

**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 INFANTIL DR. ARTURO GRULLON\_

**FECHA:**

13 DE 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.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

### Evaluación de consenso:

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

## CRITERIOS FACILITADORES.

### CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>Desde el año 2025, el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón llevó a cabo una actualización de su misión, visión y valores institucionales, con una vigencia establecida de dos años y una próxima revisión prevista para el año 2027. Esta actualización fue compartida con los grupos de interés internos a través de reuniones informativas por departamento y mediante una encuesta digital.</p> <p>Evidencias: Minutas de reuniones 2025, listado de asistencia, letreros institucionales en proceso de impresión a ubicar en las entradas del centro, y carnets del personal que contienen en el reverso la misión, visión y valores del hospital.</p>	
<p>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.</p>	<p>En el HRIDAG promovemos un entorno inclusivo, brindando atención de calidad sin discriminación por identidad o expresión de género, raza, etnia, país o región de origen.</p> <p>La institución ha establecido sus valores fundamentales a través de reuniones del Comité de Calidad, en coherencia con la misión y visión del centro. Estos valores están contenidos en un código de ética institucional que vela por la prevención de conductas contrarias a la ética.</p> <p><b>Evidencias:</b> Marco de valores, Código de ética institucional, minutas de reuniones 2025, lista de asistencia, registro de pacientes extranjeros.</p>	

<p>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.</p>	<p>La revisión de la misión, visión y valores institucionales está en consonancia con la Estrategia Nacional de Salud y los Planes Operativos Anuales del hospital. Estos elementos están claramente establecidos en la página web oficial de la institución, reflejando el compromiso con la excelencia, la calidad y la seguridad en la atención brindada.</p> <p>Evidencias: Minutas de reuniones 2025, listado de asistencia, Estrategia Nacional de Salud, Plan Operativo Anual.</p>	
<p>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.</p>	<p>El Hospital garantizó la difusión de su misión, visión y valores institucionales a través de diversos medios, incluyendo letreros ubicados en la entrada principal, la página web oficial y el área de consultas del centro. Asimismo, esta información se encuentra impresa en el reverso de los carnets del personal.</p> <p>Evidencias: Carnets institucionales, letreros informativos, listado de asistencia a las jornadas de socialización por departamento y publicación en la página web.</p>	
<p>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).</p>	<p>Tal como estaba previsto se realizó una actualización en este 2025 de la misión, visión y valores del hospital, la cual incorpora el nuevo logotipo institucional. Este proceso consideró la participación de los distintos grupos de interés, así como las características sociodemográficas y los cambios en el entorno. Con base en ello, se realizó una proyección de posibles transformaciones en la institución y se definieron estrategias orientadas a responder al comportamiento a largo plazo del entorno externo. La vigencia establecida para esta actualización es de dos años, por lo que se prevé su revisión en el año 2027.</p> <p>Evidencias: Minutas de la reunión sobre revisión de misión, visión y valores 2025; Plan de Mejora</p>	

	Institucional; encuesta de satisfacción del usuario; documentos de misión y valores trabajados con los grupos de interés	
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).	<p>Desde finales de 2023, el HRIDAG ha iniciado el proceso de digitalización de documentos y la implementación del expediente único hospitalario. La institución cuenta con una política de gestión tecnológica que establece lineamientos para la protección de datos y la prevención del fraude. Con el objetivo de responder de manera eficiente a las necesidades institucionales, el HRIDAG diseña e implementa sistemas tecnológicos propios, manteniéndose a la vanguardia mediante prácticas de benchmarking que favorecen el desarrollo y fortalecimiento tecnológico, en coherencia con las demandas de la sociedad y la ciudadanía.</p> <p>Evidencia: Sistema digital integrado a los expedientes clínicos y consultas médicas, Plan de Capacitación 2025</p>	
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.	<p>De manera periódica, el Ministerio de Administración Pública (MAP) imparte charlas sobre el régimen ético y disciplinario, fortaleciendo la cultura institucional. Asimismo, se ha elaborado un código de ética que ha sido distribuido en cada área del hospital para su socialización con todos los actores involucrados. Actualmente, diversas áreas del hospital cuentan con sistemas computarizados que permiten mejorar el</p>	

	<p>control y la gestión de los procesos, como es el caso de farmacia, cocina, suministros y facturación.</p> <p>Evidencias: Listado de participantes en las charlas, acuses de recibo del código de ética firmados por los gestores de área, y sistemas informáticos implementados en las áreas de farmacia, cocina y suministros para optimizar la gestión de insumos.</p>	
<p>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).</p>	<p>En la institución se promueve un clima organizacional basado en la confianza y el respeto mutuo entre los gestores de área y el personal a su cargo. Se fomenta una política de puertas abiertas mediante reuniones mensuales con los gestores, en las cuales se habilita un espacio conocido como “turno libre”, que permite al personal expresar sus inquietudes, propuestas u opiniones, las cuales son valoradas y consideradas por los directivos.</p> <p>Evidencias: Minutas de reuniones de gestores 2025.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>El centro dispone de una estructura organizativa aprobada y consensuada tanto por el Ministerio de Administración Pública (MAP) como por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Asimismo, las funciones y requisitos de cada puesto están claramente establecidos en el manual de cargos y funciones del Ministerio de Salud Pública, así como en los reglamentos hospitalarios y las normas nacionales de salud.</p>	

	Evidencias: Estructura organizativa, manual de cargos y funciones, reglamento de hospitales, normas nacionales de salud.	
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.	<p>A través del Plan Operativo Anual (POA) institucional, se definen los objetivos, las tareas a realizar y los resultados esperados, los cuales son establecidos y evaluados por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, mediante el ranking SISMAP, se cuantifican los resultados de los indicadores, los cuales son monitoreados por el departamento de calidad del SNS y el Ministerio de Administración Pública (MAP).</p> <p>Evidencias: POA institucional, planes departamentales, reporte de evaluación del hospital por el departamento de calidad del SNS, ranking SISMAP.</p>	
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.).		No se realiza
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).	<p>La institución cuenta con las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) y lleva a cabo una monitorización constante de su Plan Operativo Anual (POA) y del ranking SISMAP, dado que nuestro centro está incluido entre los hospitales priorizados.</p> <p>Evidencias: Normas Básicas de Control Interno, POA, SISMAP.</p>	
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.	Contamos con la implementación del modelo de calidad basado en el Marco Común de Evaluación	

	<p>(CAF), mientras que el departamento de laboratorio trabaja conforme a las normas ISO 9001-1589.</p> <p>Evidencias: Marco Común de Evaluación (CAF), registros de cumplimiento de normas ISO.</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>El hospital dispone del software SAMI, que se alinea con los objetivos operativos mediante la administración electrónica. Además, se ha implementado un sistema de correo electrónico institucional en los diferentes departamentos, así como una página web institucional.</p> <p>Evidencias: Correos electrónicos institucionales, página web institucional, software en el departamento de informática.</p>	
<p>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.</p>	<p>Se cuenta con diferentes comités en la institución como el de calidad, de farmacia, control de infecciones, historia clínica, compra, Administrativo, Bioética, Emergencias y desastres, entre otros.</p> <p>Evidencias: Actas constitutivas, Listado de asistencias y minutas de los diferentes comités hospitalarios.</p>	
<p>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.</p>	<p>Con el fin de asegurar una comunicación interna efectiva, se llevan a cabo reuniones con los gestores de los diferentes departamentos, se utilizan redes sociales, prensa escrita y televisiva, y actualmente contamos con una página web institucional.</p> <p>Evidencias: Listados de asistencia a reuniones de gestores departamentales 2025, cuentas de Facebook, Twitter, Instagram, programa de TV, página web institucional.</p>	
<p>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.</p>	<p>A través del INFOTEP, INAP y MAP, se llevan a cabo capacitaciones dirigidas al personal del centro en áreas como prevención y control de infecciones, talleres de actualización y conferencias de educación médica continua. También se realiza capacitación especializada al personal de enfermería neonatal</p>	

