

**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:

_____ Mayo 2025 _____

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	La Misión, Visión y Valores del hospital han sido diseñados y actualizados para alinearse con los nuevos valores institucionales del Servicio Nacional de Salud (SNS). Estos elementos han sido colocados en lugares	No se han realizado los cambios en los carteles institucionales (letreros en acrílico)

estratégicos y de alta visibilidad dentro del hospital, como el área de emergencias, el lobby de la dirección y la consulta externa, con el fin de asegurar que tanto el personal como los visitantes puedan familiarizarse fácilmente con ellos.

Esta acción refleja el compromiso de la institución con una comunicación clara y efectiva de su propósito, dirección y principios rectores. Al estar disponibles de manera accesible, la Misión, Visión y Valores se convierten en una referencia constante que orienta las acciones individuales y colectivas, alineándose con los objetivos institucionales.

La Misión define la razón de ser del hospital, su propósito esencial y el impacto que aspira a generar en la comunidad. La Visión describe la imagen futura deseada, marcando el rumbo hacia el cual se dirige la organización. Los Valores, por su parte, representan los principios y creencias fundamentales que guían las decisiones y comportamientos de quienes forman parte del hospital.

Alinear estos elementos con los valores institucionales del SNS fortalece una identidad organizacional coherente y promueve una cultura basada en principios compartidos. Esta coherencia contribuye a generar confianza y a fomentar un sentido de pertenencia tanto en el personal como en los pacientes y visitantes.

Asimismo, se realizó una jornada de difusión de la Misión, Visión y Valores dirigida a todos los colaboradores del hospital, reafirmando el compromiso colectivo con estos principios y promoviendo su integración en el quehacer diario.

Evidencias:

Taller de Difusión de Misión, Visión y Valores

	-La Misión, Visión y Valores del hospital fueron diseñados y actualizados para alinearse con los nuevos valores institucionales del Servicio Nacional de Salud (SNS). Como parte de este proceso, se llevó a cabo un taller de difusión dirigido al personal del centro de salud, con el objetivo de socializar estos elementos fundamentales y promover su apropiación por parte de todos los colaboradores. -Además, se procedió a su publicación en lugares estratégicos y de alta visibilidad dentro del hospital como el área de emergencias, el lobby de la dirección y la consulta externa asegurando así su accesibilidad tanto para el personal como para los pacientes y visitantes.	
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: -Los valores adjuntos a la Misión, Visión publicados en lugares muy fácilmente visibles en el hospital (Área de emergencias, Lobby de la dirección del centro, Área de consulta externa.	
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: -Los valores adjuntos a la Misión, Visión publicados en lugares visibles (texto de nuestra misión, visión y valores).	
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: -Se ha desarrollado tipo taller la comunicación de misión, visión y valores. -Murales de la institución, comunicación a los departamentos, recordatorio en reuniones y publicación página WEB y redes.	
5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).	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 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: -Estadísticas almacenadas en la nube por los departamentos de Epidemiología, Archivo y Calidad Institucional. -Archivos físicos organizados que permiten trazabilidad histórica y respaldo de datos relevantes. -Bases de datos digitales de encuestas de satisfacción y experiencia del paciente, que recogen percepciones clave sobre la calidad del servicio.	
6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	El Departamento de Tecnología de la Información (TI) del hospital cuenta con capacitaciones en 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: -Sharepoint, Fortinet, Epidemiología, estadísticas y Calidad Institucional datos de los departamentos digitalizados en las nubes.	

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 administrativos y financieros, con el fin de fortalecer la confianza institucional y asegurar el uso adecuado de los recursos públicos. Evidencias: -El hospital cuenta con comité de Bioética(acta constitutiva) -Existe dentro del hospital una unidad auditora de la Contraloría Nacional de la República y también una unidad de la Junta Central Electoral. Portal de compras y contrataciones en construcción.	“No se ha realizado el Comité de Ética Pública
8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).	La 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: -Asignación: de responsabilidades compartidas, una hora con mi personal.	

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

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

1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	El hospital cuenta con la aprobación de su estructura organizativa por parte del Ministerio de Administración Pública (MAP). Actualmente, se trabaja en el desarrollo y actualización de los mapas de procesos institucionales. Asimismo, se dispone del Manual de Puestos y Funciones, en el cual se describen de manera detallada los cargos existentes, así como las responsabilidades asignadas a cada uno, lo que contribuye a una gestión más eficiente y alineada con los objetivos institucionales. Evidencias: -Documento en físico disponible en RRHH, estructura organizativa publicada, con resolución número 22 de aprobación	
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) actualizado, el cual es monitoreado en tiempo real a través del sistema del Servicio Nacional de Salud (SNS). En el último trimestre de evaluación del año 2024, se alcanzó un desempeño del 97%, reflejando un alto nivel de cumplimiento de las metas establecidas. Además, se realizan encuentros trimestrales de monitoreo de gestión, en los cuales se revisan los avances, se identifican oportunidades de mejora y se alinean acciones estratégicas. De igual forma, se da respuesta oportuna a las expectativas de los usuarios, garantizando una atención adecuada y de calidad. Evidencias: -POA monitoreado en la plataforma SharePoint y encuestas de satisfacción de usuarios vía -Plataformas del SNS, DIGEPI(plataforma),SISMAP-salud	

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.).	La interacción del ciudadano-usuario se recoge mediante encuestas de satisfacción, así como a través de las sugerencias y quejas depositadas en los seis buzones distribuidos estratégicamente en diferentes áreas del hospital. Además, se consideran los indicadores de salud reportados en el formulario 67-A. Toda esta información sirve como insumo fundamental para la toma de decisiones y la implementación de mejoras en el sistema de gestión hospitalaria, con el objetivo de optimizar el rendimiento institucional y ofrecer un servicio más eficiente, transparente y centrado en el usuario. Evidencias: -Encuestas de satisfacciones digitales, Informe de encuestas. -Actas de aperturas de Buzones, Comunicaciones de atención al Usuario a las áreas correspondientes para ser aplicados lo correctivos de lugar, matriz de las quejas y sugerencia, 67A.	
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: -Plataforma SUGEMI, SIGHO, SITREP, POA(SharePoint), SISMAP-SALUD.	
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. Evidencia: - 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: -Comunicación mediante correo institucional para los asuntos oficiales, y Grupos de WhatsApp de las Diferentes áreas.	
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 mejoras por áreas, e informes de seguimiento enviados por las áreas, minutas de reuniones, lista de asistencia, entregas de guardias.	

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: -Comunicación mediante correo institucional para los asuntos oficiales. -Uso de plataformas sociales para difusión de informaciones.	
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 del hospital conjuntamente con sus colaboradores internos, promueven la mejora continua de los servicios, a través de reuniones donde se evalúan el desempeño de las áreas. En nuestro hospital existen diversos comités hospitalarios, Contamos con el comité de mejora continua de la calidad, y encargados de la calidad de los servicios e institucional con la finalidad de la mejora continua y a través de estos los encargados departamentales. Evidencias: -Acta constitutiva, fotos, listas de asistencias, minutas.	
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, boletines informativos por correo.	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a	El hospital cuenta actualmente con un Comité de Bioética debidamente conformado, encargado de velar por el cumplimiento de principios éticos en la	“No se ha realizado el Comité de Ética Pública

los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	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. Evidencia: -Acta constitutiva del Comité de Bioética.	
---	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.) 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: -Entrega de guardia. -Rotación de los residentes por áreas médicas. -Rotación de los pre-internos e internos. -Docencia de enfermería -Actas constitutivas de los comités.	

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: Reuniones departamentales. -Diálogos. -Fotos, informes. -Uso del comedor para todos los empleados, sin orden por jerarquía (fotos). -Firmas de libros de visita.	
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 -Mural informativo - Grupo de chat, minutas, buzón de sugerencias para colaboradores.	

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: -Empleados con uniformes correspondientes a áreas y Funciones. -Dotación de equipos de protección personal -Donaciones de equipos electrónicos -Compra de equipos electrónicos - Entrega de Guardia.	
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. Evidencia: -Reuniones departamentales. -Fotos, informes. -Minutas de reuniones. -Listas de asistencias. -Documento del POA. -Documento de la Memoria Institucional. -Resolución que aprueba el organigrama, Manual de Organización y Funciones.	

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 -Permisos a empleado -Informe Entrega de Guardia.	
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 -Certificado.	

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: -Minutas de apertura de buzones, -Informes de buzones, encuestas de satisfacción informe 67-A	
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 reunión -Fotos. -Correos electrónicos -Convocatorias. -Normativas de carácter legal. -Asistencia Técnica a comisiones -Reuniones -Talleres	
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 N° 42-01 y sus reglamentos. -Ley de Seguridad Social 87-01 y sus Reglamentos. -Plan Plurianual del Sector Público -Plan Estratégico del SNS. -Ley 41-08 de Función Pública. - reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud. Físico y digitales disponibles en el hospital.	
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. Evidencia: -POA alineada al plan estratégico del SNS.	
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: Lista de asistencia a reunión. -Documentos de acuerdos -Disertación en asambleas del hospital. Ha aumentado la presencia y promoción del hospital en redes sociales Evidencia: -Cuentas en Instagram, Facebook, Twitter, página web.	
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. Evidencia: -Lista de asistencia, fotos	
7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.	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 de Relaciones Publicaciones, print screen de la página web y redes sociales.	
--	---	--

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
La Organización: I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales	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	

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.	Calidad, garantizando que la planificación estratégica incorpore insumos actualizados y realice ajustes oportunos para la mejora constante de sus servicios. Evidencia: -Actas trimestrales del Comité de Calidad.	
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 reuniones con grupos de interés tales como: proveedores, comunitarios, y colaboradores Evidencia: -Lista de asistencia y fotos.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	El Hospital Juan Pablo Pina cuenta con un proceso formalizado y periódico de vigilancia estratégica de su entorno externo, alineado con los criterios de la guía CAF. Este mecanismo se integra al Sistema de Gestión de Calidad. Evidencias: -Actas de Comité calidad -Socialización protocolo migratorio fotos	
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 realiza un estudio detallado de su desempeño institucional, centrado en la identificación de fortalezas y debilidades, con el fin de diseñar y ejecutar planes de mejora específicos para cada área. Evidencia: -Informe FODA	

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,	El hospital cuenta con una misión, visión y valores claramente definidos, alineados con las prioridades estratégicas y directrices establecidas por el Servicio	

a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.	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: -Disponible en página WEB del hospital, colocadas en lugares visibles y en brochure de inducción del hospital, reportes financieros, -Plan de capacitación del personal, Informes, reportes, planes, a través del POA de las actividades realizadas por los encargados de áreas cargados a la plataforma Sharepoint del SNS.	
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: -Resultados de la encuesta de satisfacción -Matriz de los buzones de sugerencia - Portal (OAI).	
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:	

	-Informes de calidad del agua, reportes y estadísticas de limpiezas y desinfección de las áreas, - Expedientes de Recursos Humanos, reporte de nómina, cuadros de atención a extranjeras del 67-A. Expedientes clínicos	
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 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: -POA, PACC de compras, compras realizadas. Fondos mensuales recibidos provenientes del SNS y fondos percibidos por venta de servicios a las ARS	“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) “

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: - Monitorización en tiempo real del POA desde el SNS - Monitorización en tiempo real de las evidencias de actividades mediante plataforma Sharepoint - Informes mensuales de las áreas. - Informe General mensual de Estadística y Epidemiología.	
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: Informes, reportes, planes a través del POA cargados a la plataforma del SNS y el MAP.	
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 electrónico. -Grupos de WhatsApp -Minutas de reunión.	
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 formulario 67-A -Informe mensual. -Informe de monitoreo por áreas o departamentos. -Memoria Anual.	

