Evidencias: Autodiagnóstico CAF 2026. Autodiagnósticos CAF de años anteriores. Informes de resultados de las autoevaluaciones. Planes de mejora derivados de los hallazgos del CAF. Informes de seguimiento a las acciones de mejora implementadas.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	El Hospital promueve una estrategia de comunicación institucional orientada a mantener informados a los colaboradores, usuarios, ciudadanos y demás grupos de interés sobre las actividades, servicios, campañas de salud, programas institucionales y acciones de mejora desarrolladas por la institución. Para ello, utiliza diferentes medios de comunicación que favorecen la difusión de información veraz, oportuna	

	y accesible, fortaleciendo la transparencia, la participación ciudadana y la confianza de la población. Como parte de esta estrategia, la institución mantiene una presencia activa en las principales redes sociales, las cuales constituyen un canal de comunicación permanente para la divulgación de informaciones de interés, promoción de la salud, educación sanitaria, avisos institucionales, rendición de cuentas y difusión de los servicios disponibles. Estos espacios permiten, además, una interacción directa con los usuarios, facilitando la recepción de comentarios, inquietudes y sugerencias que contribuyen a la mejora continua de los servicios. De igual manera, la comunicación institucional se complementa con otros medios internos y externos que garantizan el flujo oportuno de la información entre las diferentes áreas del hospital y hacia la ciudadanía, fortaleciendo una cultura organizacional basada en la transparencia, la participación y el enfoque centrado en el usuario. Evidencias: Cuenta oficial de Instagram: @hrpeu. Página oficial de Facebook: Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña. Cuenta oficial de X (antes Twitter): @PteEstrellaU. Publicaciones institucionales y campañas de promoción de la salud. Registros de difusión de actividades institucionales y comunicados oficiales.	
7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	El Hospital promueve un entorno organizacional que favorece el desarrollo eficiente de los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, asegurando que las diferentes áreas cuenten con condiciones físicas, tecnológicas y operativas adecuadas para el desempeño de sus funciones. Estas acciones contribuyen a optimizar la prestación de los servicios, fortalecer la coordinación entre los equipos de trabajo y mejorar la capacidad de respuesta institucional.	

	Como parte del compromiso con la mejora continua, la institución ha ejecutado intervenciones dirigidas al remozamiento, adecuación y modernización de diferentes áreas del establecimiento, incorporando nuevo mobiliario, equipos y mejoras en la infraestructura física. Estas iniciativas han permitido optimizar los espacios de trabajo, fortalecer la seguridad, incrementar la funcionalidad de los servicios y proporcionar ambientes más adecuados tanto para los colaboradores como para los usuarios. Asimismo, el fortalecimiento de las condiciones de trabajo facilita la planificación y ejecución de proyectos institucionales, promueve la colaboración interdisciplinaria y favorece la integración de los equipos, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al desarrollo de una gestión orientada a la calidad, la eficiencia y la satisfacción de los ciudadanos. Las mejoras implementadas reflejan el compromiso institucional con la innovación, la optimización de los recursos y el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en el trabajo en equipo, la mejora continua y la excelencia en la prestación de los servicios de salud. Evidencias: Registros fotográficos de las remodelaciones realizadas en las diferentes áreas del hospital. Evidencias de adecuación y modernización de los espacios de trabajo. Fotografías de la incorporación de nuevo mobiliario y equipamiento. Informes de ejecución de proyectos de mejora y adecuación de infraestructura.	
--	--	--

8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	El Hospital mantiene una estrategia de comunicación institucional que favorece el flujo oportuno, transparente y efectivo de la información, tanto a nivel interno como externo. Para ello, dispone de diversos canales de comunicación que facilitan la coordinación entre las diferentes áreas, fortalecen el trabajo en equipo y garantizan que los colaboradores reciban de manera oportuna las informaciones, lineamientos y disposiciones institucionales necesarias para el desarrollo de sus funciones. En el ámbito externo, la institución utiliza sus plataformas digitales y redes sociales oficiales para mantener informados a los usuarios, ciudadanos y demás grupos de interés sobre los servicios disponibles, campañas de promoción y prevención de la salud, jornadas médicas, actividades institucionales, comunicados oficiales y demás informaciones de interés público, fortaleciendo la transparencia, la participación ciudadana y la confianza en la institución. Asimismo, se emplean medios de comunicación interna, tales como comunicaciones oficiales y grupos institucionales de WhatsApp, que facilitan la coordinación operativa, la difusión de informaciones relevantes y la interacción permanente entre las distintas áreas del hospital, favoreciendo una respuesta más ágil y eficiente ante las necesidades institucionales. Evidencias: Comunicaciones institucionales. Grupos institucionales de WhatsApp. Cuenta oficial de Instagram: @hrpeu. Página oficial de Facebook: Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña. Cuenta oficial de X (antes Twitter): @PteEstrellaU. Publicaciones institucionales y registros de difusión de información.	
--	--	--

9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	Se evidencia un liderazgo comprometido con la innovación y la mejora continua, promoviendo activamente la participación de los colaboradores en la identificación de oportunidades de mejora y en la implementación de acciones orientadas al fortalecimiento institucional. La alta dirección fomenta espacios de retroalimentación, seguimiento y trabajo conjunto con los distintos departamentos, impulsando iniciativas que contribuyen a optimizar los procesos, fortalecer la calidad de los servicios y responder de manera efectiva a las necesidades de los usuarios. Evidencias: Planes de mejora institucionales, actas de reuniones de seguimiento, socializaciones con los departamentos, capacitaciones al personal, levantamientos de necesidades, implementación de nuevas tecnologías y servicios, proyectos de adecuación y fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria.	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	El Hospital reconoce la importancia de una comunicación efectiva como elemento clave para el éxito de los procesos de cambio y mejora institucional. En ese sentido, garantiza que las iniciativas, proyectos, nuevas disposiciones y estrategias organizacionales sean comunicadas de manera oportuna a los colaboradores, favoreciendo su comprensión, participación y compromiso durante las diferentes etapas de implementación. Para ello, la institución utiliza diversos mecanismos de comunicación, entre los que se incluyen reuniones de trabajo, encuentros con los equipos, comunicaciones oficiales y jornadas de socialización, espacios que permiten informar sobre los objetivos, alcance, beneficios e impactos esperados de cada iniciativa. Estas acciones facilitan la retroalimentación, fortalecen la coordinación entre las áreas y	

	contribuyen a reducir la resistencia al cambio, promoviendo una cultura organizacional basada en la participación, la innovación y la mejora continua. Asimismo, el seguimiento a las iniciativas implementadas permite evaluar su avance, identificar oportunidades de mejora y garantizar que los cambios introducidos respondan a las necesidades institucionales y a las expectativas de los usuarios y demás grupos de interés. Evidencias: Comunicaciones institucionales relacionadas con la implementación de cambios. Convocatorias y agendas de reuniones de socialización. Listados de participación de los colaboradores. Actas o minutas de reuniones. Registros fotográficos de las jornadas de socialización (cuando aplique).	
II. 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 Regional Universitario Presidente Estrella Ureña cuenta con la presencia de la Unidad de la Contraloría General de la República, la cual ejerce funciones de control interno y fiscalización de los procesos administrativos y financieros, verificando el cumplimiento de las disposiciones legales, las normas de control interno y los procedimientos institucionales. A través de las evaluaciones, revisiones e informes emitidos por esta unidad, se fortalecen los mecanismos de supervisión, la transparencia, la rendición de cuentas y el uso adecuado de los recursos públicos. Asimismo, sus recomendaciones contribuyen a la identificación y corrección de debilidades en los procesos, favoreciendo la implementación de acciones de mejora y la prevención de conductas contrarias a la ética, la integridad y la buena administración pública.	

	La labor de la Contraloría constituye un componente esencial del sistema de control interno institucional, promoviendo una gestión responsable, eficiente y alineada con los principios de legalidad, transparencia y mejora continua. Evidencias: Informes emitidos por la Unidad de la Contraloría General de la República. Informes de auditorías y seguimiento a las recomendaciones formuladas. Documentación de las acciones correctivas implementadas derivadas de las observaciones realizadas.	
--	---	--

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.) I. 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.	En el Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña, el equipo directivo y los responsables de las diferentes áreas ejercen un liderazgo fundamentado en los principios éticos, la responsabilidad, la transparencia y el compromiso con el servicio público, promoviendo con su actuación el cumplimiento de la misión, visión y valores institucionales. A través de su participación activa en los comités hospitalarios, jornadas de capacitación y espacios de toma de decisiones, los líderes fomentan una cultura de trabajo colaborativo, mejora continua y respeto por las normas institucionales, sirviendo de ejemplo para los demás colaboradores. Estas acciones fortalecen el sentido de pertenencia, la corresponsabilidad y el compromiso con la calidad de los servicios de salud, impulsando una gestión orientada a resultados y centrada en las necesidades de los usuarios.	

