

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

\_Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

**FECHA:**

MAYO 2025

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

### Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

### Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<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.	En el 2015 se trabajó la Misión y la Visión Institucional con diferentes grupos de interés y los colaboradores. Evidencias: Misión, Visión y Valores	
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.	Los valores institucionales están alineados con la misión y visión de la institución, y en consonancia con los principios del sector público: Servicios Humanizados, Equidad en el Servicio y Compromiso Institucional  Evidencia valores institucionales.	
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.	La misión, visión y valores institucionales están alineados con las estrategias nacionales y en consonancia con los principios del sector público, representados en: Servicios Humanizados, Equidad en el Servicio y Compromiso Institucional.  Evidencia: Plan Estratégico Institucional.	

<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>Comunicamos nuestra misión, visión, valores y objetivos institucionales a todos los colaboradores y grupos de interés, a través de diferentes medios de difusión. Estos incluyen murales acrílicos instalados en las distintas áreas de servicio, la página web, WhatsApp, correo interno y redes institucional, el Plan de Inducción del personal y murales informativos.</p> <p>Evidencias: Murales acrílicos, página web, Plan de Inducción, fotografías de los murales.</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>Periódicamente se revisa la misión, visión y valores para garantizar que se refleje los cambios del entorno externo.</p> <p>Evidencias: Documento para la Revisión del Direccionamiento Estratégico.</p>	
<p>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>	<p>La institución cuenta con un equipo de tecnología debidamente capacitado y alineado con las estrategias de digitalización establecidas por el Servicio Nacional de Salud.</p> <p>Evidencias: Plan de trabajo, registros de entrenamientos.</p>	
<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>	<p>Esta constituida formalmente la Comisión de Ética, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la DIGEIP, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM).</p> <p>Asimismo, se han implementado sistemas de control orientados a la prevención de conductas no éticas.</p>	

	Evidencias: Certificación de la Comisión de Ética, sistema de videovigilancia (CCTV).	
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).	En la institución contamos con un Plan de Capacitación institucional, este incluye anualmente talleres y formaciones dirigidas a las diferentes áreas, abarcando temas como inducciones a: Administración Pública, Protocolos de Atención, Humanización, Liderazgo y Trabajo en Equipo, esto con el objetivo de fortalecer la confianza y el respeto mutuo entre los colaboradores.	

**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>
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	<p>En el año 2022 fue aprobada la estructura organizacional de la institución y el Manual de Funciones, Responsabilidades y Competencias Generales para hospitales de tercer nivel.</p> <p>Evidencias: Listas de asistencia, organigrama institucional, manual de funciones.</p>	
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>Trabajamos con diversos indicadores establecidos por el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud, así como con indicadores internos, que nos permiten realizar análisis orientados a la mejora continua de la gestión institucional.</p> <p>Evidencias: Indicadores trabajados, gráficas comparativas.</p>	

<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.).</p>	<p>Como parte del proceso de valoración de la percepción de los servicios y del funcionamiento institucional por parte de los grupos de interés, se ha establecido la aplicación periódica de encuestas de satisfacción a los usuarios.</p> <p>Evidencias: Planes de mejora, encuestas de clima laboral y encuestas de satisfacción de los usuarios.</p>	
<p>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>	<p>La institución opera conforme a los Sistemas de Información Gerencial, los cuales fortalecen los controles internos y se ajustan a las políticas establecidas por los distintos organismos de control. Estos sistemas permiten el monitoreo continuo de las diferentes áreas, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>Evidencias: Sistemas SISMAP Salud, Plan Operativo Anual (POA), ranking de desempeño institucional y la implementación de NOBACI</p>	
<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.</p>	<p>Desde el año 2015, la institución inició la aplicación del Autodiagnóstico CAF. Con el acompañamiento del Ministerio de Salud Pública, se ha trabajado en la obtención de la Certificación en Calidad y Humanización de la Atención a la Madre y el Recién Nacido. En el ámbito tecnológico, colaboramos con la OPTIC para la implementación y cumplimiento de las normativas NORTIC, contando actualmente con las certificaciones NORTIC E1 y NORTIC A2.</p> <p>Evidencias: Informes de Evaluación del Desempeño Institucional (MAP), informes técnicos de CExMI, certificaciones NORTIC</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>En la institución se realiza un monitoreo periódico del funcionamiento de los equipos electrónicos y del servidor digital, con el fin de garantizar el cumplimiento de la estrategia y los objetivos</p>	