	<p>sobre la importancia del control de infecciones y cómo integrarse al programa de control en su área, además de la socialización de los protocolos de manejo hospitalarios.</p> <p>Evidencias: Listados de asistencia y fotos de los talleres 2025 y conferencias 2025.</p>	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	<p>De manera mensual, se realizan reuniones con los gestores de los diferentes departamentos y se imparten capacitaciones a los empleados del hospital, durante las cuales se les comunica de manera asertiva las estrategias que la institución implementará para promover la cultura de calidad en los servicios de salud.</p> <p>Evidencias: Minutas y listado de asistencia a las reuniones 2025, fotos y registros de capacitaciones 2025.</p>	
11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.	<p>Se promueve una cultura de gestión basada en los principios éticos de la institución, los cuales están claramente establecidos en el Manual de Ética Hospitalaria. Este manual fue socializado y entregado a todos los departamentos. Con el fin de prevenir actos que no se ajusten a las normas anticorrupción, la institución mantiene una política de puertas abiertas, donde se escuchan diversas opiniones y propuestas, garantizando así el cumplimiento de la ética y los principios institucionales.</p> <p>Evidencias: Manual de ética, reportes de amonestaciones, minutas de reuniones departamentales 2025.</p>	

**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
----------	--------------------------------------	-----------------

Documento Externo  
SGC-MAP

<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>Los líderes de la institución, junto con los responsables de la gestión, predicán con el ejemplo, promoviendo el empoderamiento en la gestión y la resolución de conflictos e inconvenientes. Cumplen con el horario establecido en la jornada laboral, mostrando respeto hacia el personal y subordinados, y escuchando las opiniones de los empleados.</p> <p>Evidencias: Chats a través de WhatsApp, reportes de desempeño laboral, productividad del personal médico.</p>	
<p>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.</p>	<p>Se promueve una cultura de liderazgo centrada en la innovación, la confianza mutua y la apertura, con el fin de contrarrestar la discriminación y fomentar la igualdad de oportunidades. Esto incluye la implementación de buzones de sugerencias, donde todos los empleados pueden compartir sus opiniones e ideas, y la asignación de horarios específicos para que el personal tenga conversaciones abiertas y confidenciales con el director. Estas acciones buscan atender de manera efectiva las necesidades individuales y circunstancias personales de los empleados.</p> <p>Evidencias: Registros de buzones de sugerencias y fotos de reuniones individuales 2025.</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>El personal del centro es consultado mediante la encuesta de clima laboral, la cual se lleva a cabo cada dos años. Además, a través del buzón interno de quejas y sugerencias, se reciben las opiniones y quejas de los empleados.</p> <p>Evidencias: Encuesta de clima laboral, reportes del buzón de sugerencias interno y minuta de reuniones del comité de apertura de los buzones 2025.</p>	

<p>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.</p>	<p>El personal del centro es evaluado periódicamente a través de evaluaciones de desempeño, las cuales permiten dar seguimiento a sus funciones y los objetivos establecidos en el acuerdo de desempeño. Además, se proporciona retroalimentación individual a cada equipo sobre los resultados obtenidos y las áreas que requieren mejora.</p> <p>Evidencias: Evaluaciones de desempeño y minuta de reuniones de retroalimentación 2025.</p>	
<p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>En nuestra institución, el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón, en la actualidad, se han realizado rotaciones en los diferentes departamentos del centro. Además, se han designado nuevos gestores, considerando sus competencias y conocimientos en áreas como consulta externa, subdirección médica, recursos humanos, atención al usuario, administración, compras, trabajo social, transparencia, calidad, cómputos, hostelería, enseñanza y residencias médicas.</p> <p>Evidencias: Carta de designación de nuevos gestores, comunicación de rotación de pediatras, minutas de reuniones 2025.</p>	
<p>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).</p>	<p>Se promueve el desarrollo del personal mediante entrenamientos y capacitaciones docentes, así como una formación continua programada anualmente a través de INFOTEP, INAP, SDP, y talleres de educación médica continua, RCP, y protocolos de manejo hospitalarios. Además, se lleva a cabo un programa anual de capacitaciones, cubriendo los temas necesarios para la formación y actualización en los distintos departamentos, y se realiza una encuesta en la que cada área de la institución puede expresar sus necesidades de capacitación en temas específicos.</p>	

	Evidencias: Fotos de actividades y registro de asistencia, plan anual de capacitaciones 2025.	
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	El departamento de enfermería tiene establecido un sistema de reconocimiento trimestral para el empleado destacado. Actualmente, se está trabajando en extender este reconocimiento a nivel institucional, abarcando los diferentes departamentos del hospital.  Evidencia: Mural de reconocimiento en la entrada de emergencias.	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.		No se realiza
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.		No se realiza
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.		No se realiza
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.		No se realiza

<p>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.).</p>	<p>La institución cuenta con alianzas de trabajo con voluntariado Jesús con los niños, St Jude, UTESA; UASD; PUCMM; UNEV, UAPA, UCATECI, UCN. Diferentes ARS, trabajos en red con el Hospital Hugo Mendoza, Robert Reid Cabral, Fundación Los Arturitos, Pediatric Ortopedic Proyect (POP), Club Rotario Internacional, Fundación Popular. Evidencia: convenio St Jude, fotos del voluntariado, acuerdo con las diferentes universidades, fotos de jornadas quirúrgica cardiacas y ortopédicas realizadas Convenios con la ARS.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>		<p>No se realiza</p>
<p>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.</p>	<p>La reputación del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón, se fortalece mediante el uso de diversos medios de comunicación, donde se difunden los programas implementados en el centro, así como mensajes orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes en la población infantil.</p> <p>Evidencias: Página web institucional, página del SRNS, cuentas oficiales en Instagram, Facebook y Twitter.</p>	

## 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
<p><b>La Organización:</b> 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,</p>	<p>El Plan Operativo Anual (POA) realizado por el centro se alinea con el Plan estratégico del Servicio Nacional de salud (SNS). Se realiza informe de</p>	

<p>económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>desempeño trimestral, el plan operativo anual y se recopilan informes de seguimiento mensuales.</p> <p>Evidencias: informes trimestrales, POA, SUGEMI, SAMI, NOBACI, plan de emergencias y desastres</p>	
<p><b>2.</b> Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>En el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón se tiene claramente identificados los grupos de interés, tanto internos como externos. Asimismo, se llevan a cabo reuniones mensuales con los gestores de los distintos departamentos, con el propósito de socializar los resultados obtenidos y fomentar la mejora continua.</p> <p>El centro también dispone de buzones de sugerencias distribuidos en diferentes áreas, con el fin de recoger las expectativas y el nivel de satisfacción de los usuarios. Además, los departamentos realizan periódicamente análisis FODA para identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, permitiendo así detectar y priorizar las necesidades institucionales.</p> <p>Evidencias: Listado de grupos de interés, minutas, listado de asistencia y fotografías de las reuniones 2025, imágenes de medios y periódicos, buzones de sugerencias, reportes de recolección y análisis de sugerencias, memoria institucional anual y comunicados difundidos en medios digitales.</p>	
<p><b>3.</b> Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>		<p>No se realiza</p>
<p><b>4.</b> 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.).</p>	<p>Cada responsable de departamento, en coordinación con su equipo de trabajo, realiza anualmente un análisis con el objetivo de identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. A partir de este diagnóstico, se elabora un plan de mejora que</p>	