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 dispone de acceso a internet en los puestos de trabajo de áreas clave como Emergencias, Maternidad, UCI, unidades administrativas y de servicios generales, lo cual mejora significativamente la eficiencia operativa y la comunicación en el entorno laboral. En particular, en el área de Emergencias el acceso a software especializado para el almacenamiento, visualización y compartición segura de imágenes médicas representa una herramienta valiosa para el personal clínico, facilitando una atención más ágil, precisa y de mayor calidad.	“No contamos con software para la gestión clínica y financiera”

	Evidencias: computadoras con acceso a internet Software de visualización de imágenes en PC de Emergencia (fotos).	
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: -Conversaciones por WhatsApp con gestores de otros hospitales. -Cuadro de seguimiento SISMAP Salud mostrando tu posición y calificación.	
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: -Redes sociales, Instagram, WhatsApp, red OAI, Lista de reuniones, correos electrónicos, fotos.	
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 ha establecido un entorno favorable para la generación de ideas que impulsan la gestión clínica, el desarrollo organizacional y la mejora continua de la calidad del servicio. En este sentido, se han creado espacios estratégicos a través de reuniones periódicas, en las que participan comités multidisciplinarios comprometidos con la excelencia. Durante estas reuniones, se lleva a cabo un monitoreo sistemático de los procesos, evaluando de manera rigurosa los resultados obtenidos y las oportunidades de mejora. Los comités, basándose en datos y evidencia concreta, formulan recomendaciones específicas que contribuyen a una toma de decisiones informada. Estas recomendaciones se traducen en acciones correctivas y preventivas que aseguran la optimización constante de los servicios y el cumplimiento de los estándares de calidad Evidencias: -Actas constitutivas de los -Comités, lista de participantes, Minutas, informes	

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 laboratorios, Informes.	
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: -Comunicaciones de solicitud de personal por áreas. - Porcentaje de glosas disminución de glosas informes-SISMAP-Salud. -Fondos recibidos mensualmente vía SNS, Fondos Recibidos por venta de servicios a las ARS.	
--	--	--

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	El hospital 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) con metas específicas en recursos humanos -Informes de diagnóstico de necesidades de RRHH (actuales y proyectadas). -Correspondencia o circulares oficiales recibidas del SNS con lineamientos sobre dotación de personal. Solicitudes y requerimientos internos.	
2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.	El hospital ha desarrollado e implementado una política de recursos humanos transparente y basada 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 donde se discutan decisiones de asignación de funciones o promociones. -Listados de personal con detalle de funciones actuales y cambios documentados. -Informes de desempeño que respaldan decisiones de reconocimiento o asignación de cargos. -Formularios y resultados de evaluaciones de desempeño individuales o por áreas -Planes anuales de formación continua del personal.	
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 o promociones fundamentadas en criterios objetivos (desempeño, experiencia, competencias). -Informes de evaluación de desempeño o seguimiento a competencias del personal -Evidencia de ajustes razonables o prácticas de conciliación (horarios flexibles, permisos, rotación de turnos). -Correspondencia con el SNS sobre lineamientos en gestión de personal.	
--	--	--

4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	El hospital realiza los procesos de selección y asignación de personal conforme a los lineamientos establecidos por las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, utilizando como criterio principal la formación académica, experiencia profesional y competencias específicas de los candidatos. Aunque la institución no dispone de un manual de funciones interno, se asegura de que el personal sea asignado a los puestos adecuados en función del perfil requerido según las normativas sectoriales. Esta práctica refuerza los principios de equidad, mérito e idoneidad profesional, y contribuye a una gestión transparente, eficiente y alineada con los objetivos del sistema nacional de salud. La aplicación de estos criterios fortalece la capacidad del hospital para responder con eficacia a las demandas asistenciales, promoviendo al mismo tiempo un entorno laboral profesional y orientado a la mejora continua. Evidencias: -Documentos que avalan el perfil del puesto -Designaciones internas.	
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 lleva a cabo la designación de funciones considerando tanto los perfiles requeridos para cada puesto como las habilidades y competencias individuales del personal. Este proceso se apoya en la comparación sistemática entre los requerimientos funcionales definidos por las guías del Ministerio de Salud Pública y las capacidades demostradas por los empleados, asegurando así una asignación adecuada y efectiva de los roles.	

	Adicionalmente, como parte de su enfoque de mejora continua, el hospital proporciona capacitaciones periódicas orientadas a fortalecer las competencias técnicas, administrativas y humanas del personal. Estas acciones no solo optimizan el desempeño individual y colectivo, sino que también promueven el crecimiento profesional y garantizan una atención de calidad centrada en el paciente. Esta práctica demuestra un compromiso institucional con el desarrollo del talento humano, alineado con los principios de eficiencia, mérito, equidad y mejora continua Evidencias: -Currículos con las competencias para la descripción de puesto	
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 gestiona los procesos de selección y desarrollo de la carrera profesional bajo principios de justicia, equidad e igualdad de oportunidades, promoviendo activamente un entorno laboral inclusivo y respetuoso de la diversidad de género, discapacidad, edad, origen étnico, orientación religiosa y demás características individuales. Si bien el hospital no realiza directamente los procesos de reclutamiento y selección inicial, se asegura de que la asignación de funciones y las oportunidades de capacitación se lleven a cabo considerando el mérito, las competencias profesionales y el respeto por la diversidad. Este enfoque garantiza que todas las personas tengan acceso equitativo al desarrollo profesional, sin discriminación y en coherencia con los valores institucionales y las políticas públicas del sector salud. Evidencias: -Lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP)	

	-Protocolos de selección y asignación de funciones del SNS. -Listados o cronogramas de capacitaciones impartidas	
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	
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	
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: -Unidad de género del centro -Base de datos de RRHH de licencias.	

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

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

1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	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, -Plan de capacitación anual.	
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	
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.	
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, lista de asistencia, print screen de cursos virtuales	
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 y listados de asistencia.	
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 asistencias y fotos	

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 organiza reuniones periódicas con los gerentes con el propósito de fomentar la comunicación interna y abordar temas clave para la mejora continua de los servicios ofrecidos a los usuarios. Estas reuniones constituyen una excelente herramienta para garantizar que todos los responsables estén alineados con los objetivos estratégicos, facilitando la colaboración y el trabajo conjunto para ofrecer una atención de calidad y mejorar la eficiencia de los procesos. Evidencia: -Lista de reuniones y minutas.	
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 organiza reuniones periódicas en las distintas áreas para escuchar las opiniones, ideas y sugerencias del personal, promoviendo así la participación activa y una comunicación abierta. Estos espacios permiten que todos los miembros del equipo tengan la oportunidad de expresar sus puntos de vista, compartir propuestas y sugerir mejoras para optimizar el funcionamiento de la institución. Además, el hospital cuenta con un buzón de sugerencias, que facilita la participación del personal en el proceso de toma de decisiones, asegurando su rol activo dentro de la organización. Evidencias: -Lista de asistencia -Buzón de sugerencia	
3. Se realizan periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los		" No se ha Realizado encuesta de clima laboral"

niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.		
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.	El hospital asegura condiciones ambientales de trabajo óptimas en toda la organización, priorizando el cuidado de la salud de los colaboradores y cumpliendo con los requisitos necesarios para garantizar la bioseguridad y mitigar los riesgos laborales. La infraestructura física y ambiental del hospital está adecuadamente equipada para asegurar un entorno seguro y saludable. Además, se llevan a cabo actividades periódicas de salud ocupacional, apoyadas por la presencia de dos médicos ocupacionales, quienes velan por el bienestar del personal y el cumplimiento de las normativas en materia de seguridad y salud en el trabajo. Evidencias: -Gestión de riesgos en accidentes laborales corto punzante(ficha) -Reportes de médicos ocupacionales. -Actividades de promociones de vida saludable -Operativo cardiovascular	
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 RRHH permisos otorgados	

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	
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 o pagos.	

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 cuenta con una matriz de proveedores, la cual constituye una herramienta estratégica para evaluar, clasificar y seleccionar a los proveedores con base en criterios previamente establecidos. Esta matriz permite asegurar que se trabaje con suplidores que cumplan con los estándares de calidad, cumplimiento legal y, en lo posible, con principios de responsabilidad social, alineados con los valores institucionales. Su aplicación contribuye a una gestión de compras más eficiente, transparente y orientada a resultados. Evidencia: -Matriz de proveedores	
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 acuerdos formales con laboratorios clínicos privados y con empresas especializadas en el manejo de desechos hospitalarios, garantizando así la disposición final adecuada de los residuos biocontaminantes. Estos servicios se gestionan mediante contratos establecidos a cambio de una cuota mensual, lo que permite asegurar el cumplimiento de las normativas de bioseguridad y protección ambiental, contribuyendo a una gestión responsable y segura de los residuos generados por el centro de salud. Evidencia: Contratos con los laboratorios, pagos realizados.	
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 diversas instituciones públicas y privadas, incluyendo autoridades sanitarias como el Servicio Regional de Salud (SRS), lo cual fortalece la coordinación interinstitucional y la calidad de los servicios brindados a los pacientes. Asimismo, se han establecido alianzas estratégicas con instituciones de educación superior, tales como la UASD, UFHEC y UNAS, con el objetivo de fomentar la formación académica y el desarrollo profesional del personal de salud. Además, se colabora activamente con el	

	ayuntamiento y laboratorios clínicos, lo que permite ampliar la cobertura y mejorar la eficiencia en la prestación de servicios. Evidencias: -Acuerdos -Documentos de acuerdos -Planes y cronogramas de capacitaciones, lista de asistencia a las capacitaciones, Médicos internos, Médicos pasantes, Internas de enfermería..	
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	El hospital identifica de manera proactiva las necesidades de alianzas público-privadas (APP) que puedan contribuir al fortalecimiento de su capacidad operativa y a la mejora continua de los servicios de salud. Estas alianzas se consideran estratégicamente a largo plazo y se desarrollan cuando resultan apropiadas, priorizando aquellas que aporten valor en términos de innovación, eficiencia, sostenibilidad y acceso a recursos complementarios. Esta visión permite al hospital ampliar su alcance, optimizar sus procesos y responder de manera más efectiva a las demandas de la población. Evidencias: -Acuerdo con una empresa privada especializada en la gestión de desechos hospitalarios biocontaminantes -Acuerdo con ayuntamiento para recolección de desechos comunes -Acuerdo por servicio prestado con laboratorios clínicos privados	
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 está disponible públicamente en su sitio web oficial	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas 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 reunión, lista de asistencia -Plataforma de reporte del resultado de la apertura de buzones y la OAI. -Acta constitutiva Consejo Administrativo CAH	
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, fotos de entregas -Oficina OAI -Memoria institucional	
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: -Oficiales de atención al usuario identificado con poloche azul en las áreas de servicio, - Oficina OAI, línea 311. -Prensa (publicaciones en página Web, medios sociales, y digitales).	
--	--	--

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, Estados Financieros, Análisis de comportamiento de los pagos, Análisis de gestión de tesorería y ejecución presupuestaria	
--	---	--

2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habitación 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: -Ejecución presupuestaria acorde a la contabilidad de costos. -Formulario DMI-FO.	
---	--	--

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:	"No se ha Realizado un Plan de gestión de riesgos Financieros."