	<p>operativos relacionados con la administración electrónica.</p> <p>Evidencia: Ficha de control de supervisión diaria del funcionamiento de equipos electrónicos y del servidor.</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>La institución cuenta con procesos organizativos, médicos, tecnológicos, de gestión de proyectos y de trabajo en equipo claramente definidos y estructurados, en coherencia con su planificación estratégica.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional</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>Trabajamos en la normalización de nuestra página web conforme a los lineamientos establecidos.</p> <p>Nuestras redes sociales están reguladas por la OPTIC, y a través de ellas mantenemos una comunicación activa y constante con los usuarios y visitantes.</p> <p>Contamos con correos institucionales que facilitan la comunicación tanto interna como externa. Además, disponemos de una central telefónica para gestionar las comunicaciones de manera eficiente.</p> <p>Los diferentes comités institucionales utilizan chats grupales como canal de comunicación y coordinación. También contamos con murales informativos donde se publica información de interés para el personal.</p> <p>Se realizan reuniones gerenciales periódicas, así como encuentros con colaboradores de las distintas áreas, promoviendo la participación y el intercambio de ideas.</p>	

	Evidencias: Página web, redes sociales, correos institucionales, murales informativos, minutas de reuniones, listados de asistencia.	
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>Hemos implementado algunos cambios orientados a promover la mejora continua en la institución.</p> <p>Entre estas se destacan la instalación de sistemas que automatizan el control de asistencia de los usuarios, la implementación del registro digital de asistencia, la adquisición de equipos de última generación y, más recientemente, la incorporación de reuniones virtuales como parte de nuestras prácticas operativas.</p> <p>Evidencias: Fotografías de los equipos, dispositivo de registro (ponchador), capturas de pantalla de los programas utilizados.</p>	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	<p>Realizamos reuniones periódicas con los equipos gerenciales y por áreas específicas, con el propósito de comunicar y socializar las acciones, proyectos y avances que se están llevando a cabo en la institución.</p> <p>Evidencia: Listados de asistencia</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>En el hospital contamos con el Comité de Ética institucional, a través de este se desarrollan acciones orientadas a la prevención de la corrupción, en coordinación con la alta dirección monitorean el cumplimiento de los principios éticos por parte de los colaboradores.</p> <p>Evidencias: Sesiones de trabajo, entrenamientos del Comité de Ética Institucional.</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
<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>Las acciones institucionales son impulsadas desde los niveles directivos, asegurando su ejecución y seguimiento.</p> <p>Los encargados de las diferentes áreas actúan apegados a las normativas institucionales, con la finalidad de alcanzar los objetivos.</p> <p>Evidencia: Evaluaciones de desempeño de los colaboradores.</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>En la institución se promueve la confianza y el respeto en todos los niveles organizativos, fomentando un ambiente laboral inclusivo y libre de discriminación por cualquier condición. Contamos con colaboradores con diversas condiciones, integrados activamente en los distintos servicios que ofrece la institución.</p> <p>Evidencia: Distribución de los colaboradores por área</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Realizamos reuniones informativas con los gerentes y encargados, con el objetivo de comunicar y consultar asuntos claves.</p> <p>Evidencias: Minutas de reuniones, listas de participación.</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>En la institución realizamos los Acuerdos de Desempeño, con los responsables de las diferentes áreas, brindamos apoyo a los colaboradores para asegurar el logro de sus objetivos, contribuyendo así al impulso y desarrollo de la institución.</p> <p>Evidencia: Acuerdos de Desempeño.</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>Fomentamos y potencializamos el desarrollo de los colaboradores mediante promociones y la delegación de autoridad, brindándoles mayores responsabilidades y oportunidades de crecimiento.</p> <p>Evidencia: Comunicaciones promociones de personal.</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>Contamos con una Unidad de Capacitación, un Plan de Capacitación Anual y un Plan de Desarrollo Individual para cada empleado.</p> <p>Evidencias: Plan de Capacitación, Plan de Desarrollo por colaborador.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>El Departamento de Recursos Humanos realiza los premios WAO, un reconocimiento institucional otorgado a los colaboradores que se destacan por su desempeño.</p> <p>Evidencias: Reconocimiento WAO, fotos y publicaciones.</p>	

**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>
<p>I. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>Anualmente realizamos la detección de necesidades de los colaboradores internos, así como una encuesta de clima laboral.</p> <p>Además, disponemos de buzones de sugerencias de la comisión de ética, en diversas áreas de la institución con el fin de que los empleados realicen su denuncia y caso de corrección.</p> <p>En cuanto a los ciudadanos, contamos con buzones de sugerencia, quejas y reclamos en diferentes áreas, los cuales son aperturados semanalmente con el finde</p>	

	<p>conocer las necesidades y sugerencias de los usuarios para mejorar los servicios y garantizar una respuesta oportuna a sus inquietudes.</p> <p>Evidencias: Levantamiento de detección de necesidades, encuesta de clima laboral, Formularios de quejas y reclamaciones.</p>	
<p>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.</p>	<p>A través de la dirección General de la institución se remite las sugerencias a las autoridades correspondientes, las cuales se reúnen con autoridades políticas y definen políticas públicas.</p> <p>Evidencia: Políticas de Salud.</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Dentro de las políticas públicas relevantes para la organización de esta Política Social, se encuentran el plan Nacional para la reducción Embarazos en Adolescentes, reducción de materna y neonatal.</p> <p>Evidencias: Programa de adolescente, listado de asistencia e informe de sesiones de comités afines.</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>La planificación institucional se realiza con el acompañamiento del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Regional Metropolitano, con objetivos y metas establecidos estos organismos directivos, alineados a las metas establecidas como país.</p> <p>Evidencias: POA, planes de mejora.</p>	