	<p>orienta las acciones estratégicas para el fortalecimiento institucional.</p> <p>Evidencias: Guía de autoevaluación del modelo CAF y planes de mejora por departamento.</p>	
--	---	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>El Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón (HRIDAG) ha definido su misión y visión, junto con los métodos y objetivos necesarios para su cumplimiento. A través del Plan Operativo Anual (POA), se estructuran las actividades que responden a cada uno de los ejes estratégicos, cuyos indicadores de seguimiento están alineados con la misión institucional y sus objetivos fundamentales.</p> <p>Evidencias: POA institucional, minutas de reuniones de seguimiento 2025.</p>	
<p>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.</p>	<p>En el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón (HRIDAG) se desarrollan entrenamientos continuos dirigidos a todas las áreas del centro, coordinados por los departamentos correspondientes. En muchas de estas capacitaciones se incluye la participación activa de los usuarios, priorizando sus necesidades. Además, se lleva un control estadístico y seguimiento por cada área de servicio para evaluar el impacto de las formaciones.</p> <p>Evidencias: Listado de asistencia, fotos de las actividades y programas de capacitación 2025.</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>El Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón (HRIDAG) implementa una política activa de responsabilidad social a través de múltiples iniciativas, entre las que se destacan programas educativos sobre la prevención del embarazo en</p>	

	<p>adolescentes, charlas sobre salud sexual y reproductiva dirigidas a estudiantes en escuelas de Santiago, promoción de la lactancia materna, orientación en salud bucal en el área de consulta externa y campañas de concienciación sobre la importancia de la vacunación.</p> <p>Evidencias: Registros fotográficos de las actividades y listados de asistencia.</p>	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	<p>El Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón (HRIDAG) cuenta con un presupuesto institucional en el que se especifican las partidas financieras y los montos asignados a cada una. Este proceso tiene como propósito garantizar la disponibilidad y el control adecuado de los recursos económicos, facilitando la ejecución de las actividades planificadas y contribuyendo al cumplimiento efectivo de las metas institucionales.</p> <p>Evidencias: Plan Operativo Anual (POA) e informes de ejecución presupuestaria.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>En el HRIDAG se implementan estrategias mediante una planificación estructurada y una priorización basada en las necesidades identificadas dentro de la institución, con el objetivo de optimizar los recursos y fortalecer la gestión operativa.</p> <p>Evidencias: Minutas de reuniones, fotos, listados de participación y publicaciones en redes sociales.</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>La institución cuenta con un Plan Operativo Anual (POA) que detalla las actividades programadas para</p>	

	<p>el año en curso. Asimismo, dispone de un Plan de Emergencias y Desastres actualizado para el 2025, junto con planes de acción específicos y planes de mejora continua. Adicionalmente, se llevan a cabo evaluaciones anuales del desempeño del personal, coordinadas por el MAP, con el fin de garantizar una gestión eficiente y basada en resultados.</p> <p>Evidencias: Plan de Emergencias y Desastres, Planes de Mejora, Plan Operativo Anual (POA).</p>	
<p>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.</p>	<p>En el HRIDAG, a través de reuniones periódicas con los gestores de áreas y los diversos comités internos, se difunden los objetivos y planes de trabajo establecidos por la alta dirección en conjunto con los grupos de interés. Estos gestores, a su vez, se encargan de transmitir esta información al resto de los colaboradores, fomentando la participación activa en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Además, la misión, visión y valores de la institución están claramente visibles en toda la infraestructura del centro, recordando a todos el propósito de la organización. Se llevan a cabo actividades donde se comunican los avances de las actividades planificadas, y se realiza un monitoreo trimestral del SNS para evaluar los logros alcanzados y garantizar la implementación efectiva de las estrategias establecidas.</p> <p>Evidencias: Minutas 2025, listado de participación, informes trimestrales, acuerdos de desempeño, misión y visión.</p>	
<p>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.</p>	<p>Cada departamento, informa sobre su producción de servicios a través del POA.</p> <p>Evidencia: SISMAP salud, indicadores de calidad)</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.	El HRIDAG cuenta con Página web, numero de WhatsApp institucional, redes sociales como instagram, facebook, las cuales garantizan la comunicación eficaz con los ciudadanos. Evidencias: Redes sociales, atención de usuario vía WhatsApp, pagina web.	
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.	Nos mantenemos en constante capacitación con diversas entidades formativas. La institución ha participado activamente en varios entrenamientos y programas educativos continuos, asegurando que el personal esté actualizado en las últimas prácticas y normativas.  Evidencias: Minutas, listado de participación, fotos, cronograma de educación continúa 2025.	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.	Mantenemos una comunicación constante sobre la innovación, destacando los logros y avances de la institución a través de diversos medios de comunicación.  Evidencia: Página web, Instagram, Facebook.	
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.	A través de la dirección del HRIDAG se convocan reuniones periódicas en 2025 con los encargados de departamento y se gestionan las entregas de guardias médicas.  Evidencia: Listados de participación 2025.	
5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.	Este centro cuenta con la ampliación de la cartera de servicios, realización de encuestas a los usuarios, grupos focales, redes sociales, línea telefónica, correo electrónico y número de WhatsApp como medidas para facilitar la información sobre los servicios a los usuarios.	

	Evidencias: Cartera de servicios, redes sociales, WhatsApp, página web institucional.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El hospital cuenta con un presupuesto anual, el plan de compras y contrataciones, y el POA institucional, los cuales permiten la implementación de los cambios en la institución.  Evidencias: Plan anual de compras, POA.	

### 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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	"Este centro está trabajando paulatinamente para cubrir las áreas necesarias, asegurando que se completen de manera progresiva conforme se vayan requiriendo, y manteniendo un enfoque constante en fortalecer las áreas clave para el adecuado funcionamiento de la institución. Evidencias: Requerimiento de personal por departamentos, Copias informes enviados, Solicitud de nombramientos.""	
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 da seguimiento continuo a los procesos establecidos para la gestión de los recursos humanos, asegurando que se cumplan las normativas correspondientes de acuerdo con la ley de función pública.  Evidencias: controles de asistencia, actualización de expedientes, nombramientos	

<p>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.</p>	<p>Se realiza un seguimiento continuo a la formación alcanzada, así como a los cambios de asignación, siempre apegados a los procedimientos establecidos. Las reclasificaciones de cargos están en proceso con el Servicio Nacional de Salud, en función de los niveles de formación alcanzados por el personal.</p> <p>Evidencias: Reclasificación, nombramientos.</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>El centro promueve el empoderamiento del personal en el ejercicio de sus funciones, seleccionando a los colaboradores de acuerdo con los perfiles de puesto establecidos. Además, se implementan reportes de rendimiento para evaluar y mejorar continuamente el desempeño, con el fin de reducir los niveles de errores y optimizar los procesos.</p> <p>Evidencias: Evaluación de desempeño.</p>	
<p>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</p>	<p>Se ha realizado una actualización en los puestos asignados, asegurando que se correspondan con los perfiles del personal. Además, se ha llevado a cabo un proceso de revisión de los expedientes para asegurar que la misión y visión institucional sean entendidas y reflejadas en las funciones de cada colaborador."</p> <p>Evidencia: Expedientes actualizados.</p>	

