

**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 Juan Pablo Pina_____

FECHA:

_____junio 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 1: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	El hospital cuenta con Misión, Visión y Valores institucionales actualizados y alineados con los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS). Estos elementos institucionales han sido difundidos mediante actividades de socialización y se encuentran publicados en áreas estratégicas del centro. Evidencias: Informe del Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Programa del Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Listado de Asistencia al Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Acta de Aprobación de la Actualización de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Registro Fotográfico del Taller de difusión 2025. Evidencia de Publicación de la Misión, Visión y Valores en áreas estratégicas 2025.	No se han realizado los cambios en los carteles institucionales (letreros en acrílico)

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.	Se ha establecido un marco de valores institucionales alineado con la misión y visión del hospital, en coherencia con los principios recientemente definidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta integración garantiza una dirección clara para la organización y refuerza su identidad institucional. Como parte del compromiso con la transparencia y la comunicación efectiva, la Misión, Visión y Valores han sido publicados en lugares estratégicos y de alta visibilidad dentro del hospital, tales como el área de emergencias, el lobby de la dirección y el área de consulta externa. Esta medida asegura que tanto el personal como los pacientes y visitantes puedan acceder fácilmente a esta información. La visibilidad constante de estos elementos facilita que todos los colaboradores —administrativos, personal médico, de enfermería y demás áreas— mantengan presente los principios que deben guiar su conducta y desempeño diario. Esta práctica promueve un entorno laboral orientado a la colaboración, el respeto mutuo y la excelencia en la atención. Asimismo, al mostrar los valores institucionales en espacios accesibles al público, se brinda a los pacientes y visitantes una visión clara de los principios que sustentan la atención que reciben. Esto contribuye a generar confianza, credibilidad y un mayor sentido de seguridad en quienes buscan servicios de salud en la institución. Evidencia: Informe de Publicación de la Misión, Visión y Valores Institucionales en áreas estratégicas del hospital, 2025.	
---	--	--

	Registro Fotográfico de la Publicación de la Misión, Visión y Valores Institucionales en el Área de Emergencias, 2025. Registro Fotográfico de la Publicación de la Misión, Visión y Valores Institucionales en el Lobby de la Dirección, 2025. Registro Fotográfico de la Publicación de la Misión, Visión y Valores Institucionales en el Área de Consulta Externa, 2025. Informe de Verificación de la Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales en áreas de atención al usuario, 2025.	
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 ha establecido marcos de valores institucionales plenamente alineados con su misión y visión, en concordancia con los lineamientos estratégicos definidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta alineación contribuye a consolidar una cultura organizacional sólida, coherente y orientada a resultados, facilitando la integración de principios compartidos en todos los niveles de la institución. Esta articulación permite asegurar que las decisiones, acciones y comportamientos del personal estén orientados hacia el logro de los objetivos estratégicos, no solo de la institución, sino también del sistema de salud en general, incluyendo las metas trazadas por las reformas del sector salud. La implementación de este marco de valores ha sido acompañada por acciones concretas como la difusión institucional y la visibilidad de estos principios en áreas clave del hospital, reforzando su función como guía ética y profesional para todos los colaboradores. Este enfoque fomenta una cultura basada en la responsabilidad, el compromiso, la transparencia y la	

	mejora continua, pilares fundamentales para la sostenibilidad del sistema de salud. Evidencia: Misión, Visión y Valores Institucionales física en entornos estratégicos de alta visibilidad. 2025.	
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 ha implementado intervenciones frecuentes y sostenidas para comunicar su Misión, Visión y Valores tanto a los colaboradores internos como a otros grupos de interés, como parte de su estrategia para fortalecer la identidad institucional y promover una cultura organizacional alineada con los principios del Servicio Nacional de Salud (SNS). Uno de los mecanismos clave utilizados para esta comunicación es la coordinación de espacios informativos a nivel departamental, lo que incluye: Reuniones de equipo donde se refuerzan los valores institucionales y se discute su aplicación práctica en el trabajo diario. Circulares internas y correos electrónicos informativos, enviados regularmente a los diferentes departamentos, que permiten mantener a todos los colaboradores actualizados y conscientes del propósito y dirección institucional. Materiales visuales y recursos informativos disponibles en medios digitales y físicos, que actúan como recordatorios constantes de los principios rectores del hospital. Estas acciones han permitido que la Misión, Visión y Valores no solo sean conocidos por el personal, sino	

	también interiorizados como parte integral del quehacer diario, promoviendo la cohesión interna, la orientación al paciente y la mejora continua. Evidencias: Informe Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Lista de Asistencia Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Registro Fotográfico Taller de Difusión de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Publicación de la Misión, Visión y Valores Institucionales en Murales Institucionales 2025. Comunicaciones Institucionales a los Departamentos sobre la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Minutas de Reuniones con Socialización de la Misión, Visión y Valores Institucionales 2025. Publicaciones de la Misión, Visión y Valores Institucionales en la Página Web Institucional 2025. Publicaciones de la Misión, Visión y Valores Institucionales en Redes Sociales Institucionales 2025.	
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	El Hospital cuenta con una infraestructura organizada de bases de datos tanto digitales como físicas, así como con archivos estructurados que permiten recopilar, gestionar y analizar información relevante. Esta estructura facilita el análisis demográfico y la identificación de patrones en la demanda de servicios, lo que contribuye a una planificación más eficiente y a la toma de decisiones basada en evidencia. Asimismo, se implementa de forma regular el uso de encuestas dirigidas a pacientes, las cuales recogen datos relacionados con sus preferencias, necesidades y nivel	

económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).	de satisfacción con los servicios recibidos. El análisis sistemático de estas encuestas permite al hospital: Medir la percepción de la calidad de la atención brindada. Detectar áreas de mejora en los distintos servicios. Identificar tendencias o cambios en las expectativas de los usuarios. Implementar acciones de mejora continua con base en resultados objetivos. Evidencias: Informe Estadístico del Departamento de Epidemiología 2025. Informe Estadístico del Departamento de Archivo Clínico 2025. Informe Estadístico del Departamento de Calidad Institucional 2025. Base de Datos Institucional en la Nube de los Departamentos de Epidemiología, Archivo Clínico y Calidad 2025. Inventario de Archivos Físicos Institucionales 2025. Registro de Organización y Trazabilidad de Archivos Físicos 2025. Base de Datos Digital de la Encuesta de Satisfacción Ciudadana 2025. Base de Datos Digital de la Encuesta de Experiencia del Paciente 2025.	
6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo,	El Departamento de Tecnología de la Información (TI) del hospital cuenta con capacitaciones en	

estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	ciberseguridad orientadas a garantizar la protección de los datos, asegurando la integridad y confidencialidad de la información en el entorno digital. Asimismo, los departamentos de Epidemiología, Estadística, Planeación y Desarrollo, Calidad Institucional gestionan bases de datos digitalizadas que contienen información relevante para sus respectivas áreas. Entre los datos manejados se incluyen indicadores de salud, estadísticas demográficas y registros de seguimiento relacionados con la calidad institucional, lo que permite una toma de decisiones oportuna y basada en evidencia. Evidencias: Plataforma SharePoint, repositorio institucional de información 2025. Plataforma Fortinet, gestión y almacenamiento seguro de la información institucional 2025. Base de Datos Digital del Departamento de Epidemiología 2025. Base de Datos Digital del Departamento de Estadísticas 2025. Base de Datos Digital del Departamento de Calidad Institucional 2025.	
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.	Se ha informado de manera pública que todos los servicios ofrecidos a la población son completamente gratuitos para el usuario. Asimismo, se han implementado medidas de control en la emisión de documentaciones solicitadas externamente, tales como certificados de nacimiento, defunción y certificaciones de salud, entre otros. Además, se han adoptado acciones orientadas a garantizar la transparencia en los procesos	“No se evidencia la conformación del Comité de Ética Pública durante el período evaluado.

	administrativos y financieros, con el fin de fortalecer la confianza institucional y asegurar el uso adecuado de los recursos públicos. Evidencias: Código de Ética Institucional 2026. Política Institucional sobre Conflicto de Intereses 2025. Acta de Conformación del Comité de Bioética 2025. Plan de Trabajo del Comité de Bioética 2025. Minutas de Reuniones del Comité de Bioética 2025. Procedimiento para la Recepción, Gestión y Seguimiento de Denuncias 2025 Registro de Denuncias y Seguimiento 2025.	
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 Dirección del hospital fomenta un clima organizacional basado en la confianza y el respeto mutuo entre los niveles directivos, los encargados de área y sus respectivos equipos de trabajo. Se promueve activamente el trabajo en equipo, así como una política de puertas abiertas que facilita la comunicación, la participación y el intercambio de ideas, fortaleciendo así el compromiso y la colaboración institucional. Evidencia: Matriz de Asignación de Responsabilidades Institucionales 2025. Cronograma de Reuniones de Seguimiento con el Personal 2025. Minutas de Reuniones de Seguimiento por Áreas 2025. Listas de Asistencia de las Reuniones de Seguimiento 2025. Registro Fotográfico de las Reuniones de Seguimiento 2025	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El hospital cuenta con una estructura organizativa aprobada por el Ministerio de Administración Pública y dispone del Manual de Organización y Funciones, en el cual se establecen las funciones y responsabilidades institucionales. Durante el período evaluado se encuentra trabajando en el desarrollo y actualización de los mapas de procesos. Evidencias: Manual de Organización y Funciones 2025. Estructura Organizativa Institucional 2025. Resolución núm. 22 de Aprobación de la Estructura Organizativa 2025. Publicación de la Estructura Organizativa Institucional 2025.	
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.	El hospital cuenta con un Plan Operativo Anual (POA) sujeto a monitoreo institucional y alcanzó un 98 % de cumplimiento en el último trimestre evaluado de 2025. El seguimiento se realiza mediante los mecanismos establecidos por el Servicio Nacional de Salud y la plataforma institucional correspondiente. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA) 2025. Informe de Monitoreo y Seguimiento del POA en SharePoint 2025. Registro de Monitoreo del POA en SharePoint 2025. Reporte de Resultados SISMAP-Salud 2025.	

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 recopila información de los ciudadanos/usuarios mediante encuestas de satisfacción, quejas y sugerencias depositadas en 6 buzones institucionales, y utiliza además información estadística del Formulario 67-A como insumo para la gestión y seguimiento de los servicios. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025. Base de Datos Digital de la Encuesta de Satisfacción 2025. Actas de Apertura de Buzones de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones 2025. Matriz Consolidada de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025.	
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 cuenta con varias plataformas informáticas de gestión como SIGHO, SUGEMI, SITREP, SharePoint y otras plataformas de monitoreo del desempeño desde el SNS. Evidencias: Reporte de Gestión de Medicamentos e Insumos de la Plataforma SUGEMI 2025. Reporte de Gestión Hospitalaria de la Plataforma SIGHO 2025. Reporte de Situación Hospitalaria (SITREP) 2025. Informe de Monitoreo y Seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) en la Plataforma SharePoint 2025. Reporte de Resultados SISMAP Salud 2025.	

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 realizado el proceso de autoevaluación utilizando el modelo CAF (Marco Común de Evaluación), lo cual ha permitido identificar fortalezas y áreas de mejora. Como resultado de este ejercicio, se ha elaborado un Plan de Mejora Institucional con acciones concretas orientadas a elevar la eficiencia organizacional, fortalecer la calidad de los servicios y consolidar una cultura de mejora continua. Evidencias: El documento digital CAF y plan de mejoras.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	El hospital mantiene una comunicación institucional eficiente en todos los niveles, utilizando herramientas como los correos electrónicos oficiales de cada área y grupos organizados de WhatsApp. Estos canales permiten una comunicación fluida, oportuna y directa entre los diferentes departamentos y equipos de trabajo, facilitando la coordinación de actividades y la toma de decisiones en tiempo real. Evidencias: Correos Electrónicos Institucionales sobre Asuntos Oficiales 2025. Registro de Comunicaciones Institucionales por Correo Electrónico 2025. Registro de Comunicaciones a través de Grupos de WhatsApp Institucionales 2025. Capturas de Comunicaciones Oficiales en Grupos de WhatsApp Institucionales 2025.	
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 cuenta con diversos comités institucionales que se reúnen de forma mensual, con la participación activa de los mandos medios y la alta gerencia. Además, se realiza la entrega diaria de guardia en las distintas áreas clínico-quirúrgicas, lo que garantiza la continuidad de los servicios y la comunicación efectiva entre turnos.	

	Asimismo, se llevan a cabo reuniones periódicas a nivel departamental y por divisiones, en las cuales se abordan temas relacionados con la planificación, seguimiento y monitoreo de las acciones institucionales, asegurando una gestión alineada con los objetivos estratégicos del hospital. Evidencias: Planes de Mejora por Áreas 2025. Informes de Seguimiento a los Planes de Mejora por Áreas 2025. Minutas de Reuniones de Seguimiento por Áreas 2025. Listas de Asistencia de las Reuniones de Seguimiento 2025. Registros de Entrega y Recepción de Guardias 2025.	
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 comunicación eficiente en todos los niveles de la institución mediante el uso de múltiples canales digitales. Entre ellos se incluyen redes sociales institucionales como Instagram, Twitter y Facebook, así como plataformas de mensajería como WhatsApp, correos electrónicos oficiales y otros medios digitales. Esta estrategia multicanal permite una difusión oportuna de información interna y externa, fortaleciendo la coordinación institucional y la relación con la ciudadanía. Evidencias: Correos Electrónicos Institucionales para la Comunicación de Asuntos Oficiales 2025. Registro de Comunicaciones Institucionales por Correo Electrónico 2025. Publicaciones Institucionales en Redes Sociales 2025. Registro de Difusión de Informaciones a través de Redes Sociales Institucionales 2025.	

9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.	Los directivos promueven una cultura de mejora continua mediante reuniones periódicas de seguimiento, análisis de indicadores, revisión de planes de mejora y recepción de propuestas de los encargados departamentales, las cuales son evaluadas para su implementación. Evidencias: Informe de Reuniones para la Generación de Propuestas de Mejora 2025 Registro de Propuestas de Mejora Recibidas 2025. Informe de Implementación de Mejoras Institucionales 2025. Minutas de Reuniones para la Evaluación y Aprobación de Propuestas de Mejora 2025.	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	El hospital comunica de manera regular las iniciativas de cambios en el escenario de las reuniones que garantiza que todos los miembros del personal estén informados y puedan adaptarse y contribuir de manera efectiva a los cambios. Evidencias: Minutas de Reuniones Institucionales 2025. Boletines Informativos Institucionales difundidos por Correo Electrónico 2025. Registro de Distribución de Boletines Informativos por Correo Electrónico 2025.	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	El hospital cuenta actualmente con un Comité de Bioética debidamente conformado, encargado de velar por el cumplimiento de principios éticos en la atención a los usuarios y en los procesos clínicos y administrativos. Este comité contribuye a la toma de decisiones responsables, garantiza el respeto a los derechos de los pacientes y promueve buenas prácticas dentro del marco legal y ético institucional.	“No se ha realizado la conformación del Comité de Ética Pública

	Evidencias: Acta Constitutiva del Comité de Bioética Hospitalaria 2025.	
--	--	--

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.	Los líderes institucionales demuestran un compromiso personal con la declaración estratégica al participar en todas las actividades realizadas dentro y fuera de la institución, en pleno desempeño de sus respectivas funciones y responsabilidades. Posiciones y normas institucionales, Coordinación, Planificación y Participación Activa en Reuniones y Participación y Apoyo logró directo de metas y objetivos. Cada jefe de servicio participa en las entregas de guardias matutinas, para el fortalecimiento de la docencia, conjuntamente se realizan discusión de En casos clínicos, se hacen entregas de guardias. Contamos con residencias médicas, acuerdos con universidades con fines de impartir docencia a los Estudiantes de medicina y enfermería. Evidencias: Registros de Entrega y Recepción de Guardias 2025. Programación de Rotación de Médicos Residentes 2025. Programación de Rotación de Internos y Preinternos 2025. Programa de Docencia del Personal de Enfermería 2025. Actas Constitutivas de los Comités Institucionales 2025.	

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 promueve una comunicación estrecha y efectiva orientada a la mejora continua de sus servicios y al fortalecimiento de la eficiencia institucional. Este compromiso se extiende desde la alta dirección y los líderes departamentales hasta todos los colaboradores, bajo la aplicación de la política de “Puertas Abiertas”. Esta política garantiza una disposición permanente para atender tanto al personal interno como a los usuarios externos, fomentando un ambiente de diálogo, confianza y participación activa. Evidencias: Minutas de Reuniones Departamentales 2025. Listas de Asistencia 2025. Informes Departamentales 2025. Libro de Visitas Institucional 2025.	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	La comunicación de los asuntos institucionales clave se realiza a través de reuniones dentro del centro de salud, lo que permite mantener informados a todos los niveles del personal sobre temas relevantes para la gestión. Además, se utiliza un mural interno informativo como medio complementario de difusión. El hospital también dispone de un buzón de sugerencias dirigidos a los colaboradores internos, con el objetivo de fomentar la participación, recoger ideas de mejora y fortalecer la cultura organizacional basada en la escucha activa y el trabajo colaborativo. Evidencias: Convocatorias 2025. Mural Informativo Institucional 2025. Interacciones de Grupos Institucionales 2025. Minutas de Reuniones 2025. Registro del Buzón de Sugerencias para Colaboradores 2025.	