	Asimismo, los comités hospitalarios constituyen espacios estratégicos para la planificación, el análisis y la toma de decisiones, permitiendo que los líderes promuevan el cumplimiento de las políticas institucionales, el fortalecimiento de los procesos y la adopción de buenas prácticas de gestión. De igual manera, la participación continua en actividades de capacitación favorece la actualización de conocimientos y el desarrollo de competencias que contribuyen al crecimiento institucional y al fortalecimiento del liderazgo. Evidencias: Actas constitutivas y actas de reuniones de los comités hospitalarios. Listados de participación en reuniones y capacitaciones. Registros fotográficos de las actividades de capacitación. Programas de capacitación dirigidos a líderes y colaboradores. Evidencias de participación del equipo directivo en actividades institucionales.	
2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.	El Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña impulsa una cultura organizacional fundamentada en el respeto mutuo, la comunicación abierta, el trabajo en equipo y el liderazgo participativo, creando un entorno laboral que favorece el desarrollo integral de los colaboradores y fortalece el compromiso con los objetivos institucionales. La institución promueve un clima de confianza que estimula la participación, el intercambio de ideas y la innovación como herramientas para la mejora continua de los procesos y de la calidad de los servicios.	

En consonancia con los principios de equidad, inclusión y no discriminación, el hospital garantiza la igualdad de oportunidades para todos los colaboradores, valorando el mérito, las competencias y el desempeño como elementos esenciales para el desarrollo profesional. Asimismo, procura atender las necesidades individuales y las circunstancias personales de su personal mediante iniciativas orientadas al bienestar laboral, la conciliación entre la vida personal y el trabajo y el reconocimiento de los logros alcanzados.

Como parte de estas acciones, la institución implementa programas de reconocimiento al desempeño de los colaboradores, otorga facilidades para la realización de estudios y procesos de formación continua mediante permisos institucionales, y desarrolla iniciativas de bienestar, como la concesión de un día libre por motivo de cumpleaños, fortaleciendo la motivación, el sentido de pertenencia y un ambiente laboral positivo.

Estas prácticas contribuyen a consolidar una cultura organizacional inclusiva, respetuosa y centrada en las personas, favoreciendo el crecimiento profesional de los colaboradores y el fortalecimiento de un liderazgo institucional basado en la confianza, la innovación y la mejora continua.

Evidencias: Reconocimientos institucionales otorgados a los colaboradores.

Registros de permisos concedidos para estudios y formación académica.

Evidencias del otorgamiento de días libres por motivo de cumpleaños.

Registros fotográficos y comunicaciones relacionadas con las actividades de reconocimiento y bienestar laboral.

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	La organización promueve la información, consulta y participación activa de los colaboradores en los asuntos clave relacionados con la gestión institucional. El Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña fomenta una cultura de comunicación abierta y participación, garantizando que los colaboradores sean informados y consultados sobre los temas estratégicos, operativos y administrativos que impactan el funcionamiento de la institución. Este enfoque fortalece la transparencia, el trabajo en equipo y el sentido de corresponsabilidad en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para ello, se realizan reuniones periódicas con los diferentes departamentos y servicios, en las que se socializan políticas, lineamientos, cambios organizacionales, resultados de gestión, proyectos institucionales y planes de mejora. Estos espacios, además de facilitar la difusión de información, permiten escuchar las opiniones, propuestas y necesidades de los colaboradores, promoviendo una gestión participativa y una toma de decisiones más efectiva. Asimismo, la institución fomenta el diálogo permanente entre los equipos de trabajo y los niveles directivos, favoreciendo la retroalimentación, la identificación de oportunidades de mejora y la búsqueda conjunta de soluciones a las situaciones que afectan el desempeño institucional. Estas acciones fortalecen el compromiso del personal, mejoran la coordinación entre las áreas y contribuyen a consolidar una cultura organizacional basada en la confianza, el respeto y la mejora continua. Evidencias: Listados de participación en reuniones departamentales e institucionales.	
--	--	--

	Minutas y actas de reuniones. Convocatorias y agendas de trabajo. Registros fotográficos de las reuniones (cuando aplique). Comunicaciones internas derivadas de los acuerdos alcanzados.	
4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.	Se promueve el empoderamiento y desarrollo del personal mediante la asignación clara de responsabilidades, el acompañamiento continuo en el desempeño de sus funciones y la implementación de espacios de retroalimentación orientados al logro de los objetivos institucionales. Asimismo, se fortalecen las competencias del talento humano a través de reuniones periódicas, jornadas de capacitación y procesos de seguimiento, contribuyendo a mejorar el desempeño individual y colectivo, así como la calidad de los servicios brindados. Evidencias: Listados de participación de reuniones y capacitaciones, actas de reuniones, registros fotográficos, cronogramas de capacitación e informes de seguimiento.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	El Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña promueve el desarrollo continuo de su talento humano mediante estrategias orientadas al fortalecimiento de las competencias, el acompañamiento permanente y la participación activa de los colaboradores en el cumplimiento de los objetivos institucionales. A través de un liderazgo cercano y participativo, se fomenta la corresponsabilidad, el compromiso y la autonomía en el desempeño de las funciones asignadas. Como parte de este proceso, se realizan reuniones periódicas de seguimiento con los diferentes servicios y departamentos, donde se revisan los avances de los	

	planes de trabajo, se analizan los resultados obtenidos, se identifican oportunidades de mejora y se proporciona retroalimentación oportuna para fortalecer el desempeño individual y colectivo. Estos espacios favorecen la comunicación efectiva, la coordinación entre las áreas y la toma de decisiones orientadas a la mejora continua. Asimismo, la institución desarrolla un programa continuo de capacitación y actualización dirigido a los colaboradores, con el propósito de fortalecer sus conocimientos, habilidades y competencias, garantizando una atención de calidad y una gestión institucional más eficiente. Estas acciones contribuyen al crecimiento profesional del personal, mejoran el rendimiento de los equipos de trabajo y fortalecen el cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos del hospital. Evidencias: Listados de participación en reuniones de seguimiento. Listados de asistencia a capacitaciones institucionales. Actas o minutas de reuniones. Programas y cronogramas de capacitación. Registros fotográficos de las actividades realizadas.	
6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente).	El Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña impulsa el aprendizaje continuo como un pilar fundamental para el desarrollo del talento humano y el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud. Con este propósito, desarrolla de manera permanente cursos, talleres, jornadas de actualización y actividades de sensibilización dirigidas a los colaboradores, favoreciendo la adquisición de nuevos conocimientos, el fortalecimiento de competencias y la actualización en temas técnicos, administrativos y normativos. Como complemento a estas acciones formativas, la institución utiliza diferentes estrategias de	

	comunicación interna, tales como murales informativos, carteles educativos y materiales instructivos ubicados en áreas estratégicas, con el fin de reforzar los conocimientos adquiridos, promover las buenas prácticas y mantener al personal informado sobre procedimientos, protocolos, normas institucionales y temas de interés para el desempeño de sus funciones. Estas iniciativas contribuyen a consolidar una cultura organizacional orientada al aprendizaje permanente, la innovación y la mejora continua, permitiendo que los colaboradores desarrollen las competencias necesarias para responder de manera efectiva a los cambios del entorno, a los nuevos requisitos institucionales y a las necesidades de los usuarios, fortaleciendo así el desempeño individual, el trabajo en equipo y el cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital. Evidencias: Registros fotográficos de cursos, talleres y jornadas de capacitación. Listados de participación y asistencia. Programas y cronogramas de capacitación. Murales informativos y carteles educativos. Materiales de sensibilización y difusión institucional.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.		No se ha medido la implementación de entrega de reconocimientos a nuestros colaboradores.