<p>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).</p>	<p>En el hospital se trabaja con unas políticas de inclusión laboral. Como evidencia se cuenta con persona con discapacidad, multinacionales. Respetando la orientación religiosa, raza. Evidencia: Ver nombramientos, tenemos talentos diversos.</p>	
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>Se define un acuerdo de objetivos y metas a desarrollar durante la jornada laboral, los mismos son implementados de manera anual, para tomar en cuenta los resultados obtenidos. Evidencias: Acuerdos y Evaluación de Desempeño.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>En el centro se evalúa periódicamente el cumplimiento de los acuerdos de desempeño, retroalimentando a cada equipo de trabajo sobre sus resultados y estrategias a desarrollar para mejorar de forma continua. Evidencias: listado de asistencia y minutas de reuniones 2025 para discusión de resultados de acuerdo de desempeño</p>	
<p>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.</p>		<p>No se realiza</p>

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

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

<p>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.</p>		<p>No se realiza</p>
<p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p>	<p>Realizamos charlas de inducción para el personal nuevo, se da entrenamiento, asesoría de equipo y conocimiento de las diferentes áreas. ( Evidencias: Lista e inducción al personal de nuevo ingreso)</p>	
<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>Al momento de presentarse una vacante, se da prioridad al personal interno que esté capacitado para el puesto. Esto ha permitido la promoción interna, con cambios de asignación. Evidencias: reasignación y promociones de puestos</p>	
<p>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).</p>	<p>Como hospital, promovemos la creación y utilización de los grupos de WhatsApp, Apps de reuniones virtuales, cursos online, en la plataforma virtual de la OPS, curso de control de infecciones, St. Jude, curso CS, COMISCA en la plataforma Echo. Se está reforzando el departamento de cómputos para el desarrollo de los sistemas informáticos. Evidencia Grupos y chat intrahospitalarios.</p>	
<p>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.</p>		<p>No se realiza</p>
<p>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</p>		<p>No se realiza</p>

costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.		
--	--	--

### 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.	En el centro se realizan talleres de comunicación efectiva, se promueve una cultura de comunicación abierta entre los gestores de cada área y el personal que la integra. Evidencias: listados de participación en los talleres 2025, lista de cotejos, una cultura abierta	
2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.	Se crean mecanismo para socializar ideas en los procesos e implementación de este, para el mejor funcionamiento.  Evidencias. Minutas y Reuniones 2025.	
3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.	Se realiza la encuesta de clima laboral bianual, la cual fue aplicada en el 2024.  Evidencia: informe de encuesta de clima laboral 2024.	
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.	En la institución se velan por mantener condiciones óptimas de salud y seguridad para el personal, proporcionando vestimenta adecuada, vacunas, seguro laboral y acceso a capacitaciones. Además, se dispone de manuales y un comité de bioseguridad que supervisa el cumplimiento de las normativas correspondientes. Se ha establecido el departamento de salud ocupacional, con el apoyo de un médico familiar y ocupacional, para atender las	

	<p>necesidades del personal. La institución también está en proceso de conformar el comité SISTAP.</p> <p>Evidencias: Fotografías, lista de vacunación, registros de servicios brindados por la unidad de salud ocupacional.</p>	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	<p>Como institución que valora y comprende las necesidades de sus empleados, se otorgan permisos para situaciones familiares, personales, académicas, entre otras.</p> <p>Evidencia: Registro de permisos.</p>	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	<p>Se asegura un entorno adecuado para que las personas con discapacidad puedan desempeñar sus funciones de forma óptima.</p> <p>Evidencias: Reasignación de puestos para personas con discapacidad, verificación de área de trabajo, reacomodación de horarios y listados de servicios.</p>	
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).		No se realiza

#### **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**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
-----------------	---	------------------------

<p><b>Los líderes de la organización:</b></p> <p>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.).</p>	<p>"El departamento de compras gestiona un listado de proveedores de productos e insumos. Además, se han establecido convenios con diversas organizaciones y fundaciones, y se trabaja en el desarrollo de nuevas alianzas con otros proveedores. También se están estableciendo acuerdos con instituciones que promueven el bienestar infantil."</p> <p>Evidencia: Acuerdos, fotos de actividades y jornadas.</p>	
<p>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.</p>	<p>Hemos desarrollado y gestionado acuerdos de colaboración con diversas ARS, universidades y hospitales internacionales, así como con organizaciones de voluntariado y otros centros hospitalarios. Estos acuerdos buscan promover el bienestar de nuestros usuarios y fortalecer nuestra red de apoyo."</p> <p>Evidencias: Contratos de colaboración con las entidades educativas y patronatos.</p>	
<p>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.</p>	<p>Si, mediante los acuerdos de colaboración con las diferentes alianzas se encuentran definidos los derechos y deberes de cada una de las partes. Así mismo se han estandarizado los indicadores de resultados a evaluar en cada uno.</p> <p>Evidencia. Acuerdos</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>		No se realiza
<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>		No se realiza

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

Documento Externo  
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>Mediante buzón de quejas y sugerencias los pacientes participan con sus sugerencias aportando ideas y opiniones, que sirven de insumo para la toma de decisiones. Mediante el portal 311 se reciben forma digital las sugerencias y quejas. Además, por medio de las encuestas de satisfacción llenadas diariamente se da seguimiento a estas sugerencias.</p> <p>Evidencias. Matriz de queja y sugerencias, expedientes de quejas y sugerencias en el portal 311, minuta de reuniones 2025 de socialización de quejas y sugerencias.</p>	
<p>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.</p>	<p>Mediante el portal de transparencia se mantiene abierto al público en general conteniendo los datos de recursos humanos, compra y contrataciones, contabilidad, comunicaciones, finanzas, almacén, cartera de servicios, resoluciones de protección de datos, hospitalarios.</p> <p>Evidencias. Portal de transparencia hospitalario <a href="http://www.hopitalarturogrullon.gob.do">www.hopitalarturogrullon.gob.do</a></p>	
<p>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.</p>	<p>Si, se está proyectando al usuario cada servicio de manera individualizada para el conocimiento de estos, mediante la cartera de servicios que se encuentra publicado el personal y las especialidades con la que cuenta el centro. Además, mediante las redes sociales se publicita los servicios disponibles en la institución. Evidencia. Página web hospital, Instagram, Facebook</p>	

**SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	<p>Se alinea la gestión financiera para priorizar de manera eficaz los servicios brindados, asegurando que se realicen cotizaciones a al menos tres proveedores para comparar precios y calidad. Se selecciona al proveedor que ofrezca los productos necesarios al mejor costo y cumpla con los requisitos establecidos por la institución.</p> <p>Evidencias: Cotizaciones, facturas de pago (oxígeno, alimentos, medicamentos, reactivos, combustibles), cartas de requisiciones.</p>	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.	<p>El centro trabaja en eficientizar los servicios mediante la contratación de nuevas ARS, asegurando que los ingresos sean utilizados para cubrir las necesidades del hospital. Se gestionan de manera interna los medicamentos, insumos y la compra de equipos, mobiliario e informática. Para garantizar la transparencia financiera, se cuenta con un departamento de auditoría interna que revisa los procesos realizados por el hospital. Posteriormente, los informes son enviados a la Contraloría en Santo Domingo para su revisión y retroalimentación. La regional de salud realiza una pre-auditoría de los pagos correspondientes al fondo destinado al hospital, que luego es validado o corregido, siendo finalmente remitido al SNS para su aprobación y retroalimentación.</p> <p>Evidencias: Facturas de compras, copias de cheques, auditorías, copias de contraloría, presentación al SNS.</p>	

3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	De forma mensual se lleva a cabo el análisis de riesgos institucionales, utilizando como referencia el presupuesto asignado y los estados financieros, con el fin de asegurar una gestión eficiente y preventiva."	
	Evidencia: Presupuesto mensual.	
4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.	De manera continua, se publican los presupuestos institucionales y los reportes financieros a través del portal de transparencia, garantizando el acceso a la información y la rendición de cuentas.	
	Evidencia: Portal de transparencia.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El Departamento de Epidemiología elabora reportes mensuales sobre los distintos indicadores de salud y su nivel de cumplimiento. Asimismo, se llevan a cabo monitoreo trimestrales por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS), en los cuales se constata el avance y cumplimiento de dichos indicadores.	
	Evidencias: Reportes de monitoreo, informes de cumplimiento de indicadores.	