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 evidencia un sólido respaldo al personal mediante la adecuada provisión de herramientas, equipos, asesorías, canales de comunicación, capacitaciones y vestuario necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones. Asimismo, se ha implementado un proceso estructurado de entrega de guardia en cada cambio de turno, donde se revisan y evalúan las novedades ocurridas en las últimas 24 horas por áreas, lo que contribuye a una gestión eficiente y a la continuidad operativa. Evidencias: Registro de Entrega de Uniformes 2025. Registro de Entrega de Equipos de Protección Personal 2025. Actas de Recepción de Equipos 2025. Órdenes de Compra 2025. Registros de Entrega de Guardia 2025.	
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	La alta dirección delega de manera efectiva en los mandos medios la supervisión de las distintas áreas, asegurando así una gestión descentralizada alineada con el Plan Operativo Anual (POA). Cada área elabora su respectiva Memoria Institucional, lo que promueve la responsabilidad y el sentido de pertenencia entre los colaboradores. Además, se mantienen reuniones periódicas entre la dirección y los distintos departamentos, fortaleciendo la comunicación interna y la toma de decisiones informadas. Evidencias: Informes Departamentales 2025. Minutas de Reuniones 2025. Listas de Asistencia 2025.	

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 Departamento de Recursos Humanos identifica y documenta las necesidades de capacitación del personal a través del formulario de detección de necesidades, facilitando el acceso a oportunidades de formación mediante la concesión de permisos y apoyos para estudios. Además, las entregas de guardia realizadas por los médicos residentes constituyen espacios valiosos de socialización y aprendizaje en torno a casos clínico-quirúrgicos. De igual manera, las entregas de turno entre servicios médicos y de enfermería promueven el intercambio de conocimientos y experiencias entre el personal. La entrega de guardia general se consolida como un espacio integral de socialización interdisciplinaria, fortaleciendo la comunicación y el aprendizaje colaborativo entre distintas especialidades Evidencias: Formulario de Detección de Necesidades 2025. Permisos a Empleados 2025. Informe de Entrega de Guardia 2025.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	El hospital cuenta con un mural institucional destinado al reconocimiento del personal, donde se destaca mensualmente a colaboradores por su desempeño. Adicionalmente, las distintas áreas realizan reconocimientos internos a su equipo, fomentando un ambiente de motivación y valoración del trabajo. Asimismo, se reconoce públicamente al departamento que obtiene la calificación más alta en la Carta Compromiso, promoviendo la excelencia y el compromiso institucional. Evidencias: Murales Institucionales 2025. Certificados 2025	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	El hospital realiza un seguimiento sistemático a las expectativas y percepciones de los grupos de interés a través de diversos mecanismos, como encuestas de satisfacción (incluyendo formatos digitales), buzones de sugerencias y el análisis de reportes estadísticos como el formulario 67-A. Estas herramientas permiten recoger información valiosa para la toma de decisiones, el mejoramiento continuo y el fortalecimiento de la calidad en los servicios ofrecidos. Evidencias: Actas de Apertura de Buzones 2025. Informes de Análisis de Buzones 2025. Informes de Resultados de Encuestas de Satisfacción 2025. Reportes Estadísticos Formulario 67-A 2025.	
2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.	El hospital mantiene una relación activa y colaborativa con actores clave del entorno, mediante encuentros frecuentes con líderes políticos, empresarios, representantes de organizaciones sociales y comunitarias, a quienes se les presenta el modelo de gestión institucional y se les comunican las principales necesidades del centro. Asimismo, se evidencia un compromiso constante con el entorno, reflejado en la participación y apoyo a las actividades convocadas por instancias locales y nacionales, fortaleciendo así los vínculos interinstitucionales y la articulación con el entorno. Evidencias: Minutas de Reuniones 2025. Listas de Asistencia 2025. Informes de Talleres 2025.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	El hospital realiza un seguimiento riguroso a las políticas públicas y al marco normativo que rige su accionar institucional, asegurando la alineación de sus procesos y estrategias con la legislación vigente. Este seguimiento	

	incluye la observancia de leyes fundamentales como la Ley General de Salud No. 42-01 y sus reglamentos, la Ley de Seguridad Social No. 87-01, el Plan Plurianual del Sector Público, el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud (SNS), la Ley No. 41-08 de Función Pública y el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Esta práctica garantiza una gestión institucional coherente, legalmente sustentada y orientada al cumplimiento de los objetivos del sector salud. Evidencias: Ley General de Salud No. 42-01. Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Plan Estratégico Institucional del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025. Ley No. 41-08 de Función Pública. Reglamento de Gestión de Recursos Humanos del Servicio Nacional de Salud (SNS). Repositorio Normativo Institucional 2025.	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	El Plan Operativo Anual (POA) del hospital se encuentra plenamente alineado con el Plan Estratégico del Servicio Nacional de Salud (SNS), lo que garantiza la coherencia entre la planificación institucional y los objetivos estratégicos del sector salud. Esta alineación permite orientar las acciones del hospital hacia el logro de metas comunes, fortaleciendo la eficiencia, la pertinencia y el impacto de los servicios ofrecidos a la población. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA) 2025. Matriz de Alineación del Plan Operativo Anual (POA) con el Plan Estratégico Institucional del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025. Informe de Seguimiento y Ejecución del Plan Operativo Anual (POA) 2025.	

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.).	El hospital mantiene acuerdos y vínculos de cooperación con diversas instituciones públicas y privadas, así como con autoridades del sector salud, incluyendo el SRS, SNS, Sistema 9-1-1, INFOTEP, SUGEMI, Promese/Cal, UNIREMOS, UASD, UFHEC, UNAP, la Gobernación Provincial, la Dirección Provincial de Salud (DPS) de San Cristóbal, el Ayuntamiento y laboratorios clínicos. Además, la institución participa activamente en actividades organizadas por asociaciones profesionales y empresariales, lo que fortalece la articulación interinstitucional, fomenta el intercambio de conocimientos y contribuye al desarrollo de capacidades del personal y al mejoramiento de los servicios de salud. Evidencias: Listas de Asistencia 2025. Programas de Actividades Institucionales 2025. Minutas de Reuniones Institucionales 2025. Registro Fotográfico de las Actividades Institucionales 2025. Publicaciones en Redes Sociales Institucionales 2025. Reportes de Publicaciones Digitales Institucionales 2025.	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	El hospital ha participado activamente en diversas iniciativas interinstitucionales, abordando temas clave como calidad en los servicios, compras y contrataciones públicas, actualización en el manejo del dengue, humanización en la atención en salud, y articulación institucional para el fortalecimiento de la respuesta conjunta SNS-CONANI. Asimismo, ha colaborado en campañas de vacunación y jornadas de concientización orientadas a la prevención de enfermedades. A nivel interno, el hospital ha organizado charlas y talleres dirigidos al personal médico y de enfermería, enfocados en temas de calidad y epidemiología, con el objetivo de fortalecer las competencias del equipo de salud y asegurar una	

	atención oportuna, humana y efectiva para la comunidad. Evidencias: Lista de Asistencia 2025. Registro Fotográfico 2025.	
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.	Gestión estratégica de la comunicación y posicionamiento digital La Relacionista Pública del hospital coordina y difunde de manera integral toda la información institucional a través de la página web, medios digitales y redes sociales, asegurando un posicionamiento sólido y coherente en la comunidad. Gracias a su labor: Se mantiene un canal de comunicación ágil y transparente con pacientes, personal médico y público en general. Se atienden de forma oportuna y profesional las consultas y comentarios de los usuarios, reforzando la confianza y la cercanía. Se promueven activamente eventos y campañas institucionales, así como iniciativas de responsabilidad ambiental (uso racional de luz y agua) y de prevención en salud Evidencias: Notas de Prensa Institucionales 2025. Publicaciones Institucionales en la Página Web 2025. Publicaciones Institucionales en Redes Sociales 2025. Reporte de Publicaciones Institucionales Digitales 2025.	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización: 1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.	El Hospital ha implementado un proceso estructurado y continuo de vigilancia estratégica de su entorno externo, abarcando aspectos legales, políticos, socioculturales, económicos, demográficos, ambientales, médicos y tecnológicos. Este mecanismo se integra plenamente con el Sistema de Gestión de Calidad, garantizando que la planificación estratégica incorpore insumos actualizados y realice ajustes oportunos para la mejora constante de sus servicios. Evidencia: Actas de Reuniones Trimestrales del Comité de Calidad 2025.	
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 realiza durante el período evaluado reuniones con grupos de interés, entre ellos proveedores, representantes comunitarios y colaboradores, como mecanismo de interacción institucional. Evidencias: Listas de Asistencia 2025. Registro Fotográfico 2025.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El hospital realizó durante 2025 la socialización del Protocolo Migratorio como una acción relacionada con la difusión y conocimiento de disposiciones aplicables al sector salud. Evidencias: Convocatoria para la Socialización del Protocolo Migratorio 2025. Lista de Asistencia a la Socialización 2025. Registro Fotográfico 2025. Material de Presentación del Protocolo Migratorio 2025.	

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.).	El hospital realizó durante 2025 un análisis FODA institucional para identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas relacionadas con su funcionamiento y entorno. Evidencia: Informe de Análisis FODA Institucional 2025.	
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
↳ 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 cuenta con una misión, visión y valores claramente definidos, alineados con las prioridades estratégicas y directrices establecidas por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Estos elementos fundamentales se traducen en objetivos estratégicos concretos orientados a: Garantizar servicios de atención centrados en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Ejecutar una gestión institucional basada en el análisis de información, la planificación y la mejora continua, con el propósito de consolidarse como un hospital de autogestión. Fortalecer la gestión clínica segura y de calidad, mediante la aplicación de protocolos y guías clínicas y quirúrgicas actualizadas. Impulsar el desarrollo del talento humano, promoviendo sus competencias para asegurar la excelencia en la prestación de los servicios de salud Evidencias:	

	Página Web Institucional 2025. Brochure de Inducción Institucional 2025. Plan Operativo Anual (POA) 2025. Plan de Capacitación Institucional 2025. Informe Financiero Institucional 2025. Informe de Gestión Institucional 2025. Informe de Ejecución del Plan Operativo Anual (POA) 2025.	
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 dispone de canales efectivos de comunicación con los usuarios-clientes, tales como los buzones de quejas y sugerencias, y la Oficina de Acceso a la Información (OAI), los cuales permiten identificar de manera oportuna sus necesidades, inquietudes y expectativas. Este enfoque facilita la conversión de algunas quejas en sugerencias constructivas, que sirven como insumos valiosos para la mejora continua de los servicios y la toma de decisiones orientadas a la satisfacción del ciudadano Evidencia: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025. Matriz Consolidada de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones 2025. Informe de Gestión de la Oficina de Acceso a la Información (OAI) 2025.	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	El hospital implementa acciones sistemáticas para garantizar un entorno seguro, higiénico e inclusivo, en beneficio de usuarios y colaboradores. Se realiza la medición y control de la calidad del agua, evaluando niveles de cloro, realizando cultivos periódicos y aplicando protocolos de operación y tratamiento del agua establecida. Las labores de limpieza y desinfección del centro están a cargo de personal capacitado, con el acompañamiento del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y el Comité	

	de Bioseguridad. Las áreas son sometidas a limpieza diaria bajo supervisión de mayordomía, incluyendo el uso de hojas de control visibles en los baños para garantizar la trazabilidad. Asimismo, se lleva un registro detallado de accidentes laborales y de incidentes con objetos punzocortantes, aplicando medidas preventivas oportunas para minimizar riesgos y fortalecer la seguridad ocupacional. En el ámbito de la equidad e inclusión, el hospital promueve un ambiente laboral diverso, con colaboradores de distintos géneros y creencias. Los servicios de salud se brindan sin discriminación por país de origen, religión, orientación sexual u otras condiciones, en cumplimiento de los principios de igualdad y respeto a los derechos humanos. Evidencias: Informe de Calidad del Agua 2025. Informe de Limpieza y Desinfección Hospitalaria 2025. Registro de Accidentes Laborales 2025. Registro de Accidentes por Exposición a Objetos Punzocortantes 2025. Reporte de Nómina Institucional 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Expedientes Clínicos 2025. Expedientes del Personal 2025.	
4.Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	El hospital realiza un levantamiento sistemático por áreas funcionales con el propósito de planificar y alinear los recursos necesarios con el Plan Operativo Anual (POA). Este enfoque permite una gestión eficiente y anticipada de las necesidades institucionales. Asimismo, se garantiza la disponibilidad de recursos financieros mediante ingresos provenientes de la	“No se ha realizado un ejercicio de planificación del presupuesto por renglones, y tomando en cuenta la capacidad de producción y la venta de servicios a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) “

	prestación de servicios a través de las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) y los fondos asignados por el Servicio Nacional de Salud (SNS), lo que contribuye a la sostenibilidad operativa y al cumplimiento de los objetivos estratégicos del centro. Evidencias: Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) 2025. Órdenes de Compra 2025. Informe de Ejecución Presupuestaria 2025. Reporte de Transferencias del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025. Reporte de Ingresos por Venta de Servicios 2025.	
--	---	--

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): I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.	El hospital implementa procesos de planificación alineados con las directrices y prioridades establecidas por el Servicio Nacional de Salud (SNS), considerando el marco temporal correspondiente. Todas las actividades de los Departamentos, Divisiones y Secciones se organizan de manera estructurada a través del Plan Operativo Anual (POA), lo que permite una coordinación eficiente de los recursos, una orientación clara hacia los objetivos institucionales y un adecuado seguimiento de los resultados. Evidencias: Informe de Monitoreo y Seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) en la Plataforma del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025. Registro de Monitoreo de Evidencias de las Actividades en la Plataforma SharePoint 2025. Informes Mensuales de Gestión de las Áreas 2025.	

	Informe General Mensual de Estadísticas y Epidemiología 2025.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	Los planes institucionales del hospital definen claramente los objetivos y las actividades necesarias para su cumplimiento. El grado de avance y ejecución de dichas tareas es monitoreado de forma sistemática mediante la recolección y carga de evidencias en las plataformas del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Ministerio de Administración Pública (MAP), lo que garantiza la trazabilidad, la rendición de cuentas y la mejora continua en la gestión. Evidencias: Plan Operativo Anual (POA) 2025. Informe de Ejecución del Plan Operativo Anual (POA) 2025. Informe de Seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) 2025. Registro de Carga de Evidencias en la Plataforma del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025. Registro de Carga de Evidencias en la Plataforma del Ministerio de Administración Pública (MAP) 2025.	
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.	El hospital cuenta con mecanismos efectivos de comunicación interna para la difusión de los objetivos, estrategias, resultados y demás informaciones relevantes. Esta comunicación se realiza a través de reuniones de equipo, encuentros institucionales, grupos de WhatsApp, correo electrónico y otros medios digitales, asegurando que las asignaciones y responsabilidades lleguen de forma clara y oportuna a cada área. Este enfoque favorece la alineación organizacional, la participación activa del personal y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Evidencias: Correos Electrónicos Institucionales 2025.	

	Registro de Comunicaciones a través de Grupos de WhatsApp Institucionales 2025. Minutas de Reuniones Institucionales 2025.	
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 realiza un monitoreo sistemático, tanto trimestral como anual, de los logros institucionales en todos los niveles organizativos. Este proceso permite evaluar el progreso hacia los objetivos establecidos, medir la eficacia de las estrategias y acciones implementadas, y aplicar los ajustes necesarios para garantizar la mejora continua del desempeño institucional. Evidencia: Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Informe Mensual de Gestión Institucional 2025. Informe de Monitoreo por Áreas o Departamentos 2025. Memoria Institucional 2025.	