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	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña desarrolla mecanismos para identificar, analizar y monitorear de forma continua las necesidades y expectativas de sus principales grupos de interés,	

como futuras y comparten estos datos con la organización.	entre ellos los usuarios, colaboradores, organismos rectores, autoridades sanitarias y demás instituciones vinculadas al sector salud. Esta información constituye un insumo fundamental para la planificación institucional, la priorización de recursos y la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la calidad de los servicios. Como parte de este proceso, las diferentes áreas del hospital realizan levantamientos periódicos de necesidades, los cuales se formalizan mediante requisiciones, solicitudes y cotizaciones que permiten identificar los requerimientos de bienes, servicios, equipos, infraestructura y otros recursos indispensables para garantizar la continuidad operativa y responder de manera eficiente a las demandas institucionales. Asimismo, la institución da seguimiento a estos requerimientos con el propósito de priorizar su atención de acuerdo con las necesidades actuales y las proyecciones futuras, asegurando una gestión eficiente de los recursos disponibles y el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Este proceso favorece una planificación basada en evidencias, fortalece la capacidad de respuesta institucional y contribuye a la mejora continua de los servicios ofrecidos a la población. Evidencias: Requisiciones de bienes, servicios y equipos. Solicitudes realizadas por los diferentes departamentos. Cotizaciones para la adquisición de bienes y servicios. Levantamientos de necesidades institucionales. Informes de seguimiento a los requerimientos y su gestión.	
--	---	--

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.	La organización desarrolla y mantiene relaciones institucionales proactivas con las autoridades y organismos competentes, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y la gobernanza en el sector salud. El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña promueve relaciones de cooperación, comunicación y coordinación permanente con las autoridades del sector salud y demás organismos gubernamentales competentes, con el propósito de fortalecer la articulación institucional, el cumplimiento de las políticas públicas y el desarrollo de iniciativas orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud. A través de reuniones de trabajo, mesas de coordinación, visitas institucionales y actividades oficiales, la Dirección del hospital mantiene una comunicación continua con las autoridades correspondientes, facilitando el intercambio de información, el seguimiento a los proyectos institucionales, la gestión de recursos y la implementación de estrategias alineadas con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás entidades rectoras. Estas relaciones interinstitucionales contribuyen a fortalecer la gobernanza, favorecen la toma de decisiones coordinadas y permiten dar una respuesta más eficiente a las necesidades de la población, consolidando una gestión transparente, participativa y orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos del sistema nacional de salud. Evidencias: Registros fotográficos de reuniones, visitas y actividades institucionales con autoridades.	
---	--	--

	Listados de participación. Actas o minutas de reuniones interinstitucionales. Comunicaciones oficiales y convocatorias. Documentación de actividades de coordinación con organismos rectores.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	La organización identifica las políticas públicas relevantes para su gestión y asegura su integración en los procesos institucionales y en la prestación de los servicios. El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña identifica de manera sistemática las políticas públicas, normativas y lineamientos emitidos por los órganos rectores del sector salud y de la administración pública, con el propósito de asegurar su incorporación en la gestión institucional y en la mejora continua de los servicios. Estas políticas son analizadas y traducidas en disposiciones operativas que orientan la organización de los servicios, la definición de estándares de calidad y el cumplimiento de los compromisos institucionales establecidos. En este sentido, se garantiza su alineación con los marcos regulatorios vigentes, asegurando su aplicación en los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo. Asimismo, la institución incorpora estas disposiciones en instrumentos de gestión como la Carta Compromiso al Ciudadano, donde se establecen los compromisos de calidad y los marcos normativos que regulan la prestación de los servicios, facilitando su difusión, comprensión y cumplimiento por parte de los colaboradores y usuarios. Este enfoque permite asegurar la coherencia entre la gestión institucional y las políticas públicas,	

	fortaleciendo la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de los servicios de salud. Evidencias: Acápites de normativa reguladora de los servicios en la Carta Compromiso al Ciudadano. Carta Compromiso al Ciudadano vigente y aprobada por el Ministerio de Administración Pública (MAP). Lineamientos y normativas emitidas por los órganos rectores del sector salud. Documentos institucionales de socialización de políticas públicas.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña asegura que su gestión y desempeño institucional se encuentren alineados con las políticas públicas vigentes y las decisiones emitidas por las autoridades competentes, garantizando la coherencia entre la planificación institucional y los lineamientos del Estado en materia de salud y administración pública. Esta alineación se evidencia en la incorporación de los marcos normativos y regulatorios en los procesos internos del hospital, especialmente en la definición de estándares de calidad, compromisos institucionales y mecanismos de prestación de servicios. De manera particular, los lineamientos establecidos por los organismos rectores son integrados en los documentos de gestión institucional, asegurando su aplicación en la operatividad diaria y en la mejora continua de los servicios ofrecidos a la población. Asimismo, la institución utiliza instrumentos como la Carta Compromiso al Ciudadano para formalizar los compromisos de calidad y los requisitos normativos que regulan la prestación de los servicios, garantizando su cumplimiento y su difusión tanto a colaboradores como a usuarios. Esto contribuye a fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y la orientación de la gestión hacia el cumplimiento de las políticas públicas.	

	Evidencias: Acápites de normativa reguladora de los servicios en la Carta Compromiso al Ciudadano. Carta Compromiso al Ciudadano vigente y aprobada por el Ministerio de Administración Pública (MAP). Normativas y lineamientos emitidos por los órganos rectores del sector salud. Documentos institucionales de implementación de políticas públicas.	
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.).	Se gestionan y se desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes a través de reuniones y actividades con el patronato Presidente Estrella Ureña, Infotep, Cooperativa Médica, Fundaciones, Servicio Nacional de Salud, Servicio Regional de Salud Norcentral. Evidencias: Imágenes y acuerdos.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Se participa en actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión como el COOPMEDICA, Patronato Presidente Estrella Ureña, Infotep, gremio de enfermería, Ministerio de Administración Pública. Evidencias: Fotos y listados de participación.	
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.	Se promueve la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización y desarrollan un concepto de marketing/publicidad centrado en las necesidades de los grupos de interés. Evidencias: Redes sociales, Identidad corporativa de la institución.	

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: I. 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.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña define y analiza las condiciones requeridas para el logro de sus objetivos estratégicos a través del proceso de planificación operativa anual. En este sentido, la elaboración del Plan Operativo Anual (POA) permite traducir los objetivos estratégicos en acciones concretas, estableciendo metas, actividades, recursos, responsables e indicadores de seguimiento que facilitan su ejecución y evaluación. Este proceso de planificación garantiza la coherencia entre la estrategia institucional y la operatividad diaria, identificando previamente los recursos humanos, financieros, tecnológicos y logísticos necesarios para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas. Asimismo, permite anticipar riesgos, priorizar intervenciones y optimizar la asignación de recursos, fortaleciendo la capacidad de gestión y la toma de decisiones basada en evidencias. De igual manera, el POA constituye una herramienta clave de monitoreo y control, ya que facilita el seguimiento del avance de las actividades planificadas, la medición de resultados y la implementación de acciones correctivas en caso de desviaciones, contribuyendo así al cumplimiento eficiente de los objetivos institucionales. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA 2026).	

	Matriz de planificación de objetivos, actividades e indicadores. Informes de seguimiento del POA. Registros de reuniones de planificación institucional.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	El Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña mantiene un proceso estructurado para la identificación de sus grupos de interés relevantes, incluyendo usuarios, colaboradores, autoridades del sector salud, proveedores y demás actores vinculados a la prestación de servicios. Esta identificación permite orientar la gestión institucional hacia una atención centrada en las necesidades reales de la población y en el fortalecimiento del talento humano. Asimismo, la institución realiza levantamientos periódicos de necesidades y expectativas tanto a nivel interno como externo, utilizando mecanismos que permiten recopilar información clave para la toma de decisiones. Estos levantamientos constituyen una base fundamental para la planificación institucional, la mejora de los procesos y la priorización de acciones orientadas a la calidad de los servicios. La información obtenida es analizada y utilizada para ajustar estrategias, fortalecer la respuesta institucional y garantizar una atención más eficiente, oportuna y alineada con las expectativas de los distintos grupos de interés, contribuyendo así a la mejora continua y a la satisfacción de los usuarios y colaboradores. Evidencias: Levantamientos internos de necesidades del personal. Levantamientos externos de necesidades de los usuarios. Instrumentos de recolección de información (formularios, encuestas u otros). Informes de análisis de necesidades y expectativas.	

3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña realiza el análisis continuo de las reformas y actualizaciones del sector público y del sector salud que impactan su gestión institucional, con el objetivo de asegurar la alineación permanente de sus estrategias con los lineamientos emitidos por los órganos rectores. En este sentido, la institución convoca reuniones de trabajo cada vez que resulta necesario, a fin de revisar, socializar y ajustar las estrategias, procesos y planes institucionales en función de los cambios normativos, organizacionales o de política pública. Estos espacios facilitan la toma de decisiones oportunas, la redefinición de prioridades y la incorporación de mejoras en la planificación institucional. Asimismo, este proceso contribuye a la adaptación continua de la organización a los cambios del entorno, fortaleciendo la capacidad de respuesta, la eficiencia en la gestión y la coherencia entre la planificación estratégica y las reformas del sector público. Evidencias: Listados de participación en reuniones de análisis y socialización. Actas o minutas de reuniones (cuando aplique). Convocatorias a reuniones de planificación. Registros de socialización de reformas del sector público.	
4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	Se analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, a través del autodiagnóstico CAF, elaboraciones de planes de mejora y evaluaciones de riesgo. Evidencias: Autodiagnóstico CAF 2026, Informe evaluación de riesgo y Planes de mejora.	