<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>Contamos con el apoyo de instituciones públicas y privadas para alcanzar nuestros objetivos. Actualmente se desarrolla el proyecto modelo de gestión, el cual se enfoca en apoyar el cumplimiento de los objetivos del plan estratégico institucional, el análisis de indicadores priorizados y el apego a los protocolos de atención.</p> <p>Evidencia: Fichas de proyectos.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>La institución participa en actividades organizadas por asociaciones profesionales como el Colegio Médico, el Colegio de Bioanalistas, los Gremios de Enfermería y la Asociación de Empleados, con la finalidad de fortalecer el desarrollo institucional.</p> <p>Evidencia: Fotos de las actividades.</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>En la página web y en las redes sociales institucionales se promueven las actividades y servicios que se ofrecen en la institución. Además, se incluye contenido educativo y orientativo sobre el cuidado de la salud.</p> <p>Evidencias: Capturas de pantalla de la página web y redes sociales, fotos de los monitores en las salas de espera.</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></p> <p>1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>De manera constante, realizamos reuniones con el equipo gerencial, en las cuales se analizan las condiciones de la institución, se exponen áreas de mejora basadas en los monitoreos realizados y se toman las acciones necesarias para cumplir con los objetivos establecidos.</p> <p>Evidencias: Listados de asistencia de reuniones gerenciales, actas de reuniones.</p>	
<p>2. 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>Tenemos identificados los grupos de interés de la institución, se toman en cuenta sus sugerencias, a través de los canales de comunicación establecidos para los grupos externos.</p> <p>En el caso de los grupos internos, se socializan sus necesidades y expectativas durante las reuniones.</p> <p>Evidencias: Listado de grupos de interés, actas de reuniones, listados de asistencia.</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>La institución participa activamente en la elaboración y/o revisión de normativas nacionales de atención en la salud enfocados en ginecoobstetricia y neonatal, donde se realizan las observaciones pertinentes de la misma, en los escenarios correspondientes.</p> <p>Evidencias: Publicaciones de normas y protocolos nacionales de atención en salud.</p>	

<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>Anualmente se realiza la Evaluación CAF, lo que nos permite analizar de manera sistemática las fortalezas y debilidades de la institución. Además, se llevan a cabo evaluaciones internas para la elaboración, monitoreo y seguimiento del Plan Operativo Anual, así como evaluaciones de diversas estrategias en colaboración con el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Regional Metropolitano de Salud.</p> <p>Evidencias: Formularios para la realización del FODA, Autodiagnóstico CAF, reportes de evaluaciones del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Regional Metropolitano de Salud.</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>La misión y visión institucional se traducen en los objetivos institucionales, los cuales están alineados con los Objetivos Estratégicos del Servicio Nacional de Salud. Anualmente, se elabora un Plan Operativo orientado al logro de estos objetivos. Además, los Comités de Calidad realizan el Autodiagnóstico CAF, a partir del cual se elabora un Plan de Mejora que fortalece los objetivos institucionales.</p> <p>Evidencias: Levantamientos de información, Autodiagnóstico CAF.</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>El Plan Operativo Anual institucional está alineado con el POA del SNS y SRMS, los cuales están alineados a las diferentes estrategias establecidas por las entidades rectoras.</p> <p>Los Planes de Mejora Institucional se desarrollan a partir de las situaciones identificadas en diversas</p>	

	<p>áreas, utilizando estrategias que permiten priorizar las necesidades de los diferentes grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Levantamiento de informaciones de los Ciudadanos.</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>En la institución contamos con la integración de aspecto de sostenibilidad, de diversidad y de género los planes estratégicos y de organización.</p> <p>Evidencia: Actas de reuniones de comité de salud ambiental planes de mejora de calidad de buzones y sugerencias</p>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>El presupuesto institucional es trabajado junto al Plan Operativo Anual POA. Algunas de las actividades programadas en el POA se realizan con recursos que provienen proyecto e instituciones que apoyan a la institución.</p> <p>Evidencias: Ejecución presupuestaria, POA.</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></p> <p>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>Los planes institucionales se desarrollan según las prioridades institucionales, fundamentados en la mejora de la calidad de los servicios.</p> <p>Evidencia POA.</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Se realizan los planes y posteriormente se ejecutan las acciones, estas acciones son incorporadas como</p>	