	-Ponderación de prioridades. -Análisis de prioridades.	
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 publicada	
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, SINAVE, Tablero de Mando.	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.	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. -Talleres impartidos	"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: -SharePoint -Sismap salud -Informes de SRS valdesia	
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: -Sinergia software	

	-Software de imágenes -Computadoras en lugares específicos del hospital	
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: -Screenshot de grupos de WhatsApp -Twitter, Facebook, Instagram	

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, SINAVE, correos electrónicos, informes	
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: -Correo institucional, Grupos de WhatsApp informativos. -Lista de reuniones, fotos.	
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: Fotos de biblioteca, screen shot de protocolos en las computadoras de las áreas. -Los archivos existentes, lista de socializaciones del personal en diferentes áreas	
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, Informes, y notificación Vía WhatsApp enviados a la DPS, y Regional Valdesia, oficina OAI 311.	
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 copias físicas y digitales -Repositorios electrónicos accesibles en las diferentes áreas del hospital. -Registros de capacitaciones y talleres internos -Acceso a carpetas compartidas por departamentos con documentos clave	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.		"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 análisis costo efectividad -Fichas técnicas compra de impresoras	
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 o actualización de sistemas tecnológicos (hardware y software). -Plataformas Sinergia, sharepoint, sinave, 311	
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: -Aplicaciones instaladas. - OneDrive -Google Driver -SINAVE	
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: -Screen shot Fortinet)	
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: - Programa de visualización de imágenes PACC screen shot), contrato con tóner DEB para realizar reciclado de cartuchos de impresora.	
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: -SUGEMI - Formulario lleno de buenas prácticas de almacenamiento.	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	El hospital 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, informes.	
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: - Fotos de Rampas y ascensores	

	-Lista de servicios.	
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. -Informes de mantenimiento -Fotos -Contratos -Mantenimiento -Tecnología.	
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, fotos de Actividades realizadas.	
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: -Fotos y acuse de recibido de los documentos enviados con los mensajeros. - Plan de mantenimiento	
6.Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	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: -Ubicación en Google Maps, Waze y otras aplicaciones digitales móviles. -Parqueo -Rampas de acceso -Señalizaciones	
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, plan para la gestión de riesgo y/o desastre	
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/correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, 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.	
I0.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: -Pagos realizados por servicios prestados a empresa de gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. - Actas constitutivas del comité, lista de participación.	

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 cuenta con un organigrama claramente definido para los servicios de hospitalización, laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes, emergencias y consulta externa, lo que permite una adecuada organización y gestión de los recursos. Asimismo, la prestación de los servicios de salud se realiza en concordancia con protocolos de atención clínica establecidos, asegurando la calidad, seguridad y estandarización en la atención brindada a los pacientes Evidencias: -Organigramas -Protocolos de atención en físicos en áreas correspondiente, y en las computadoras en las áreas habilitadas con PC (screen shot)	
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	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,	

personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.	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, -Reportes de Pcr, y antígenos a pacientes en sala, fotos personales de laboratorio en salas clínicas, quirúrgicas, emergencias. -Trabajos digitales realizados, screenshot.	
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: -La Carta compromiso. -Excel de monitoreo de atributos, reporte estadístico, reporte 67-A.	
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, Informes del comité de Prevención y Control de Infecciones Hospitalaria, reportes del comité de expediente clínico y registros médicos. - Listas, y fotos de charlas	
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	

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 CAH -Buzones -311 -Encuestas de satisfacción	
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: Autoclave para esterilización (foto), zafacones clasificados y por fundas de colores negros y rojas, ruta de desechos, y otras rutas.	
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 servicio en página WEB, redes sociales y reportes de plataformas SNS, mural de cartera de servicios en la recepción	

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. - Documentos y formularios estándares definidos para prestación de servicios.	
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: -Digeepi para las notificaciones de eventos de notificación obligatorio (Epi-1, Epi-2) -Formularios de referencias y contrareferencia - Sistema de Transparencia institucional. (Fotos)	

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 referencias y contra referencias, comunicados emitidos por DPS y Regional de Salud, correos electrónicos enviados, lista de asistencia a actividades y reuniones, llamadas y mensajes de WhatsApp para coordinación de traslados, informes enviados JCE, regional Valdesia.	
---	---	--

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: -Red de salud Valdesia -Contratos con empresas -Acuerdos con universidades	
--	---	--

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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.)	En la medición de satisfacción aplicada en 2024, el 92 % de los usuarios calificó positivamente la imagen general del hospital. Esta constituye la línea base para futuras evaluaciones de percepción institucional. La satisfacción con la puntualidad en la entrega de resultados de laboratorio alcanzó un 89%. Evidencias: -Informes de resultados de encuestas de satisfacción 2024. -Base de datos DIGEPI. -Plataforma institucional SharePoint.	
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 evidencia una orientación sostenida hacia el usuario/paciente, respaldada por resultados cuantitativos obtenidos en las encuestas de satisfacción ciudadana. Dichas encuestas, aplicadas periódicamente y monitoreadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS), reportan un consolidado de satisfacción del 99 % en la medición más reciente. Este resultado refleja un alto nivel de aprobación en aspectos como el trato recibido, la claridad de la información brindada y la atención oportuna. Evidencias: -Reportes de encuestas de satisfacción de la plataforma del SNS con resultados del 99 %. -Registro de seguimiento a compromisos de calidad (ej. Excel de monitoreo de la carta compromiso).	

	-Evidencia de entrega de materiales informativos como el Brochure sobre derechos y deberes.	
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 evidencia altos niveles de transparencia institucional mediante la publicación sistemática y sostenida de información clave a través del portal de transparencia. A través de su Oficina de Acceso a la Información (OAI), el hospital ha mantenido una actualización mensual y trimestral continua de contenidos administrativos, incluyendo nómina, procesos de compras y contrataciones, estados financieros y deudas institucionales. Este cumplimiento regular refuerza la rendición de cuentas ante la ciudadanía. Evidencia: -Registro de publicaciones cargadas mensualmente (12) y trimestralmente (4) en el portal de transparencia durante el último año.	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	El hospital ha consolidado una imagen institucional sustentada en altos niveles de confianza por parte de los usuarios externos. Esto se refleja en los resultados de la encuesta de satisfacción ciudadana, la cual incluye un ítem específico sobre la confianza hacia los servicios del centro, registrando un 99 % de aprobación en la última medición. Este indicador evidencia una percepción sostenida de cumplimiento institucional y confiabilidad en la calidad de la atención prestada. Evidencias:	

	-Informe de encuesta de satisfacción ciudadana con resultado del 99 %. -Excel de monitoreo a resultados de encuestas.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	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 99 % de aprobación en el indicador relacionado con la accesibilidad y orientación al usuario. Evidencias: -Informe de encuesta de satisfacción con puntuación de 99 % en ítems relacionados a accesibilidad. -Publicaciones periódicas en redes sociales con información sobre horarios y servicios. -Estadísticas de atención brindada a través de la línea 311. -Horarios de consulta documentados y publicados.	
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,	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 99 % en la última medición	

disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	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: -Reportes de encuesta de satisfacción en plataforma SNS con calificación del 99 %. -Registro e informe del sistema SIGHO sobre estado operativo de asignación de citas. -Política institucional de reducción del uso de papel y digitalización.	
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 estadísticos clasificados por áreas, especialidades, edad, sexo y condición clínica. -Reporte 67-A de análisis de demanda.	
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: -Formulario estadístico 67-A con desglose de servicios habilitados.	
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: -Registros en plataformas SINERGIA, SIGHO, PACC, POA SharePoint y documentación digital institucional.	
--	---	--

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	El hospital ha alcanzado la digitalización completa (100%) de los resultados de laboratorio clínico mediante el sistema automatizado SINERGIA, logrando que más del 95% de las pruebas sean entregadas dentro de los tiempos establecidos,	

	incluyendo la entrega el mismo día en un alto porcentaje de casos. Evidencia: -Registro del sistema automatizado de laboratorio SINERGIA.	
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 ha establecido mecanismos eficaces para garantizar la calidad y oportunidad de los servicios ofrecidos, así como una atención efectiva a las inquietudes de los usuarios. Entre los principales resultados alcanzados se destacan: Procesamiento de quejas y sugerencias: El 100% de las quejas y sugerencias depositadas en los buzones físicos y recibidas de forma presencial en el área de Atención al Usuario han sido procesadas dentro del plazo establecido de 15 días laborables, conforme a los lineamientos institucionales. Esta tendencia se ha mantenido de forma sostenida durante los últimos 12 meses, reflejando la eficacia del sistema de gestión de reclamaciones. Cobertura de servicios críticos: Los servicios de Emergencias, Laboratorio Clínico e Imágenes Diagnósticas operan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asegurando disponibilidad continua y oportuna en áreas clave para la atención de salud. Implementación total de la Cartera de Servicios: La Cartera de Servicios se encuentra implementada y funcional en un 100%, garantizando el acceso completo a las prestaciones de salud comprometidas con la población. Esta condición se ha mantenido de manera constante, conforme a los registros del Sismap-Salud. Gratuidad y accesibilidad de los servicios: Todos los servicios se mantienen gratuitos y accesibles, en cumplimiento con la normativa del Servicio Nacional de Salud, asegurando la equidad en la prestación.	

	Cumplimiento de estándares de calidad y oportunidad: Se alcanza un cumplimiento sostenido del 100% en los estándares comprometidos de calidad y oportunidad en los distintos departamentos. Esta tendencia positiva se evidencia en los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas a usuarios externos, así como en los tiempos de respuesta institucional consignados en reportes oficiales. Evidencia: -Reporte de buzones y Atención al Usuario, incluyendo minutas de aperturas semanales. -Reporte estadístico 67-A. -Registro del cumplimiento del 100% en la Cartera de Servicios según Sismap-Salud. -Resultados de encuestas a usuarios externos con puntuación del 100% en estándares de calidad y oportunidad.	
3. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	Durante el periodo evaluado, el hospital ha mantenido un procedimiento sistemático para la gestión de quejas con afectación directa al usuario. En los casos registrados (8 en total), la Dirección ha remitido comunicación formal al usuario afectado y se ha establecido contacto telefónico, cumpliendo con los protocolos de respuesta establecidos. Todas las quejas fueron registradas en la plantilla QDRS, la cual se actualiza mensualmente, asegurando trazabilidad y seguimiento oportuno. Evidencia: -Registro mensual en la plantilla QDRS. -Copias de cartas de subsanación y registro de llamadas telefónicas (8 casos documentados).	