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 Regional Presidente Estrella Ureña operacionaliza su misión y visión a través de la definición de objetivos estratégicos y operativos, alineados a las prioridades institucionales y a las estrategias nacionales del sector salud. Este proceso se materializa mediante la elaboración del Plan Operativo Anual (POA), el cual permite planificar, ejecutar y dar seguimiento a las acciones institucionales. El POA facilita la medición del cumplimiento de los objetivos, la asignación de recursos y el monitoreo de los resultados, asegurando la coherencia entre la planificación estratégica y la operativa. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA).	
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.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña promueve la participación de los diferentes grupos de interés en los procesos de planificación estratégica y operativa, con el propósito de integrar sus necesidades, expectativas y aportes en la toma de decisiones institucionales. Este enfoque permite fortalecer la pertinencia de las acciones y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. A través de reuniones, encuentros y espacios de socialización, se recogen las opiniones de usuarios, colaboradores y actores vinculados al sistema de salud, las cuales son consideradas en la definición de prioridades y en la formulación de planes institucionales. Evidencias: Imágenes de reuniones con grupos de interés. Listados de participación.	

3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Son integrados aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y de género en las estrategias y planes de la organización. Evidencias: Plan de mejora de salud medio ambiental, Levantamiento evaluación de agua, saneamiento, Higiene y Salud y seguridad, Acápita formas de acceso a los servicios atendiendo la diversidad e igualdad de género, Formulario mensual de supervisión de desechos peligrosos.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña garantiza la asignación y disponibilidad de recursos necesarios para la ejecución de sus planes institucionales, mediante procesos de planificación financiera y operativa articulados con las prioridades estratégicas. Para ello, se elabora el Plan Anual de Compras y el presupuesto institucional, los cuales permiten identificar, programar y gestionar los recursos humanos, financieros y materiales requeridos para el cumplimiento de los objetivos establecidos. Asimismo, la institución gestiona apoyos y donaciones que contribuyen a fortalecer la capacidad operativa y la respuesta oportuna de los servicios de salud. Este enfoque asegura una ejecución más eficiente de los planes, optimizando el uso de los recursos disponibles y fortaleciendo la continuidad de los servicios. Evidencias: * Plan Anual de Compras. * Presupuesto institucional anual. * Registros fotográficos de donaciones recibidas.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	Se implementan estrategias institucionales orientadas al cumplimiento de los objetivos organizacionales, mediante procesos de planificación que permiten definir prioridades, establecer metas y programar actividades alineadas con las necesidades de la institución. Estas acciones se gestionan a través del Plan Operativo Anual (POA), facilitando el seguimiento sistemático de los compromisos asumidos y la evaluación periódica de los resultados alcanzados por cada departamento. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA), informes trimestrales de seguimiento, informes departamentales, planes de trabajo y reportes de cumplimiento de actividades.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña ejecuta sus acciones institucionales a partir del Plan Operativo Anual (POA), el cual sirve como instrumento de planificación que define los objetivos, actividades, metas y resultados esperados de cada área. Este documento permite alinear la gestión operativa con los objetivos estratégicos institucionales, garantizando una ejecución organizada y orientada a resultados. Asimismo, el seguimiento de las actividades se realiza mediante reportes periódicos, como el Reporte Trimestral de Planificación (RTP), lo que permite evaluar el nivel de cumplimiento, identificar desviaciones y aplicar acciones correctivas oportunas para asegurar el logro de los resultados previstos.	

	Este enfoque fortalece la gestión institucional, la rendición de cuentas y la mejora continua de los procesos. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA). Reporte Trimestral de Planificación (RTP).	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	Se comunican eficazmente los objetivos, las estrategias, planes/tareas y los resultados previstos/logrados a los grupos de interés y al personal. Evidencias: Listados de participación de reuniones, imágenes de reuniones, comunicados, grupos de WhatsApp.	
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña implementa mecanismos sistemáticos de seguimiento, monitoreo y evaluación del desempeño institucional, que permiten medir el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos en los distintos niveles de gestión. Estos procesos facilitan la identificación de fortalezas, desviaciones y oportunidades de mejora en la ejecución de las actividades institucionales. Como parte de este sistema de control y evaluación, se realizan evaluaciones periódicas del desempeño del personal, así como el análisis de reportes rutinarios generados por las diferentes áreas, lo que permite valorar los resultados alcanzados y tomar decisiones oportunas orientadas al fortalecimiento de la gestión. Asimismo, se desarrollan reuniones de seguimiento con participación de los equipos de trabajo, en las que se revisan los avances de los planes operativos, se analizan los indicadores de gestión y se adoptan	

	medidas correctivas cuando es necesario, promoviendo una cultura de responsabilidad, transparencia y orientación a resultados. Evidencias: Evaluación de desempeño del personal. Reportes rutinarios de las diferentes áreas. Listados de participación en reuniones de seguimiento.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña realiza levantamientos periódicos en las diferentes áreas asistenciales y administrativas con el propósito de identificar necesidades de cambio, oportunidades de mejora e iniciativas de innovación que contribuyan al fortalecimiento de la gestión institucional. Estos levantamientos permiten detectar brechas en los procesos, requerimientos de recursos, mejoras tecnológicas y oportunidades vinculadas a la transformación digital, facilitando la toma de decisiones orientadas a la modernización de los servicios y la optimización de la atención a los usuarios. Los resultados obtenidos son utilizados como base para la planificación de mejoras, la implementación de nuevas herramientas y la actualización de procesos, promoviendo una cultura institucional orientada a la innovación, la eficiencia y la mejora continua.	

	Evidencias: Levantamientos realizados en las diferentes áreas del hospital.	
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.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña impulsa una cultura organizacional basada en la innovación, la mejora continua y el fortalecimiento de las competencias del talento humano, promoviendo espacios de formación y actualización que favorecen el desarrollo institucional. A través de capacitaciones, talleres y actividades formativas, se fomenta la actualización de conocimientos, el intercambio de experiencias y la adopción de buenas prácticas, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión institucional y la calidad de los servicios. Estas acciones permiten crear un entorno propicio para el aprendizaje colaborativo, la innovación en los procesos y el desarrollo de capacidades, tanto a nivel interno como en coordinación con otras instituciones del sector salud. Evidencias: Listados de participación en capacitaciones. Imágenes de actividades formativas.	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña desarrolla acciones de comunicación orientadas a socializar la política de innovación institucional, así como los principales resultados alcanzados en la gestión, con los distintos grupos de interés relevantes. Este proceso contribuye a fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y el compromiso institucional con la mejora continua. Dicha comunicación se realiza a través de reuniones, encuentros y espacios de socialización, donde se	

	presentan avances, logros y estrategias vinculadas a la innovación, permitiendo además el intercambio de opiniones y la retroalimentación de los participantes. Estas acciones facilitan la comprensión de las iniciativas institucionales y fomentan la participación activa de los grupos involucrados. Evidencias: Listados de participación en reuniones. Imágenes de reuniones y actividades de socialización.	
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 Regional Presidente Estrella Ureña fomenta una cultura de innovación y mejora continua, incentivando la participación activa de los colaboradores en la generación de ideas y propuestas orientadas al fortalecimiento de los procesos institucionales y la calidad de los servicios de salud. A través de reuniones, espacios de socialización y actividades de trabajo en equipo, se promueve el intercambio de ideas, la identificación de oportunidades de mejora y la implementación de soluciones creativas que contribuyen a responder de manera más efectiva a las necesidades y expectativas de los usuarios y demás grupos de interés. Estas iniciativas fortalecen el sentido de pertenencia del personal, promueven el compromiso institucional y favorecen la construcción de una gestión más eficiente, participativa e innovadora. Evidencias: Listados de participación en reuniones. Imágenes de reuniones y espacios de socialización.	
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 Regional Presidente Estrella Ureña promueve la incorporación de prácticas innovadoras en sus procesos asistenciales y administrativos, con el propósito de mejorar la calidad de la atención, optimizar la eficiencia operativa y responder de	

	manera más efectiva a las necesidades de los usuarios y ciudadanos. Estas innovaciones se impulsan a través de espacios de análisis y coordinación interna, donde se revisan oportunidades de mejora en los procesos y se proponen soluciones orientadas a la modernización de los servicios, la simplificación de trámites y el fortalecimiento de la atención centrada en el usuario. Asimismo, la participación del personal en reuniones y actividades institucionales facilita la identificación de nuevas ideas y la implementación de cambios que contribuyen a una gestión más ágil, eficiente y orientada a resultados. Evidencias: Listados de participación en reuniones. Imágenes de reuniones y actividades institucionales.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña dispone de mecanismos de planificación y gestión de recursos que permiten asegurar la disponibilidad oportuna de los insumos, bienes y servicios requeridos para la implementación de los cambios y mejoras institucionales planificadas. A través del Plan Anual de Compras y el presupuesto institucional, se identifican y programan los recursos financieros necesarios para dar respuesta a las necesidades operativas y a los procesos de mejora continua. Asimismo, las requisiciones, cotizaciones y procesos de compra permiten gestionar de manera ordenada y transparente la adquisición de los recursos requeridos. Este enfoque garantiza la viabilidad de las acciones planificadas, facilita la ejecución de los cambios	

	institucionales y contribuye al uso eficiente de los recursos disponibles, fortaleciendo la capacidad de respuesta del hospital. Evidencias: Plan Anual de Compras. Presupuesto institucional anual. Requisiciones de bienes y servicios. Cotizaciones. Registros de compras realizadas.	
--	--	--