	<p>programas y tareas que se evalúan y monitorean registrando el cumplimiento de estas mediante herramientas de cálculo de resultados.</p> <p>Evidencias: Planes de mejora, herramientas de seguimiento de planes, actividades realizadas en programación de los planes.</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>Se comunican los objetivos, planes y tareas dentro de la organización por medio de los murales informativos, reuniones gerenciales, publicaciones de actividades mensuales a través de un chat informativo.</p> <p>Evidencia: Fotos publicaciones de los Murales, captura de pantalla de las publicaciones en chat de informaciones oficiales.</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>Mensualmente la ejecución del POA es remitida al Servicio Regional de Salud Ozama y al Servicio Nacional de Salud, quienes monitorean su ejecución.</p> <p>Evidencia: Ejecución POA, Reporte de Monitoreo y Evaluación.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.</p>	<p>La institución ha implementado el uso de tecnología las distintas áreas que la conforman, tanto de prestación de servicio como gerenciales.</p> <p>Evidencias: Inventario de equipos tecnológicos.</p>	

<p>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.</p>	<p>Se realizan intercambios de Buenas Prácticas con otras instituciones con el objetivo de fortalecer la calidad de los servicios.</p> <p>Evidencia: Listados de asistencia, fotos, publicaciones en la Página Web y Redes Sociales.</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Se discute con la alta gerencia sobre la innovación y modernización planificada y se difunde a través de los diferentes recursos de comunicación disponible.</p> <p>Evidencia Portal institucional, redes sociales institucional, brochures, boletín.</p>	
<p>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.</p>	<p>En la institución se toman en cuenta las ideas de innovación de los colaboradores para la mejora de la gestión y se difunden a través de los diferentes recursos de comunicación disponible, como son: portal institucional, redes sociales, institucional brochures, boletín, etc.</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia, foto, formulario del comparte tu idea, fórmula de concurso de innovación, publicación en la Página Web y Redes Sociales.</p>	
<p>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.</p>	<p>Desde el año 2023 se desarrolla la estrategia de concurso de ideas de innovación implementada desde el Servicio Nacional de Salud.</p> <p>Evidencia: Formularios concursos de ideas.</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Los planes institucionales se trabajan junto al presupuesto y algunas actividades son subvencionadas por organizaciones que nos colaboran.</p> <p>Evidencia Ejecución presupuestaria, solicitud a instituciones que nos apoyan.</p>	

### CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	<p>Anualmente, se realiza la detección de necesidades de capacitación, anteriormente se utilizaba una herramienta del INFOTEP, pero a partir de la implementación del SISMAP-Salud, se está trabajando este proceso herramienta del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).</p> <p>Una vez finalizada la detección de necesidades, se procede a la elaboración del Plan de Capacitación Anual.</p> <p>Evidencia: Plan de Capacitación Anual</p>	
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.	<p>Nos regimos por la Política de Gestión de Recursos Humanos del Servicio Nacional de Salud (SNS), la cual está fundamentada en estrategias y planificación institucional, teniendo en cuenta las necesidades futuras de la institución.</p> <p>Evidencias: Formularios de permisos, Plan de capacitación, selección de colaboradores para posición disponible.</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>La institución respeta y se acoge a los lineamientos establecidos en la Ley No. 41-08 de Función Pública, emitida por el Ministerio de Administración Pública (MAP).</p> <p>Evidencia: Formularios de vacaciones, Licencias por maternidad, paternidad, enfermedad,</p>	

	Matriz de distribución de incentivos por resultados, reconocimientos institucionales, (Estrategia WAO).	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	La institución gestiona la reclasificación de puestos conforme a los lineamientos establecidos en la Ley No. 41-08 de Función Pública.  Evidencia: Formularios de solicitud de reclasificación de puestos.	
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	Periódicamente el personal de salud es sometido a evaluaciones, tanto de cumplimiento a protocolos de atención en salud de manera general para la institución, como de manera personal, en adición a esto cuando se identifica alguna oportunidad de mejora con algunos de ellos, se procede a fortalecer las competencias y capacidades.  Evidencia: Resultados de los monitoreos, Plan de capacitación.	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	El proceso de selección y desarrollo de la carrera profesional se gestiona desde el Servicio Nacional de Salud. Evidencia: No se dispone porque depende del SNS.	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Trabajamos los Acuerdos Desempeño Institucional con lo que fortalecemos el logro de los objetivos, Implementamos un reconociendo para los colaboradores llamado WAO, con el que reconocemos el buen desempeño de los colaboradores, estos son seleccionados por lo encargados de áreas y evaluados por recursos humanos.	