**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.		No se realiza
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.		No se realiza
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el	Se llevó a cabo un proceso de inducción orientado a fortalecer las competencias del personal de los	

conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	departamentos de Recursos Humanos y Contabilidad en el manejo del sistema SAMI. Esta capacitación incluyó una formación completa sobre las funcionalidades del sistema y las buenas prácticas para su implementación efectiva."  Evidencia: Software SAMI.	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.		No se realiza
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.		No se realiza
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	Se han establecido canales de comunicación institucional como grupos de WhatsApp organizados por departamentos, a través de los cuales se comparten informaciones generales de manera oportuna. Asimismo, se cuenta con correos electrónicos institucionales asignados a cada departamento, facilitando la comunicación interna entre las distintas áreas de la institución."  Evidencia: Chats institucionales, correos institucionales.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se desarrollan talleres internos en los cuales el personal capacitado de la misma institución tiene a su cargo la formación y entrenamiento de otros colaboradores, promoviendo así el fortalecimiento de competencias desde una perspectiva institucional.  Evidencia: Listado de asistencia de los talleres 2025.	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil	A través del portal de transparencia institucional se garantiza el acceso oportuno a la información relevante de esta institución para todas las partes	

de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	interesadas, promoviendo así la rendición de cuentas y la participación informada."  Evidencia: Portal de transparencia institucional.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.		No se realiza

#### **SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.		No se realiza
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se realiza
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.).	Durante el presente año, se ha iniciado la implementación del software SOMED como herramienta complementaria para fortalecer la gestión, administración y control de los procesos internos del hospital. Esta nueva plataforma se utilizará de manera simultánea con el sistema SAMI, previamente establecido, con el objetivo de optimizar la operatividad institucional.  Evidencia: Somed, Sami.	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	Actualmente, el Departamento de Tecnología de la Información dispone de servicios en la nube que son utilizados diariamente por todo el personal. Se considera importante continuar promoviendo la participación activa del equipo institucional, incentivando el aporte de ideas innovadoras y la colaboración entre los distintos departamentos.	

	Evidencia: Página web institucional, correos departamentales.	
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.	Sí, dado que las TIC tienen un impacto directo en todos los servicios proporcionados a los usuarios."  Evidencia: Portal 311.	
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.	Hemos implementado medidas sólidas para garantizar la protección efectiva de datos y la seguridad cibernética en nuestra organización. Para ello, hemos establecido normas y protocolos específicos que buscan un equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la seguridad de la información. Algunas de las medidas implementadas incluyen controles de acceso a los datos a través de políticas GPO establecidas, la realización de copias de seguridad de las bases de datos en el servidor y el establecimiento de contraseñas seguras basadas en las políticas GPO de nuestro Active Directory.  Además, hemos implementado protección anti Spam en nuestro correo institucional, utilizamos un paquete de seguridad completo que incluye firewall y antivirus, y llevamos a cabo una monitorización continua de los equipos para detectar posibles amenazas o vulnerabilidades. Estas medidas nos permiten salvaguardar la integridad y confidencialidad de los datos, protegiendo la información de nuestra organización y garantizando la privacidad de nuestros usuarios y clientes.  Continuaremos revisando y actualizando regularmente nuestras políticas y medidas de seguridad cibernética para mantenernos al tanto de las últimas amenazas y asegurar la protección adecuada de los datos.	

	Evidencia: Documentación de las políticas y protocolos establecidos y registros de acceso y control de datos.	
7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.	<p>La implementación de un software de expediente electrónico ha permitido reducir significativamente el consumo de papel, impresiones y cartuchos, lo que se traduce en ahorros económicos y una mejora en la eficiencia operativa. Este avance también contribuye a prácticas más sostenibles al minimizar el uso de recursos físicos, demostrando el compromiso de la organización con la reducción del impacto ambiental. Al mismo tiempo, esta digitalización optimiza el flujo de trabajo y mejora la accesibilidad a la información, reforzando el impacto positivo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la institución.</p> <p>Evidencia: Registros de las compras de cartuchos.</p>	
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.	<p>Sí, se gestionan los procesos del SUGEMI (Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos) conforme al modelo de atención requerido para la organización, asegurando así que todos los usuarios tengan acceso oportuno a medicamentos de calidad cuando los necesiten. Esta gestión se realiza de manera efectiva mediante la programación y seguimiento de los medicamentos en la plataforma correspondiente, lo que garantiza un servicio eficiente y adecuado a las necesidades de los pacientes.</p> <p>Evidencia: POA mensual, Programación del SUGEMI en plataforma.</p>	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1.Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).	Se garantiza la provisión y el mantenimiento adecuado de los equipos tanto en el laboratorio como en otras instalaciones del centro. Este proceso es parte fundamental para asegurar que los servicios se brinden con la máxima calidad y sin interrupciones, manteniendo los equipos en condiciones óptimas para su uso.  Evidencia: Formulario de mantenimiento, registro de mantenimientos en laboratorio.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Nos comprometemos a garantizar condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, asegurando al mismo tiempo el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de nuestros ciudadanos y clientes. Implementamos medidas y políticas orientadas a mantener la seguridad en el entorno laboral, llevando a cabo evaluaciones de riesgos y adoptando acciones preventivas para minimizar cualquier tipo de peligro. Asimismo, nos aseguramos de que nuestras instalaciones sean accesibles, eliminando barreras físicas y cumpliendo con las normativas de accesibilidad. Continuaremos mejorando y monitoreando estos aspectos para identificar oportunidades de mejora y tomar las acciones correctivas necesarias. Nuestro objetivo es	

	<p>ofrecer un entorno seguro, cómodo y accesible que inspire confianza y bienestar en todos quienes nos visitan.</p> <p>Evidencia: Fotos de las instalaciones.</p>	
<p>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.</p>	<p>Se realizan mantenimientos preventivos periódicos a los equipos del laboratorio clínico para asegurar su buen funcionamiento y prolongar su vida útil. Estas acciones permiten minimizar fallos inesperados y garantizar la calidad de los servicios prestados.</p> <p>Evidencia: Registros de mantenimientos de los equipos en el laboratorio.</p>	
<p>4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>	<p>Nos aseguramos de que nuestras instalaciones no solo sirvan para el propósito interno del hospital, sino también para el beneficio de la comunidad. Facilitamos su uso a diferentes grupos, como el de enfermeras jubiladas, la iglesia y la policía nacional, con el fin de generar un impacto positivo en la comunidad local. Estas iniciativas reflejan nuestro compromiso de ser un agente activo en el desarrollo comunitario, y continuamos buscando más formas de apoyar y colaborar con otros grupos, promoviendo el bienestar y la cooperación mutua.</p> <p>Evidencia: Publicaciones en Instagram y Facebook.</p>	
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>		No se realiza
<p>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).</p>	<p>Garantizamos el acceso adecuado a nuestras instalaciones, disponiendo de parqueos tanto para usuarios como para el personal del centro. Asimismo, contamos con tres rutas de transporte público que facilitan el acceso al hospital. Además, hemos implementado espacios específicos como parqueos para embarazadas y personas con discapacidad, y hemos habilitado rampas de acceso</p>	