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	El Hospital Regional Presidente Estrella Ureña realiza de forma periódica el análisis de las necesidades de recursos humanos, considerando las demandas de los servicios, el crecimiento institucional y las prioridades establecidas en su planificación estratégica. Este proceso permite identificar las brechas de personal y gestionar oportunamente los recursos humanos necesarios para garantizar la continuidad y calidad de los servicios. Para ello, las diferentes áreas realizan levantamientos de necesidades y remiten cartas de solicitud de personal, las cuales sirven de base para la planificación, priorización y gestión de las vacantes, contribuyendo a una adecuada distribución del talento humano y al fortalecimiento de la capacidad operativa de la institución. Evidencias: Cartas de solicitud de personal.	

	Levantamientos de necesidades de recursos humanos.	
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.		No tenemos control con respecto al reclutamiento del personal, no obstante, asignamos el personal dependiendo su capacidad laboral.
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.	Implementamos 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. Evidencias: Ley de Administración Pública, permisos laborales, permisos de estudios, permiso por motivo de cumpleaños.	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Se revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. Evidencias: Currículos y certificados, Solicitudes de empleo, Manual de Cargos.	
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	Se asegura que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, visión y valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación. Evidencias: Ley de administración pública, permisos laborales, permisos de estudios.	

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).	Se gestionan los procesos de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad. Evidencias: Evaluación de desempeño, Plan de mejora, capacitaciones y desarrollo profesional.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	En nuestro Hospital apoyamos una cultura de desempeño, definiendo objetivos de desempeño con las personas. Evidencias: Evaluación de desempeño, Plan de mejora, capacitaciones y desarrollo profesional.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Contamos con acuerdo de desempeño, monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas. Evidencia: Evaluación de desempeño, Plan de mejora, capacitaciones y desarrollo profesional.	
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 una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, funcionando una unidad de género, y acciones relacionadas a esta. Evidencias: Fotos, Solicitudes de empleos y currículos.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Se implementa una estrategia o 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. Evidencias: Cartas y levantamientos de personal.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se apoya y se desarrollan los talentos necesarios para lograr la misión, visión y objetivos, a través de la evaluación de los currículums, certificados y la impartición de capacitaciones. Evidencias: Currículos y avales, imágenes de las capacitaciones y listados de participación.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados. Evidencias: imágenes y listados de participación de las capacitaciones.	
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	Se desarrollan y se promueven métodos modernos de formación (enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos y de uso de las redes sociales). Evidencias: Certificados de empleados de carrera y listados e imágenes de las capacitaciones.	
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	Contamos con la planificación de 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.	

	Evidencias: Invitaciones, listados de participación, imágenes.	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio. Evidencias: Carta de reubicación de personal y cartas de traslado.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.	Se promueve una cultura de dialogo y comunicación abierta que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo a través de los diferentes comités y las reuniones. Evidencias: Actas constitutivas de los comités hospitalarios y listados de participación de las reuniones.	
2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Se crea de forma proactiva, un entorno que propicie el aporte de ideas y sugerencias de los empleados a través de los diferentes comités y las reuniones. Evidencias: Actas constitutivas de los comités hospitalarios y listados de participación de las reuniones.	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	En nuestro Hospital periódicamente realizamos la encuesta clima laboral para que cada uno de nuestros colaboradores estén más conectado con la institución.	

	Evidencia: Encuesta Clima Laboral.	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Se aseguran buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral a través de la proporción de EPP para los colaboradores, evaluaciones médicas, jornadas de vacunación y odontología. Evidencias: Memorandos con relación al cuidado de la salud y evidencias de proporción de EPP.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	Se asegura que las condiciones sean propicias para lograr un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida de los empleados otorgando licencias y permisos. Evidencias: Licencias y permisos.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	Se ha realizado la prestación de especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. Evidencia: Fotos.	
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.	Se proporcionan planes y métodos adaptados para recompensar a las personas. Evidencias: Permisos días libres por causa de trabajo extra, permisos día libre por motivo de cumpleaños.	

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes de la organización: 1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).	Se identifica a socios clave del sector privado, de la sociedad civil, y del sector público para construir relaciones sostenibles basada en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Evidencias: Imágenes de reuniones de socios clave, contratos y/o convenios con socios clave.	
2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.	Se desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento, incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social. Evidencias: Acuerdos con distintos socios.	
3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.	Se establecen de manera clara los roles, responsabilidades y compromisos de cada socio estratégico, definiendo mecanismos de coordinación, seguimiento y rendición de cuentas que facilitan el cumplimiento de los objetivos institucionales. Asimismo, se realizan procesos periódicos de monitoreo, evaluación y revisión de las alianzas establecidas, permitiendo medir sus resultados, valorar su impacto y fortalecer continuamente la cooperación interinstitucional en beneficio de la calidad de los servicios y del desarrollo organizacional.	

	Evidencias: Los roles y responsabilidades de los proveedores establecidos en la ley 340-06, Convenios con universidades y otras instituciones.	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	Se identifican y fortalecen de manera continua oportunidades de colaboración mediante alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, orientadas a complementar capacidades, optimizar recursos y fortalecer la prestación de los servicios de salud. Estas alianzas contribuyen al desarrollo institucional, la implementación de proyectos de mejora y la ampliación de las oportunidades de capacitación, asistencia técnica y cooperación interinstitucional, generando beneficios sostenibles a largo plazo para la organización y la población usuaria. Evidencias: alianzas públicas y privadas.	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	Se promueve la transparencia, la ética y la responsabilidad social en los procesos de adquisición institucional, garantizando que la selección y contratación de proveedores se realice conforme a los principios establecidos en la normativa vigente de compras y contrataciones públicas. Asimismo, se procura la participación de suplidores que demuestren capacidad, cumplimiento normativo y compromiso con las buenas prácticas, asegurando una gestión eficiente y responsable de los recursos institucionales. Evidencias: Procesos de compras y contrataciones realizados conforme a la Ley No. 340-06 sobre Compras y Contrataciones Públicas y sus modificaciones, expedientes de compras, portal	

	transaccional, registros de proveedores y documentación de los procesos de adjudicación.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	Se incentiva la participación y colaboración activa de los ciudadanos /clientes en los procesos de toma de decisiones a través de los buzones de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción al usuario y sesiones de trabajo del comité de calidad. Evidencias: Buzones de quejas y sugerencias (fotos), reporte de buzones de quejas y sugerencias, reporte de encuestas de satisfacción al usuario, sistema 311.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	Se garantiza la transparencia institucional mediante una política de información proactiva que facilita el acceso oportuno a información de interés público, promoviendo la rendición de cuentas, el derecho a la información y la participación ciudadana. Asimismo, se pone a disposición de los usuarios información relacionada con los servicios ofrecidos, derechos y deberes de los pacientes, normativas institucionales y otros datos de interés, fortaleciendo la confianza y la comunicación entre la institución y la población usuaria. Evidencias: Buzones de quejas y sugerencias (fotos), reporte de buzones de quejas y sugerencias, reporte de encuestas de satisfacción al usuario, sistema 311.	