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 identifica periódicamente necesidades de transformación digital mediante reuniones de seguimiento institucional, análisis de requerimientos de las áreas y evaluación de oportunidades de mejora tecnológica. Como resultado, se ha fortalecido el acceso a internet en áreas críticas, incorporado herramientas digitales para el manejo de imágenes diagnósticas y digitalizados bases de datos institucionales. Evidencias: Informe de Levantamiento de Necesidades Tecnológicas 2025. Minutas de Reuniones para la Aprobación de Mejoras Tecnológicas 2025. Plan de Transformación Digital Institucional 2025.	“No contamos con software para la gestión clínica y financiera”

	Registro de Solicitudes de Recursos Tecnológicos 2025. Plan Operativo Anual (POA) 2025.	
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 implementa de manera constante procesos de <i>benchmarking</i> y <i>benchlearning</i>, realizando comparaciones con hospitales que ocupan las primeras posiciones en el ranking de SISMAP Salud. Esta práctica facilita la identificación e incorporación de buenas prácticas y la evaluación comparativa del desempeño institucional. Los aprendizajes obtenidos se documentan mediante el seguimiento mensual y se complementan con el intercambio directo de experiencias a través de conversaciones sostenidas con los gestores de esos hospitales, utilizando canales como WhatsApp. Este enfoque práctico y colaborativo fortalece la cultura de aprendizaje continuo y contribuye a la mejora de la calidad de los servicios prestados. Evidencias: Registro de Intercambio de Buenas Prácticas con Gestores de Hospitales a través de WhatsApp Institucional 2025. Reporte de Resultados SISMAP Salud 2025. Cuadro Comparativo de Posición y Calificación SISMAP Salud 2025	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	El hospital dispone de una estrategia multicanal de comunicación que permite mantener informados tanto a los usuarios como al personal interno. A través de grupos de WhatsApp, redes sociales institucionales, reuniones internas y el portal de la Oficina de Acceso a la Información (OAI), se comunican de forma oportuna los cambios en la cartera de servicios, las nuevas implementaciones, así	

	como las compras, adquisiciones de equipos y otros procesos administrativos relevantes. Este enfoque garantiza una comunicación clara y accesible, fortalece la transparencia institucional, fomenta la participación activa de los grupos de interés y promueve el uso adecuado de los servicios ofrecidos por el hospital. Evidencias: Interacciones de Redes Sociales Institucionales 2025. Registros del Portal OAI 2025. Minutas de Reuniones 2025. Listas de Asistencia 2025. Correos Institucionales 2025.	
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 dispone de mecanismos formales para la recepción, análisis y seguimiento de propuestas de mejora generadas por colaboradores a través de reuniones de comités institucionales, equipos multidisciplinarios y procesos de monitoreo de indicadores. Las propuestas son evaluadas y aquellas aprobadas se incorporan a planes de mejora institucional. Evidencias: Matriz de Propuestas de Mejora 2025. Registro de Ideas Recibidas 2025. Planes de Mejora Derivados 2025. Informes de Implementación 2025. Actas de Aprobación de Iniciativas 2025	
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	La incorporación de procesos automatizados en el laboratorio clínico constituye un avance estratégico en la eficiencia operativa del hospital. Esta innovación ha permitido reducir significativamente los tiempos de	

	entrega de resultados, mejorando la precisión y rapidez en los diagnósticos. Como resultado, los pacientes reciben atención más oportuna, lo que facilita intervenciones clínicas tempranas y efectivas, contribuyendo a una mejor recuperación y calidad de vida. Esta mejora refleja el compromiso institucional con la excelencia en la atención sanitaria y reafirma su enfoque hacia la mejora continua, mediante la adopción de tecnologías innovadoras orientadas al beneficio directo de los usuarios y al fortalecimiento del sistema de salud. Evidencias: Equipos de Laboratorio 2025. Informes de Laboratorio 2025.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El hospital evidencia una gestión proactiva y estratégica en la identificación de las necesidades presentes y futuras en materia de recursos humanos, mediante un diálogo continuo con las distintas áreas operativas y administrativas. Esta práctica favorece una planificación integral del talento humano, alineada con los objetivos institucionales y con la dinámica del entorno sanitario. Paralelamente, se están llevando a cabo acciones orientadas al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera de la institución. Destacan entre estas los esfuerzos para reducir la deuda institucional, minimizar las glosas y optimizar los procesos de facturación, lo cual impacta positivamente en la eficiencia operativa y en la transparencia de la gestión económica. Asimismo, se ha garantizado la disponibilidad y gestión efectiva de los recursos financieros, tanto de los provenientes de la prestación de servicios a través de las ARS como de los fondos asignados por el Servicio	

	Nacional de Salud (SNS), asegurando la continuidad operativa y el cumplimiento de los compromisos institucionales en el marco de una administración responsable. Evidencias: Informes de Gestión de Glosas 2025. Reportes Comparativos de Glosas 2025. Reportes SISMAP Salud 2025. Reportes de Transferencias del SNS 2025. Reportes de Ingresos por Venta de Servicios ARS 2025.	
--	--	--

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)	Areas de Mejora
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	El hospital realiza un análisis periódico de las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, en coherencia con la estrategia institucional y en consonancia con las directrices establecidas por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta práctica permite anticipar escenarios, planificar con enfoque estratégico y responder de manera oportuna a los requerimientos específicos de los distintos departamentos. Gracias a este enfoque, la institución garantiza una adecuada dotación y distribución del personal, asegurando la continuidad y calidad de los servicios, así como la alineación del talento humano con los objetivos organizacionales y las demandas del entorno sanitario Evidencia: Plan Operativo Anual POA 2025: Metas específicas en recursos humanos. Informes de Diagnóstico de Necesidades de RRHH 2025. Circulares Oficiales del SNS 2025: Lineamientos sobre dotación de personal. Solicitudes y Requerimientos Internos de Personal 2025.	
2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento,	El hospital ha desarrollado e implementado una política de recursos humanos transparente y basada	

promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	en criterios objetivos, alineada con la estrategia institucional. Esta política orienta procesos clave como la promoción interna, el desarrollo profesional, la delegación de funciones, la asignación de responsabilidades y el reconocimiento del desempeño, garantizando la equidad y el fortalecimiento del capital humano. Aunque el hospital no gestiona directamente el reclutamiento ni la remuneración del personal, sí ejerce un rol activo en la gestión interna del talento, tomando decisiones fundamentadas en competencias verificables, desempeño demostrado y alineación con los valores institucionales. Particularmente en la asignación de funciones gerenciales y responsabilidades estratégicas, se consideran tanto las capacidades técnicas como las habilidades de liderazgo, asegurando una dirección efectiva orientada a resultados y a la mejora continua. Este enfoque contribuye a consolidar una cultura organizacional sólida, participativa y comprometida con la calidad del servicio y la sostenibilidad institucional. Evidencias: Actas de Comités de Asignación de Funciones y Promociones 2025. Listados de Personal con Funciones y Cambios Documentados 2025. Informes de Desempeño para Reconocimientos o Asignación de Cargos 2025. Formularios y Resultados de Evaluaciones de Desempeño 2025. Planes Anuales de Formación Continua del Personal 2025.	
---	---	--

3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.	El hospital implementa en su política de recursos humanos principios fundamentales como la equidad, mérito, igualdad de oportunidades, neutralidad política, diversidad, responsabilidad social y el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, contribuyendo así a un entorno laboral justo, inclusivo y motivador. Aunque la gestión del reclutamiento y la selección de personal no es realizada directamente por el hospital, se promueve de forma activa la aplicación de estos valores en todos los procesos internos relacionados con la administración del talento humano, tales como la asignación de funciones, la promoción, el desarrollo de competencias, la evaluación de desempeño y el reconocimiento institucional. Estas prácticas fortalecen una cultura organizacional orientada a la mejora continua, al desarrollo profesional del personal y al cumplimiento ético de la misión institucional, en coherencia con los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y los principios del buen gobierno institucional. Evidencias: Asignación de Funciones y Promociones por Criterios Objetivos 2025. Informes de Evaluación de Desempeño y Seguimiento a Competencias del Personal 2025. Registros de Ajustes Razonables y Prácticas de Conciliación 2025. Correspondencia con el SNS sobre Lineamientos en Gestión de Personal 2025.	
--	---	--

4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	El hospital utiliza herramientas digitales para apoyar la formación del personal mediante plataformas como Google Meet, Microsoft Teams, Zoom y el campus virtual de la OPS, facilitando la participación en actividades formativas a distancia. Evidencias: Certificados de Formación 2025. Listas de Asistencia 2025. Registros de Participación en Cursos Virtuales 2025.	
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	El hospital cuenta con un Plan Anual de Capacitación 2025, elaborado considerando las necesidades de formación identificadas, con el propósito de fortalecer los conocimientos y competencias del personal. Durante el período evaluado, el Plan Anual de Capacitación alcanzó un 95 % de ejecución, evidenciando un alto nivel de cumplimiento de las actividades formativas programadas.	

	Evidencias: Plan Anual de Capacitación 2025. Informe de Ejecución del Plan Anual de Capacitación 2025. Listados de Asistencia a Capacitaciones 2025.	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	El hospital realiza talleres y actividades de capacitación dirigidos a actualizar y fortalecer los conocimientos del personal. Evidencias: Listados de Asistencia a Capacitaciones 2025.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Actualmente, llevamos a cabo el proceso de evaluación del desempeño mediante el componente de logro de metas. En este proceso, se establece de manera conjunta el nivel de compromiso de cada colaborador con el cumplimiento de las tareas asignadas, promoviendo así la responsabilidad y el enfoque en los resultados. Evidencia: Formulario de Acuerdo de Desempeño 2025.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Se realizan reuniones de seguimiento semestrales con el propósito de verificar el nivel de cumplimiento del componente de logros de metas, lo que permite monitorear el avance, identificar oportunidades de mejora y garantizar la alineación con los objetivos institucionales. Evidencia: Minuta de Monitoreo para Acuerdos de Desempeño 2025.	
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.	El hospital aplica una política de género como parte de su estrategia para una gestión eficaz de los recursos humanos, promoviendo la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Asimismo, concede licencias por maternidad y paternidad, garantizando el respeto a los derechos laborales y fomentando un entorno laboral equitativo e inclusivo. Evidencias: Registros de la Unidad de Género del Centro 2025. Base de Datos de RRHH de Licencias 2025.	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas 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.	El hospital dispone de un Manual de Organización y Funciones, instrumento fundamental para definir y comunicar la estructura organizativa, así como las funciones, responsabilidades y relaciones jerárquicas del personal. Este documento, alineado con los lineamientos del SNS y el MAP, facilita la gestión eficiente de los recursos humanos y contribuye a la mejora del desempeño institucional. Además, la institución cuenta con un plan anual de capacitación orientado al fortalecimiento de competencias y al desarrollo continuo del talento humano. Evidencias: Manuales de Organización y Funciones 2025. Plan de Capacitación Anual 2025	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	El hospital brinda orientación y apoyo a los nuevos colaboradores mediante procesos de inducción formal, los cuales se inician al momento de su ingreso a través del departamento de Recursos Humanos y continúan con su integración en el área correspondiente. Este proceso incluye tutoría, acompañamiento individual y asesoramiento por parte del equipo, lo que facilita la adaptación al entorno laboral, la comprensión de sus funciones y el fortalecimiento del sentido de pertenencia institucional.	

	Evidencia: Brochure de Inducción 2025.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	El hospital promueve la movilidad interna como parte de su estrategia de gestión del talento humano, priorizando la búsqueda interna para la cobertura de vacantes o sustituciones. Esta práctica permite valorar las competencias del personal y brinda la oportunidad a los colaboradores de demostrar sus conocimientos y habilidades en áreas distintas a las originalmente asignadas. Asimismo, se fomenta la movilidad externa en coordinación con otras instituciones del sector, contribuyendo al desarrollo profesional y a una mayor optimización de los recursos disponibles. Evidencias: Designaciones Internas de Personal 2025.	
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).	La estructura tecnológica del hospital está diseñada para facilitar la realización y participación en conferencias virtuales, mediante el uso de plataformas como Google Meet, Microsoft Teams, Zoom y el campus virtual OPS. Esta infraestructura digital optimiza la comunicación, el intercambio de conocimientos y la colaboración a distancia, contribuyendo a la formación continua y al fortalecimiento de las capacidades profesionales del personal. Evidencias: Certificados 2025. Listas de Asistencia 2025. Registros de Participación en Cursos Virtuales 2025.	
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.	El hospital cuenta con un Plan Anual de Capacitación, que incluye un proceso de levantamiento de necesidades de formación del personal. A partir de este diagnóstico, se diseñan programas de capacitación específicos para cubrir las áreas de mejora identificadas. Este plan tiene como objetivo principal el fortalecimiento de las habilidades y conocimientos del personal, contribuyendo así a la	

	mejora continua de la calidad en la atención a los pacientes. Evidencia: Plan Anual de Capacitación 2025. Listados de Asistencia 2025.	
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.	El hospital lleva a cabo la gestión del conocimiento mediante la organización de talleres de capacitación, los cuales se diseñan y ejecutan en base a los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública y el SNS. Estos talleres permiten actualizar y fortalecer las competencias del personal, asegurando que estén alineados con las normativas y mejores prácticas en salud, lo que contribuye a la mejora continua en la atención y servicios ofrecidos. Evidencias: Listados de Asistencia 2025.	

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.	El hospital realiza reuniones con responsables de áreas como mecanismo de comunicación interna, intercambio de información y seguimiento de asuntos institucionales. Evidencia: Lista de Reuniones 2025. Minutas de Reuniones 2025.	
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.	El hospital dispone de espacios de reuniones y de un buzón de sugerencias para que los colaboradores puedan aportar opiniones, ideas y propuestas relacionadas con el funcionamiento institucional. Evidencias: Listas de Asistencia 2025. Registros del Buzón de Sugerencias para Colaboradores 2025.	

3. Se realizan 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.		" No se ha Realizado encuesta de clima laboral"
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Evidencias: Ficha de Gestión de Riesgos en Accidentes Laborales Cortopunzantes 2025. Reportes de Médicos Ocupacionales 2025. Registros de Actividades de Promoción de Vida Saludable 2025. Registros de Operativo Cardiovascular 2025.	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	El hospital promueve un equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida personal y familiar de sus empleados. Como parte de esta política, se otorgan permisos especiales de estudio, facilitando la conciliación de la vida laboral con las responsabilidades personales de los colaboradores. Estos permisos permiten a los empleados disponer de tiempo libre para dedicarse a su formación y al desarrollo de habilidades relacionadas con su labor, contribuyendo tanto a su crecimiento profesional como al fortalecimiento de sus capacidades dentro de la organización. Evidencias: Base de Datos de RRHH de Permisos Otorgados 2025.	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	El hospital presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad, garantizando la igualdad de oportunidades en el entorno laboral. Como parte de este compromiso, se implementan medidas de reacomodación laboral para aquellos colaboradores que lo requieran debido a situaciones de salud, asegurando que puedan desempeñar sus funciones de	

	manera adecuada y sin poner en riesgo su bienestar. Este enfoque promueve un ambiente inclusivo y respetuoso de las diversidades dentro de la organización. Evidencias: Plantillas de Recursos Humanos 2025.	
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.	El hospital otorga incentivos de SENASA por desempeño laboral como una forma de reconocer y motivar a los empleados por su arduo trabajo y dedicación. Estos incentivos son una herramienta clave para reforzar el compromiso del personal, fomentar la mejora continua y reconocer los logros alcanzados en el desempeño laboral, contribuyendo así a un ambiente de trabajo positivo y orientado a resultados. Evidencia: Relación de Depósitos y Pagos 2025.	

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.).	El hospital dispone de una Matriz de Proveedores 2025 utilizada como herramienta para identificar y gestionar suplidores vinculados con la adquisición de bienes y servicios institucionales. Evidencia: Matriz de Proveedores 2025.	
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.	El hospital mantiene durante 2025 acuerdos con laboratorios clínicos privados y empresas vinculadas con servicios necesarios para el funcionamiento hospitalario. Evidencia: Contratos con Laboratorios 2025. Registros de Pagos Realizados 2025.	
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.	El hospital mantiene acuerdos de colaboración con instituciones públicas y privadas, incluyendo instituciones sanitarias y universidades, para apoyar la coordinación institucional y las actividades de formación. Evidencias: Acuerdos Institucionales 2025. Documentos de Acuerdos 2025. Planes y Cronogramas de Capacitaciones 2025.	

	Listas de Asistencia a Capacitaciones de Médicos Internos 2025. Listas de Asistencia a Capacitaciones de Médicos Pasantes 2025. Listas de Asistencia a Capacitaciones de Internas de Enfermería 2025.	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	El hospital mantiene acuerdos durante 2025 con actores públicos y privados para apoyar la gestión de desechos y la prestación de servicios complementarios. Evidencias: Acuerdo con Empresa Privada Especializada en Gestión de Desechos Hospitalarios Biocontaminantes 2025. Acuerdo con Ayuntamiento para Recolección de Desechos Comunes 2025. Acuerdo por Servicio Prestado con Laboratorios Clínicos Privados 2025.	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	El hospital establece relaciones con proveedores que acrediten prácticas de responsabilidad ambiental, promoviendo así una cadena de suministro sostenible y alineada con los valores institucionales. Evidencia: Certificación de Macro Tech 2025	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
I. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	El hospital promueve activamente la participación del personal en los distintos comités institucionales, en especial en los Comités de Calidad, como parte de su compromiso con la mejora continua. Para fomentar esta participación, se emplean metodologías como exposiciones temáticas y lluvias de ideas, las cuales facilitan un ambiente colaborativo donde los funcionarios pueden aportar propuestas, identificar oportunidades de mejora y contribuir de manera directa a la toma de decisiones relacionadas con la gestión de calidad. El hospital también ha establecido mecanismos eficaces para recibir retroalimentación de los ciudadanos, los cuales incluyen la plataforma 3-1-1, los comentarios emitidos a través de redes sociales y los buzones de sugerencias físicos ubicados en sus instalaciones. Estos canales permiten recopilar opiniones, quejas y recomendaciones de los usuarios, las cuales son analizadas y consideradas dentro del proceso de mejora de los servicios, fortaleciendo así la orientación al ciudadano y la transparencia institucional. Asimismo, el hospital cuenta con un Consejo Administrativo Hospitalario (CAH), órgano colegiado responsable de orientar y supervisar las decisiones estratégicas de la institución. La existencia y funcionamiento de este consejo refuerzan la gobernanza organizacional, garantizan una gestión alineada con los objetivos institucionales y aseguran que las políticas implementadas estén enfocadas en la eficiencia, eficacia y calidad del servicio prestado.	