	Evidencia: Acuerdo por desempeño, reconocimiento WAO.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	<p>Trabajamos los Acuerdos de Desempeño Institucional, lo que nos permite fortalecer el logro de los objetivos organizacionales.</p> <p>Además, implementamos un reconocimiento para los colaboradores llamado WAO, con el que reconocemos el buen desempeño. Estos son seleccionados por los encargados de área y evaluados por el Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>Evidencias: Acuerdos de Desempeño, reconocimiento WAO.</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>La institución cuenta con una unidad de género destinada a la atención de las usuarias de los servicios brindados, pero también está disponible para los colaboradores internos.</p> <p>Se redistribuye el personal conforme a las necesidades diferenciadas, teniendo en cuenta el sexo del colaborador y las necesidades de la institución.</p> <p>Evidencia: Listados de rotaciones de personal</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. 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	Contamos con una Unidad de Capacitación, que desarrolla un Plan de Capacitación Anual, adecuado a las necesidades de los empleados.	

docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	Evidencia: Plan de Capacitación, Minutas reuniones Unidad de Capacitación.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	Se guía y apoya a nuevos empleados a través de inducciones a la institución, acompañamiento en la ejecución de sus funciones.  Evidencia: Listado de participación en capacitaciones de inducción.	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	Se promueve la movilidad de los empleados de acuerdo a su capacidad y desempeño, se reubican según las necesidades institucionales.  Evidencia: Designaciones de puestos.	
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).	Contamos con un Plan de Capacitación Anual que se elabora de manera consensuada con los colaboradores de las diferentes áreas, Recientemente, hemos iniciado el Plan de Desarrollo para el personal. Evidencias: Plan de Capacitación, Plan de Desarrollo	
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.	Dentro de nuestro Plan de Capacitación Anual, contemplamos capacitaciones tales como, Resolución de Conflictos e Inteligencia Emocional.  Evidencias: Certificaciones, Listado de asistencia.	
6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.	El área de Capacitación evalúa el impacto de las capacitaciones realizadas, en coordinación con los gerentes y encargados de las diferentes áreas.  Este proceso permite identificar oportunidades de mejora y diseñar acciones que contribuyan al fortalecimiento institucional.	

	Evidencia: Herramienta de medición de la participación de los colaboradores en el diseño de acciones de mejora institucional.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 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.	<p>Promovemos un ambiente de diálogo abierto y trabajo en equipo, fomentando la lluvia de ideas para la solución de las situaciones que se presentan.</p> <p>Contamos con un Formulario de Propuestas de Colaboradores, el cual se utiliza para la resolución de problemas y desafíos en las diferentes áreas.</p> <p>Evidencia: Formulario de Propuestas de Colaboradores</p>	
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.	<p>Propiciamos el aporte de ideas mediante el llenado del Formulario de Propuestas de Colaboradores, mediante el cual recogemos las sugerencias ante diferentes situaciones.</p> <p>Evidencia: Formularios de Propuesta de Colaboradores.</p>	
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.	<p>Con el apoyo del Ministerio de Administración Pública (MAP), se realiza la Encuesta de Clima Laboral, cuyos resultados son socializados por un consultor del MAP junto con el Departamento de Recursos Humanos. A partir de estos resultados, se elabora un Plan de Mejora para fortalecer el ambiente laboral y responder a las necesidades identificadas.</p> <p>Evidencias: Informe de la Encuesta de Clima Laboral Plan de Mejora de la Encuesta de Clima Laboral.</p>	

<p>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.</p>	<p>Contamos con un Comité de Salud Ambiental Hospitalaria que da seguimiento a las condiciones de salud y seguridad dentro de la institución. Además, disponemos de un médico ocupacional responsable de realizar las evaluaciones médicas periódicas a los empleados.</p> <p>Dentro de nuestras actividades de bienestar, integramos la Semana de la Salud, en el que se realizan evaluaciones médicas, pruebas de laboratorio, radiografías, sonografías, densitometrías, mamografías y vacunaciones. Además, se realizan capacitaciones permanentes en bioseguridad.</p> <p>Evidencias: Minutas y reportes del Comité de Salud Ambiental Hospitalaria, Evaluaciones realizadas por el médico ocupacional, Fotografías de la Semana de la Salud.</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>La institución se acoge a lo establecido en la Ley de Administración Pública.</p> <p>Evidencia: Archivo de Recursos Humanos</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>Apoya a los colaboradores con menos recursos o mayores dificultades, proporcionando entrega de medicamentos.</p> <p>Evidencia: Listados de entregas.</p>	
<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).</p>	<p>Se incentiva a los empleados de acuerdo con las áreas, con días libres y actividades recreativas, personal.</p> <p>Evidencia: Archivo de Recursos Humanos.</p>	

## CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

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

### SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Contamos con colaboradores del sector público y privado con quienes mantenemos relaciones estratégicas que facilitan el funcionamiento institucional y la ejecución de nuestros planes estratégicos.</p> <p>Evidencia: Listado de socios clave</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>Contamos con colaboradores del sector privado con quienes mantenemos acuerdos de cooperación.</p> <p>Evidencias: Acuerdos de cooperación, Formularios de proyectos</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>De manera periódica, se realiza el monitoreo de los resultados e impacto de las alianzas establecidas con nuestros colaboradores.</p> <p>Evidencia: Presentaciones, Formulario de Proyecto.</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>La institución identifica las necesidades que pueden ser atendidas a través alianzas estratégicas a largo plazo.</p> <p>Evidencias: Solicitudes de equipos e insumos Documentación del proceso de selección de proveedores.</p>	