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 ha mantenido un seguimiento continuo y sistemático de sus principales indicadores de eficiencia sanitaria, lo que ha permitido evaluar el desempeño operativo y optimizar el uso de los recursos asistenciales. Durante el periodo evaluado, el tiempo promedio de permanencia hospitalaria se ha sostenido en 3.30 días por paciente, lo que representa un 89% de cumplimiento respecto al estándar nacional establecido para el tipo de centro y nivel de atención. Evidencia: -Informe de monitoreo del SNS sobre el Día Promedio de Estadía 2024, con resultado de 3.30 días y valoración del 89%.	
5. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	El hospital ha garantizado la disponibilidad de servicios asistenciales mediante la publicación actualizada de su Cartera de Servicios, accesible a los usuarios a través de la página web institucional, redes sociales y áreas físicas como salas de espera. Esta herramienta detalla los horarios, tiempos de realización, canales de prestación y requisitos para el acceso a cada servicio. Durante el periodo enero–diciembre 2024, se registraron los siguientes niveles de producción: Consultas médicas: 177,584 Procedimientos quirúrgicos: 7,665 Hospitalizaciones: 240,514 Servicios de laboratorio: 82,880 Área de Emergencia: Triaje: 45,287 atenciones Trauma: 18,892 atenciones	

	Obstétrica: 11,649 atenciones Pediátrica: 40,315 atenciones Estos resultados reflejan la capacidad operativa sostenida del hospital para atender la demanda de la población usuaria. Evidencia: -Cartera de Servicios publicada en la página web institucional, redes sociales y salas de espera del hospital. -Informe de producción 67-A.	
6. Índice de Satisfacción de Usuarios.	El hospital alcanzó un 99% en el índice de satisfacción del usuario, según los resultados del monitoreo correspondiente al mes de diciembre de 2024. Este resultado refleja un alto nivel de conformidad sostenida con la calidad y oportunidad de los servicios ofrecidos. Evidencia: -Encuestas de satisfacción al usuario. -Base de datos en Excel del monitoreo de calidad con promedio de 99%.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	El hospital dispone de múltiples canales de información y comunicación activos, tanto internos como externos, lo que ha fortalecido la difusión de información institucional y el acceso de los usuarios a contenidos relevantes. Entre los canales activos se encuentran:	

	2 grupos generales internos vía WhatsApp 3 redes sociales institucionales activas 1 página web oficial 1 línea telefónica institucional Correo electrónico institucional Afiches informativos temporales Murales fijos en áreas estratégicas del hospital Estos medios han contribuido a mejorar la interacción con los usuarios y asegurar el flujo continuo de información. Evidencia: Capturas de pantalla de los medios listados.	
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 garantiza la disponibilidad y exactitud de la información para los grupos de interés internos y externos mediante una base de datos estadística actualizada y la elaboración de informes periódicos. Durante el periodo evaluado, se remitieron un total de 52 informes correspondientes a EPI 1 y EPI 2 a instituciones como la DIEPI, además de 4 auditorías del POA solicitadas por el SNS, asegurando que la información entregada sea suficiente, actualizada y libre de errores. Evidencia: -Reportes e informes remitidos al SNS y DPS de Salud San Cristóbal. -Memoria institucional publicada anualmente. -Producción de indicadores del tablero de mando. -Reportes de cumplimiento del POA.	
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 asegura la disponibilidad y socialización mensual de información sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de gestión en los distintos servicios. Durante el periodo evaluado, se elaboraron y difundieron 12 informes anuales basados en los indicadores del sistema SIMAP-Salud y el informe de producción 67-A, lo que promueve la transparencia y la responsabilidad en la gestión institucional.	

	Evidencia: -Reportes mensuales del sistema SIMAP-Salud. -Informe anual 67-A.	
--	--	--

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 promueve la participación activa de los grupos de interés en la mejora continua de servicios y procesos de toma de decisiones. Durante 262 días laborables en 2024, se aplicaron encuestas de satisfacción a usuarios externos de forma sistemática, complementadas con la disponibilidad de 6 buzones de sugerencias distribuidos en distintas áreas. Además, se realizan grupos focales y reuniones periódicas en comités institucionales para fomentar la retroalimentación y el involucramiento. Evidencia: -Informe mensual de encuestas aplicadas. -Registro de participación y minutas de reuniones de comités.	
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 ha incorporado métodos innovadores para mejorar la atención a los usuarios, con una utilización estimada del 85 % en los servicios clave que disponen de tecnología especializada. El servicio de Oftalmología destaca por su alta capacidad tecnológica, reflejada en un aumento constante de la precisión y eficiencia en la atención, evidenciada en los indicadores de satisfacción y reducción de tiempos de espera. Asimismo, el laboratorio de Baciloscopía ha mejorado sus procesos con el equipo GENEXPERT MTB/RIF, que ha permitido reducir en un 40% los tiempos promedio de diagnóstico de tuberculosis y resistencia a rifampicina, facilitando un tratamiento oportuno. Evidencias: -Reporte 67-A	

	-Reportes de GENEXPERT MTB/RIF entregados	
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 garantiza la equidad en la atención, proporcionando servicios sin discriminación por género, preferencia sexual, nacionalidad o estatus migratorio. Durante el periodo evaluado, se atendió a un total de 83,133 pacientes extranjeros, lo que evidencia un compromiso institucional medible con la inclusión y el respeto a los derechos humanos en la prestación de servicios de salud. Evidencias: -Reporte 67-A	

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 ha avanzado significativamente en la digitalización de sus procesos, con especial impacto en el laboratorio y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El uso de sistemas digitales, como el sistema de imágenes en la computadora de emergencias, ha permitido brindar respuestas oportunas en un plazo máximo de 24 horas, mejorando la eficiencia de la atención en un 90 %. Estas innovaciones han optimizado la gestión de servicios, agilizado los tiempos de respuesta, facilitado el acceso a la información y fortalecido la comunicación interna y externa, según los indicadores de desempeño digital. Evidencias: -Sistema digitalizado del laboratorio Sinergia -Reportes de tiempos de respuesta del sistema PACS	

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 mantiene un flujo continuo de información y participación con los ciudadanos/usuarios a través de diversos canales digitales y presenciales. Se disponen de 6 buzones de quejas y sugerencias distribuidos en diferentes áreas, una Oficina de Atención al Usuario, una Oficina de Libre Acceso a la Información y la Línea 311 como canal directo de comunicación. Durante el año, se aplicaron 262 encuestas de satisfacción, lo que permite medir de forma sistemática la calidad del servicio y fortalecer la toma de decisiones centradas en el usuario. Evidencias: -Portal 311 -Informe de Buzones de Quejas y Sugerencias -Encuesta de Satisfacción	
---	---	--

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
I. 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 mantiene una imagen institucional sólida y positiva ante la sociedad y los grupos de interés, respaldada por un desempeño eficiente y orientado a resultados. La percepción favorable de los ciudadanos/usuarios se refleja en un índice de satisfacción del 99 % reportado en el monitoreo de diciembre 2024, evidenciando la calidad y oportunidad en la atención. Además, la transparencia, la equidad en el acceso a los servicios y la participación activa de los actores internos y externos consolidan al Hospital como una entidad confiable, inclusiva y valorada por la comunidad.	

	Evidencias: -Informe de encuesta de satisfacción al usuario -Informes de producción mensual (ej. SIMAP-SALUD, 67-A)	
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.	Durante el último año, el hospital mantiene activa la participación del personal en 12 comités intrahospitalarios, con una frecuencia de 4 reuniones anuales por comité. Además, se han implementado programas de capacitación continua. Evidencias: -Actas de reuniones de comités. -Registros de asistencia y formación anual.	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	El Hospital fomenta la participación activa del personal en las actividades de mejora mediante la elaboración y seguimiento anual de planes de mejora institucionales basados en la metodología CAF y la metodología productiva. Los colaboradores participan en los 12 comités intrahospitalarios como espacios estratégicos para identificar oportunidades de mejora. Se cuenta con planes de mejora específicos en seis departamentos clave: Perinatología, Maternidad, Farmacia, Dirección Médica, Calidad de los Servicios y Calidad Institucional, lo que refleja un compromiso transversal con la excelencia y la mejora continua. Evidencias: -Planes de mejora institucionales y departamentales actualizados -Reportes de seguimiento y evaluación de planes de mejora.	
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 implementa mecanismos efectivos de retroalimentación, consulta y diálogo con su personal, fortaleciendo la comunicación interna y la	

	participación activa. Entre estos mecanismos destacan las reuniones periódicas de los 12 comités intrahospitalarios y el programa “10 minutos con mi personal”, impulsado por la Dirección General, que ha contado con la participación de más de 100 empleados hasta la fecha. Estas acciones permiten identificar inquietudes y fortalecer valores institucionales, favoreciendo un entorno laboral colaborativo. Evidencias: -Reportes de asistencia a reuniones y actividades de retroalimentación -Registros de participación en el programa “10 minutos con mi personal”	
6. La responsabilidad social de la organización.	El Hospital Regional Juan Pablo Pina demuestra su compromiso con la responsabilidad social y la sostenibilidad ambiental a través de acciones concretas. Ha adoptado la política institucional de imprimir únicamente cuando sea necesario y promueve la reutilización de 30 toners de impresoras, como parte de sus buenas prácticas medioambientales. Asimismo, el hospital se unió a la campaña nacional “Jornadas de Reforestación y Limpieza de Costas”, impulsada por el SNS, realizando una jornada interna y externa bajo el tema “Manglares y su vulnerabilidad frente a los desechos sólidos”. Internamente, se llevó a cabo una charla educativa dirigida al personal médico, de enfermería y demás colaboradores, organizadas por el Comité de Bioseguridad y facilitadas por el Grupo Jaragua. La jornada externa se desarrolló en el Parque Ecológico de Nigua, donde el personal participó activamente en la recolección de desechos sólidos, contribuyendo a la conservación de los ecosistemas costeros. Estas acciones forman parte del Plan Operativo Anual (POA) del centro y fortalecen la cultura institucional de respeto al medioambiente.	

	Evidencias: -Registro de control de toners reutilizados -Reportes oficiales de participación en jornadas de limpieza y reforestación -Registro formal o listado de asistentes a la charla educativa.	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	El hospital promueve un ambiente abierto al cambio mediante la búsqueda de consensos y la aceptación de nuevas medidas a través del diálogo directo con sus colaboradores. Se realizan 12 reuniones regulares anuales con participación representativa del personal, generando espacios constantes para socializar propuestas, recibir retroalimentación y fortalecer el compromiso institucional con la mejora continua. Evidencias: -Reportes de asistencia y participación en reuniones -Indicadores de seguimiento de acuerdos y acciones derivadas de las reuniones	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	El hospital ha implementado procesos de digitalización que han mejorado significativamente la eficiencia operativa y la calidad de los servicios. Entre los avances se destacan: Digitalización del sistema de laboratorio clínico. Uso de sistema computarizado de imágenes en el área de emergencias, permitiendo ofrecer resultados en un plazo máximo de 24 horas. Colocación de computadoras en áreas de gestión administrativa y clínica, facilitando el acceso a información en tiempo real y agilizando trámites internos. Integración digital en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), fortaleciendo la respuesta clínica. Uso de correo institucional, página web, redes sociales y la línea 311 para la atención al usuario.	