	Evidencias: Minutas de Reuniones 2025. Listas de Asistencia 2025. Plataforma de Reporte de Resultados de la Apertura de Buzones y la OAI 2025. Acta Constitutiva del Consejo Administrativo CAH 2025.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	El hospital garantiza la transparencia institucional mediante la implementación de una política de información proactiva, orientada a facilitar el acceso a datos relevantes sobre el funcionamiento de la organización. Esta política incluye la difusión de datos abiertos, la publicación de información institucional clave, y el aseguramiento del conocimiento por parte de los ciudadanos sobre los servicios prestados, así como los derechos y deberes de los pacientes. Como parte de esta estrategia, el hospital desarrolló y difundió un brochure informativo sobre los deberes y derechos de los pacientes, el cual se considera una herramienta esencial para promover la educación, el empoderamiento y la corresponsabilidad del usuario durante su proceso de atención médica. Esta acción contribuye significativamente a fortalecer la relación entre el personal de salud y los pacientes, además de favorecer una atención centrada en la persona. Adicionalmente, el hospital cuenta con la Oficina de Atención al Ciudadano (OAI), la cual cumple un rol fundamental como canal de enlace directo entre la institución y los usuarios. Esta oficina gestiona solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, asegurando una respuesta oportuna y adecuada, así como el seguimiento correspondiente a cada caso. Finalmente, el hospital elabora y publica una Memoria Institucional de manera periódica, documento que	

	recopila los principales logros, avances, indicadores de gestión y acciones desarrolladas durante el año. Esta memoria constituye una herramienta clave para la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la confianza ciudadana en la gestión hospitalaria Evidencias: Brochure Institucional 2025. Registros de Entrega 2025. Registros de la Oficina de Acceso a la Información OAI 2025. Memoria Institucional 2025.	
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.	El hospital desarrolla una gestión eficaz de las expectativas de los ciudadanos, garantizando que los pacientes y sus familias comprendan claramente los servicios disponibles, así como los estándares de calidad asociados a su prestación. Para ello, se utilizan herramientas institucionales como el <i>Catálogo de Servicios</i>, que detalla la oferta asistencial del hospital, y las <i>Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano</i>, donde se especifican los niveles de calidad esperados, los derechos de los usuarios, y los canales de comunicación disponibles. En apoyo a esta estrategia, el hospital ha establecido Áreas de Atención al Usuario en cada uno de los servicios asistenciales. Estas áreas tienen como propósito brindar orientación directa a los pacientes y sus familias, responder consultas e inquietudes, y asegurar que se comprendan adecuadamente los procesos asistenciales y administrativos. Este enfoque facilita una experiencia más informada, transparente y satisfactoria para el usuario, al tiempo que fortalece la relación entre el ciudadano y la institución. Además, el hospital cuenta con la Oficina de Acceso a la Información (OAI) y un área de prensa institucional, que desempeñan un papel fundamental	

	en la comunicación externa. Ambas instancias están orientadas a mantener informados a los grupos de interés —incluidos pacientes, familiares, personal médico y administrativo— mediante la difusión oportuna y clara de información institucional relevante, novedades, campañas de salud y otros contenidos de interés público. Estas acciones reflejan el compromiso del hospital con una gestión centrada en el ciudadano, fundamentada en la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua del servicio Evidencias: Registros de Personal de Oficiales de Atención al Usuario en Áreas de Servicio 2025. Registros de la Oficina de Acceso a la Información OAI 2025. Registros de la Línea de Atención Ciudadana 311 2025. Publicaciones en Página Web Institucional 2025. Publicaciones en Medios Sociales y Digitales 2025.	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	El hospital asegura la alineación de su gestión financiera con los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Operativo Anual (POA), lo cual es fundamental para garantizar una asignación eficiente, transparente y coherente de los recursos institucionales. Esta alineación permite que cada acción planificada cuente con el respaldo presupuestario necesario, facilitando el cumplimiento	

	de metas y la ejecución de proyectos prioritarios para la mejora de la atención en salud. La planificación financiera se realiza de manera articulada entre las áreas técnicas y administrativas, de modo que las decisiones presupuestarias respondan directamente a las necesidades operativas y estratégicas identificadas en el POA. Esto asegura que los recursos sean utilizados con criterios de eficiencia, eficacia y sostenibilidad, optimizando el impacto de cada inversión en beneficio de los pacientes y de la comunidad en general. Asimismo, se lleva a cabo un seguimiento constante de la ejecución presupuestaria, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las acciones planificadas, detectar desviaciones y aplicar los correctivos necesarios a tiempo. Esta práctica fortalece la cultura de control interno y mejora continua, y contribuye a una rendición de cuentas más sólida ante los entes de control y la ciudadanía. En resumen, la articulación efectiva entre la gestión financiera y el POA refleja el compromiso del hospital con una administración responsable de los recursos públicos, orientada al logro de resultados concretos y medibles en el marco de una gestión institucional de calidad. Evidencias: Informes de Ejecución Financiera 2025. Estados Financieros 2025. Análisis de Comportamiento de los Pagos 2025. Análisis de Gestión de Tesorería 2025. Informes de Ejecución Presupuestaria 2025	
--	--	--

2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	El hospital cumple de manera rigurosa con las normativas establecidas por el Sistema de Administración Financiera del Estado (SIAFE), lo cual es fundamental para asegurar una gestión financiera eficiente, ordenada y transparente. Esta observancia permite una adecuada planificación, ejecución y control del presupuesto institucional, garantizando el uso racional de los recursos públicos conforme a la legalidad y a los principios de rendición de cuentas. El cumplimiento del SIAFE también facilita la trazabilidad de las operaciones financieras, la generación de informes contables confiables y la integración con los sistemas de control interno y externo, fortaleciendo así la gobernanza financiera institucional. Adicionalmente, el hospital lleva a cabo un control estricto del inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, cumpliendo con las normativas técnicas y sanitarias correspondientes. Este control incluye procedimientos de recepción, registro, almacenamiento, conservación, y distribución, asegurando la disponibilidad oportuna de insumos esenciales para la atención médica y reduciendo riesgos asociados a pérdidas, vencimientos o deterioro de productos. Estas acciones evidencian el compromiso del hospital con una gestión responsable de sus recursos financieros y materiales, como parte integral de su modelo de calidad y sostenibilidad operativa. Evidencias: Informes de Ejecución Presupuestaria Acorde a la Contabilidad de Costos 2025. Formulario DMI-FO 2025.	
---	---	--

3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	El hospital cuenta con un Plan de Costeo y Presupuesto debidamente estructurado, el cual se elabora en concordancia con las prioridades estratégicas establecidas en el Plan Operativo Anual (POA) y en cumplimiento de la normativa vigente del sector público. Esta herramienta permite una planificación financiera realista y eficiente, orientada a garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Asimismo, la institución realiza el análisis técnico de nuevas iniciativas y proyectos mediante la aplicación de la metodología del Marco Lógico, en cumplimiento de las disposiciones normativas. Esta metodología permite una evaluación sistemática y objetiva de la viabilidad, pertinencia y sostenibilidad de las intervenciones, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia y resultados esperados. El uso del Marco Lógico fortalece la formulación de proyectos, al identificar de manera clara los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos clave, contribuyendo así a una gestión orientada a resultados y al uso eficiente de los recursos públicos. Estas acciones reflejan el compromiso institucional con una gestión financiera planificada, transparente y orientada al impacto, en línea con los principios de eficiencia, eficacia y responsabilidad fiscal. Evidencias: Ponderación de Prioridades 2025. Análisis de Prioridades 2025.	"No se ha Realizado un Plan de gestión de riesgos Financieros."
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	El hospital promueve activamente la transparencia financiera y presupuestaria mediante la elaboración y publicación anual de su Memoria Institucional. Este documento constituye una herramienta clave para rendir cuentas a la ciudadanía, a los entes de control	

	y a los distintos grupos de interés, sobre el uso de los recursos públicos, los logros alcanzados y los desafíos enfrentados durante el periodo evaluado. La Memoria Institucional incluye información relevante sobre la ejecución presupuestaria, gestión de recursos, cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual (POA), así como avances en materia de calidad, atención al usuario, proyectos estratégicos y fortalecimiento institucional. Su contenido es elaborado con un enfoque técnico y transparente, promoviendo el acceso a datos claros, verificables y orientados a resultados. Esta práctica refuerza el compromiso del hospital con una gestión basada en la rendición de cuentas, la mejora continua y la confianza ciudadana, en concordancia con los principios del buen gobierno y el marco normativo nacional. Evidencia: Memoria Institucional 2025.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El hospital realiza el levantamiento de los libros de registro de manera diaria esto permite mantener un seguimiento preciso de las actividades y servicios brindados en el hospital. Al consolidar y reportar esta información a los organismos de rectoría en los tiempos establecidos, el hospital cumple con los requisitos y normativas establecidas, lo que es fundamento para monitoreo de la producción hospitalaria. Evidencia: Formulario 67-A 2025. Registros del SINAVE 2025. Tablero de Mando 2025.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas 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.	El hospital mantiene el compromiso con la seguridad de la información institucional mediante la implementación de normas, políticas y procedimientos claramente definidos que regulan la gestión, protección y confidencialidad de los datos. Estos lineamientos aseguran que la información generada y administrada por la organización sea tratada con integridad, disponibilidad y confidencialidad, en cumplimiento de la normativa vigente y las mejores prácticas internacionales en gestión de la información. A través de estas acciones, el hospital garantiza una gestión responsable y segura de la información, protegiendo tanto los intereses institucionales como los derechos de los pacientes y demás partes interesadas. Evidencias: Informes Mensuales y Estadísticas 2025. Informes de Talleres Impartidos 2025.	"No se ha realizado gestión de la información con una infraestructura tecnológica.
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	El hospital garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada, utilizada y almacenada de manera eficaz, asegurando su valor para la toma de decisiones institucionales y la mejora continua de los servicios. Para ello, se implementan mecanismos sistemáticos que permiten la identificación y recopilación de información proveniente de diversas fuentes externas, tales como entes reguladores, tendencias en salud pública, sugerencias ciudadanas, normativas actualizadas y datos compartidos por otras instituciones del sistema sanitario.	

	Dicha información es analizada por las áreas responsables, utilizada para alimentar procesos de planificación estratégica, evaluación de desempeño y ajuste de servicios, y finalmente, almacenada de forma segura y accesible para su consulta oportuna. Este proceso contribuye a una gestión basada en evidencia y alineada con el entorno, fortaleciendo la capacidad de respuesta del hospital frente a los desafíos actuales. Evidencias: Registros de la Plataforma SharePoint 2025. Reportes del SISMAP Salud 2025. Informes del SRS Valdesia 2025.	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	El hospital aprovecha activamente las oportunidades que brinda la transformación digital para fortalecer el conocimiento organizacional y potenciar las habilidades digitales de su personal. La institución reconoce que la digitalización es un eje estratégico para modernizar la gestión, optimizar los procesos y mejorar la calidad de los servicios de salud. En este sentido, se han impulsado diversas iniciativas orientadas a la incorporación de herramientas tecnológicas que facilitan el acceso a la información, la automatización de procesos administrativos y clínicos, así como la mejora en la trazabilidad y análisis de datos Evidencias: Registros del Software Sinergia 2025. Registros del Software de Imágenes Médicas 2025. Inventario de Equipos Tecnológicos en Áreas Hospitalarias Específicas 2025.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	El hospital ha incorporado de manera estratégica el uso de plataformas digitales y redes sociales como herramientas de apoyo en la gestión de la información y la comunicación organizacional. Estas herramientas	

	permiten fortalecer la interacción interna y externa, mejorar los flujos de retroalimentación y promover una cultura institucional más dinámica y conectada. A nivel interno, se utiliza WhatsApp como canal de comunicación grupal entre distintas áreas, lo cual facilita la retroalimentación oportuna, la coordinación de actividades y la resolución ágil de situaciones operativas. Esta modalidad ha contribuido a una comunicación más fluida, eficiente y colaborativa entre los equipos de trabajo. En el ámbito externo, el hospital aprovecha redes sociales como Twitter, Facebook e Instagram para monitorear la percepción ciudadana, recoger comentarios, sugerencias y opiniones de los usuarios, así como para difundir información relevante sobre servicios, campañas de salud, derechos y deberes de los pacientes, y medidas institucionales. Esta interacción permite obtener información valiosa para la toma de decisiones y el ajuste de estrategias de atención y comunicación. Estas acciones refuerzan el compromiso del hospital con una gestión transparente, participativa y orientada al usuario, aprovechando las oportunidades que ofrece el entorno digital. Evidencia: Interacciones de Grupos de WhatsApp 2025. Publicaciones en la Plataforma Twitter 2025. Publicaciones en la Plataforma Facebook 2025. Publicaciones en la Plataforma Instagram 2025.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	El hospital cuenta con áreas especializadas en calidad institucional, auditoría, calidad en los servicios, que desempeñan un papel clave en el seguimiento y mejora continua de los servicios brindados. Estas áreas realizan el monitoreo sistemático de datos, evaluando la calidad de la atención a través de	

	diversos mecanismos, como las auditorías a expedientes clínicos, lo que permite identificar oportunidades de mejora y fortalecer la atención centrada en el paciente. Además, las áreas de Epidemiología y Estadística trabajan de manera articulada para cruzar datos y generar estadísticas vitales, esenciales para garantizar la confiabilidad, oportunidad y validez de la información utilizada en la toma de decisiones. Este trabajo colaborativo contribuye directamente a mantener altos estándares de calidad y seguridad en los servicios de salud. La información recolectada es resguardada tanto en formato físico como electrónico, asegurando su integridad y trazabilidad. Posteriormente, estos datos son transformados en indicadores clave, los cuales son monitoreados de forma regular para evaluar el desempeño institucional y facilitar acciones correctivas o preventivas, en caso de ser necesario. Evidencia: Reporte 67-A 2025. Registros del SINAVE 2025. Correos Electrónicos Institucionales 2025. Informes Institucionales 2025.	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	El hospital ha desarrollado canales internos de comunicación eficaces para asegurar que la información fluya de manera oportuna, clara y accesible entre todos los niveles de la organización. Entre estos canales se destacan el uso de correos institucionales, grupos informativos de WhatsApp, y otras plataformas que permiten una comunicación directa y dinámica con los equipos de trabajo. Además, se llevan a cabo reuniones periódicas con los encargados de departamentos, durante las cuales se	

	comparte información relevante sobre los avances institucionales, políticas internas, novedades operativas y otros temas clave. Esta interacción no solo permite mantener informados a los líderes de área, sino que promueve la socialización de la información con sus respectivos equipos, fomentando así un entorno de trabajo colaborativo y alineado con los objetivos institucionales. Como parte de las estrategias para alcanzar a una mayor cantidad de colaboradores, el hospital también organiza actividades informativas y de integración dentro de los departamentos, con el fin de reforzar el sentido de pertenencia, mejorar la cohesión organizacional y garantizar que todos los trabajadores estén debidamente informados sobre los procesos y objetivos institucionales. Estas acciones fortalecen la cultura organizacional, mejoran el clima laboral y contribuyen a una gestión más participativa y eficaz. Evidencias: Correos Institucionales 2025. Interacciones de Grupos de WhatsApp Informativos 2025. Lista de Reuniones 2025.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	El hospital cuenta con una biblioteca física y con carpetas organizadas por protocolos clínicos y administrativos disponibles en las diferentes áreas de servicio. Estas se complementan con equipos de cómputo que permiten el acceso a información relevante y actualizada, facilitando así el fortalecimiento de las competencias del personal de salud. El conocimiento institucional es almacenado y gestionado a través de sistemas de información, lo cual permite su conservación, consulta y utilización eficiente. Los documentos, manuales y	

	procedimientos se encuentran disponibles en repositorios electrónicos, accesibles para el personal autorizado, lo que garantiza una gestión del conocimiento ordenada, segura y útil para la toma de decisiones. Además, la transferencia del conocimiento se promueve mediante espacios de socialización presencial, como reuniones, capacitaciones y jornadas educativas, donde se comparten buenas prácticas, actualizaciones normativas y experiencias clínicas entre los diferentes equipos de trabajo. Evidencias: Registros de la Biblioteca 2025. Registros de Protocolos en Equipos Tecnológicos por Áreas 2025. Archivos Documentales Existentes 2025. Lista de Socializaciones del Personal en Áreas Institucionales 2025.	
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.	El hospital mantiene un intercambio activo de datos abiertos con la Dirección Provincial de Salud y la Dirección Regional de Salud Valdesia, lo que permite una mejor articulación del sistema sanitario y contribuye al fortalecimiento de la toma de decisiones basadas en evidencia a nivel territorial. Este flujo de información facilita la vigilancia epidemiológica, la planificación de servicios y el seguimiento de indicadores de salud pública. Asimismo, el hospital garantiza el acceso a la información para el público en general mediante la Oficina de Acceso a la Información (OAI), la cual actúa como un canal transparente y accesible para que los ciudadanos puedan conocer datos institucionales, derechos, deberes, servicios ofrecidos y otros aspectos relevantes del funcionamiento hospitalario. Esta iniciativa fortalece la confianza ciudadana y	

	promueve una gestión basada en la rendición de cuentas y la transparencia. Evidencias: Expedientes Institucionales 2025. Informes Enviados a la DPS y Regional Valdesia 2025. Notificaciones Digitales Enviadas a la DPS y Regional Valdesia 2025. Registros de la Oficina de Acceso a la Información OAI 2025. Registros de la Línea de Atención Ciudadana 311 2025.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van y dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	El hospital ha establecido mecanismos eficaces para asegurar la retención del conocimiento clave (explícito e implícito) de los colaboradores que se desvinculan de la organización. Entre estas acciones destacan: la documentación estructurada de procesos y protocolos en repositorios físicos y digitales y la socialización del conocimiento mediante talleres, reuniones y mentorías. Evidencias: Protocolos y Manuales Documentados en Formatos Físicos y Digitales 2025. Repositorios Electrónicos Accesibles en Áreas Hospitalarias 2025. Registros de Capacitaciones y Talleres Internos 2025. Registros de Acceso a Carpetas Compartidas Departamentales de Documentos Clave 2025.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.		"No se ha realizado "
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.	El hospital, a través de su área de tecnología, realiza estudios de factibilidad, análisis de vida útil y evaluaciones de costo-efectividad de los equipos y sistemas tecnológicos. Estos estudios son fundamentales para asegurar que las inversiones tecnológicas sean viables, sostenibles y alineadas con las necesidades institucionales. Esta práctica fortalece la toma de decisiones informada, promueve la eficiencia en el uso de recursos y garantiza que las tecnologías implementadas generen valor para la atención en salud. Evidencias: Reporte de Análisis Costo-Efectividad 2025. Fichas Técnicas para la Compra de Impresoras 2025.	
3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).	El hospital identifica e incorpora tecnologías emergentes que son relevantes para el fortalecimiento institucional, priorizando aquellas que mejoran la eficiencia operativa y la toma de decisiones. Se promueve el manejo de datos abiertos, cuando es apropiado, como parte del compromiso con la transparencia y la sostenibilidad tecnológica. Además, se aplican herramientas de análisis de datos, automatización de procesos y digitalización para mejorar la calidad de los servicios y facilitar la gestión basada en evidencia Evidencias: Informes de Adquisición y Actualización de Sistemas Tecnológicos 2025. Registros de la Plataforma Sinergia 2025. Registros de la Plataforma SharePoint 2025. Registros de la Plataforma SINAVE 2025.	