<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>	<p>Los proveedores de la institución son seleccionados por el sistema de compras y contrataciones.</p> <p>Evidencia: Portal de compra.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<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>Realizamos encuestas dirigidas a los ciudadanos con la que procuramos su participación activa en la mejora de los servicios y procesos institucionales.</p> <p>Evidencias: Formularios de buzones de sugerencias, quejas y reclamos, Minutas de reuniones.</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>Trabajamos en conjunto con la Oficina Presidencial de Tecnologías de la Información y Comunicación (OPTIC), con la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG), en todo lo relacionado con ética, transparencia y gobierno abierto. Además, mantenemos vínculos con algunas (ONGs) que actúan como veedoras la institución.</p> <p>Evidencia: Página web institucional Plataforma de Datos Abiertos. Listado de participación y minutas de reuniones</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>Trabajamos en el desarrollo de una gestión eficaz, informando a los usuarios sobre los servicios disponibles mediante la Cartera de Servicios, la cual es actualizada y publicada periódicamente a través de nuestras redes sociales y otros medios institucionales.</p>	

	<p>Asimismo, trabajamos a los indicadores de calidad establecidos por el Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Evidencias: Cartera de Servicios publicada Reportes de Indicadores de Calidad</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>El presupuesto institucional está alineado al Plan Operativo Anual (POA).</p> <p>Evidencia: Presupuesto institucional.</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>De manera periódica, realizamos la actualización del inventario de farmacia y la supervisión de las áreas, con el fin de garantizar la racionalización del uso de los recursos financieros en todos los ámbitos de la institución.</p> <p>Además, se ha fortalecido la captación de recursos mediante una gestión más eficiente de la facturación y el aumento de la productividad.</p> <p>Desde el año 2024 implementamos el software de gestión de inventario (SALMI), el cual esta en funcionamiento.</p> <p>Evidencia: Inventario de farmacia actualizado Fichas de supervisión de áreas y SALMI.</p>	
3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.	<p>El presupuesto institucional está alineado al Plan Operativo Anual (POA).</p> <p>Evidencia: Presupuesto institucional.</p>	

<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>Contamos con un auditor de la Contraloría Nacional, quien evalúa todas las transacciones realizadas por la institución, asegurando el cumplimiento de lo establecido por la ley.</p> <p>Además, disponemos de una Oficina de Acceso a la Información (OAI) con su representante, quien se encarga de tramitar las solicitudes de información realizadas por los ciudadanos y de publicar los datos entregados en nuestro portal de transparencia.</p> <p>Evidencias: Documentos auditados Portal de Transparencia</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Mensualmente, se realiza un reporte en plantilla estandarizada proporcionado por el Servicio Nacional de Salud (SNS). Este reporte es monitoreado de manera constante con el objetivo de garantizar la calidad de los datos registrados.</p> <p>Evidencias: Formulario 67A, Formularios de informe de auditoría de la calidad del dato, nacido vivos (RENAV), Defunción (RENADEF). Certificado defunción fetal.</p>	

**SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. 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.</p>	<p>Contamos con varios Sistema de Información que nos permita gestionar, almacenar, mantener y evaluar la información de manera eficiente, alineada con la estrategia y los objetivos institucionales.</p> <p>Evidencia: Sistemas de Información instalados.</p>	

<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Estamos trabajando en el desarrollo de un Sistema de Información que nos permita gestionar, almacenar, mantener y evaluar la información de manera eficiente, alineada con la estrategia y los objetivos institucionales.</p> <p>Evidencia: Sistemas de Información instalados</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>La institución ha implementado sistemas digitales para la gestión de la documentación clínica y gerencial, eficientizando la calidad de los procesos. Además, se ha beneficiado con capacitaciones nacionales e internacionales, así como de reuniones en línea.</p> <p>Evidencia: Listados de participación, Programas digitales instalados.</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>La institución ofrece capacitaciones nacionales e internacionales de manera online.</p> <p>Evidencia: Listados de participación.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>Se trabaja de manera constante en la gestión de la información y el conocimiento de la institución, garantizando su relevancia, exactitud, fiabilidad y seguridad.</p> <p>Evidencias: Murales informativos, Página web institucional.</p>	
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>Contamos con correos institucionales, a través de los cuales se remite información oficial a los distintos departamentos. Además, disponemos de un Grupo de Informaciones Oficiales, que facilita y agiliza el manejo interno de la información. También utilizamos murales informativos donde se publican las informaciones generales de interés para todo el personal de la institución.</p>	