	<p>en la entrada de emergencia para asegurar una entrada accesible para todos.</p> <p>Evidencia: Fotos de parqueo para embarazadas, personas con discapacidad y rampas en la entrada de emergencia.</p>	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	<p>Sí, contamos con un comité de desastres y emergencias, encargado de gestionar y coordinar las acciones necesarias en situaciones de emergencia para garantizar la seguridad de los usuarios y el personal. Este comité es fundamental para la preparación y respuesta ante cualquier tipo de desastre o situación crítica que pueda afectar a la institución.</p> <p>Evidencia: Acta de constitución del comité de emergencias y desastres.</p>	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	<p>Sí, se trabaja bajo un Plan de Mantenimiento ya definido, que establece las acciones necesarias para asegurar el funcionamiento adecuado de las instalaciones y equipos. Este plan incluye una programación periódica de mantenimiento y acciones preventivas que garantizan que los recursos estén en óptimas condiciones para su uso.</p> <p>Evidencia: Plan de mantenimiento, listado de asistencia a reuniones, minutas de reuniones 2025.</p>	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).		No se realiza
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.		No se realiza

**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
<p><b>La organización:</b> 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.</p>	<p>El Hospital Infantil Regional Dr. Arturo Grullón, en cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS), ha iniciado la identificación y clasificación de todos sus procesos. Estos procesos se agrupan en tres categorías: estratégicos, misionales y de apoyo. Para cada uno de ellos, se ha desarrollado una ficha de proceso en la que se detalla la forma funcional, el objetivo, el alcance, los responsables y los elementos de entrada y salida.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos de Emergencia, Hospitalización, Admisión, Atención al usuario en consulta externa, Triage, Acceso a la información, Imágenes, Laboratorio, Entrega de la información y cierre del expediente, Ficha de procesos, Manuales de procedimiento de la OAI.</p>	
<p>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.</p>	<p>Con el objetivo de optimizar y simplificar los procesos dentro de la institución, se ha reubicado al personal de acuerdo con las necesidades de la organización, sin recurrir a la contratación de nuevas secretarías. En su lugar, se ha implementado un mapa de procesos que describe de manera clara y detallada los procedimientos operativos. Además, se consideran las sugerencias de los pacientes para mejorar y agilizar el servicio prestado en el centro. Esto incluye la implementación de un nuevo sistema para gestionar las citas por departamentos, mejorando así la eficiencia en el proceso.</p>	

	<p>Evidencia: Mapa de procesos, sugerencias de los buzones, minutas de comité, nuevo sistema de implementación de citas por departamentos.</p>	
<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>	<p>El Hospital Dr. Arturo Grullón ha impulsado la innovación y la optimización de procesos mediante diversas iniciativas tecnológicas y de mejora continua. Entre ellas destaca el programa de neurodesarrollo, el cual ofrece la oportunidad de realizar evaluaciones digitales y pruebas verbales, permitiendo un diagnóstico más eficiente y preciso. Asimismo, se ha implementado el sistema VITEK 2, una plataforma automatizada utilizada en microbiología clínica que facilita la identificación y susceptibilidad de microorganismos. Esta tecnología mejora la automatización de los procesos bacteriológicos, aumentando la seguridad y reduciendo las operaciones manuales repetitivas.</p> <p>Otro de los avances importantes ha sido la incorporación de SAMI, un expediente clínico electrónico moderno e intuitivo, desarrollado por especialistas en auditoría médica y calidad de los servicios de salud. Este sistema permite una gestión más eficiente y precisa de los datos clínicos de los pacientes. Sin embargo, se encuentra en proceso la implementación del sistema SOMED, el cual sustituirá a SAMI en un futuro próximo, con el fin de continuar mejorando la calidad de la atención y optimizar aún más la gestión de los datos médicos de los pacientes.</p> <p>Además, se ha implementado la probeta para el reporte de analítica en laboratorio y el software Charrúa Soft para la visualización de imágenes, lo cual optimiza los tiempos de respuesta y mejora la calidad en el manejo de los resultados.</p>	

	<p>Estas iniciativas no solo han permitido una mejor atención a los pacientes y sus familias, sino que también han optimizado los procesos internos y aumentados la eficiencia operativa. El hospital se mantiene alineado con las mejores prácticas nacionales e internacionales, colaborando estrechamente con grupos de interés relevantes para asegurar que sus servicios generen un valor agregado significativo.</p> <p>De cara al futuro, el Hospital Dr. Arturo Grullón continuará buscando nuevas oportunidades de innovación y optimización, con el objetivo de seguir mejorando la experiencia de todos los grupos de interés: colaboradores, familias, inversionistas, asesores, clientes, proveedores, organizaciones de la sociedad civil, entidades académicas y la sociedad en general.</p> <p>Evidencia: Registros de evaluaciones, documentación de procedimientos, registros de pruebas realizadas, expediente digital con procesos según área (SAMI), registros de auditoría, probeta, Charrúa Soft, implementación de SOMED.</p>	
<p>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.</p>	<p>El Hospital Dr. Arturo Grullón realiza un análisis y evaluación constantes de los procesos, riesgos y factores críticos de éxito, con el objetivo de garantizar la mejora continua y la calidad en la atención. Este análisis abarca tanto procesos clínicos como administrativos, para asegurar que todas las áreas operen de manera eficiente y cumplan con los estándares establecidos.</p> <p>Entre los procesos clave identificados se encuentran aquellos vinculados a la atención clínica, tales como la consulta externa, emergencias, admisión de pacientes, diagnóstico y tratamiento, así como</p>	

	<p>procesos administrativos relacionados con la gestión de insumos, recursos humanos, gestión financiera y logística. Para cada uno de estos procesos, se lleva a cabo un análisis detallado que incluye la evaluación de su funcionamiento actual, la identificación de áreas de mejora, la detección de cuellos de botella y la evaluación del impacto de estos procesos en los objetivos organizacionales.</p> <p>Además, se realiza una evaluación de riesgos que tiene como propósito identificar aquellos riesgos que puedan afectar la eficacia de los procesos, así como la seguridad del paciente, sus familiares y el personal. Esta evaluación incluye la revisión de normativas y protocolos establecidos tanto a nivel interno, por las áreas de SISALRIL, IDOPRIL, Bioseguridad y Control de Infecciones, como a nivel externo, por instituciones como PNCIAA, SNS y la REGIONAL de Salud.</p> <p>Estas evaluaciones permiten una toma de decisiones informada, garantizando la mejora continua y el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad. El seguimiento de estos procesos se realiza mediante reuniones periódicas de los comités gestores y el registro de los informes enviados a las entidades correspondientes.</p> <p>Evidencias: Actas de reuniones de los comités 2025, reportes enviados por las instituciones, formularios de evaluación, manuales, protocolos, registros de asistencia a las reuniones, sistema digital de cámaras.</p>	
<p>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.).</p>	<p>Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, evaluación del desempeño. implementación de software free-bsd (pfsense) para la gestión, administración y control de la red interna del hospital</p>	