	Registros de la Línea de Atención Ciudadana 311 2025.	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	El hospital almacena información y archivos en la nube permite un acceso fácil y seguro a estos datos, lo que facilita la gestión de la calidad institucional y la epidemiología. El uso de aplicaciones como SINAVE y Protocolos de Salud Pública. Evidencias: Inventario de Aplicaciones Instaladas 2025. Registros de Almacenamiento en OneDrive 2025. Registros de Almacenamiento en Google Drive 2025. Registros de la Plataforma SINAVE 2025.	
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 ha realizado"
6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.	El hospital ha implementado soluciones de seguridad Fortinet en su infraestructura tecnológica, como una medida esencial para garantizar la protección de la información confidencial de los pacientes, así como la integridad y disponibilidad de los sistemas informáticos. Esta herramienta fortalece la seguridad perimetral, previene accesos no autorizados y mitiga riesgos de ciberataques. Evidencia: Registros de la Plataforma Fortinet 2025.	
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.	El hospital ha implementado iniciativas de sostenibilidad ambiental, como el reciclaje de cartuchos de impresora, contribuyendo a la reducción de residuos y promoviendo prácticas ecológicas en sus operaciones diarias. Esta medida es parte de un compromiso más amplio con la gestión responsable de recursos y la protección del medio ambiente.	

	En el ámbito de la atención médica, el hospital ha integrado tecnología avanzada en la visualización de imágenes médicas, especialmente en el área de emergencia polivalente. Esta tecnología mejora la capacidad de diagnóstico y toma de decisiones rápidas y precisas, contribuyendo a una atención de salud más eficiente y segura para los pacientes Evidencias: Registros del Programa de Visualización de Imágenes PACS 2025. Contrato con Tóner DEB para Reciclaje de Cartuchos de Impresora 2025.	
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	El hospital dispone del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI), una herramienta clave para garantizar una planificación eficiente y un acceso adecuado a los medicamentos. A través del programa PROMESECAL, se asegura que los pacientes reciban los medicamentos necesarios, optimizando tanto el suministro como el control de los recursos farmacológicos disponibles. El almacén de medicamentos cumple con los estándares establecidos, siguiendo un formulario de buenas prácticas de almacenamiento que asegura las condiciones adecuadas para la conservación de los insumos. Además, se lleva un control riguroso de medicamentos trazadores, lo que permite hacer un seguimiento preciso de los productos críticos, garantizando su calidad y disponibilidad. Evidencias: Registros de la Plataforma SUGEMI 2025. Formulario de Buenas Prácticas de Almacenamiento Cumplimentado 2025.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas de Mejora
1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	El hospital ha establecido un plan de mantenimiento preventivo integral que cubre todas las infraestructuras clave, incluyendo edificios, oficinas, sistemas de suministro de energía, equipos médicos, medios de transporte y materiales. Este plan tiene como objetivo garantizar la operatividad continua de los servicios hospitalarios, la seguridad de las instalaciones y la eficiencia energética. A través de un programa regular de inspecciones y ajustes, se minimizan riesgos de fallos operativos y se asegura que los equipos y las infraestructuras estén siempre en condiciones óptimas para su uso. Evidencia: Plan de Mantenimiento Preventivo 2025. Informes de Mantenimiento Preventivo 2025.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	El hospital garantiza la accesibilidad universal a sus instalaciones, contando con rampas de acceso y ascensores adecuados que facilitan la entrada a personas con movilidad reducida, asegurando que todos los pacientes, visitantes y personal puedan acceder sin barreras físicas. Además, el hospital mantiene sus áreas de emergencias, laboratorios e imágenes operativas las 24 horas del día, lo que asegura la disponibilidad continua de servicios críticos. Esto permite ofrecer atención inmediata y de calidad a los pacientes en situaciones de urgencia, además de garantizar la disponibilidad de pruebas diagnósticas y análisis en todo momento. Evidencias:	

	Inventario de Infraestructura de Rampas y Ascensores 2025. Lista de Servicios 2025.	
3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.	El hospital contrata equipos de electromedicina especializados para la reparación y mantenimiento de los equipos médicos. El departamento de mantenimiento, en coordinación con el área de activos fijos, gestiona las intervenciones preventivas y correctivas de los equipos, asegurando su óptimo funcionamiento. Los equipos que ya no son necesarios para los servicios del hospital se descargan y son gestionados conforme a las políticas institucionales, asegurando que se realice una disposición adecuada o sean reciclados, según corresponda. Para los equipos de mayor complejidad, el hospital mantiene contratos con empresas externas especializadas para garantizar su mantenimiento adecuado. Evidencias: Informes de Activos Fijos 2025. Informes de Mantenimiento 2025. Contratos Institucionales 2025. Registros de Mantenimiento 2025. Informes de Infraestructura Tecnológica 2025.	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	El hospital facilita sus salones y espacios para llevar a cabo actividades y eventos organizados por entidades como la Regional de Salud, DPS San Cristóbal y el Colegio Médico Dominicano. Esta colaboración refleja el compromiso del hospital con la comunidad sanitaria y la cooperación interinstitucional, apoyando iniciativas que fomentan la formación continua, el intercambio de conocimientos y el desarrollo de la salud pública en la región. Además, el hospital participa activamente en el fortalecimiento de las relaciones con otras organizaciones del sector salud, contribuyendo a la mejora del sistema de salud en general. Evidencias:	

	Comunicaciones de Solicitud de Salones 2025. Registros de Actividades Realizadas 2025	
5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	El hospital garantiza el uso eficiente de los medios de transporte disponibles, especialmente para fines de mensajería interna y externa, asegurando una comunicación oportuna entre los distintos departamentos e instituciones vinculadas. Esta logística eficiente permite mantener la fluidez operativa y la entrega efectiva de documentación e insumos. Asimismo, el hospital cuenta con un generador de emergencia y un depósito de combustible, fundamentales para la continuidad operativa durante interrupciones del suministro eléctrico. Estos equipos reciben mantenimiento preventivo regular en sus sistemas de lubricación, combustible y componentes eléctricos, además de inspecciones periódicas para asegurar su funcionamiento óptimo y disponibilidad ante cualquier eventualidad. Evidencias: Acuses de Recibo de Documentos Enviados vía Mensajería 2025. Plan de Mantenimiento 2025.	
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).	El hospital cuenta con accesibilidad plena por todas las vías terrestres, incluyendo el transporte público local e interurbano, lo que facilita el acceso tanto a pacientes como a colaboradores. Su ubicación es reconocida y señalizada, permitiendo una fácil identificación por parte de la comunidad y servicios de emergencia. Dispone de un parqueo exclusivo para usuarios y cuenta con rampas de acceso que garantizan la	

	movilidad y accesibilidad de personas con discapacidad o movilidad reducida. Además, se ha completado en su totalidad la señalización (señalética) del centro, incluyendo señales de seguridad, información, orientación, advertencias, prohibiciones, así como la ruta sanitaria (utilizada también para el traslado de cadáveres) y la ruta de evacuación de emergencias, cumpliendo con los estándares de infraestructura segura y accesible establecidos por la normativa vigente Evidencia: Registros de Ubicación en Google Maps, Waze y Aplicaciones Digitales Móviles 2025. Inventario de Infraestructura de Parques 2025. Inventario de Infraestructura de Rampas de Acceso 2025. Inventario de Señalizaciones Institucionales 2025.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	El hospital cuenta con un Comité de Gestión de Riesgos y Desastres formalmente establecido, responsable de coordinar acciones preventivas, de respuesta y recuperación ante situaciones de emergencia. Esta estructura organizativa está respaldada por un Plan de Gestión de Riesgos y/o de Desastres, debidamente documentado y actualizado, cuyo objetivo es garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal de salud y las instalaciones físicas. El plan contempla protocolos de evacuación, comunicación interna y externa, asignación de roles, rutas de seguridad, medidas de protección de activos e infraestructura crítica, así como acciones de capacitación y simulacros para fortalecer la cultura preventiva en la organización. Evidencias: Acta Constitutiva 2025.	

	Plan para la Gestión de Riesgos y Desastres 2025.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	El hospital ha desarrollado y ejecuta un Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo que abarca la infraestructura física, mobiliario médico y áreas críticas como quirófanos, salas de neonatología, UCI de adultos y UCI pediátrica. Este plan garantiza la operatividad continua, la seguridad de los pacientes y del personal, así como la conservación óptima de los recursos físicos e instalaciones. El mantenimiento se realiza con base en un cronograma establecido y priorizado según el nivel de criticidad, incorporando acciones correctivas en respuesta a reportes e incidencias detectadas durante la supervisión continua. Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Mobiliarios 2025: Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto y UCI Infantil.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	El hospital cuenta con un Programa de Administración de Bienes conforme a los lineamientos de la Red SNS, el cual incluye la gestión de inventarios actualizados, control de bienes en uso, y procedimientos formales para el descargo de bienes en desuso o chatarra. Este programa permite mantener el control eficiente del patrimonio institucional, garantizando la transparencia, trazabilidad y optimización del uso de los recursos materiales del hospital. La administración se realiza en coordinación con el área de activos fijos y con el soporte del sistema de la Red SNS. Evidencias: Registro Actualizado de Inventarios de Bienes Institucionales 2025.	

10.Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	El hospital cuenta con una empresa contratada para la gestión especializada de desechos y residuos sólidos hospitalarios, lo que garantiza el manejo seguro, eficiente y conforme a las normativas sanitarias de los residuos generados en el entorno clínico y administrativo. La institución dispone de un Comité de Bioseguridad, así como un Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios, los cuales trabajan de manera articulada para supervisar las prácticas de clasificación, recolección, almacenamiento y disposición final de los residuos hospitalarios. Ambos comités monitorean el cumplimiento de protocolos y promueven prácticas responsables en todo el personal de salud. Los residuos son clasificados adecuadamente como contaminantes y no contaminantes, utilizando bolsas y contenedores diferenciados por colores (fundas rojas, negras, entre otros), de acuerdo con los lineamientos establecidos. Además, se utilizan herramientas educativas como el brochure de salud ambiental, que es empleado en sesiones informativas dirigidas tanto al personal como a los usuarios del hospital, fomentando una cultura institucional de seguridad y sostenibilidad. Evidencia: Registros de Pagos por Servicios Prestados de Gestión de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios 2025. Actas Constitutivas de Comité 2025. Listas de Participación 2025.	
--	---	--

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".
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.	El hospital dispone de estructuras organizativas y protocolos de atención aplicables a diferentes servicios asistenciales, utilizados como instrumentos de organización y estandarización de la atención. Evidencias: Organigramas Institucionales 2025. Protocolos de Atención en Formato Físico por Áreas 2025. Registros de Protocolos de Atención en Equipos Tecnológicos por Áreas Habilitadas 2025.	
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.	El hospital ha implementado innovaciones significativas mediante la digitalización del servicio de laboratorio, lo que ha permitido optimizar los procesos de manejo de muestras y la emisión de reportes. Los resultados se encuentran disponibles en el sistema institucional para su consulta e impresión, facilitando así el acceso oportuno a la información clínica. El servicio de laboratorio brinda atención directa en las áreas de emergencias, salas clínicas y quirúrgicas, garantizando una respuesta oportuna en contextos críticos. Asimismo, se realiza la toma de muestras para pruebas de detección de COVID-19 en pacientes	

	hospitalizados, incluyendo aquellos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), salas clínicas y quirúrgicas. Adicionalmente, el hospital ha incorporado el uso de tecnologías de la información para fortalecer la gestión institucional, implementando herramientas como videoconferencias y modalidades de teletrabajo, contribuyendo a la continuidad operativa y a la modernización de los procesos administrativos y asistenciales." Evidencias: Reportes de Laboratorio 2025. Reportes de PCR y Antígenos a Pacientes en Sala 2025. Registros de Personal de Laboratorio en Salas Clínicas, Quirúrgicas y Emergencias 2025. Registros de Trabajos Digitales Realizados 2025.	
4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.		"No se ha realizado"
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	El hospital realiza un seguimiento sistemático de su cartera de servicios a través del análisis de estadísticas institucionales, lo que permite evaluar la oferta y demanda, así como la eficiencia en la prestación de servicios. Asimismo, cuenta con una base de datos que permite el monitoreo anual de los atributos comprometidos en términos de calidad, facilitando la evaluación continua del cumplimiento de los estándares establecidos. Adicionalmente, el hospital dispone de una Carta Compromiso con el Ciudadano, en la que se detallan	

	los servicios ofrecidos, los estándares de calidad y los derechos de los usuarios, fortaleciendo así la transparencia y la rendición de cuentas ante la comunidad Evidencias: Carta Compromiso Ciudadana 2025. Matriz de Monitoreo de Atributos en Formato Excel 2025. Reportes Estadísticos Institucionales 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025.	
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.	El hospital cuenta con un área de Epidemiología que realiza de forma permanente la vigilancia y notificación de los eventos sujetos a notificación obligatoria, en cumplimiento con la normativa nacional vigente. Asimismo, el Comité de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias lleva a cabo actividades de vigilancia activa e intervenciones específicas, orientadas a la identificación, contención y control de posibles brotes, con el fin de preservar la seguridad del paciente y del personal de salud. Por otro lado, el Comité de Expediente Clínico y Registros Médicos realiza auditorías aleatorias de los expedientes clínicos, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las normas nacionales en la documentación y atención médica, contribuyendo a la mejora continua de la calidad asistencial. El Departamento de Epidemiología también promueve la educación sanitaria a través de la socialización de prácticas preventivas, como el correcto lavado de manos y medidas de higiene, dirigidas a los usuarios. Estas acciones se realizan en coordinación con el personal de promoción de la	

	salud, fortaleciendo así la cultura de prevención dentro del establecimiento Evidencias: Reportes del SINAVE 2025. Informes del Comité de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias 2025. Reportes del Comité de Expediente Clínico y Registros Médicos 2025. Listas de Asistencia a Charlas Informativas 2025. Registros de Charlas Informativas Impartidas 2025.	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El hospital cuenta con la habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento con lo establecido en la Ley General de Salud No. 42-01, artículo 100, y la Ley de Seguridad Social, artículo 160, que regulan el proceso de habilitación de los establecimientos de salud. Esta certificación respalda que el hospital cumple con los requisitos legales, técnicos y administrativos necesarios para ofrecer servicios de salud con calidad y seguridad Evidencia: Certificado de Habilitación del MSP 2025.	

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.	El hospital cuenta con un Consejo Administrativo Hospitalario que incluye la participación de representantes de los pacientes y de los diferentes grupos de interés, promoviendo la transparencia, la corresponsabilidad y el enfoque participativo en la gestión de los servicios. Asimismo, se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios de forma regular, cuyos resultados son cargados en tiempo real en la plataforma de monitoreo del Servicio Nacional de Salud (SNS), permitiendo un seguimiento continuo de la percepción ciudadana sobre la calidad de los servicios. Adicionalmente, el hospital dispone del portal 3-1-1 como canal oficial para la recepción y gestión de quejas, sugerencias y solicitudes de los usuarios, fortaleciendo los mecanismos de atención, retroalimentación y mejora continua Evidencia: Acta Constitutiva del Consejo Administrativo CAH 2025. Registros del Buzón de Sugerencias 2025. Registros de la Línea de Atención Ciudadana 311 2025. Informes de Resultados de Encuestas de Satisfacción 2025.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	El hospital gestiona de manera integral el ciclo de vida de los servicios, incluyendo el cierre de los procesos asistenciales al momento del alta médica o finalización del internamiento, así como la gestión responsable de los productos y residuos generados durante la atención.	