	Evidencia: Correos Institucionales, Grupos de Información, Murales Informativos.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	La institución está certificada y reconocida como Docente Universitaria, por lo tanto, se tiene el compromiso permanente de transferencia de conocimientos y la formación continua del personal y de los estudiantes en formación.  Evidencias: Plan de capacitación, Programas Académicos Vigentes	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	Contamos con diversas redes sociales institucionales, que facilitan el intercambio de información con diferentes grupos de interés. Evidencia: Información publicada en redes sociales.	
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.	El departamento de Recursos Humanos mantiene un archivo actualizado con las informaciones de los colaboradores, conforme a lo establecido en los reglamentos.  Evidencia: Expedientes de colaboradores	

**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.	La gestión de la tecnología en la institución, se trabaja conforme a las normativas establecidas por los estamentos que rigen la institución en este sentido, tales como, la Oficina Presidencial de Tecnologías de la Información y Comunicación (OPTIC).  Evidencia: Normas de la OPTIC.	

2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		No se evidencia.
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.).	<p>Contamos con tecnología relevante para la organización, pero por la confidencialidad y ética de las informaciones que maneja la institución, contamos con programas basados en datos cerrados y uno en específico con datos abierto, que es el Sistema de Información Perinatal.</p> <p>Evidencia: Captura de pantalla del programa.</p>	
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	<p>En institución hemos implementado diversos sistemas tecnológicos con el objetivo de eficientizar los servicios, optimizar los procesos internos y mejorar la atención a los usuarios.</p> <p>Evidencia: Módulos tecnológicos.</p>	
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.	<p>Estamos trabajando en el desarrollo e implementación de sistemas informáticos, no solo para la gestión por procesos, sino también para la gestión por resultados.</p> <p>Evidencia: Sistemas informáticos, Redes sociales, Portal Institucional.</p>	
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.	<p>Contamos con herramientas especializadas que nos permiten garantizar la protección de nuestra red.</p> <p>Evidencia: Hardware Fortine</p>	
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>Hemos realizados cambios en algunas áreas con la finalidad de reducir el impacto socioeconómico y medioambiental.</p>	

	Evidencias: Remisión de informaciones por vía electrónica, Sustitución de impresoras convencionales por impresoras térmicas.	
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.	Desde el departamento de Almacén y Farmacia, se desarrollan los procesos de SUGEMI de acuerdo con el modelo de atención.  Evidencia: SUGEMI 1-2	

**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).	Contamos con un Plan de Mantenimiento Preventivo de equipos e infraestructura, el cual es monitoreado por el departamento de Planificación y Calidad. Evidencia: Plan de Mantenimiento Preventivo.	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Nuestra institución cuenta con un plan de mantenimiento, en el cual se realizan supervisiones periódicas de infraestructura y funcionamiento de equipos para garantizar las buenas condiciones de infraestructura y realizar las correcciones de lugar de ser necesario. La infraestructura cuenta con acceso por diferentes vías, se designaron parqueos especiales para uso de los usuarios.	

	Evidencias: Fotos.	
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.	Contamos con un Encargado de Activo Fijos, el cual trabaja bajo los lineamientos del SNS.  Evidencias: Designación del Personal, Procedimiento, Inventario.	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Por la ubicación y el tipo de institución que somos no son requeridas por la comunidad local, pero nuestros salones son utilizados por otras instituciones para actividades docentes.  Evidencias: Correos utilizando su uso.	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	Se trabaja en la sensibilización del personal para cuidar los recursos, garantizando el uso adecuado de los mismos.  Evidencias: Fotos de acciones de orientación hacia los colaboradores de la importancia de preservar el medio ambiente.	
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).	Nuestra infraestructura cuenta con rampas y ascensores para garantizar la accesibilidad de los usuarios y los colaboradores, nuestra ubicación favorece el acceso por diferentes vías, se designaron parqueos especiales para su uso de los usuarios.  Evidencias: Fotos de la infraestructura.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Contamos con un comité de emergencias y desastres, el cual realiza sesiones ordinarias y extraordinarias ante situaciones que lo ameriten.  Evidencias: Listado de asistencia y sesiones de trabajo del comité.	