3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.	Se desarrolla una gestión eficaz de las expectativas de los ciudadanos y usuarios mediante la difusión oportuna de información sobre los servicios disponibles, los estándares de calidad establecidos y los compromisos asumidos por la institución. A través de la Cartera de Servicios y la Carta Compromiso al Ciudadano, se promueve una atención más transparente, accesible y orientada a las necesidades de la población, fortaleciendo la confianza y la satisfacción de los usuarios. Evidencias: Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano, material informativo institucional, publicaciones dirigidas a los usuarios y registros de socialización de los servicios ofrecidos.	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Se alinean las gestiones financieras con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente. Evidencias: POA, Consolidado Trimestral.	
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	Sí, se evalúan los riesgos de las decisiones financieras y elabora un presupuesto equilibrado por medio de las reuniones financieras, reajuste y evaluación del presupuesto. Evidencias: Imágenes de reuniones de dirección, administración financiera.	

servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.		
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	Se garantiza una gestión financiera responsable mediante el análisis y seguimiento de los riesgos asociados a la toma de decisiones presupuestarias, procurando el uso eficiente de los recursos institucionales y el equilibrio entre las necesidades operativas, asistenciales y estratégicas de la organización. Asimismo, la planificación financiera se desarrolla de manera coordinada, integrando objetivos financieros y no financieros orientados al fortalecimiento institucional, la sostenibilidad de los servicios y el cumplimiento de las metas establecidas. Evidencias: Actas e imágenes de reuniones de Dirección y Administración Financiera, presupuesto institucional, planes operativos, informes financieros y registros de seguimiento a la ejecución presupuestaria.	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	Se garantiza la transparencia financiera y presupuestaria mediante la publicación periódica y oportuna de información relacionada con la gestión de los recursos institucionales, presentada de manera clara, accesible y comprensible para la ciudadanía. Esta práctica fortalece la rendición de cuentas, promueve la confianza de los usuarios y asegura el acceso a información relevante sobre la ejecución presupuestaria y el uso de los recursos públicos.	

	Evidencias: Portal de Transparencia Institucional, informes de ejecución presupuestaria, publicaciones financieras, reportes de gestión y documentación disponible para consulta pública.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Se mantiene un compromiso permanente con la calidad, integridad y oportunidad de la información institucional, garantizando que los datos relacionados con la producción hospitalaria sean registrados, consolidados y reportados conforme a los indicadores establecidos por los organismos rectores. Este proceso permite disponer de información confiable para la toma de decisiones, el seguimiento de los resultados institucionales y la evaluación del desempeño de los servicios. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA), reportes de producción hospitalaria, matrices de indicadores, informes de gestión y registros de monitoreo institucional.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	Se crea una organización centrada en el aprendizaje, a través de capacitaciones que proporcionen sistemas y procesos para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento. Evidencias: Capacitaciones, Listados de Participación.	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	Se garantiza la gestión adecuada de la información proveniente de fuentes externas y de los mecanismos de participación ciudadana, mediante procesos sistemáticos de recopilación, análisis, registro y seguimiento. Esta información es utilizada	

	como insumo para la toma de decisiones, la identificación de oportunidades de mejora y el fortalecimiento continuo de la calidad de los servicios, asegurando una respuesta oportuna a las necesidades y expectativas de los usuarios. Evidencias: Reportes de buzones de quejas, reclamaciones y sugerencias, registros del Sistema 311, informes de encuestas de satisfacción de usuarios, planes de mejora derivados de los resultados obtenidos y reportes de seguimiento a las acciones implementadas.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	Se aprovechan las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potencia las habilidades digitales. Evidencias: Redes sociales, uso de medios digitales y capacitaciones.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	Se establecen redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. Evidencias: Portal 311, buzón de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción y Carta compromiso al ciudadano.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	Se monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad. Evidencias: Correcciones del Servicio Regional de Salud con respecto al POA, Informe de monitoreo del Servicio Nacional de Salud y levantamiento de salud ambiental realizado por el Ministerio Público.	

6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se desarrollan canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. Evidencias: Comunicaciones, Grupos de WhatsApp y Redes sociales.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	La organización promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. Evidencia: Fotos comunicado y guías de información.	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	Se 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. Evidencias: Levantamientos externos, correos, comunicaciones, acompañamientos.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	Se asegura que el conocimiento clave de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización. Evidencias: Capacitaciones y acompañamientos que se realizan constantemente.	

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.	Se gestiona y fortalece la infraestructura tecnológica de la institución en alineación con los objetivos estratégicos y operativos, promoviendo la incorporación de equipos, herramientas y soluciones tecnológicas que contribuyan a mejorar la capacidad diagnóstica, la eficiencia de los procesos y la calidad de los servicios brindados. Estas acciones permiten	

	optimizar la atención a los usuarios, fortalecer la capacidad resolutive de los servicios y apoyar el cumplimiento de las metas institucionales. Evidencias: Registros fotográficos, publicaciones en redes sociales institucionales, adquisición e implementación de equipos tecnológicos y biomédicos, informes de gestión y documentación de los proyectos ejecutados.	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	Se realiza un monitoreo y evaluación continua del desempeño y la utilidad de las tecnologías implementadas en la institución, analizando su contribución al fortalecimiento de los servicios, la optimización de los procesos y la mejora de los resultados asistenciales. Este seguimiento permite identificar oportunidades de mejora, maximizar el aprovechamiento de los recursos tecnológicos disponibles y respaldar la toma de decisiones orientadas a la eficiencia y sostenibilidad institucional. Evidencias: Base de datos institucional.	
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.).		No se tienen registros de la identificación y uso de nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado.
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Tenemos aplicaciones un poco obsoletas para obtener las informaciones que le permita ayudar en la toma de decisiones de los procesos hospitalarios y administrativos. Evidencias: Sistema SIGHO.	

5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.		No se tienen registros la aplicación de las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente.
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.		No se toman medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética. Se Implementarán normas y protocolos que garanticen seguridad cibernética y 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.	En cuanto el impacto ambiental se toma en cuenta con el uso de cartuchos reciclados. Con respecto a la destreza de los usuarios, se realizan cursos y talleres para su capacitación y puedan aumentar su destreza en el uso de los equipos electrónicos. Evidencias: Imágenes de los cartuchos, Plan Anual de Capacitaciones, capacitaciones y listados de participación.	
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	Se garantiza la gestión oportuna de medicamentos e insumos a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI), realizando la planificación, solicitud y seguimiento de los requerimientos conforme a la demanda de los servicios y al modelo de atención institucional. Este proceso contribuye a mantener la disponibilidad de los insumos necesarios para la continuidad de la atención, fortaleciendo la capacidad de respuesta de la institución y asegurando un abastecimiento acorde con las necesidades identificadas. Evidencias: Correos electrónicos de solicitudes y seguimiento realizados a través del SUGEMI, plan de requerimientos de medicamentos e insumos, reportes de abastecimiento y registros de gestión institucional.	

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).	Se garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de las instalaciones. Evidencias: Imágenes de remodelaciones y equipamiento.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Se proporciona condiciones de trabajo para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes. Evidencias: Imágenes de remodelaciones y equipamiento.	
3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	Se aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura. Evidencias: Solicitud de retiro al Servicio Nacional de Salud.	
4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Se asegura que las instalaciones de la organización brinden un valor publico agregado. Evidencias: Imágenes y solicitudes.	

5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	Se garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos. Evidencias: Imágenes, apartado de Medios de acceso de la CCC, solicitud de áreas de las instalaciones.	
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).	Se garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes. Evidencias: Imágenes, apartado de Medios de acceso de la CCC, solicitud de áreas de las instalaciones.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Contamos con un Comité y un Plan para la Gestión de Riesgos y Desastres. Evidencias: Fotos, Listado de participación, Minutas de reuniones, Acta constitutiva del comité.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Contamos con un plan de mantenimiento preventivo/correctivo de Infraestructura, Mobiliarios, Quirófanos, Salas de Neonatología Y Uci Adulto. Evidencia: Plan de mantenimientos, foto.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	En el Hospital Regional Presidente Estrella Ureña, contamos con un programa de administración de Bienes de la Red y contamos con un inventario actualizado. Evidencia. Inventario hospital estrella Ureña.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Contamos con contenedores debidamente identificados dependiendo los desechos. Mientras tanto usamos los servicios del ayuntamiento. Evidencia: Fotos de los contenedores.	