	En el marco de su compromiso con la sostenibilidad ambiental, el hospital implementa diversas prácticas ecoeficientes, tales como el uso de bombillas de bajo consumo energético, reutilización de ropa de cama e instrumental quirúrgico conforme a los protocolos de esterilización, y la utilización de productos de limpieza en presentaciones de 55 galones, que son posteriormente diluidos para optimizar su uso. La gestión de residuos se realiza mediante un sistema de clasificación que distingue entre desechos contaminantes y no contaminantes, así como materiales reciclables como plásticos y cartones, los cuales se depositan en bolsas diferenciadas por color (rojas y negras). Los cartones son almacenados en un área específica y posteriormente aprovechados por una empresa especializada en reciclaje. Asimismo, se emplean herramientas de limpieza reutilizables, como suapes lavables, promoviendo la reducción del impacto ambiental en las operaciones hospitalarias. Evidencia: Acta Constitutiva del Consejo Administrativo CAH 2025. Registros del Buzón de Sugerencias 2025. Registros de la Línea de Atención Ciudadana 311 2025. Informes de Resultados de Encuestas de Satisfacción 2025.	
3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tableros de anuncios en Braille y audio), otros.	El hospital cuenta con una cartera de servicios claramente definida y accesible, la cual se encuentra disponible en la página web institucional, en las redes sociales oficiales, y publicada en lugares visibles dentro del área de consulta externa. Esta difusión garantiza que los usuarios y la comunidad en general puedan conocer con transparencia los servicios ofrecidos, facilitando el acceso a la información y fortaleciendo la confianza en la gestión hospitalaria	

	Evidencia: Cartera de Servicios Publicada en la Página Web Institucional 2025. Cartera de Servicios Publicada en Redes Sociales 2025. Reportes de Cartera de Servicios en Plataformas del SNS 2025. Mural de Cartera de Servicios en el Área de Recepción 2025.	
--	--	--

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.	El centro cuenta con una cartera de servicios claramente definida, que establece de manera precisa las prestaciones disponibles para la población usuaria, en concordancia con su capacidad instalada, el perfil epidemiológico de la comunidad y los lineamientos del sistema nacional de salud Evidencias: Cartera de Servicios 2025. Documentos y Formularios Estándares Definidos para la Prestación de Servicios 2025.	
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.	El hospital, como parte integrante de la cadena de servicios públicos de salud, participa activamente en un sistema compartido con otros actores del sistema, con el propósito de coordinar procesos vinculados a la prestación de servicios, facilitar el intercambio de datos y optimizar la utilización de recursos y servicios comunes. La articulación entre los diferentes niveles de atención dentro de la red se realiza mediante diversos canales de comunicación, incluyendo llamadas	

	telefónicas, redes digitales y el uso del formulario de referencia y contra referencia. Este mecanismo permite garantizar que los pacientes sean atendidos en el nivel de atención más adecuado a sus necesidades clínicas, promoviendo la continuidad asistencial y la eficiencia del sistema de salud. Evidencias: Registros de la DIGEEPI para las Notificaciones de Eventos de Notificación Obligatoria (Epi-1, Epi-2) 2025. Formularios de Referencia y Contrarreferencia 2025. Registros del Sistema de Transparencia Institucional 2025.	
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	El hospital se encuentra articulado con los distintos niveles del sistema de salud y con instituciones estratégicas, a fin de garantizar la continuidad de la atención, la eficiencia operativa y el cumplimiento de los procesos normativos establecidos. Esta articulación se materializa a través de la coordinación de traslados, referencias y contra referencias con los centros del primer y segundo nivel de atención, asegurando una atención oportuna en el nivel más adecuado según la condición del paciente. Asimismo, se mantiene una colaboración permanente con el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) para los casos que requieren intervención pericial y médico-legal, así como con la Dirección Provincial de Salud de San Cristóbal, en el marco de la vigilancia epidemiológica, la ejecución de programas de salud pública y la supervisión técnica. El hospital también forma parte del Sistema Nacional de Emergencias 9-1-1, lo cual permite la articulación efectiva para la recepción y manejo de emergencias médicas.	

	De igual forma, se garantiza el reporte sistemático y oportuno de nacidos vivos a la Junta Central Electoral (JCE), facilitando el proceso de registro civil conforme a la normativa vigente. Evidencias: Formularios de Referencia y Contrarreferencia 2025. Comunicados Emitidos por la DPS y la Regional de Salud 2025. Correos Electrónicos Institucionales Enviados 2025. Listas de Asistencia a Actividades y Reuniones 2025. Registros de Llamadas y Notificaciones Digitales para Coordinación de Traslados 2025. Informes Enviados a la JCE y Regional Valdesia 2025	
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.	El hospital forma parte de la red de servicios de salud de la región Valdesia, ofreciendo atención especializada tanto al primer como al segundo nivel, de acuerdo con su rol como hospital regional. Se mantienen alianzas estratégicas con diversas instituciones y actores clave, tales como el Sistema Nacional de Emergencias 9-1-1, universidades como UNIREMOS y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), así como con laboratorios privados para el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica. Asimismo, el hospital ha establecido convenios con empresas responsables de la recolección y disposición final de los residuos sólidos, en cumplimiento con las normativas ambientales y de bioseguridad vigentes Evidencias: Registros de la Red de Salud Valdesia 2025. Contratos con Empresas 2025. Acuerdos con Universidades 2025.	

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)	Areas 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.)	El hospital obtuvo en 2025 un 86 % de satisfacción general de los usuarios. Como complemento de esta medición general, los siete atributos evaluados presentaron los siguientes resultados: Amabilidad 97.86 %; Profesionalidad 97.76 %; Facilidad y Rapidez 97.81 %; Manejo de las Informaciones 97.81 %; Acceso a los Servicios 98.38 %; Tiempo para recibir Resultados 97.62 %; e Higiene y Comodidad 97.47 %. El atributo con mayor valoración fue Acceso a los Servicios, con 98.38 %, mientras que Higiene y Comodidad alcanzó 97.47 %, constituyéndose en el resultado menor de los siete atributos evaluados. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025: 86 % de satisfacción general. Gráfico núm. 2. Satisfacción de usuarios de los siete atributos evaluados.	

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).	El hospital registró durante 2025 una satisfacción de 97.86 % en Amabilidad, 97.76 % en Profesionalidad y 97.81 % en Manejo de las Informaciones, resultados que permiten valorar cuantitativamente la percepción de los usuarios sobre aspectos vinculados con el trato, profesionalidad e información proporcionada durante la prestación de los servicios. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025.	
3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.		“No se ha realizado”
4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).	El hospital realizó durante 2025 12 publicaciones mensuales y 4 publicaciones trimestrales en el Portal de Transparencia, relacionadas con informaciones administrativas y financieras de la institución. Evidencia: Registro de Publicaciones Mensuales en el Portal de Transparencia 2025. Registro de Publicaciones Trimestrales en el Portal de Transparencia 2025. Informe de Cumplimiento de Publicaciones del Portal de Transparencia 2025.	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	El hospital registró en 2025 un 86 % en la medición de satisfacción ciudadana, resultado utilizado institucionalmente para valorar la percepción de los usuarios respecto a los servicios prestados Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción Ciudadana 2025. Matriz de Monitoreo de Resultados de las Encuestas de Satisfacción Ciudadana 2025.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Areas 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.).	El hospital asegura un nivel adecuado de accesibilidad a sus servicios, tanto en infraestructura como en comunicación institucional. Cuenta con instalaciones físicas adaptadas para personas con discapacidad (rampas, señalización accesible, ascensores y baños adaptados) y con horarios establecidos de atención y visita que responden a las necesidades de los usuarios. En el ámbito de la información, mantiene canales activos de comunicación mediante redes sociales, atención telefónica y la línea 311, a través de los cuales se divulga información actualizada sobre servicios, horarios, campañas y requisitos institucionales. El impacto positivo de estas acciones se refleja en los resultados de la encuesta de satisfacción ciudadana, que reportan un 86 % de aprobación en el indicador relacionado con la accesibilidad y orientación al usuario. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025, 86.0% en el atributo de accesibilidad. Publicaciones Institucionales sobre Horarios y Servicios en Redes Sociales 2025. Reporte Estadístico de Atenciones Gestionadas a través de la Línea 311 2025. Horarios de Consulta Externa Institucionales 2025.	
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.).	El hospital ha evidenciado mejoras sostenidas en la calidad de los servicios ofrecidos, reflejadas en los resultados de las encuestas de satisfacción ciudadana, con una puntuación de 86 % en la última medición realizada a través del Servicio Nacional de Salud (SNS). Entre los factores que contribuyen a este resultado destacan la agilidad en la programación de citas médicas, mediante la implementación de un nuevo	

	estado operativo en el sistema SIGHO; la entrega oportuna de resultados clínicos, y la disponibilidad continua de insumos y medicamentos, lo cual favorece la eficiencia del servicio. Además, se ha incorporado una política de sostenibilidad ambiental, centrada en la reducción del uso de papel y la digitalización de procesos administrativos, como parte del compromiso institucional con la gestión ambiental responsable. Evidencia: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios, Plataforma del Servicio Nacional de Salud (SNS) 2025, 86.0%. Reporte del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO) sobre Asignación de Citas 2025. Informe del Estado Operativo del Sistema de Asignación de Citas (SIGHO) 2025. Política Institucional para la Reducción del Uso de Papel y la Digitalización de Procesos 2025.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).	El hospital ha implementado un modelo de atención personalizado, sustentado en datos estadísticos actualizados, lo que ha permitido una segmentación efectiva de los servicios por tipo de paciente, considerando variables como edad, sexo, condición de discapacidad y otras características sociodemográficas y clínicas. Esta segmentación ha facilitado una distribución más eficiente de los recursos humanos y técnicos, optimizando la cobertura y oportunidad de la atención. El análisis continuo de la demanda por grupo poblacional, a partir del reporte 67-A, permite ajustar la planificación y mejorar la calidad y pertinencia de los servicios ofrecidos. Evidencia: Base de Datos Estadística Institucional Clasificada por Áreas, Especialidades, Edad, Sexo y Condición Clínica 2025.	

	Reporte Estadístico Formulario 67-A de Análisis de la Demanda de Servicios 2025.	
4. Capacidades de la organización para la innovación.	El hospital desarrolla múltiples proyectos innovadores que responden de forma diferenciada a las necesidades de la población según su edad, género y condición clínica. Se han habilitado servicios especializados como el programa “Madre Canguro”, “Psicoprofilaxis del Parto”, “Estimulación Temprana”, Consulta Integral de Adolescentes y diversos programas de nutrición pediátrica, clínica perinatal y para adolescentes. Estos servicios, registrados en el formulario estadístico 67-A, evidencian una oferta estructurada de atención preventiva, integral y centrada en el paciente, con un enfoque en el ciclo de vida y el bienestar general. El número de servicios habilitados y su distribución por segmento poblacional reflejan una adaptación constante a las demandas clínicas reales, fortaleciendo el modelo de atención diferenciada. Evidencia: Reporte Estadístico Formulario 67-A con Desglose de Servicios Habilitados 2025.	
5. Digitalización en la organización.	El hospital ha logrado avances significativos en la digitalización de procesos clave, lo que ha generado mejoras concretas en la eficiencia operativa y la calidad del servicio. Entre los logros más relevantes se encuentran: 100% de digitalización de los resultados de laboratorio clínico a través del sistema SINERGIA, con cumplimiento de los tiempos de entrega en más del 95% de los casos. 95% de las citas médicas gestionadas mediante SIGHO, lo que ha permitido una reducción promedio del 30% en los tiempos de espera.	

	Generación y almacenamiento 100% digital de los informes de Epidemiología, Estadística y Calidad, facilitando la disponibilidad oportuna de información para la toma de decisiones. Transmisión digital completa de imágenes médicas a través del sistema PACC en áreas críticas como Emergencia y UCI, eliminando el uso de placas físicas. Digitalización total del POA en SharePoint, con acceso en tiempo real por parte de los departamentos responsables. Estos resultados reflejan una transformación institucional hacia la eficiencia, sostenibilidad y mejora continua basada en tecnologías de la información. Evidencia: Reporte del Sistema Nacional de Monitoreo de la Gestión Pública (SINERGIA) 2025. Reporte del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO) 2025. Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC) 2025. Informe de Monitoreo y Seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) en la Plataforma SharePoint 2025. Repositorio de Gestión Documental Institucional 2025.	
--	---	--

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).	El hospital alcanzó durante 2025 la digitalización del 100 % de los resultados del laboratorio clínico mediante el sistema SINERGIA, reportando que más del 95 % de las pruebas son entregadas dentro de los tiempos establecidos. Este resultado constituye una medición cuantitativa relacionada con la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio. Evidencia: Reporte del Sistema Automatizado de Laboratorio SINERGIA 2025.	
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.	El hospital reportó durante 2025 que el 100 % de las quejas y sugerencias recibidas mediante los mecanismos institucionales fueron procesadas dentro del plazo establecido de 15 días laborables. Asimismo, los servicios de Emergencias, Laboratorio Clínico e Imágenes Diagnósticas operan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y la Cartera de Servicios registra un 100 % de cumplimiento durante el período evaluado. Evidencia: Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones de la Oficina de Atención al Usuario 2025. Actas de Apertura de Buzones de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025.	

	Informe de Cumplimiento de la Cartera de Servicios 2025. Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios Externos 2025.	
3. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	El hospital registró durante 2025 8 casos de quejas con afectación directa al usuario, los cuales fueron incorporados a la plantilla QDRS. Para los casos documentados se realizaron comunicaciones formales y seguimiento telefónico, conforme al procedimiento institucional establecido. Evidencia: Registro Mensual de Quejas, Denuncias, Reclamaciones y Sugerencias (QDRS) 2025. Comunicaciones de Subsanción de Quejas, Denuncias, Reclamaciones y Sugerencias (QDRS) 2025. Registro de Seguimiento Telefónico a QDRS 2025.	
4. 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 de ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	El hospital registró en 2024 un día promedio de estadía de 3.30 días, equivalente a un 89 % de cumplimiento, mientras que en 2025 alcanzó un promedio de 3.10 días, equivalente a un 92 % de cumplimiento. La comparación refleja una reducción de 0.20 días en la estadía promedio y un aumento de 3 puntos porcentuales en el nivel de cumplimiento entre ambos períodos. Evidencia: Informe de monitoreo del SNS sobre día Promedio de Estadía en SISMAP-Salud 2025.	
5. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	El hospital mantiene actualizada y disponible su Cartera de Servicios mediante la página web institucional, redes sociales y áreas físicas de atención.	

	Durante 2025, la institución registró 176,793 consultas médicas, 23,068 procedimientos quirúrgicos, 26,629 hospitalizaciones y 517,390 servicios de laboratorio. Evidencia: Cartera de Servicios Institucional publicada en la Página Web 2025. Cartera de Servicios Institucional publicada en Redes Sociales 2025. Cartera de Servicios Institucional publicada en las Salas de Espera 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A de Producción de Servicios 2025.	
6. Índice de Satisfacción de Usuarios.	El hospital alcanzó en diciembre de 2025 un 86 % en el Índice de Satisfacción de Usuarios, conforme al resultado del monitoreo correspondiente al período evaluado. Evidencia: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025. Matriz de Monitoreo de Indicadores de Calidad.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	El hospital dispone durante 2025 de 2 grupos generales internos de WhatsApp, 3 redes sociales institucionales, 1 página web oficial, 1 línea telefónica institucional, correo electrónico, afiches informativos y murales institucionales como canales de comunicación interna y externa. Evidencia: Publicaciones Institucionales en la Página Web 2025. Publicaciones Institucionales en Redes Sociales 2025. Publicaciones Institucionales en el Portal de Transparencia 2025.	
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)	El hospital remitió durante 2025 un total de 52 informes correspondientes a EPI-1 y EPI-2, además de atender 4 auditorías relacionadas con el Plan Operativo Anual solicitadas por el SNS, evidenciando la producción y disponibilidad periódica de información institucional. Evidencia: Informes Institucionales remitidos al Servicio Nacional de Salud 2025. Informes Institucionales remitidos a la Dirección Provincial de Salud San Cristóbal 2025. Memoria Institucional 2025. Informe de Resultados del Tablero de Mando Institucional 2025. Informe de Ejecución y Cumplimiento del POA 2025.	

3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.	El hospital elaboró y difundió durante 2025 12 informes relacionados con los indicadores de SISMAP-Salud y la producción institucional registrada mediante el Formulario 67-A, como mecanismo de seguimiento de los resultados de gestión. Evidencia: Reportes Mensuales del Sistema SISMAP-Salud 2025. Reporte Estadístico Anual Formulario 67-A 2025.	
--	---	--

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).	El hospital mantuvo durante 250 días laborables de 2025 la aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios externos y dispuso de 6 buzones de sugerencias, complementados con reuniones y espacios institucionales de retroalimentación. Evidencia: Informe Mensual de Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios 2025. Registro de Participación en Comités Institucionales 2025. Minutas de Reuniones de los Comités Institucionales 2025.	
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).	El hospital incorporó durante 2025 tecnologías especializadas para apoyar la prestación de servicios, incluyendo el equipo GeneXpert MTB/RIF en el laboratorio de Baciloscopía. El documento reporta una reducción del 40 % en los tiempos promedio de diagnóstico de tuberculosis y resistencia a rifampicina.	