	<p>Evidencia: carta compromiso, y cartera de servicios y evaluación del desempeño. Software free-bsd (pfsense).</p>	
<p>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.</p>	<p>El Hospital Dr. Arturo Grullón ha implementado varios sistemas de información y herramientas tecnológicas clave para mejorar la provisión de servicios médicos y garantizar un control epidemiológico efectivo. Entre estos se incluyen el DIEPI, Intra Net, RIESS, Epi Info 3.1, y una Matriz de recolección de datos automatizada, los cuales facilitan la recolección, gestión y análisis de datos vitales para el seguimiento de la salud pública y la gestión de enfermedades.</p> <p>Además, se han integrado las herramientas 67ª y 72ª para el monitoreo de indicadores críticos y el Matriz de evaluación de rendimiento médico, las cuales permiten evaluar la calidad del servicio médico y realizar ajustes basados en datos. A través de estas plataformas, el hospital también gestiona los procesos relacionados con las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y otros indicadores epidemiológicos.</p> <p>Para asegurar la actualización constante del personal y la implementación de las mejores prácticas, se socializan regularmente las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Esta formación continua se refuerza con una red de referencias concatenada con otros centros de salud de la región, lo que permite una atención coordinada y eficiente.</p> <p>Evidencia: Portales Web, Hojas de cálculos, listado de asistencia, informes periódicos de epidemiológicos, Formularios Control de IAAS, chat de referimientos.</p>	

<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>El Centro de Salud cuenta con la habilitación vigente hasta el año 2024, y actualmente ha iniciado el proceso de renovación para continuar con su certificación y cumplir con los estándares establecidos para la atención de la salud.</p> <p>Evidencia: Certificación del proceso habilitación del centro.</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p>	<p>Carta compromiso al ciudadano, cartera de servicio, Evaluación del desempeño. Encuesta de satisfacción al usuario externo por el MAP. Encuesta de satisfacción al usuario externo del laboratorio clínico.</p> <p>Evidencia: Carta compromiso, y cartera de servicios, evaluación del desempeño, y encuesta satisfacción.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>		<p>No se realiza</p>
<p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>	<p>Sistema de solicitud de citas para consulta, Buzón de sugerencias y encuesta de satisfacción al cliente, el sistema 311. Operativos Médicos, Jornada de donación de sangre</p> <p>Evidencia: Fotos, referimientos, entrega de guardias, Portal de transparencia, encuestas.</p>	

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

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

<p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>	<p>Se encuentra definida la cartera de servicios de la institución. Actualmente, se han formalizado acuerdos y convenios con hospitales internacionales, organizaciones no gubernamentales, entidades voluntarias, fundaciones y organismos financieros nacionales. Asimismo, se desarrollan intercambios institucionales con otros hospitales del país, lo cual fortalece la colaboración y el intercambio de buenas prácticas.</p> <p>También se han establecido convenios con universidades y organizaciones de la sociedad civil, lo que permite una articulación más efectiva en beneficio de la población atendida.</p> <p>Evidencia: acuerdos institucionales, cartera de servicios, fotos.</p>	
<p>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.</p>	<p>Se cuenta con una gestión organizada para el traslado y la debida recepción de los pacientes, la cual se realiza conforme a la disponibilidad del centro y en coordinación con los diferentes servicios involucrados. Este proceso permite garantizar una atención oportuna y eficiente, priorizando la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el trayecto.</p> <p>Evidencia: Chat de traslado.</p>	
<p>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.</p>	<p>Se han gestionado compras a través de proveedores registrados conforme a los requerimientos institucionales, garantizando así la calidad y disponibilidad de los insumos y servicios adquiridos. Además, el Comité de Disciplina y Calidad de Enfermería desempeña un rol activo en el monitoreo del cumplimiento de los estándares establecidos, contribuyendo al fortalecimiento de la atención y los procesos asistenciales.</p> <p>Evidencia: Registro de mantenimiento.</p>	

<p>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.</p>	<p>Se llevan a cabo intercambios institucionales con centros hospitalarios de referencia, lo que fortalece la colaboración interinstitucional y permite compartir buenas prácticas, conocimientos y experiencias clínicas. Asimismo, se han establecido convenios con universidades y organizaciones no gubernamentales que apoyan la formación continua del personal y la mejora de la atención. Estas acciones promueven el desarrollo profesional y contribuyen al fortalecimiento de la red de servicios de salud en la región.</p>	
	<p>Evidencias: Acuerdos, fotografías y listas de participación.</p>	

## 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
<p>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.)</p>	<p>Se realizó una encuesta de satisfacción del usuario en conjunto con la Unidad de Atención al Usuario durante el año 2024, y en el primer trimestre del 2025, cuyo resultado arrojó un nivel de satisfacción de hasta un 98% a favor, reflejando una percepción positiva por parte de los usuarios sobre los servicios ofrecidos por esta institución.</p> <p>Evidencia: Informe de satisfacción de usuarios 2024 y primer trimestre 2025.</p>	
<p>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).</p>	<p>Actualmente, se ha mantenido un cumplimiento del 99.08% en el indicador que evalúa la orientación del personal hacia el ciudadano/cliente, considerando aspectos como la amabilidad, el trato equitativo, la oportunidad en la atención y la claridad en la información brindada.</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción al usuario</p>	
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>La participación ciudadana en los procesos de trabajo y toma de decisiones de la organización se promueve a través del buzón de sugerencias, mediante el cual se reciben inquietudes y aportes. La institución garantiza respuesta al 100% de las quejas y reclamos recibidos de forma mensual.</p> <p>Evidencia: Reporte de gestión de buzones.</p>	
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>El hospital fomenta la comunicación efectiva a través de la difusión de información clara, accesible y comprensible, dirigida a los distintos grupos de interés, tales como pacientes, familiares y personal.</p> <p>Evidencia: Informe y publicaciones en redes sociales.</p>	

5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	La organización mantiene un alto nivel de confianza e integridad percibido por los ciudadanos/clientes, alcanzando actualmente un 96.25% en este indicador.	
Evidencia: Encuesta de satisfacción al usuario.		

## 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.).		No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la accesibilidad a los servicios físicos y digitales
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	Conforme a los resultados de las encuestas aplicadas trimestralmente, el 96.31% de los usuarios considera que recibe productos y servicios de calidad, en aspectos como el cumplimiento de los estándares establecidos, los tiempos de entrega y el enfoque medioambiental." Evidencia: Encuesta de satisfacción al usuario.	
3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).		No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la diferenciación de los servicios y productos.
4. Capacidades de la organización para la innovación.		No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a las capacidades de la organización para la innovación.
5. Digitalización en la organización.		No se ha medido la percepción de los usuarios con relación a la digitalización en la organización

--	--	--

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	De acuerdo con las encuestas realizadas trimestralmente, el 92.18% de los usuarios considera que el tiempo de espera para recibir atención es aceptable, adecuado y satisfactorio." Evidencia: Encuesta de satisfacción al usuario.	
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.	Según las encuestas aplicadas trimestralmente, el hospital ha dado respuesta y solución al 100% de las sugerencias realizadas por los usuarios." Evidencia: Reporte gestión de buzones	
4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.	La institución realiza evaluaciones continuas orientadas a asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad, a través de auditorías	

	internas, análisis de indicadores de desempeño y encuestas de satisfacción. Cuando se identifican errores o desviaciones, se implementan acciones correctivas, tales como la capacitación del personal, la actualización de protocolos y la optimización de los recursos disponibles. Estas medidas son monitoreadas sistemáticamente para verificar su efectividad y contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios, en alineación con los estándares nacionales e internacionales en salud." Evidencia: Minutas de evaluación de desempeño.	
5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.	"En la actualidad, se mantiene un registro mensual de estos indicadores, evidenciando un cumplimiento del 100% en términos de eficiencia sanitaria." Evidencia: Estadísticas correspondientes.	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	La cartera de servicios del hospital se encuentra debidamente actualizada al 100%, y está disponible tanto en el portal del Servicio Nacional de Salud (SNS) como en el mural informativo del hospital, incluyendo todas las especialidades ofrecidas." Evidencia: Ver cartera de servicio	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	El índice de satisfacción de usuario es de 100% en el año 2024, y en el primer trimestre del 2025 de enero -Marzo es de un 100% Evidencia: evaluación informe satisfacción de usuario 2024, Enero- Marzo 2025.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.		No se ha medido.
2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)		No se ha medido.
3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.		No se ha medido.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).		No se ha medido.
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No se ha medido.