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La organización: 1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.		No se ha realizado la identificación, mapeo, descripción y documentación de los procesos clave en torno a las necesidades y opiniones de los grupos de interés y del personal, de forma continua, para garantizar una estructura organizativa ágil.
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	En el Hospital Regional Presidente Estrella Ureña se ha realizado la simplificación de los procesos de forma regular proponiendo cambios en los requisitos legales si es necesario. Evidencia: Fotos, Buzones de Sugerencias, Encuesta de Satisfacción al usuario y Microsoft Power BI.	
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.	Se impulsa a la innovación y la optimización de procesos participando en actividades de aprendizaje de prácticas nacionales e internacionales; ya que nuestro sistema de digitalización nos permite tener el alcance necesario para el logro de dicho objetivo Evidencias: Invitaciones y Listados de participación, Imágenes de participación en videoconferencias, reuniones virtuales, Webinar, entre otros.	
4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	Se analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización y las expectativas de los ciudadanos/clientes y su adaptación a los cambios del entorno, al tiempo que se asigna los recursos	

	necesarios para alcanzar los objetivos establecidos, a través de auditorías, reuniones y requisiciones. Evidencias: Informes, listados de participación, requisiciones.	
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	Se establecen y monitorean indicadores de desempeño que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la calidad de los servicios brindados y el nivel de satisfacción de los usuarios. Estos indicadores son utilizados para dar seguimiento a los compromisos asumidos en la Carta Compromiso al Ciudadano, al cumplimiento de las actividades contempladas en el Plan Operativo Anual (POA) y al desempeño del personal, facilitando la toma de decisiones y promoviendo la mejora continua de los procesos institucionales. Evidencias: Carta Compromiso al Ciudadano (CCC), informes de seguimiento a los compromisos de calidad, Plan Operativo Anual (POA), evaluaciones de desempeño, indicadores institucionales e informes de resultados.	
6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.	Se implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico. Evidencia: Reporte de Epidemiología y expediente clínico, fotos, listados de participación, minutas, reuniones de Comités Hospitalarios de Expediente Clínico y de Control de Infecciones (IAAS).	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	Contamos con la Habilitación por Ministerio de Salud Pública (MSP). Evidencia: Copia de la habilitación.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.	Son involucrados los ciudadanos/clientes y grupos de interés en el diseño, entrega y mejora de los servicios y productos y en el desarrollo de estándares de calidad, a través de la realización de Encuesta de Satisfacción al Usuario, buzones de quejas y sugerencias, sistema 311. Evidencias: Reporte de Encuestas de Satisfacción al Usuario, Microsoft Power BI, reporte de los buzones de quejas y sugerencias, apartado de Quejas, sugerencias y medidas de subsanación de la CCC, Portal 311.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	Gestionamos activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. Evidencias: Fotos del área de esterilización, fotos del área en donde se fabrican los paquetes quirúrgicos.	
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.	Nuestro Hospital promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización a través de la colocación de carteles visible para nuestros usuarios y por medio de las redes sociales. Evidencias: Imágenes de carteles, cartera de servicios, redes sociales de la institución. Instagram: @hpeu Facebook: Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña Twitter: @PteEstrellaU	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funciona en la misma cadena de servicio. Evidencias: Fotos de nuestra central de cómputos, computadoras, UPS, entre otros, requisiciones, cotizaciones y facturas, reuniones con varios suplidores para propuestas de programas de digitalización a implementar en nuestra institución hospitalaria.	
2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.		No se ha realizado el desarrollo de un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos; pero si estamos trabajando en implementar la digitalización en la organización con un sistema que integre todos los procesos internos, con lo cual eficientizaremos nuestros servicios a toda la población que los demande y abrir el abanico de posibilidades a una conexión en red con las demás instituciones afines a la nuestra.
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	Se crean grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Evidencias: Imágenes y convenios y/o Contrato.	
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	Se utiliza asociaciones en diferentes niveles de gobierno para la presentación de servicios coordinados. Evidencias: Correos e Invitaciones a reuniones.	

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	La percepción que tiene los usuarios en diferentes aspectos del desempeño de la organización es de un 92.18% Evidencias: Encuesta de Satisfacción al Usuario y Microsoft Power BI.	

2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).	La valoración promedio de este periodo en la siguiente: Hospitalización: 99.92% Imágenes: 99.98% Laboratorio: 99.97% Emergencia: 99.85% Consulta Externa: 99.92% Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencia: Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		No se ha medido la participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	Con nuestra encuesta general de satisfacción, los usuarios expresaron un nivel de satisfacción en cuanto a la fiabilidad de un 100%. Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencias: Porcentaje Manejo de las informaciones según Encuesta de satisfacción al usuario Enero-Abril 2026 y Microsoft Power BI.	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	Conforme a la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de confianza generada hacia la organización y sus productos y servicios en los clientes de 84.21%. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	Según la encuesta general de satisfacción la accesibilidad a los servicios es de 99.74%. Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencias: Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	Por medio de las encuestas de satisfacción, la calidad de los productos y servicios ofrecidos es de 99.90%. Evidencias: Encuesta de satisfacción y Microsoft Power BI.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No se ha medido la percepción con relación a la diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades especificad del cliente (Edad, genero, discapacidad, etc.
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se ha medido la capacidad de la organización para la innovación.
5. Digitalización en la organización.		No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la digitalización en la organización.

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	Con nuestra encuesta de satisfacción los usuarios han contestado que el tiempo de espera de procedimiento es de 99.78% Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencia: Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	
2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.	Se gestionan las quejas con el buzón de quejas y sugerencias, como lo tenemos estipulado en nuestra carta compromiso a los ciudadanos el tiempo de respuesta de queja y sugerencias recibida por nuestros usuarios de 15 días laborables. También existe el sistema de quejas 311 con tiempo de respuesta a cada queja de 15 días Evidencias: Sistema 311, Buzón de quejas y sugerencias, Carta compromiso.	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.		No se miden los resultados con respecto a errores y cumplimiento de los compromisos y cumplimiento de los estándares de calidad.
5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	El Hospital ha cumplido en un 99.93% de los compromisos para garantizar la calidad en la CCC. Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencias: Reporte de Encuestas de Satisfacción.	

6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	Tenemos nuestra cartera de servicios ajustada al manual de cartera de servicios del SNS para centro de alta complejidad o de tercer nivel. Evidencia: Cartera de Servicio.	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	El índice de satisfacción de los usuarios es de 99.93%, en la CCC nos pusimos como meta de satisfacción de un 90%. Resultados de Encuestas Enero-Abril 2026. Evidencia: Encuesta de satisfacción, Microsoft Power BI y Carta Compromiso al Ciudadano.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	En nuestro Hospital contamos con diversos canales de información y comunicación que dispone la organización y resultados de su utilización. Evidencias: Instagram, Facebook, Carta Compromiso, Brochure, Murales, http://hospitalestrellaureña.god.do	

2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	Conforme a la encuesta de Clima Laboral las personas expresaron un nivel de exactitud de la información que se prevé a los grupos de interés es de un 88.27%.	
	Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
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.		No se mide la disponibilidad de los objetos o rendimientos y resultados de medición en la organización.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No se ha medido el porcentaje de cumplimiento; a pesar de que se han implementado y llevado a cabo varios programas con miras a eficientizar la calidad de los servicios.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se ha medido. En este sentido, contemplamos la posibilidad de la medición de los resultados del cumplimiento tomando en cuenta los indicadores correspondientes para obtener dichos resultados.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).		No se ha medido. En este sentido, contemplamos la posibilidad de la medición de los resultados del cumplimiento tomando en cuenta los indicadores correspondientes para obtener dichos resultados.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).		Aun no se ha medido los resultados de 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.)
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	La ciudadanía participa activamente a través de las redes sociales disponibles en el Hospital. Evidencias: Atencionalusuariohpeu@gmail.com Facebook Hospital Regional Presidente Estrella Ureña Instagram @HRPEU Twitter @PteEstrellaU	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los	Las personas contestaron un 88.27% de una imagen y rendimiento de la organización.	

ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Evidencia: Encuesta de Clima Laboral.	
2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.	Conforme la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de involucramiento de 83.18%. Evidencia: Encuesta de Clima Laboral.	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de participación 88.44%. Evidencia: Encuesta de Clima Laboral.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	Conforme a la concientizamos de las personas sobre posible conflicto de interés y la importancia de su comportamiento ético y la integridad es de un 89.1%. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	En nuestra encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de 82.42% de retroalimentación, consulta y dialogo y encuestas sistemáticas del personal. Evidencias: Encuesta Clima Laboral.	
6. La responsabilidad social de la organización.		No se ha medido la responsabilidad social de la organización.
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de 84.44% de apertura de la organización para el cambio y la innovación. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	Según la encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel 82.42% en el impacto de la digitalización de la organización.	

	Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	Según nuestra encuesta de satisfacción, el ciudadano cliente nos otorga un 99.78% en agilidad de los procesos. Evidencias: Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	Existe una percepción de un nivel 82.42% en las capacidades de los directivos para dirigir la institución. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	Existe una percepción de un nivel de 86.28% personal respecto al diseño y a gestión de los distintos procesos. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	En nuestra encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de 65.04% en el reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
4. La gestión del conocimiento.		No se mide la gestión de conocimiento.
5. La comunicación interna y las medidas de información.	Conforme a nuestra encuesta de clima laboral las personas expresaron un nivel de 84.84% con respecto a la comunicación interna y las medidas de información.	

	Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Conforme a la encuesta de clima laboral, el alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo es de 80.6%. Evidencia: Encuesta de Clima Laboral.	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No se mide la percepción del personal respecto al enfoque del Hospital para los cambios e innovación.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Las personas expresaron que el nivel del ambiente de trabajo y la cultura de la organización es de 80.58%. Evidencias: Encuesta Clima Laboral.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	Se percibe un 80.58% el nivel de flexibilidad con las condiciones de trabajo y problemas sociales de los colaboradores. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	Contamos con un manejo de igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización, las personas lo valoran con un 87.88% Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	Conforme a la encuesta de satisfacción las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo es de un 100%.	