	Evidencias: Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Reportes de Resultados del Sistema GeneXpert MTB/RIF 2025.	
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).	El hospital brinda servicios a la población usuaria sin establecer diferencias por género, nacionalidad o condición migratoria, conforme al registro institucional de producción de servicios. Evidencias: Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).	El hospital utiliza durante 2025 sistemas digitales en servicios como laboratorio e imágenes diagnósticas para apoyar el acceso oportuno a resultados y la gestión de información clínica. Evidencias: Registros del Sistema Digitalizado de Laboratorio SINERGIA 2025. Reportes de Tiempos de Respuesta del Sistema PACS 2025.	

2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	El hospital dispone durante 2025 de 6 buzones de quejas y sugerencias, una Oficina de Atención al Usuario, una Oficina de Libre Acceso a la Información y la Línea 311. Asimismo, fueron aplicadas 262 encuestas de satisfacción durante el período evaluado como mecanismo de retroalimentación de los usuarios. Evidencias: Registros del Portal de Atención Ciudadana 311 2025. Informe de Buzones de Quejas y Sugerencias 2025. Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción 2025.	
--	---	--

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	El hospital dispone de mecanismos para conocer la percepción de los usuarios externos, registrando en 2025 un 86 % de satisfacción general de los usuarios. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción al Usuario 2025. Informes de Producción Mensual SISMAP-Salud 2025. Reportes Estadísticos Formulario 67-A 2025.	No se ha realizado la medición de la percepción de los colaboradores sobre la imagen y el rendimiento general de la organización.
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.	El hospital mantiene la participación de los colaboradores mediante 12 comités intrahospitalarios, con una frecuencia reportada de 4 reuniones anuales por comité, complementada con actividades de capacitación. Evidencias: Actas de Reuniones de Comités 2025. Registros de Asistencia y Formación Anual 2025.	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	El hospital promueve la participación del personal en actividades de mejora mediante 12 comités intrahospitalarios y dispone de planes de mejora específicos en 6 departamentos: Perinatología,	

	Maternidad, Farmacia, Dirección Médica, Calidad de los Servicios y Calidad Institucional. Evidencias: Planes de Mejora Institucionales y Departamentales Actualizados 2025. Reportes de Seguimiento y Evaluación de Planes de Mejora 2025.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		"No se ha realizado"
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	El hospital mantiene mecanismos de retroalimentación y diálogo mediante reuniones de los 12 comités intrahospitalarios y el programa “10 minutos con mi personal”, en el cual se reporta la participación de más de 100 colaboradores. Evidencias: Reportes de Asistencia a Reuniones y Actividades de Retroalimentación 2025. Registros de Participación en el Programa “10 Minutos con mi Personal” 2025.	
6. La responsabilidad social de la organización.	El hospital desarrolla acciones internas de responsabilidad ambiental, entre las cuales se documenta la reutilización de 30 tóners de impresoras y la realización de una charla educativa dirigida a colaboradores. Evidencias: Registro de Control de Tóners Reutilizados 2025. Listado de Asistentes a la Charla Educativa 2025.	

7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	El hospital dispone de espacios para socializar propuestas y cambios mediante 12 reuniones regulares anuales con participación de colaboradores. Evidencias: Reportes de Asistencia y Participación en Reuniones 2025. Indicadores de Seguimiento de Acuerdos y Acciones Derivadas de las Reuniones 2025.	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	El hospital ha incorporado herramientas digitales en áreas clínicas y administrativas, incluyendo Laboratorio, Imágenes, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), equipos informáticos, correo institucional, página web, redes sociales y Línea 311, contribuyendo a la agilización de los procesos, el acceso oportuno a la información, la comunicación institucional y la mejora de la prestación de los servicios. Asimismo, el hospital mide la percepción de los colaboradores sobre el impacto de la digitalización mediante una encuesta institucional, que evalúa la utilidad y contribución de estas herramientas en el desarrollo de sus funciones y en el funcionamiento general de la organización. Evidencias: Encuesta de Percepción de los Colaboradores sobre el Impacto de la Digitalización. Informe de resultados de la Encuesta de Percepción de los Colaboradores sobre el Impacto de la Digitalización.	

	Registros y/o reportes de las herramientas digitales implementadas en Laboratorio, Imágenes y UCI. Evidencias del uso de equipos informáticos y correo institucional. Reportes o estadísticas de la página web y redes sociales institucionales. Reportes de gestión de la Línea 311.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	El hospital utiliza herramientas digitales y realiza 12 reuniones de seguimiento al año como mecanismos orientados a facilitar la coordinación y gestión de sus procesos internos. Evidencias: Registros de Reuniones para Seguimiento y Toma de Decisiones 2025. Inventario de Computadoras Instaladas en Áreas Clínicas y Administrativas 2025. Reportes Documentados del Uso del Sistema de Imágenes y Correo Institucional 2025.	No se ha realizado una medición cuantitativa de la percepción de los colaboradores respecto a la agilidad de los procesos internos.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	El hospital dispone de mecanismos de seguimiento gerencial que incluyen 12 reportes mensuales de producción hospitalaria y actividades periódicas de seguimiento institucional. Evidencias: Registros de Reuniones para Seguimiento y Toma de Decisiones 2025.	

	Reportes institucionales de seguimiento 2025.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	El hospital dispone de 6 planes de mejora departamentales activos y mantiene 12 comités hospitalarios que participan en actividades institucionales de seguimiento y mejora. Evidencias: Planes de Mejora Departamentales Actualizados 2025. Reportes de Seguimiento y Evaluación de Procesos y Planes 2025. Indicadores de Desempeño y Reportes Formales de Seguimiento 2025.	No se ha realizado una medición de la percepción de los colaboradores sobre el diseño y la gestión de los procesos institucionales.
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El hospital cuenta con Manual de Organización y Funciones y Organigrama Institucional para definir responsabilidades y reporta 1,408 evaluaciones de desempeño realizadas durante el período evaluado. Evidencias: Manual de Organización y Funciones Actualizado 2025. Organigrama Institucional Vigente 2025. Reporte Consolidado de Evaluaciones de Desempeño 2025.	
4. La gestión del conocimiento.	El hospital identifica y gestiona las necesidades de conocimiento y desarrollo de competencias de los colaboradores mediante la aplicación del Formulario de Detección de Necesidades de Capacitación, cuyos resultados sirven de insumo para la planificación de	

	las actividades formativas contempladas en el Plan Anual de Capacitación. Evidencias: Formulario de Detección de Necesidades de Capacitación 2025. Consolidado de Necesidades de Capacitación Identificadas 2025. Plan Anual de Capacitación 2025. Reporte Consolidado de Evaluaciones de Desempeño Realizadas 2025.	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	El hospital dispone de diferentes canales de comunicación interna, incluyendo grupos de WhatsApp, correo institucional, memorándums, una línea telefónica con 51 extensiones y 23 flotas celulares. Evidencias: Listados Oficiales de Grupos de WhatsApp Institucionales por Áreas 2025. Registros de Memorándums Oficiales 2025. Listado Actualizado de Extensiones Telefónicas 2025. Informe de Asignación y Uso de Flotas Celulares 2025.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El hospital desarrolla iniciativas de reconocimiento dirigidas a colaboradores y departamentos, incluyendo reconocimientos realizados en Perinatología y Nutrición y el mecanismo de selección del empleado del mes. Evidencias:	

	Registro Documental de Reconocimientos 2025. Reportes de Encuestas para Selección del Empleado del Mes 2025. Documentación de Reconocimientos de Perinatología y Nutrición 2025.	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	El hospital fomenta la apertura al cambio y la innovación mediante el diálogo constante y la participación activa del personal. Para ello, realiza aproximadamente 12 reuniones regulares al año con los colaboradores, así como grupos focales internos, orientados a evaluar, consensuar y aceptar nuevas medidas de gestión. Asimismo, el hospital realiza grupos focales con usuarios/pacientes con el objetivo de conocer sus experiencias y expectativas, utilizando esta retroalimentación como insumo para orientar los procesos de mejora e innovación en la atención. Además, el hospital mantiene coordinación con el Servicio Nacional de Salud (SNS) mediante la ejecución de planes operativos y proyectos institucionales orientados a la transformación digital, la sostenibilidad ambiental y el fortalecimiento de la atención centrada en el usuario. Evidencias: Reportes Consolidados de Reuniones Regulares con el Personal 2025.	No se ha realizado una medición de la percepción de los colaboradores respecto a la gestión institucional del cambio y la innovación

	Informes Oficiales de Grupos Focales con Usuarios y Pacientes 2025. Formularios y Reportes Oficiales Remitidos al SNS 2025.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	El Hospital fomenta un ambiente laboral de respeto, colaboración y compromiso institucional. La cultura organizacional está centrada en el servicio al paciente, la mejora continua y la participación activa del personal en la gestión hospitalaria. Se promueven espacios de integración y reflexión institucional a través de: El programa “10 minutos con mi personal”, que consiste en encuentros mensuales entre el director general y el personal de cada área, con un promedio de 10 sesiones realizadas al año, en las que se abordan inquietudes, sugerencias y propuestas del personal. Jornadas institucionales de cohesión del equipo. Participación activa en 12 comités intrahospitalarios, donde los colaboradores tienen voz en la toma de decisiones estratégicas y operativas.	"No se ha realizado encuesta"

	Evidencias: Listados Oficiales de Asistencia al Programa 10 Minutos con mi Personal 2025. Registros Formales de Jornadas Institucionales Realizadas 2025. Listados Oficiales de Integrantes por Comité Intrahospitalario 2025.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El Hospital mantiene una política institucional de flexibilidad laboral que permite conciliar la vida personal, familiar y laboral de sus colaboradores, aplicándose especialmente en situaciones justificadas como condiciones médicas, estudios u otras circunstancias personales. Durante el último año: Se otorgaron 317 permisos laborales por situaciones personales y médicas. Se aprobaron 1,185 licencias laborales por razones de salud prolongadas. 2 colaboradores fueron reubicados o reasignados en sus funciones por condiciones médicas certificadas. Se autorizaron 2 licencias educativas para apoyar la formación académica del personal.	

	Evidencias: Registros Oficiales de Licencias Médicas 2025. Documentación de Permisos Especiales Otorgados 2025. Informes de Reasignación de Funciones Basados en Evaluaciones del Médico Ocupacional 2025.	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	El hospital promueve activamente la igualdad de oportunidades y la equidad en el trato entre todos sus colaboradores, sin distinción de género, edad, condición física, origen o nivel jerárquico. Aunque el hospital no ejecuta directamente procesos de reclutamiento, la gestión del personal que labora en el centro se rige por principios de inclusión, respeto y no discriminación. Este enfoque se refleja en resultados cuantificables, tales como: 1,408 evaluaciones de desempeño realizadas en el último ciclo, aplicadas de manera objetiva a personal de diversas áreas, reflejando un compromiso institucional con la evaluación equitativa del rendimiento. 12 comités intrahospitalarios activos, con participación representativa de diferentes niveles y funciones, promoviendo una toma de decisiones participativa y equitativa.	

	15 colaboradores con readecuaciones laborales vigentes por condiciones especiales de salud, lo que indica la implementación de ajustes razonables para garantizar la continuidad laboral. 317 permisos y 1,189 licencias médicas gestionadas, junto con 2 licencias para estudios, que evidencian la aplicación de políticas de flexibilidad laboral orientadas a la equidad. Evidencias: Reporte de Evaluaciones de Desempeño 2025. Registros de Licencias Médicas 2025. Permisos Especiales Documentados 2025. Documentación de Readecuación de Funciones Emitida por el Médico Ocupacional 2025	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	El hospital mantiene un compromiso constante con el bienestar y la seguridad de su personal, asegurando instalaciones funcionales y adaptadas a las necesidades clínicas y administrativas, con base en acciones verificables y resultados documentados. Entre las condiciones favorables, se destacan: Áreas de descanso habilitadas para el personal médico y de enfermería, adecuadamente acondicionadas y utilizadas regularmente.	

	Sistemas de climatización activa y funcional en áreas críticas como quirófanos, emergencias, UCI y consultas, monitoreados a través de reportes de mantenimiento correctivo y preventivo. Condiciones sanitarias operativas en baños y zonas comunes, supervisadas mediante rutinas de inspección periódica y atención a reportes internos. Instalación de equipos tecnológicos en áreas clínicas y administrativas como parte del plan de digitalización, con seguimiento a través de inventarios actualizados y cronogramas de implementación. Adecuada señalización y accesibilidad física en cumplimiento con normas de seguridad y accesibilidad, con intervenciones documentadas por el área técnica. Realización de mantenimientos periódicos a la infraestructura física, equipos biomédicos y sistemas eléctricos, en cumplimiento con el plan de mantenimiento anual, gestionado por el área correspondiente. Evidencias: Plan de Mantenimiento Anual Aprobado 2025. Reportes Técnicos de Mantenimiento Preventivo y Correctivo 2025	
--	--	--

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	El hospital promueve el crecimiento profesional y la mejora continua de sus colaboradores mediante un enfoque estructurado para el desarrollo de carrera y fortalecimiento de competencias, con base en acciones alineadas a objetivos estratégicos y resultados medibles. Entre las acciones realizadas se destacan: Elaboración anual del Plan de Capacitación Institucional, alineado con las necesidades del hospital y los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP). 10 capacitaciones institucionales ejecutadas durante el último período, dirigidas a áreas clínicas, administrativas y operativas. Utilización de la base de datos de Recursos Humanos para identificar competencias, planificar capacitaciones y hacer seguimiento individualizado a los procesos formativos del personal. Participación en capacitaciones externas, diplomados y talleres en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (SNS), orientadas a temas clave como calidad de atención, bioseguridad, atención humanizada y protocolos clínicos.	

	Ascensos internos y asignación de nuevas funciones basados en desempeño, promoviendo el desarrollo profesional y la retención del talento institucional. Evidencias: Plan de Capacitación Institucional 2025. Base de Datos de Recursos Humanos 2025. Registros de Capacitaciones Externas, Diplomados y Talleres Realizados en Coordinación con el SNS 2025. Listado de Ascensos Internos y Reasignaciones de Funciones con Base en la Evaluación de Desempeño 2025.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	El hospital promueve un entorno laboral que favorece la participación activa, el sentido de pertenencia y el empoderamiento del personal, mediante iniciativas estructuradas que fortalecen la motivación y el compromiso institucional. Entre las acciones implementadas se destacan: Participación activa de colaboradores en 12 comités intrahospitalarios, con representación de distintas áreas operativas, clínicas y administrativas, conforme a las actas y registros de reuniones. Ejecución del programa “10 minutos con mi personal”, como espacio sistemático de diálogo directo entre el personal y los niveles directivos, orientado a la retroalimentación y mejora del clima laboral.	

	Realización periódica de jornadas institucionales de integración y reflexión, orientadas a fortalecer la cohesión de equipos y los valores organizacionales. Evidencias: Actas de Reuniones de Comités Hospitalarios 2025. Registros del Programa 10 Minutos con mi Personal 2025. Cronograma y Reportes de Jornadas Institucionales de Integración 2025. Documentación de Permisos, Licencias y Readecuaciones Laborales 2025.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	El hospital mantiene un compromiso sostenido con la formación y el desarrollo profesional de su personal, tanto en áreas clínicas como administrativas. La gestión del conocimiento se implementa mediante planes anuales y estrategias coordinadas por el Departamento de Recursos Humanos, con base en las necesidades institucionales y lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre las acciones destacadas se encuentran: Elaboración y ejecución del Plan Anual de Capacitación, con un total de 10 capacitaciones implementadas durante el último período, dirigidas a personal clínico y administrativo.	

	Capacitación orientada a la correcta aplicación de protocolos del MSP en áreas asistenciales, con el fin de asegurar estándares de calidad en la atención. Registro sistemático de las competencias del personal y seguimiento de las actividades formativas mediante una base de datos institucional administrada por Recursos Humanos. Enfoque integral que contempla el fortalecimiento de competencias en áreas administrativas, además del componente clínico. Evidencias: Plan Anual de Capacitación del Hospital 2025. Listados y Registros de Participantes en las 10 Capacitaciones 2025. Informes de Ejecución y Seguimiento de Actividades Formativas 2025.	
--	---	--

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.).	El hospital reportó durante 2025 11 renuncias, un 29 % de absentismo, 1,189 licencias médicas, 15 readecuaciones laborales, 317 permisos laborales, 4 días de huelga y 1 queja formal del personal, como indicadores relacionados con la gestión y comportamiento de sus recursos humanos. Evidencias: Registros de Recursos Humanos sobre Licencias, Permisos y Readecuaciones 2025. Informes Anuales de Gestión del Personal 2025. Base de Datos Institucional sobre Rotación y Absentismo 2025. Acta de Resolución de Queja Formal 2025. Informe de Paz Laboral 2025.	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	El hospital mantiene 12 comités hospitalarios activos con participación multidisciplinaria y desarrolla planes de mejora en diferentes áreas institucionales. Evidencias: Planes de Mejora de los Departamentos 2025. Actas y Reportes de Comités Hospitalarios 2025. Registros de Participación por Área 2025.	