3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).		No se ha medido.
---	--	------------------

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).		No se ha medido.
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).		No se ha medido.

**CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.**

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

**SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.**

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los	El 90% del personal encuestado considera que el nivel de satisfacción es positivo en relación con la	

<p>ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>	<p>imagen del hospital durante el año 2024, lo que evidencia una percepción interna favorable y un ambiente organizacional alineado con los valores institucionales. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2024.</p>	
<p>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.</p>	<p>El 81.63% del personal de la organización manifestó sentirse involucrado en los procesos de toma de decisiones, así como tener conocimiento de la misión, visión y valores institucionales durante el año 2024. Este resultado refleja un alto nivel de compromiso y alineación del equipo con los objetivos estratégicos de la institución. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2024.</p>	
<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>		<p>No se ha medido.</p>
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>Un 80.38% del personal de la organización indicó tener conocimiento sobre los posibles conflictos de interés y reconoció la importancia del compromiso ético en el desempeño de sus funciones durante el año 2024. Este resultado evidencia los esfuerzos institucionales por fortalecer una cultura organizacional basada en la integridad y la ética profesional. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2024.</p>	
<p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>	<p>El 85.19% del personal encuestado percibe que la institución dispone de mecanismos efectivos de consulta y diálogo, lo que refleja un entorno organizacional que promueve la participación y la comunicación interna durante el año 2024. Evidencia: Encuesta de clima laboral 2024.</p>	
<p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>		<p>No se ha medido</p>

7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No se ha medido
8. El impacto de la digitalización en la organización.		No se ha medido
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No se ha medido

## 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.		No se ha medido
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.		No se ha medido
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.		No se ha medido
4. La gestión del conocimiento.		No se ha medido
5. La comunicación interna y las medidas de información.		No se ha medido
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.		No se ha medido
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No se ha medido

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	En el año 2024, el 90% del personal evaluó positivamente el ambiente laboral, destacando la imagen institucional como un factor importante. Este resultado refleja la percepción favorable del equipo sobre el entorno de trabajo y la cultura organizacional.  Evidencia: Encuesta de clima organizacional 2024.	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).		No se ha medido.
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		No se ha medido.
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.		No se ha medido.

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.		No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias.
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.		No se ha medido la percepción de desarrollo sistemático de carrera y competencias.

## SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

### I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		No se ha medido.
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Cada mes se realizan reuniones del comité de calidad. Desde el año 2017 se ha realizado anualmente la autoevaluación CAF y se han realizado los planes de mejora anual. Tenemos la carta compromiso aprobada. Con un nivel de participación del personal en las actividades de mejora en un 98% del 2024-2025. Evidencia: listado de participación, minutas de reuniones 2025, reportes de cumplimiento de carta compromiso institucional, Plan de mejora y minutas de reuniones planes de mejora.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se evidencia
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se ha medido

<p>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).</p>		<p>No se ha medido</p>
--	--	------------------------

## 2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b>            1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>		<p>No se ha medido</p>
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>		<p>No se ha medido</p>
<p>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).</p>		<p>No se ha medido</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>		<p>No se ha medido</p>

## CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

### SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.		No se ha medido
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No se ha medido
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.		No se ha medido
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No se ha medido
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No se ha medido
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No se ha medido

7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No se ha medido
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.		No se ha medido

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).	El centro de salud está realizando una campaña de sensibilización del uso responsable del agua y la energía. También una jornada de reforestación y limpieza.  EVIDENCIA: lista de participantes, redes sociales, y medios.	
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.		No se ha medido

<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>El hospital cuenta con el departamento de relaciones públicas, comunicaciones y prensa, el cual realiza cobertura de las actividades y son publicadas en televisión, periódico impreso y digital, además en el sitio web institucional.</p> <p>EVIDENCIA: Portal web, calidad de publicaciones y reportes. Porcentaje de la publicación.</p>	
<p>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.).</p>	<p>El centro hospitalario, con el objetivo de poder brindarles a la comunidad y sus pacientes una mayor calidad en sus servicios, realiza operativos médicos a las comunidades, además el aula hospitalaria les da seguimiento a los niños egresados del hospital, con el fin de continuar brindando una ayuda a ese niño que sale del sano hospital.</p> <p>EVIDENCIAS: Operativos médicos dirigidos a la comunidad. Certificación de intercambio de la educación escolar hospitalaria</p>	
<p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>	<p>En colaboración con instituciones externas y colaboradores internos, se llevan a cabo charlas, conferencias, cursos, talleres y monitoreo dirigidos a todos los empleados del hospital, así como a sus familiares y pacientes. Estas actividades buscan fomentar la capacitación y el bienestar integral de la comunidad hospitalaria.</p> <p>Evidencias: Lista de participación, fotos de las actividades realizadas.</p>	
<p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización,</p>	<p>Los programas de control de infecciones, residencia médica, departamento de enfermería, oncología y recursos humanos han representado al hospital en diversos congresos nacionales e internacionales,</p>	

número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	contribuyendo a la actualización y fortalecimiento del conocimiento y las buenas prácticas dentro de la institución.  Evidencia: Lista de participación en las conferencias, fotos de los eventos.	
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Los programas de control de infecciones, bioseguridad, residencia médica, departamento de enfermería y recursos humanos. Están en el hospital constantemente capacitando, entrenando y orientando a todo el personal, colaboradores y familiares y pacientes.  EVIDENCIA: Lista de participación de los distintos cursos, talleres y orientaciones, 2025	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se ha medido
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.		No se ha medido
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.		No se ha medido
11. Política de residuos y de reciclado.	Contamos con la política de residuos hospitalarios actualizada, que asegura una gestión adecuada de los desechos generados en el hospital, cumpliendo con las normativas ambientales y sanitarias. Esta política incluye procedimientos para la clasificación, almacenamiento, manejo y disposición final de los residuos, con el fin de minimizar riesgos para la salud y el medio ambiente.  Evidencia: Comité	

**CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.**

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

**SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	De los servicios que se ofrecen en el hospital podemos evidenciar que la cantidad de consultas 39,300. De procedimientos quirúrgicos 8,805. Servicios de laboratorios 109,287 y servicios de imágenes 36,092. Emergencia 15,522. Hospitalización 3,352. Evidencia: Reporte 67A Y 72A	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).		No se ha medido
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.		No se ha medido
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		No se ha medido
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.		No se ha medido
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No se ha medido
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.		No se ha medido
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	El centro cuenta con unos pasantes de diferentes centros educativos que realizan la función de voluntarios en este centro hospitalario. Evidencia: Listado de pasantes	

**SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.**

Documento Externo SGC-MAP
------------------------------

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.		No se ha medido
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No se ha medido
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No se ha medido
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).		No se ha medido
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.)		No se ha medido
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.		No se ha medido
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.		No se ha medido
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.		No se ha medido
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No se ha medido

**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.