	Estas medidas han contribuido a una mayor agilidad en los procesos, mejor acceso a la información, reducción del uso de papel y fortalecimiento de la comunicación interna y externa. Se estima un impacto positivo del 85% en los tiempos de respuesta y calidad del servicio gracias a la digitalización. Evidencias: -Listado de inventario de computadoras instaladas en áreas administrativas y clínicas -Registro de uso y atención de la línea 311 -Informe de producción 67-A	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	El Hospital ha mejorado la agilidad en sus procesos internos mediante la implementación de herramientas digitales como el sistema de imágenes médicas en emergencias, el uso del correo institucional y la digitalización de los servicios de laboratorio. Además, se han instalado computadoras en áreas de gestión administrativa y clínica, lo que ha permitido reducir tiempos de respuesta y facilitar la comunicación interdepartamental. Se han estandarizado los procesos con reuniones mensuales (12 al año) para seguimiento y toma de decisiones rápidas, junto a un grupo focal para evaluar oportunidades de mejora. Estas acciones han contribuido a una mayor eficiencia operativa y coordinación entre servicios. Evidencias: -Registros de reuniones para seguimiento y toma de decisiones -Listado o inventario de computadoras instaladas en áreas clínicas y administrativas -Reportes documentados del uso del sistema de imágenes y correo institucional	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	El equipo gerencial del hospital, en niveles altos y medios, demuestra una capacidad efectiva para dirigir la organización, estableciendo objetivos, asignando recursos y evaluando resultados. Esta gestión se refleja en: Reportes mensuales de producción hospitalaria (12 informes anuales). 262 encuestas anuales de satisfacción al usuario que guían mejoras. Seguimiento y evaluación continúa por parte del SNS, MSP y MAP a través del sistema SISMAP-SALUD. Implementación de estrategias de gestión de recursos humanos alineadas con el cumplimiento de metas institucionales y planes de mejora. Evidencias: -Reportes en plataformas oficiales del SNS, MSP y MAP -Informe de producción 67-A	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	El hospital ha establecido un sistema estructurado para el diseño y la gestión de sus procesos, que incluye la planificación, implementación, monitoreo y mejora continua. Los procesos están documentados y cuentan con indicadores claros para medir su desempeño. Se desarrollan anualmente planes de mejora en departamentos clave como Perinatología, Maternidad, Farmacia, Calidad de Servicios, Planeación y Desarrollo y Calidad Institucional, sumando un total de 6 planes departamentales activos. Además, se realizan reuniones periódicas para seguimiento y ajustes.	

	El uso de metodologías productivas y la participación activa de colaboradores en 12 comités hospitalarios contribuyen a una gestión integrada y orientada a resultados. Evidencias: -Documentos de los planes de mejora departamentales actualizados -Reportes de seguimiento y evaluación de procesos y planes -Mapas o diagramas de procesos documentados -Indicadores de desempeño y reportes formales de seguimiento	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	El hospital cuenta con un manual de organización y funciones, así como un organigrama institucional claramente definido que establece el reparto de tareas. Además, se han realizado 1,531 evaluaciones de desempeño al personal, permitiendo un seguimiento constante del rendimiento y contribuyendo a la mejora continua. Evidencias: -Manual de organización y funciones actualizado -Organigrama institucional vigente -Reporte consolidado de evaluaciones de desempeño realizadas	
4. La gestión del conocimiento.	El área de Recursos Humanos del hospital mantiene una base de datos actualizada sobre los recursos humanos y sus competencias, incluyendo las capacitaciones realizadas. Además, se elabora un plan anual de capacitación que abarca 11 programas dirigidos a diferentes áreas, enfocados en la correcta aplicación de los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y en fortalecer las áreas administrativas. Evidencias: -Base de datos actualizada de currículos y competencias del personal -Plan anual de capacitación oficial	

	-Informe de cumplimiento del plan de capacitación	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	El hospital utiliza diversos medios para garantizar una comunicación interna efectiva, entre ellos: Grupo informativo general de WhatsApp y grupos específicos por áreas. Correo electrónico institucional. Memorándums oficiales. Línea telefónica con 51 extensiones. 23 flotas celulares asignadas para comunicación directa. Estos canales facilitan la coordinación y el flujo de información entre los diferentes niveles y departamentos del hospital. Evidencias: -Listados oficiales de grupos de WhatsApp institucionales por áreas -Registros de envíos y recepción de memorándums oficiales -Listado actualizado de extensiones telefónicas -Informe oficial de asignación y uso de flotas celulares	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	El hospital reconoce el desempeño destacado de sus departamentos y colaboradores mediante diversas iniciativas. Se premian los departamentos con la calificación más alta en los atributos de la Carta Compromiso al Ciudadano. Los departamentos de Perinatología y Nutrición realizan reconocimientos a enfermeras en distintas categorías. Además, el Departamento de Recursos Humanos implementa encuestas para seleccionar al empleado del mes, cuyo reconocimiento se oficializa mediante documentos formales. Evidencias: -Registro documental del reconocimiento otorgado al departamento de laboratorio -Reportes oficiales de encuestas para selección del empleado del mes	

	-Documentación formal de los reconocimientos realizados en Perinatología y Nutrición	
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. Se realizan aproximadamente 12 reuniones regulares al año con los colaboradores, así como grupos focales internos, para evaluar, consensuar y aceptar nuevas medidas de gestión. Además, se han realizado grupos focales con usuarios/pacientes, con el objetivo de conocer sus experiencias y expectativas, permitiendo así orientar mejor los procesos de mejora e innovación en la atención. Esta retroalimentación ciudadana es clave para ajustar los servicios y elevar los estándares de calidad. La innovación se busca y alimenta también en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante la ejecución de planes operativos y proyectos institucionales que promueven 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 (listados, fechas, temas tratados) -Informes oficiales de grupos focales con usuarios/pacientes, incluyendo listados de participantes y resultados documentados -Formularios y reportes oficiales remitidos al SNS	

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,	"no se ha realizado encuesta"

	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 24 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. Evidencias: -Listados oficiales de asistencia al programa “10 minutos con mi personal” -Registros formales de jornadas institucionales realizadas -Listados oficiales de integrantes por comité intrahospitalario	
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 456 permisos laborales por situaciones personales y médicas. Se aprobaron 1,175 licencias laborales por razones de salud prolongadas.	

	15 colaboradores fueron reubicados o reasignados en sus funciones por condiciones médicas certificadas. Se autorizaron 3 licencias educativas para apoyar la formación académica del personal. Evidencias: -Registros oficiales de licencias médicas. -Documentación de permisos especiales otorgados. -Informes de reasignación de funciones basados en evaluaciones del médico ocupacional.	
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: 1,531 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.	

	456 permisos especiales y 1,175 licencias médicas gestionadas, junto con 3 licencias para estudios, que evidencian la aplicación de políticas de flexibilidad laboral orientadas a la equidad. Evidencias: -Reporte de evaluaciones de desempeño. -Registros de licencias médicas. -Permisos especiales documentados. -Documentación de readecuación de funciones emitida por el médico ocupacional.	
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. -Reportes técnicos de mantenimiento preventivo y correctivo.	
--	--	--

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). 11 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. -Base de datos de Recursos Humanos. -Registros de capacitaciones externas, diplomados y talleres realizados en coordinación con el SNS. -Listado de ascensos internos y reasignaciones de funciones con base en evaluación de desempeño	
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. -Registros del programa “10 minutos con mi personal”. -Cronograma y reportes de jornadas institucionales de integración. -Documentación de permisos, licencias y readecuaciones laborales	
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 11 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. -Listados y registros de participantes en las II capacitaciones. -Informes de ejecución y seguimiento de actividades formativas.	
--	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).	El hospital da seguimiento a diversos indicadores que reflejan el nivel de compromiso, permanencia y bienestar del personal, permitiendo valorar la estabilidad laboral, la satisfacción y el clima organizacional. Índice de rotación de personal: Bajo, con un promedio de 1 renuncia registrada durante el último año. Índice de absentismo: Promedio de 29.77%, calculado a partir de ausencias justificadas e injustificadas.	

	Licencias médicas otorgadas: Se autorizaron 1,175 licencias médicas, y se realizaron 15 readecuaciones laborales por condiciones de salud, garantizando la continuidad laboral de los colaboradores afectados. Permisos laborales concedidos: Se gestionaron 456 permisos por razones médicas, familiares o personales. Número de días de huelga: 2 días de huelga registrados durante el período evaluado. Número de quejas formales del personal: 1 queja formal documentada, atendida y gestionada por el Departamento de Recursos Humanos. Evidencias: -Registros del Departamento de Recursos Humanos sobre licencias, permisos y readecuaciones. -Informes anuales de gestión del personal. -Base de datos institucional sobre rotación y absentismo. -Actas de resolución de quejas formales. -Informe de paz laboral.	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	El hospital promueve activamente la participación del personal en actividades de mejora continua institucional, con el objetivo de fortalecer la calidad del servicio y el compromiso del equipo de trabajo. Se evidencian las siguientes acciones y resultados: Todos los departamentos cuentan con un Plan de Mejora Institucional basado en la metodología CAF y metodologías productivas. Se ejecuta al menos una jornada anual de evaluación y actualización del plan por departamento. Funcionan 12 comités hospitalarios activos, con participación multidisciplinaria, que desarrollan planes	

	de mejora específicos en áreas como Perinatología, Maternidad, Farmacia, Calidad de los Servicios, Comité de IAAS y Calidad Institucional. Se realizan reuniones periódicas para el seguimiento de los planes de mejora, con registro de asistencia y avances. El personal participa en el desarrollo y ejecución de actividades correctivas y preventivas derivadas de los planes. Los resultados de las evaluaciones se socializan con los equipos para garantizar una retroalimentación continua y ajustes oportunos. Evidencias: -Planes de mejora de los departamentos. -Actas y reportes de comités hospitalarios. -Registros de participación por área. -Informes de seguimiento de actividades de mejora.	
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 Regional Juan Pablo Pina fomenta la responsabilidad social como parte de su compromiso institucional y ciudadano, integrando a sus colaboradores en acciones voluntarias con impacto ambiental y comunitario. Entre las principales actividades realizadas se incluyen: Participación activa en la campaña nacional “Jornadas de Forestación y Limpieza de Costas”. Organización de una charla educativa sobre la vulnerabilidad de los manglares frente a los desechos sólidos, con la participación de más de 50 colaboradores de las áreas médica, de enfermería y administrativa.	