	Informes de Seguimiento de Actividades de Mejora 2025.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		"No se cuenta con comité de Ética pública)
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	El hospital promueve la participación voluntaria de sus colaboradores en actividades relacionadas con la responsabilidad social, incluyendo campañas ambientales y acciones coordinadas por el Comité de Bioseguridad. La participación de los colaboradores se registra por área y las actividades realizadas son objeto de seguimiento institucional. Evidencias: Registros de Participación por Área 2025. Informes de Seguimiento de Actividades de Mejora 2025.	
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).	El hospital realizó durante el último período I acción formativa específica orientada a la calidad de atención y trato digno al usuario, complementada con mecanismos para registrar y gestionar quejas y medir la satisfacción de los usuarios. Evidencias: Registros de Capacitación de Recursos Humanos y Gestión de Calidad 2025. Reportes Trimestrales de la Plataforma 311 2025. Informes de Apertura y Análisis de Buzones 2025.	

	Resultados de Encuestas de Satisfacción al Usuario 2025. Plan Anual de Capacitación con Enfoque en Atención al Ciudadano 2025.	
--	--	--

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Resultados de Indicadores relacionados con: ✦ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	El hospital alcanzó durante 2025 un 96 % en Gestión de Acuerdos de Desempeño y un 95 % en Evaluación del Desempeño, registrando 1,408 evaluaciones aplicadas durante el período. Evidencias: Informe de Cumplimiento en Gestión de Acuerdos de Desempeño 2025. Informe de Evaluación del Desempeño 2025. Registro de Evaluaciones Aplicadas 2025. Planes de Mejora Derivados de Resultados Individuales 2025.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	El hospital registró un incremento de las visitas a su página web de 2,200 en 2024 a 2,410 en 2025; los accesos directos pasaron de 496 a 499 y las visualizaciones de 9,200 a 9,420. Asimismo, las interacciones en redes sociales aumentaron de 62.8 %	

	en 2024 a 64.8 % en 2025, mientras el incremento de seguidores pasó de 53 % a 54.3 %. Evidencias: Reportes de Estadísticas de Página Web 2024-2025. Reportes de Estadísticas de Redes Sociales 2024-2025.	
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).	El hospital ejecutó durante 2025 10 capacitaciones generales. El documento reporta además una participación del 95 % del personal convocado y una tasa de finalización satisfactoria del 100 % de los participantes. Evidencias: Plan Anual de Capacitación 2025. Listas de Asistencia a Capacitaciones 2025. Base de Datos del Historial de Formación del Personal 2025.	
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		"No se ha realizado"

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	El hospital desarrolló durante 2025 5 charlas y talleres comunitarios, 12 talleres psicoeducativos dirigidos a adolescentes, beneficiando a más de 305 estudiantes, brindó servicios médicos integrales a 500 personas pertenecientes a poblaciones vulnerables y realizó 3 visitas domiciliarias a pacientes con movilidad limitada, y más de 10 programas gratuitos durante 2024 y 2025. Evidencias: Registro Fotográfico de Actividades 2024-2025. Lista de Programas Gratuitos Vigentes 2025. Informes de Actividades Comunitarias 2025.	
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	El hospital alcanzó durante 2025 un 86 % de satisfacción general de los usuarios y el documento reporta una tasa de respuesta efectiva del 90 % en el Sistema 311. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción SNS 2025. Reporte Anual del Sistema 311 2025. Registros de Jornadas Comunitarias 2025.	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El hospital cuenta con una plantilla reportada de 1,408 colaboradores y mantiene actividades de formación	

	práctica para estudiantes de medicina, enfermería y otras áreas de salud. Evidencias: Histórico de Nómina de Colaboradores Activos del SNS 2025. Reportes de Licitaciones Anuales en SISCOMPRAS 2025. Registros Anuales de Estudiantes en Prácticas Médicas 2025.	
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.).	El hospital cuenta con una plantilla reportada de 1,408 colaboradores y mantiene actividades de formación práctica para estudiantes de medicina, enfermería y otras áreas de salud. Evidencias: Histórico de Nómina de Colaboradores Activos del SNS 2025. Reportes de Licitaciones Anuales en SISCOMPRAS 2025. Registros Anuales de Estudiantes en Prácticas Médicas 2025.	
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).	El hospital desarrolla acciones de sostenibilidad que incluyen reciclaje de tóners, una jornada de limpieza de costa, una charla sobre uso responsable del agua, la campaña “Reúsa, Recicla y Reutiliza” y gestión especializada de residuos hospitalarios. Evidencias: Informes de Pago por Servicios de Recolección de Residuos 2025.	

	Capturas de Correos Institucionales de Campañas Ambientales 2025. Registros de Entrega de Tóners Vacíos 2025. Lista de Participantes de la Charla sobre Uso Responsable del Agua 2025. Fotografías y Acta de la Jornada de Limpieza de Costa 2025.	
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	El hospital cuenta con Comité de Emergencias y Desastres y Plan de Emergencias y Desastres, para el cual se reporta un 100 % de cumplimiento durante el período evaluado. Evidencias: Acta Constitutiva del Comité de Emergencias y Desastres 2025. Plan de Emergencias y Desastres con Evaluación de Cumplimiento 2025: 100 %. Registros de Simulacros 2025.	
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.).	El hospital desarrolló durante 2025 12 talleres psicoeducativos dirigidos a adolescentes, 1 campaña institucional de sensibilización ambiental y 1 campaña digital de concienciación sobre el uso responsable de los recursos. Evidencias: Registro Fotográfico de Actividades 2025. Listas de Participantes 2025	
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	El hospital registró durante el período evaluado 5 felicitaciones, recibidas mediante los 6 buzones institucionales de sugerencias y quejas.	

	Evidencia: Registro Documental de Mensajes Recibidos en los 6 Buzones de Sugerencias y Quejas 2025	
--	--	--

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.).	El hospital reportó durante el período evaluado la reutilización de 30 tóners, mantiene un contrato para el manejo especializado de desechos hospitalarios y dispone de un Plan de Mantenimiento Preventivo de equipos médicos y tecnológicos. Evidencias: Relación de Pagos por Servicios Prestados 2025. Plan de Mantenimiento Preventivo 2025. Recibos de Pago 2025.	
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El hospital mantiene relaciones formales con autoridades y representantes comunitarios mediante el Consejo Administrativo Hospitalario (CAH), para el cual se documenta 1 reunión anual. Evidencias: Acta Constitutiva del Consejo Administrativo Hospitalario 2025. Listado de Asistencia a la Reunión Anual 2025	

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	El hospital registró durante 2025 2 visitas de medios de comunicación y 9,420 visualizaciones de contenidos publicados mediante sus canales oficiales. Evidencias: Artículos Publicados en Medios Digitales Oficiales 2025. Registro de Visitas de Prensa 2025.	
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.).	El hospital promueve la diversidad, integración e inclusión en su plantilla laboral mediante la adecuación del personal que presenta condiciones limitantes, procurando su integración y permanencia en el entorno laboral de acuerdo con sus condiciones. Asimismo, cuenta con un total de 1,408 colaboradoras de género femenino dentro de su personal. Evidencias: Plantilla de Personal Actualizada 2025. Registros de Adecuación del Personal con Condiciones Limitantes 2025.	"No se han realizado mediciones."
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	El hospital desarrolló campañas de donación de sangre y operativos de orientación, prevención en salud e higiene bucal con participación de personal asistencial y administrativo. Evidencias: Registro Fotográfico de Jornadas y Operativos Médicos 2025. Listas de Asistentes 2025. Publicaciones en Medios Digitales Institucionales 2025.	

6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	El hospital, a través de sus 11 programas de residencia médica, desarrolló o participó durante el período evaluado en 7 actividades académicas, 1 simposio, 1 congreso sobre pie diabético y 1 encuentro interuniversitario. Evidencia: Registro Fotográfico de Participación en Jornadas Científicas y Académicas 2025.	
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	El hospital mantiene programas preventivos y servicios orientados a diferentes poblaciones, incluyendo Madre Canguro, Psicoprofilaxis del Parto, Estimulación Temprana y Consulta Integral de Adolescentes. Asimismo, el documento reporta 1 programa preventivo anual de salud laboral y promoción del bienestar dirigido al personal. Evidencias: Documentación de los Programas Madre Canguro, VIH, Tuberculosis, Agresión Animal, Adolescentes e ITS 2025	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	El hospital documentó durante 2025 acciones de responsabilidad social que incluyen 2 visitas domiciliarias, 1 charla sobre uso responsable del agua, una campaña institucional de reutilización y reciclaje y 2 coberturas de prensa con 9,420 visualizaciones. Asimismo, dispone de un Informe de Sostenibilidad 2025. Evidencias: Registros y Reportes de Actividades Comunitarias 2025. Capturas de la Campaña “Reúsa, Recicla, Reutiliza” 2025.	

	Lista de Asistencia a la Charla sobre Uso Responsable del Agua 2025. Informe de Sostenibilidad 2025. Registros de la OAI 2025	
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	El hospital realizó durante 2025 mantenimiento preventivo de equipos de aire acondicionado, instalaciones eléctricas y equipos informáticos como acción orientada a la eficiencia energética. Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo 2025. Informe Técnico de Mantenimiento Anual 2025.	
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	El hospital mantiene contratado un servicio especializado para la recolección, transporte y disposición final de residuos biomédicos, con una frecuencia reportada de semanal o según demanda. Evidencia: Comprobantes de Pago por Servicios Realizados 2025.	
11. Política de residuos y de reciclado.	El hospital mantiene mecanismos para la gestión de residuos hospitalarios mediante el Comité de Bioseguridad, protocolos institucionales y un contrato activo desde 2023 con una empresa especializada en residuos biomédicos. Durante el período se reportan 2 charlas de concienciación sobre manejo de residuos dirigidas al personal. Evidencias: Registro de Pagos a Empresa Recolectora de Desechos 2025. Acta Constitutiva del Comité de Bioseguridad 2025.	

	Minutas de Reuniones del Comité 2025. Protocolos Institucionales para Manejo de Residuos 2025.	
--	---	--

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
I. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	El hospital registró durante 2025 176,793 consultas médicas, 23,068 procedimientos quirúrgicos, 26,629 hospitalizaciones y 517,390 servicios de laboratorio, además de alcanzar un 86 % de satisfacción general de los usuarios. Evidencias: Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios 2025. Matriz de Monitoreo de la Carta Compromiso al Ciudadano 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A de Producción de Servicios 2025.	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	El hospital mantiene programas y servicios especializados orientados a diferentes necesidades de la población y alcanzó un 86 % de satisfacción general de los usuarios en 2025. Evidencias: Cartera de Servicios Institucional 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Informe del Índice de Satisfacción de Usuarios 2025.	

3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	El hospital realiza análisis comparativos de sus indicadores y documentos institucionales con los resultados y documentos de otros hospitales disponibles en la plataforma SISMAP Salud, utilizando esta información como referencia para evaluar su desempeño e identificar oportunidades de mejora. Asimismo, el hospital realiza el seguimiento de sus resultados institucionales mediante indicadores de producción de servicios, vigilancia epidemiológica y satisfacción de los usuarios. En el año 2025, alcanzó un Índice de Satisfacción de los Usuarios de 86 %. Los resultados de producción de los servicios son registrados y monitoreados mediante el Formulario 67-A, permitiendo dar seguimiento al desempeño institucional y disponer de información para los procesos de análisis y mejora. Evidencias: Comparativo de Indicadores SISMAP Salud 2025. Comparativo de Documentos de Hospitales en SISMAP Salud 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A de Producción de Servicios 2025. Informe de Resultados del Índice de Satisfacción de los Usuarios 2025.	"

4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El hospital mantiene acuerdos y contratos institucionales relacionados con manejo de residuos, gases medicinales y otros servicios necesarios para su funcionamiento. Evidencias: Contratos Institucionales Formalizados 2025. Informe de Auditoría Externa SNS 2025. Reporte de Resultados SISMAP-Salud 2025.	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	El hospital obtuvo la renovación de su licencia de habilitación y reportó un 90 % de cumplimiento de las normativas evaluadas en el monitoreo de prácticas clínicas realizado durante el período. Evidencias: Certificado de Habilitación del Establecimiento de Salud 2025. Informe de Monitoreo de Prácticas Clínicas 2025.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	El hospital incorporó 4 servicios señalados como innovadores durante el período: detección temprana de cáncer prostático, Unidad de Pie Diabético, consulta especializada de insuficiencia cardíaca y arritmias, y programa de terapia y educación sexual. Evidencias: Cartera de Servicios Institucional 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Informe de Resultados del Índice de Satisfacción 2025.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	El hospital documenta durante el período la renovación de su licencia de habilitación, la realización de 4 monitoreos del SNS, la implementación de acciones vinculadas al Decreto 126-09 y la aplicación	

	del protocolo institucional correspondiente a la atención de extranjeros. Evidencias: Cartera de Servicios Institucional 2025. Reporte Estadístico Formulario 67-A 2025. Reporte SINAVE 2025. Certificado de Habilitación 2025.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	El hospital cuenta durante el 2025 con 1 voluntaria registrado que participa en actividades de colaboración institucional. Evidencias: Registro de Participación de Voluntarios Institucionales 2025. Registro de Actividades con Participación de Voluntarios 2025. Listas de Asistencia de Voluntarios 2025.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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.	El hospital cuenta con una plantilla de 1,408 colaboradores y evidencia resultados favorables en la gestión de sus recursos humanos, alcanzando un 95 % de cumplimiento del Plan Anual de Capacitación y 94 puntos en la Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias. Asimismo, durante el año 2025, alcanzó un 100 % de cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo.	

	Evidencias: Plan de Capacitación Institucional 2025. Listas de Asistencia 2025. Reporte SISMAP-Salud 2025. Plan Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo 2025.	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	El hospital utiliza 5 sistemas tecnológicos para apoyar sus procesos. Entre los resultados reportados, el sistema PACS redujo el tiempo de entrega de resultados de 48 a 12 horas, ISSABEL redujo el tiempo promedio de espera de llamadas internas de 10 a 5 minutos, y el sistema automatizado de laboratorio redujo el tiempo promedio de resultados de 72 a 24 horas. Evidencias: Reportes de PACS, SIGHO, ISSABEL y Domain Controller 2025. Informes Operativos del Sistema Automatizado de Laboratorio 2025.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	El hospital realiza análisis comparativos con una frecuencia reportada de cada seis meses, utilizando indicadores publicados en SISMAP-Salud. Evidencia: Actas de Reuniones del Comité de Calidad para Análisis y Seguimiento de Indicadores Institucionales 2025.	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	El hospital recibió durante 2025 a 150 estudiantes de medicina, enfermería y carreras administrativas para pasantías, internado rotatorio y prácticas	

	supervisadas, en el marco de acuerdos con instituciones universitarias. Evidencias: Acuerdo de Colaboración con UASD 2025. Acuerdo de Colaboración con UNIREMHOS 2025. Registro de Estudiantes Admitidos en Programas de Formación 2025.	
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 hospital reporta durante 2025 una reducción del 80 % en el uso de papel y una disminución del 40 % en los tiempos promedio de atención, asociadas a la implementación de tecnologías institucionales como SIGHO, PACS e ISSABEL. Evidencias: Informe de Desempeño SIGHO 2025. Reporte PACS 2025. Reporte ISSABEL 2025. Informe Comparativo del Consumo de Insumos Administrativos 2023-2025.	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	El hospital fue objeto durante 2025 de 12 monitoreos realizados por el Departamento de Monitoreo de la Calidad del SNS y cuenta con documentación relacionada con el proceso de habilitación y acciones derivadas de auditorías. Evidencias: Informe del Proceso de Habilitación 2025. Formularios de Habilitación 2025. Informe de Auditoría SNS 2025.	

	Plan de Acción para Implementación de Recomendaciones 2025.	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	El hospital recibió reconocimientos de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) durante los años 2023, 2024 y 2025, evidenciando continuidad de reconocimientos externos durante tres períodos consecutivos. Evidencias: Certificación DIGEPI 2023. Certificación DIGEPI 2024. Certificación DIGEPI 2025.	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El hospital reportó durante el período evaluado un 100 % de cumplimiento de sus objetivos financieros institucionales y un 70 % en el indicador de cumplimiento relacionado con la Ley núm. 340-06 sobre Compras y Contrataciones Públicas. Evidencias: Estados Financieros Mensuales remitidos a la Contraloría del SNS 2025. Matriz de Cuentas por Pagar 2024. Matriz de Cuentas por Pagar 2025. Reporte de Cumplimiento de la Ley núm. 340-06 en SISMAP-Salud 2025. Informes Mensuales de Auditoría Externa 2025.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	El hospital realizó durante el período evaluado 30 compras directas, 16 compras menores y 1 licitación pública. Para la gestión de los procesos de adquisición, utiliza el Portal de Compras y Contrataciones, mediante el cual se realizan los procesos de licitación	No se ha realizado una medición que permita determinar el ahorro generado en sus procesos de compras y contrataciones.

	y selección correspondientes, orientados a adjudicar al proveedor que cumpla con los requerimientos establecidos y garantice una adecuada relación costo-beneficio para la institución. Asimismo, el hospital aplica criterios de selección de proveedores en los procesos de compras y contrataciones, conforme a los procedimientos establecidos. Evidencias: Expedientes de Compras y Contrataciones de Bienes y Servicios 2024. Expedientes de Compras y Contrataciones de Bienes y Servicios 2025. Informe de Ejecución Presupuestaria 2024. Expedientes de Procesos de Selección de Proveedores 2025.	
--	--	--

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.