	Evidencias: Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Acorde el desarrollo sistemático de carrera y competencias, la percepción de los colaboradores es de 77.07%. Evidencia: Encuesta de Clima Laboral y Plan Anual de Capacitación.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	Según la encuesta de clima laboral, los colaboradores expresaron un 70.53% de motivación y empoderamiento. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	En la encuesta de clima laboral, el personal valoró el acceso y calidad de la formación y desarrollo profesional con un 86.84%. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. Resultados generales en las personas.

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

1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	Acorde a la encuesta de clima laboral el 80.58% de los colaboradores expresaron que la relación a 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.). Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Según lo colaboradores valoraron en la encuesta de clima laboral un 84.44% la participación en actividades de mejora. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se ha medido el número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se ha medido la frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).		No se han medido los resultados de los indicadores sobre cantidad de horas dedicadas a la capacitación en servicio al cliente, y resultados de mediciones sobre el trato brindado por el personal.

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: 1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	Conforme a la encuesta de clima laboral los colaboradores valoraron con un 86.28% el rendimiento individual. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	El uso de las herramientas digitales de la comunicación e información para la gestión hospitalaria las personas valoraron en un 82.42%. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).		No se ha medido 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).
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	En la encuesta de clima laboral, los colocadores valoran estas acciones con un nivel 80.6%. El departamento de enfermería, de laboratorio, entre otros, realizan premiaciones anualmente, de los empleados más destacados. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.		No se han medido las actividades implementadas para la preservación y mantenimiento de los recursos.
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No se ha medido la reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local/global.
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.		No se mide el impacto del Hospital en el desarrollo económico de la comunidad; por lo que, consideramos de mucha relevancia la implementación de un sistema de medida que nos proporcione datos específicos al respecto.
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se mide el impacto de la organización en la democracia, la transparencia y el comportamiento ético; por lo que la implementación de la medida del impacto de nuestro hospital en la democracia, nos ayudaría sobremedida a crear modelos de mejoras en la calidad de nuestros servicios a la sociedad.
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No se mide la percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional o nacional e internacional; en este sentido, la implementación de indicadores medibles para la valoración de dicho impacto, serían de gran valor en lo relacionado a la implementación de mejoras adicionales para aumentar la calidad de los servicios a nuestros usuarios y la contribución al mantenimiento del medioambiente.

6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se ha medido ni se ha tomado decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		Aun no se tienen registro de 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.).
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Contamos con una cantidad indefinida de felicitaciones y sugerencias recibidas de nuestros pacientes y usuarios, tanto en los comentarios de nuestras redes sociales, así como de manera interna en los buzones de sugerencias y de manera directa tanto a los directivos como a los colaboradores. Evidencias: Capturas de comentarios de pacientes felicitándonos y realizando sugerencias, Informes de Buzones de Sugerencias, Encuesta de Satisfacción y Microsoft Power BI.	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).		No se han medido las actividades implementadas para la preservación y mantenimiento de los recursos.
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No se ha medido la frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	El Hospital da nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación. Evidencias: Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano. Se puede evidenciar en las respuestas que emite el Hospital a través de los medios de comunicación digital locales y el Portal de Transparencia. Plataforma 311. Redes sociales: -Facebook -Hospital Regional Presidente Estrella Ureña -Instagram -@HRPEU -Twitter (@PteEstrellaU)	

4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).	En nuestra institución contamos con colaboradores con diferentes discapacidades desempeñando sus labores en diferentes áreas: No videntes en el departamento de Rayos X, Discapacidad física para caminar, en el Departamento de Atención al Usuario, entre otros. Evidencias: Fotos.	
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	Apoyamos los proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas. Evidencias: Fotos de certificados	
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	Realizamos intercambios productivos de conocimientos e información con otros. Evidencias: Fotos de Benchmarking, Fotos de participación de Residentes en congresos nacionales e internacionales, Listado de asistencia.	
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Se ha desarrollado programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados. Evidencia: Acta Constitutiva Comité de Emergencias y Desastres Listado de participación, Minutas y Fotos.	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se mide la responsabilidad social; por lo que la realización de dicha medición nos arrojaría datos relacionados a la mejora de los servicios.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No contamos con la reducción del consumo energético ni consumo de kilovatios por día, nuestro hospital tiene más de 70 años de construido, ha sido sometido a evaluación y

		mejoras del cableado eléctrico y la puesta en funcionamiento de transformadores que garanticen la cantidad de kilovatios por día que el mismo consume y asegurar el funcionamiento adecuado de los equipos vitales para preservar la salud y vida de los pacientes. Contamos con una planta eléctrica que abastece en los momentos en que la compañía eléctrica de la ciudad no puede suministrar lo requerido.
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se ha medido el uso de incinerador para los residuos médicos.
11. Política de residuos y de reciclado.		No se ha medido la política de residuos y de reciclado.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	En el Hospital Regional Presidente Estrella Ureña hemos tenido avances significativos tanto en los servicios como en la calidad de los mismos, con resultados óptimos que se reflejan en la disminución de la Glosa Médica, aumento de servicios. Evidencia: Resultados Comparativos de la Glosa, Informe del 67A y 72A.	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No hay resultados en términos de Outcome (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).

3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No hay resultados de la evaluación comparativa (benchmarking) en términos de productos y resultados.
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Cumplimos con el nivel de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. Evidencias: Alianzas Interinstitucionales	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Se realizan auditoría externa de todos los procesos administrativos a través de varios auditores de la contraloría. El SNS inspecciona el cumplimiento para el proceso de habilitación (MSP), el cual hemos obtenido en tres ocasiones la renovación de la habilitación. Evidencias: Certificado de Habilitación, Evidencias de auditorías e inspecciones realizadas por instituciones externas como los auditores de la Contraloría, SNS, MSP, entre otros.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		Aun no se ha medido el resultado de la innovación en servicios y productos, ya que, estos programas son de reciente inicio.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se han medido los Resultados de la implementación de reformas del sector público.
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	Contamos con el apoyo del Patronato Presidente Estrella Ureña, el cual funge como institución de apoyo velando por la solución de un sinnúmero de necesidades en nuestra institución Hospitalaria. Evidencias: Certificado de Habilitación del Patronato Presidente Estrella Ureña.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	Eficientizamos 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 de un 77.69%, según los colaboradores en nuestra encuesta de clima laboral. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Las personas encuestadas en la encuesta de clima laboral registraron una valoración de 89.38% en los resultados de mejoras e innovaciones de procesos. Evidencias: Informes del 67A, Informe de Indicadores Priorizados del SRS-Norcentral	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	Se realizan comparación de indicadores de resultados con años anteriores; Facturación, Cuentas por Cobrar (ARS), Deuda, Glosa, Nómina Interna, Consultas, cirugías, laboratorios, imágenes, hospitalizaciones, emergencias, Mortalidad Materna, Mortalidad Neonatal. Evidencias: Informes del 67A, Informe de Indicadores Priorizados del SRS-Norcentral	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Implementación de nuevos programas para mejorar la calidad de los servicios: "Modulo de Gestión en la Disminución de la Morbi-mortalidad Materno-Neonatal (UNFPA/FUNDACION POPULAR/MSP/SNS): Canguro Intrahospitalario (UNICEF/SNS), SFH/HIV, Proyect HOPE, Saving Mothers, y el cumplimiento de las alianzas.	

	Evidencias: Listado de reuniones, fotos, informes, planes de mejoras, evidencias de actividades propias de cada programa.	
5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)	El impacto de la digitalización ha sido positivo, ya que muchos departamentos cuentan con programas que les permite llevar a cabo de manera adecuada todos sus procesos, lo cual ha permitido una mejora significativa en la prestación de los servicios con una valoración de 82.42%. Evidencias: Encuesta de Clima Laboral.	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos gerentes, en nuestra institución se ha renovado en tres ocasiones la licencia provisional (habilitación) para brindar servicios de salud dentro del territorio nacional otorgada por el Vice-Ministerio de la Garantía de la Calidad (VMGC), que es regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Nivel de cumplimiento en la Carta Compromiso al Ciudadano fue de un 90%. Evidencias: Certificado de Habilitación.	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Tenemos varios reconocimientos y certificaciones en Ranking Hospitalario también premio de Calidad en los Servicios. Evidencias: Fotos de los premios.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Siendo una institución que depende del Servicio Nacional de Salud (SNS), nos regimos bajo las normativas establecidas por el mismo para el cumplimiento del presupuesto, así como de los	

	objetivos financieros y con la valoración de parte del SNS al POA este último trimestre obtuvo un 93%. Evidencias: POA Actual	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No es posible evaluar la costo-efectividad en los servicios; por lo que un punto a mejorar es medir el costo de los mismos.

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.