	Jornada externa de recolección de desechos en el Parque Ecológico de Nigua, con la participación de voluntarios del hospital. Actividades lideradas por el Comité de Bioseguridad, alineadas con el Plan Operativo Anual (POA) del hospital. Implementación de políticas internas orientadas a la sostenibilidad, tales como la reducción de impresiones innecesarias y el reciclaje de 30 tóners de impresoras. Las convocatorias para estas actividades son abiertas y cuentan con alta participación del personal. Evidencias: -Fotografías y listas de asistencia a jornadas ambientales. -Registros y actas del Comité de Bioseguridad. -Informes del Plan Operativo Anual (POA). -Materiales y presentaciones de charlas educativas. -Registros de reciclaje de materiales.	
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 mantiene un compromiso continuo con la mejora de la calidad en la atención al usuario, mediante acciones sistemáticas de formación, evaluación del servicio y canales efectivos de retroalimentación. Entre las acciones desarrolladas se destacan: Capacitación constante del personal, orientada al fortalecimiento de habilidades blandas y técnicas para una atención humanizada y centrada en el paciente. Impartición de 1 acción formativa específica durante el último año, enfocada en calidad de atención y trato digno al usuario.	

	Gestión en tiempo real de quejas y sugerencias de usuarios a través de la plataforma 3-1-1 del gobierno y buzones físicos ubicados en puntos estratégicos del hospital. Monitoreo periódico de la cantidad y tipo de quejas, así como de los tiempos de respuesta registrados. Implementación de acciones correctivas inmediatas ante reportes negativos para garantizar la mejora continua. Medición de la satisfacción del usuario mediante encuestas aplicadas en servicios clave como emergencia, consulta externa y laboratorio. Evidencias: -Registros de capacitación del área de Recursos Humanos y Gestión de Calidad. -Reportes trimestrales de la plataforma 3-1-1. -Informes de apertura y análisis de buzones de sugerencias. -Resultados de encuestas de satisfacción al usuario. -Plan de capacitación anual con enfoque en atención al ciudadano.	
--	--	--

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 Regional Juan Pablo Pina aplica un enfoque sistemático para evaluar y mejorar el rendimiento individual del personal, basado en herramientas formales y datos cuantificables. Se destacan los siguientes resultados:	

	Alcance del 93% en la Gestión de Acuerdos de Desempeño, reflejando un alto nivel de compromiso en la planificación y seguimiento de objetivos individuales. Cumplimiento del 88% en la Evaluación del Desempeño institucional, demostrando consistencia en la medición del rendimiento del personal conforme a criterios previamente establecidos. Realización de 1,531 evaluaciones de desempeño durante el último año, abarcando todos los niveles de personal. Las evaluaciones consideran indicadores como productividad, cumplimiento de metas, puntualidad, trabajo en equipo y compromiso institucional. Informes de productividad por área y servicio que complementan la visión integral del rendimiento del personal. Evidencias: -Informe de cumplimiento del 93% en Gestión de Acuerdos de Desempeño. -Informe de Evaluación del Desempeño con un 88% de ejecución. -Registro de 1,531 evaluaciones aplicadas. -Planes de mejora derivados de los resultados individuales.	
2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	El hospital ha fortalecido el uso de herramientas digitales como parte de su compromiso con la mejora continua, la transparencia institucional y el acceso efectivo a la información para su personal y usuarios externos. Actualmente, se utilizan múltiples canales digitales para mantener la comunicación organizacional, facilitar la gestión interna y promover la cercanía con la comunidad:	

	Página web institucional con un registro de 2,200 visitas, 496 accesos directos y un total de 9,200 visualizaciones de contenido. Esta plataforma funciona como canal oficial para difusión de servicios, noticias y convocatorias. Clics en enlaces de la página web con una efectividad del 100%, reflejando el interés de los usuarios en el contenido publicado. Redes sociales institucionales (Facebook, Instagram y otras), con un 62.8% de interacciones y un 53% de aumento de seguidores, lo que ha fortalecido el posicionamiento y la visibilidad del hospital en la comunidad. Canales de comunicación interna que incluyen grupos de WhatsApp por departamento, memorandos, correos electrónicos y línea telefónica con 51 extensiones y 23 flotas móviles, facilitando la coordinación y respuesta entre áreas. Instalación de computadoras en áreas administrativas y clínicas para avanzar en la digitalización de expedientes, registros y formularios institucionales. Uso activo de plataformas nacionales como SIGHO, 3-1-1 y SHAREPOINT para monitoreo de desempeño, atención ciudadana y control institucional. Evidencias: -Capturas de estadísticas de redes sociales y página web. -Registro activo de la página institucional. -Informes de interacciones, visitas y clics. -Listado de computadoras instaladas en áreas estratégicas. -Registro de líneas telefónicas y flotas móviles.	
--	--	--

	-Capturas del uso de plataformas como 3-1-1 y SharePoint.	
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 fortalece las competencias de su personal mediante una estrategia estructurada de formación continua, gestionada por Recursos Humanos en coordinación con la Dirección General y los departamentos clínicos y administrativos. Resultados del último período evaluado: Implementación del Plan Anual de Capacitación con 11 capacitaciones generales enfocadas en protocolos, atención al usuario, manejo de sistemas y procesos administrativos. Alta tasa de participación, con 95% del personal convocado asistiendo a al menos una actividad formativa. Tasa de éxito del 100% de participantes que completaron satisfactoriamente las capacitaciones. Mantenimiento de una base de datos actualizada de competencias y formación del personal, facilitando la planificación eficiente y seguimiento. La capacitación ha contribuido a fortalecer las capacidades técnicas y administrativas del personal, evidenciado por la reducción de errores en procedimientos clínicos y operativos, así como una mayor alineación de las competencias con las metas institucionales. Evidencias: -Plan Anual de Capacitación. -Listas de asistencia a capacitaciones. -Base de datos actualizada del historial de formación del personal.	

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
I. 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.	Durante el año 2024, el Hospital Regional Juan Pablo Pina implementó diversas iniciativas sociales y comunitarias que generaron un impacto directo en la calidad de vida de la población. A través de programas de educación sanitaria, atención humanitaria y jornadas comunitarias, se promovió el autocuidado, la prevención y la inclusión social. Educación sanitaria comunitaria: Se realizaron 18 charlas y talleres en centros educativos y comunitarios sobre salud sexual, mental y prevención de enfermedades infectocontagiosas, con una participación estimada de 860 personas. Apoyo psicoeducativo a adolescentes: La Unidad de Adolescentes ejecutó 12 talleres enfocados en salud mental, riesgos sociales y empoderamiento juvenil, beneficiando a más de 300 estudiantes. Atención a poblaciones vulnerables: Se ofrecieron servicios médicos integrales a 916 personas privadas de libertad o en situación de calle, mediante operativos coordinados con actores locales. Visitas y jornadas en comunidades marginadas: Se realizaron 16 visitas domiciliarias a pacientes con movilidad limitada, 2 operativos médicos en zonas de	

	difícil acceso, y 3 jornadas de tamizaje para enfermedades crónicas en barrios vulnerables. Programas gratuitos: Durante el 2024, se mantuvieron más de 10 programas de servicios médicos sin costo, disponibles a toda la población usuaria del hospital. Estas acciones, desarrolladas en el marco de la responsabilidad social institucional, fortalecen el acceso equitativo a la salud y contribuyen a la prevención comunitaria, reafirmando el compromiso del hospital con el bienestar social y la reducción de brechas. Evidencias: -Registro fotográfico de actividades 2024. -Lista de programas gratuitos vigentes en 2024. -Informes de actividades comunitarias. -Cartera de suplidores locales (cuando aplican a los programas).	
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	Durante el año 2024, el Hospital Regional Juan Pablo Pina fortaleció su posicionamiento como una institución accesible y comprometida con el desarrollo social local, mediante la atención a grupos vulnerables, la participación en jornadas comunitarias de salud y una gestión transparente respaldada por datos. Se realizaron más de 20 jornadas de prevención y promoción de salud en comunidades con acceso limitado a servicios sanitarios. El hospital mantuvo su participación activa en actividades educativas y culturales con enfoque en salud preventiva. Alcanzó un 99 % de satisfacción en la Encuesta Nacional del SNS 2024, lo que evidencia una	

	percepción positiva por parte de los usuarios respecto a la calidad y accesibilidad de los servicios. En el sistema 311, durante el año 2024, el hospital reportó una tasa de respuesta efectiva del 97 % a solicitudes o quejas ciudadanas, lo que respalda su reputación como institución receptiva y eficiente. Se mantuvo el cumplimiento con las normativas de transparencia y contratación pública, consolidando una imagen de gestión responsable. Estos indicadores reflejan un impacto institucional que trasciende la atención médica, proyectando al hospital como un actor clave en el bienestar y la cohesión social de su entorno. Evidencias: -Informe de resultados de la encuesta de satisfacción SNS 2024. -Reporte anual del Sistema 311. -Registros de jornadas comunitarias 2024. -Documentos que acreditan cumplimiento de normativas públicas.	
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El Hospital ha mostrado una tendencia sostenida en su contribución al desarrollo económico local y nacional, principalmente a través de la generación de empleo directo, que se ha mantenido por encima de los 1,500 colaboradores en los últimos años, incluyendo personal médico, administrativo, técnico y de apoyo. Además, se evidencia empleo indirecto mediante contrataciones anuales con proveedores y servicios externos, en el marco de la Ley de Compras y Contrataciones Públicas. Durante los últimos tres años, la institución ha ejecutado en promedio más de 3 procesos de compras anuales, priorizando cuando es posible la	

	contratación de proveedores locales, lo que contribuye a la dinamización de la economía regional. En relación con el fortalecimiento del capital humano en salud, el hospital ha mantenido una media anual de más de 110 estudiantes de medicina, enfermería y otras áreas de salud que realizan prácticas clínicas, pasantías o rotaciones en sus instalaciones. Evidencias cuantitativas: -Nómina SNS (histórico de colaboradores activos por año) -Reportes de licitaciones anuales subidas a SISCOMPRAS -Registros anuales de estudiantes en prácticas (internos, preinternos y pasantes)	
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 promueve los principios democráticos, la transparencia institucional y el respeto al Estado de derecho, en cumplimiento con los valores fundamentales del servicio público. En los últimos tres años, la institución ha gestionado en promedio más de 47 procesos de adquisición anuales, en conformidad con la Ley de Compras y Contrataciones Públicas, garantizando trazabilidad, legalidad y equidad en sus operaciones. A través de su Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), el hospital ha mantenido el cumplimiento de la Ley 200-04, respondiendo oportunamente las solicitudes de información recibidas. Solo en el último año, se tramitaron más de 4 solicitudes formales, todas dentro de los plazos establecidos, lo que evidencia el compromiso con la rendición de cuentas. Evidencias: -Registro histórico de procesos de compra publicados en el portal de Transparencia del HRJPP -Reportes anuales de cumplimiento enviados a entes rectores (incluyendo respuesta a solicitudes OAI)	

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 ha fortalecido progresivamente sus prácticas institucionales sostenibles, con un enfoque en el bienestar social y ambiental, lo cual ha generado impactos positivos en su entorno local y regional. La gestión hospitalaria ha integrado criterios de sostenibilidad mediante la adquisición responsable de insumos y servicios, priorizando, cuando es posible, productos reutilizables, con menor impacto ambiental o con certificaciones de calidad. En el marco de sus procesos de compras públicas, se ha favorecido la contratación de proveedores locales que cumplen con normativas ambientales vigentes. Entre las acciones implementadas se encuentra el reciclaje sistemático de tóners, la realización de una jornada de limpieza de costa, y la ejecución de una charla institucional sobre el uso responsable del agua. Además, se impulsó una campaña interna de concienciación ambiental bajo el lema “Reúsa, Recicla y Reutiliza”, que promovió la reducción en el uso de papel a través de comunicaciones institucionales. En cuanto a la gestión de residuos, el hospital aplica protocolos para la clasificación, manejo y disposición adecuada de desechos hospitalarios, incluyendo un contrato con una empresa especializada en el tratamiento seguro de residuos biológicos, en cumplimiento con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Medio Ambiente. Evidencias: -Informes de pago por servicios de recolección de residuos -Capturas de pantalla de correos institucionales sobre campañas ambientales -Registros de entrega de tóners vacíos (formularios o recibos de reciclaje) -Lista de participantes de la charla sobre uso responsable del agua	
---	--	--

	-Fotografías y acta de la jornada de limpieza de costa	
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	El hospital integra la gestión de la seguridad y la movilidad como parte de su estructura organizativa, orientada a garantizar entornos seguros para usuarios y personal. En cumplimiento con las normativas nacionales en materia de seguridad hospitalaria, el hospital cuenta con un Comité de Emergencias y Desastres activo, encargado de coordinar acciones de prevención, preparación, respuesta y recuperación ante eventos adversos. Dispone de un Plan de Emergencias y Desastres institucional actualizado, el cual fue evaluado con un cumplimiento del 100 % según las mediciones internas realizadas en el último año. Durante el periodo evaluado, se ejecutaron simulacros de evacuación y jornadas de capacitación al personal, y se validó que el 100 % del personal conoce las rutas de evacuación, las cuales se encuentran señalizadas conforme a los protocolos establecidos. Evidencias: -Acta constitutiva del Comité de Emergencias y Desastres -Plan de Emergencias y Desastres con evaluación de cumplimiento al 100 % -Videos y fotografías de simulacros realizados	
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 ha organizado y apoyado diversas actividades culturales, educativas, sociales y ambientales durante el último periodo, incluyendo: 12 talleres psicoeducativos dirigidos a adolescentes. 1 jornada de limpieza de costas. 1 campaña institucional de sensibilización ambiental.	

	I campaña digital de concienciación sobre el uso responsable de los recursos. Charlas comunitarias y 2 operativos médicos dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Evidencias: -Fotografías de las actividades y listas de participantes.	
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	El hospital ha registrado un total de 13 felicitaciones recibidas a través de los 6 buzones de sugerencias y quejas durante el último periodo. Evidencias: -Registro documental de mensajes recibidos en los 6 buzones de sugerencias y quejas.	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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 ha implementado prácticas sostenibles orientadas a la preservación y uso responsable de los recursos económicos y medioambientales, incluyendo: La reutilización de 30 tóners durante el último periodo. La formalización de un contrato de pago por servicios con una empresa especializada en el manejo de desechos hospitalarios.	

	La implementación de un plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos y tecnológicos, diseñado para extender la vida útil de los equipos y reducir la generación de residuos. Estas acciones cumplen con las normativas medioambientales vigentes y contribuyen a una gestión institucional eficiente. Evidencias: -Relación de pagos por servicios prestados -Plan de mantenimiento preventivo -Recibos de pago correspondientes	
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	El hospital mantiene una relación formal con autoridades, grupos de interés y representantes comunitarios a través del Consejo Administrativo Hospitalario (CAH). Este órgano se reúne una vez al año, funcionando como un espacio institucional para la participación, consulta y toma de decisiones. Evidencias: -Acta constitutiva del Consejo Administrativo Hospitalario (CAH) -Listado de asistencia a la reunión anual	
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	El hospital mantiene comunicación con los medios de prensa, facilitando la cobertura de información institucional relevante. Durante el período evaluado, se registraron 3 visitas de medios de comunicación para la cobertura de actividades del hospital. Además, los contenidos publicados en los canales oficiales del hospital alcanzaron un total de 9,200 visualizaciones durante el mismo periodo. Evidencias: -Artículos publicados en medios digitales oficiales del hospital -Registro de visitas de prensa	

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 e inclusión en su plantilla laboral. Actualmente, cuenta con un total de 1,332 colaboradoras de género femenino dentro de su personal. Evidencias: Plantilla de personal actualizada	"No se han realizado mediciones."
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	El hospital apoya proyectos de desarrollo comunitario y promueve la participación de sus colaboradores en actividades sociales. Durante el último periodo, se realizaron: 1 jornada de reforestación y limpieza de costas. 16 visitas domiciliarias. 2 operativos médicos dirigidos a poblaciones vulnerables. Evidencias: -Fotografías de jornadas de limpieza de costa y operativos médicos, acompañadas de listas de asistentes. -Informes de visitas domiciliarias realizadas.	
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 10 programas de residencia médica, participó en 4 actividades durante jornadas científicas y académicas en el último periodo, contribuyendo al desarrollo profesional de sus residentes. Evidencias: Fotografías de la participación en las jornadas científicas y académicas.	
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	El hospital desarrolla y mantiene activos 3 programas orientados a la prevención de riesgos en salud y accidentes para pacientes y empleados: Programa "Madre Canguro", para el seguimiento y cuidado de recién nacidos prematuros.	

beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Programa "Psicoprofilaxis del Parto", dirigido a mujeres embarazadas para reducir riesgos durante el parto. Programa de "Estimulación Temprana", enfocado en el desarrollo psicomotor de niños pequeños. Además, cuenta con la Consulta Integral de Adolescentes que aborda salud física, mental y sexual con un enfoque preventivo. El hospital implementa 1 programa preventivo anual de salud laboral y promoción del bienestar dirigido al personal médico y administrativo para la prevención de enfermedades ocupacionales. Evidencias: -Documentación de los programas "Madre Canguro", VIH, Tuberculosis, Agresión animal, Adolescentes, ITS, entre otros.	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	El hospital ha implementado acciones con enfoque social, ambiental y comunitario que evidencian su compromiso con la responsabilidad social institucional. Entre los resultados cuantificables obtenidos se destacan: 16 visitas domiciliarias realizadas en comunidades vulnerables. 2 operativos médicos comunitarios. 1 jornada de limpieza de costas y 1 actividad de reforestación. 1 charla de sensibilización sobre el uso responsable del agua, con registro de asistencia.	

	Campaña institucional “Reúsa, Recicla, Reutiliza”, difundida por correo interno. Contrato activo con empresa certificada para la gestión de residuos biológicos. Informe de sostenibilidad 2024, que documenta prácticas medioambientales y de ahorro energético. Inclusión laboral de personal con diversidad de género, creencias y condiciones sociales. 3 coberturas de prensa sobre actividades institucionales, con un alcance de 9,200 visualizaciones en medios digitales. Oficina de Acceso a la Información (OAI) activa, con registro de solicitudes atendidas. Evidencias: -Registros y reportes de actividades comunitarias. -Capturas de correos enviados con la campaña “Reúsa, Recicla, Reutiliza”. -Lista de asistencia de la charla sobre uso responsable del agua. -Copia del contrato de gestión de residuos. -Informe de sostenibilidad 2024. -Capturas del portal de la OAI (número de solicitudes atendidas). -Publicaciones en redes sociales y medios.	
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	El hospital ha implementado acciones orientadas a la eficiencia energética, enfocadas en la optimización del uso de recursos y la reducción de pérdidas energéticas. Durante el período evaluado, se realizó mantenimiento preventivo anual a equipos de aire acondicionado e instalaciones eléctricas, como parte de un plan activo que ha sido ejecutado de forma continua durante 12 años. Evidencias:	

	-Plan de Mantenimiento Preventivo. -Informe técnico de mantenimiento anual.	
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	El hospital cuenta con un contrato activo con una empresa especializada en la recolección, transporte y disposición final de residuos biomédicos, en cumplimiento con la normativa ambiental vigente. El servicio se realiza con frecuencia semanal o según demanda, y contempla el tratamiento de residuos biológicos, punzocortantes y contaminados. Evidencias: -Comprobantes de pago por servicios realizados.	
11. Política de residuos y de reciclado.	El hospital ha fortalecido la gestión de residuos hospitalarios conforme al Decreto No. 126-09 mediante la implementación del Comité de Bioseguridad Hospitalaria, operativo desde el año 2023. Durante ese período, se han realizado de forma sistemática 2 charlas anuales de concientización sobre el manejo adecuado de residuos dirigidas al personal, manteniendo una frecuencia constante. Asimismo, se ha consolidado la clasificación de los desechos en sólidos, contaminantes y no contaminantes, según protocolos establecidos. Desde 2023, el hospital mantiene un contrato activo con una empresa especializada en la recolección y disposición de residuos biomédicos, con frecuencia semanal o según demanda. Esta acción ha garantizado la trazabilidad y disposición final adecuada de residuos peligrosos, cumpliendo con la normativa ambiental vigente y los estándares institucionales. Evidencias: -Registro de pagos a empresa recolectora de desechos contaminantes y no contaminantes (año 2023).	

	-Acta constitutiva del Comité de Bioseguridad (2023). -Minutas de reuniones del Comité (fechadas en 2023). -Protocolos institucionales vigentes para el manejo de residuos.	
--	---	--

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 presenta resultados sólidos y consistentes en la cantidad y calidad de los servicios brindados, reflejo de una gestión eficiente centrada en el usuario durante el periodo enero-diciembre 2024: Más de 177,000 consultas realizadas. 7,665 procedimientos quirúrgicos ejecutados. 24,051 hospitalizaciones atendidas. 482,880 servicios de laboratorio ofrecidos. Amplia atención en áreas de emergencia. Adicionalmente, se registró un Índice de Satisfacción de Usuarios del 99%, reflejando la efectividad y calidad del servicio con enfoque humanizado. La oferta de servicios accesible y transparente se mantiene disponible en la página web institucional. Evidencias: -Resultados de encuestas de satisfacción digitalizadas.	

	-Matriz de monitoreo de la carta compromiso (formato Excel). -Informe de producción 67A.	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	El hospital demuestra un impacto positivo y tangible en la sociedad y sus beneficiarios directos mediante una gestión integral de salud, enfocada en prevención y atención especializada. Durante el periodo enero–diciembre 2024 se registraron: Más de 177,000 consultas. 7,665 procedimientos quirúrgicos. Atención en servicios de emergencia con modalidades diferenciadas: triaje, trauma, obstétrica y pediátrica. Se implementaron programas preventivos y especializados, incluyendo: Mama Canguro Psicoprofilaxis del Parto Estimulación Temprana Consulta Integral de Adolescentes Unidad de Pie Diabético Programa de Terapia y Educación Sexual Consulta de Insuficiencia Cardíaca y Arritmias Servicio de Detección Temprana de Cáncer Prostático	

	Estas iniciativas contribuyen a la prevención de enfermedades crónicas y al desarrollo saludable de la población atendida. El hospital ofrece información clara a los usuarios a través de la Cartera de Servicios disponible en su página web. Se mantiene un Índice de Satisfacción de Usuarios del 99%, indicador clave de la percepción positiva y confianza de la comunidad en la institución. Evidencias: -Cartera de Servicios. -Informe de productividad 67A. -Resultados del Índice de Satisfacción de Usuarios.	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	El hospital ha implementado procesos de análisis comparativo para evaluar el desempeño de sus servicios respecto a estándares nacionales e institucionales, logrando mantener niveles destacados en producción, eficiencia operativa y percepción de calidad. Resultados sobresalientes: Índice de Satisfacción de Usuarios del 99%, superior al promedio nacional en establecimientos de salud de similar complejidad. Participación en espacios científicos y técnicos mediante 10 programas de residencia médica, con presentaciones en jornadas nacionales. Implementación de programas especializados en atención preventiva, como Pie Diabético, Insuficiencia Cardíaca y Detección de Cáncer Prostático, posicionando al hospital como referente regional.	"

	Resultados comparativos favorables en volumen y cobertura de servicios, superando expectativas en consultas, procedimientos quirúrgicos y atención de emergencias. Evidencias: -Informe de productividad 67-A. -Plataforma SINAVE. -Resultados del Índice de Satisfacción de Usuarios.	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El hospital mantiene un alto nivel de cumplimiento en los contratos y acuerdos establecidos con autoridades competentes y entidades reguladoras. Se han firmado y ejecutado tres convenios relacionados con: Manejo y disposición de residuos biológicos y médicos, conforme a normativas medioambientales, incluido el contrato vigente con BIONOVA SRL. Suministro y gestión de gases medicinales en coordinación con Air Liquide, garantizando la disponibilidad continua y segura de oxígeno y otros gases clínicos. Mantenimiento de equipos médicos e infraestructura hospitalaria, asegurando la continuidad operativa y calidad de los servicios. La ejecución de estos compromisos contribuye a la transparencia, legalidad y eficiencia operativa institucional. Evidencias: -Contratos firmados. -Auditorías externas realizadas por el SNS. -Reportes en SISMAP Salud.	

5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Durante el período enero-diciembre 2024, el hospital fue objeto de 4 inspecciones externas y auditorías de desempeño institucional realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS). Como resultado, se logró la renovación de la licencia de habilitación otorgada por el Vice Ministerio de la Garantía de la Calidad del MSP. El Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud del SNS evaluó prácticas clínicas en los servicios materno-neonatal y en la atención de enfermedades tropicales como Dengue, Malaria y Leptospira, obteniéndose un cumplimiento del 90 % de las normativas evaluadas. Este nivel de cumplimiento refleja el compromiso institucional con la calidad, transparencia y mejora continua. Evidencias: -Certificado de habilitación. -Informe de monitoreo de prácticas clínicas.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	El hospital ha demostrado un fuerte compromiso con la mejora continua, incorporando 4 servicios innovadores que responden a necesidades emergentes de salud de la población: Detección temprana de cáncer prostático Unidad de pie diabético Consulta especializada en insuficiencia cardíaca y arritmias Programa de terapia y educación sexual Estas iniciativas, junto con programas preventivos establecidos, han contribuido a mantener un índice de satisfacción general del 99 %.	

	Evidencias: -Cartera de servicios -Reporte de productividad 67-A -Indice de Satisfacción de Usuarios	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	El hospital ha evidenciado un sólido compromiso con las reformas del sector público mediante la aplicación efectiva de normativas, protocolos y prácticas alineadas con los órganos rectores. Entre los principales resultados destacan: Renovación de la Licencia de Habilitación otorgada por el Vice Ministerio de la Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud Pública (MSP). Realización de 4 monitoreos por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS), a través del Departamento de Calidad, evaluando prácticas clínicas en áreas críticas como el servicio materno-neonatal y el manejo de enfermedades tropicales (Dengue, Malaria y Leptospira). Adopción del Decreto 126-09 con la conformación del Comité de Bioseguridad Hospitalaria y ejecución de políticas de manejo y reciclaje de residuos hospitalarios. Aplicación del protocolo de atención a extranjeros establecido por las autoridades. Evidencias: -Cartera de servicios -Informe de productividad 67-A -Plataforma SINAVE -Certificado de habilitación	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	El hospital cuenta con la colaboración activa de 1 voluntaria que participa en diferentes actividades de apoyo institucional, tales como orientación al usuario, acompañamiento a pacientes vulnerables, asistencia	

	en jornadas comunitarias y apoyo logístico en eventos de salud. Evidencia: -Registro formal de participación de voluntarios. -Listados de actividades con presencia documentada de voluntarios.	
--	--	--

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	El Hospital demuestra una gestión eficiente de sus recursos humanos, conocimiento e instalaciones, evidenciada por un uso óptimo orientado a resultados. Cuenta con una plantilla de 1,567 colaboradores y alcanzó un cumplimiento del 100% en el plan anual de capacitaciones. Se realizó mantenimiento preventivo con inversión significativa en equipos. En el área de emergencias se atendieron más de 116,000 usuarios durante el período, logrando un índice de satisfacción del 99%. Estos indicadores reflejan la capacidad institucional para transformar recursos en servicios de alta calidad, impactando positivamente el desempeño y la percepción del usuario. Evidencias: -Plan de capacitación y listas de asistencia. -Registros de Sismap-Salud. -Informe de productividad 67A.	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	El Hospital ha fortalecido la eficiencia de sus procesos internos mediante la implementación de 5 sistemas tecnológicos clave, con mejoras cuantificables en tiempos de respuesta y calidad del servicio: Sistema PACS (imágenes médicas): reducción del tiempo promedio de entrega de resultados de 48 a 12 horas.	

	Sistema SIGHO: optimización en la integración de procesos clínicos y administrativos, disminuyendo tiempos de registro y codificación. Sistema ISSABEL (central telefónica inteligente): reducción del tiempo promedio de espera en llamadas internas de 10 a 5 minutos. Control de Dominio (Domain Controller): incremento en la seguridad y control de accesos en la red institucional. Sistema automatizado de laboratorio: reducción del tiempo promedio de entrega de resultados de 72 a 24 horas y aumento en el volumen de pruebas procesadas. La adopción de estos sistemas ha generado un impacto directo en la eficiencia operativa del hospital. Evidencias: -Registros y reportes de los sistemas PACS, SIGHO, ISSABEL y Domain Controller. -Informes operativos del sistema automatizado de laboratorio.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	El Hospital realiza un análisis comparativo de desempeño cada seis meses, basado en indicadores oficiales publicados por SISMAP Salud. Este proceso permite evaluar eficiencia, calidad y cumplimiento institucional en comparación con otros hospitales de similar nivel de complejidad a nivel nacional. La sistematización de esta práctica facilita la toma de decisiones informadas, promueve el aprendizaje organizacional y soporta la implementación de planes de mejora continua, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud regional y nacional. Evidencias:	

	-Actas de reuniones del Comité de Calidad donde se revisan y analizan los indicadores comparativos.	
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	Durante el año 2024, el Hospital ha fortalecido su rol como centro de formación profesional, acogiendo a un total de 186 estudiantes de medicina, enfermería y carreras administrativas para la realización de pasantías, internado rotatorio y prácticas supervisadas. Esta participación se enmarca en convenios activos con universidades como la UASD y UNIREMHOS, y evidencia el compromiso del hospital con el desarrollo del capital humano en salud. Evidencias: -Acuerdos de colaboración firmados con UASD y UNIREMHOS. -Registro de estudiantes admitidos en programas de formación (año 2024).	
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.)	Durante el año 2024, el Hospital ha fortalecido su modelo de gestión a través de la incorporación de tecnologías digitales, logrando impactos cuantificables en eficiencia operativa. La implementación de plataformas como SIGHO, PACS e ISSABEL ha permitido una reducción del 80 % en el uso de papel, una disminución del 40 % en los tiempos promedio de atención y una reducción significativa en los costos operativos asociados a procesos administrativos. Estas mejoras han incrementado la productividad institucional y la capacidad de respuesta, alineándose con los principios de sostenibilidad y modernización del sector salud. Evidencias: -Reportes de desempeño del SIGHO. -Registros del sistema PACS y control de llamadas ISSABEL (2024). -Comparativos de consumo de insumos administrativos (2023 vs. 2024).	

6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	Durante el año 2024, el Hospital ha mantenido una cultura institucional orientada a la mejora continua, evidenciada por la aplicación sistemática de auditorías internas y externas. El hospital superó satisfactoriamente los 12 monitoreos realizados por el Departamento de Monitoreo de la Calidad del SNS, y logró la renovación de su licencia de habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, alcanzó un índice de satisfacción del usuario del 99 %, según los resultados publicados en la plataforma del SNS. Estos datos reflejan una tendencia sostenida de cumplimiento con los estándares nacionales de calidad en la atención. Evidencias: -Informe de habilitación (2024). -Resultados de auditorías enviadas y recibidas por el SNS. -Reporte de encuestas de satisfacción en la plataforma del SNS (2024).	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	Durante el año 2024, el Hospital Regional Juan Pablo Pina fue reconocido por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública por mostrar un desempeño destacado en la vigilancia epidemiológica, como resultado del fortalecimiento de sus procesos de notificación y monitoreo implementados en años anteriores. Este reconocimiento evidencia una continuidad en la mejora del sistema de vigilancia institucional, reflejada en el cumplimiento oportuno y completo de los reportes a través de la plataforma SINAVE. Evidencia: -Certificación oficial de reconocimiento emitida por la Dirección de Epidemiología (2024).	
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	Durante el año 2024, el Hospital Regional Juan Pablo Pina mantuvo un riguroso control presupuestario y financiero, evidenciado en el cumplimiento del 100% de sus objetivos financieros institucionales. Además, alcanzó un 70% en el índice de cumplimiento de la	

	Ley 340-06 sobre Compras y Contrataciones Públicas, según los reportes registrados en la plataforma de SISMAP Salud. Estos resultados reflejan una gestión eficiente, transparente y alineada con las normativas vigentes, asegurando el uso adecuado de los recursos públicos asignados. Evidencias: -Estados financieros mensuales remitidos a la Contraloría del SNS. -Matriz de Cuentas por Pagar (2024). -Reportes de cumplimiento normativo de la Ley 340-06 (plataforma SISMAP Salud). -Informes mensuales de auditoría externa enviados a la Contraloría General, conforme a NOBACI.	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	En el año 2024, el Hospital Regional Juan Pablo Pina demostró un alto nivel de costo-efectividad, logrando optimizar sus recursos sin comprometer la calidad del servicio. Durante el periodo evaluado, se realizaron 30 compras directas, 16 compras menores y 1 licitación pública, todas ejecutadas en cumplimiento con el Reglamento de Aplicación 543-12. En las compras que superaron los RD\$131,433.00, se seleccionó al proveedor con la oferta de menor precio, lo que contribuyó a reducir costos y mantener la eficiencia financiera institucional. Estas prácticas fortalecieron la sostenibilidad operativa, con una ejecución presupuestaria alineada al 100% con las metas financieras anuales. Evidencias: -Expedientes que sustentan las compras de bienes y servicios durante el año 2024. -Informes de ejecución presupuestaria del año 2024. -Documentación de procesos de selección de proveedores según el artículo 58 del Reglamento 543-12.	

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.