<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>Contamos con un Plan de Mantenimiento Preventivo de equipos e infraestructura, el cual es monitoreado por el departamento de Planificación y Calidad. Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo.</p>	
<p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p>	<p>La institución cuenta con la unidad de bienes patrimoniales que tiene bajo su responsabilidad la actualización periódica de inventario y descarga de bienes.  Evidencia: Inventario, formularios de descargo</p>	
<p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p>	<p>Desde el año 2022 se contrató una empresa para eliminación de los desechos biológicos, en el caso de los desechos comunes son eliminados por el ayuntamiento de la ciudad.  Evidencia: Contrato, facturas.</p>	

## 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> I. 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>Contamos con un Mapa de Procesos elaborado por el Servicio Nacional de Salud aprobado por el MAP, se diseñaron los Flujos de los procesos claves.  Evidencias: Mapa de Procesos, Flujos procesos claves.</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>Los procesos son analizados y adaptados según las necesidades presentadas, esto se realiza durante sesiones de comités.</p> <p>Evidencias: listados de asistencia, minutas.</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>Hemos implementado diferentes sistemas para eficientizar los servicios.</p> <p>Evidencias: Módulos tecnológicos.</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>Realizamos análisis y evaluación de los procesos, su riesgo y factores críticos de éxito, teniendo en cuenta los objetivos de la organización.</p> <p>Evidencias: Evaluación de Riesgo Procesos.</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>Hemos establecido objetivos orientados a los grupos de interés y se monitorean los indicadores de resultados de estos procesos.</p> <p>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano, SISMAP-Salud.</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>La institución cumple con la vigilancia epidemiológica, desarrollando los controles necesarios y establecidos.</p> <p>Evidencias: Plan de vigilancia epidemiológica, Indicadores en la plataforma de SISMAP Salud.</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>La institución cuenta con certificación de habilitación.</p> <p>Evidencia: Certificado de habilitación.</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>Se realizan encuestas de satisfacción diariamente, en las diferentes áreas de servicio, así como también levantamientos de quejas y sugerencias que se recogen semanalmente por el Comité de Quejas, Sugerencias y Reclamos del hospital.</p> <p>Evidencias: Encuestas de Satisfacción, formulario de queja de apertura de buzones, linforme de atención al usuario.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>En algunas áreas de la institución son reutilizados algunos productos, otros son reciclados, otros que no son útiles para nosotros, son donados a instituciones que promueven políticas de reciclajes. Dentro de estos se encuentran tapas de botellones, botellones, galones, cajas de cartón, tubos de ensayo de laboratorio, cánulas.</p> <p>Evidencia: Ficha de entrega de donaciones para reciclaje.</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>Contamos con un responsable de Acceso a la Información que se asegura de la información institucional sea accesible a los ciudadanos y que la misma sea fiable. Tenemos además un equipo de Atención al Usuario que informa a los usuarios que acuden al hospital y también les asiste vía telefónica. Tenemos diferentes redes sociales y una Páginas Web por la cual se transmiten informaciones actualizadas.</p> <p>Evidencias: Informes de Acceso a la Información, Pagina Web, Redes Sociales</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	Contamos con áreas donde se llevan a cabo procesos que funcionan en coordinación y ejecución directa con las organizaciones que nos rigen.  Evidencias: Informes, encuesta de satisfacción del usuario, y otros programas digitales.	
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.	Contamos con sistemas de datos que permiten el registro e intercambio de informaciones con otros socios de la cadena de prestación de servicios.  Evidencias: Sistemas de información utilizados.	
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.	Desde la Dirección general de la institución se crean equipos conformados por colaboradores internos en conjunto con externos para solucionar problemas.  Evidencia: minutas de reuniones.	
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.	Por la naturaleza de los servicios brindados en la institución, se solicita y a la vez se facilita la prestación de algunos servicios coordinados con empresas estatales y públicas.  Evidencia: Solicitudes realizadas.	

## 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>I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)</p>	<p>Diariamente se realizan encuestas de satisfacción a usuarios externos de nuestros servicios manteniendo el 100% de satisfacción resultados por encuesta, semanalmente se da apertura a los buzones de quejas y sugerencias, en los cuales se obtuvo durante el primer cuatrimestre 2025, un total de 1 quejas, del 311, 1 sugerencias y felicitaciones, los resultados de los mismos son presentados al Comité de Calidad y al Comité de Apertura de Buzón, Quejas y Reclamos. Las conductas tomadas son informadas dentro de los 10 días laborales que es el tiempo de respuesta en la política de manejo de buzones, a los usuarios que dejan algún número de contacto.</p> <p>Evidencia: Encuesta de Satisfacción, plantilla de QDRS, 311, Informe de Atención al Usuario.</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>Diariamente se realizan encuestas de satisfacción a usuarios externos de nuestros servicios con un nivel de satisfacción de 100%, los resultados de las mismas son presentados al Comité de Calidad y al Comité de Apertura de Buzón, Quejas y Reclamos. Las conductas tomadas son informadas a los usuarios que dejan algún número de contacto y el tiempo de respuesta es la 24 hr, por el 311, 15 días a partir de recibir la quejas.</p> <p>Evidencias: Encuestas de Satisfacción, Informes de Atención 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 institución toma en cuenta las sugerencias de los buzones emitidas por las usuarias y/o familiares, en base a eso se generan los cambios pertinentes en relación a lo sugerido, permitiendo participación de estos en toma de decisiones, que luego les son comunicadas.</p> <p>Evidencias: Formularios de sugerencias.</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>Trabajamos con diferentes normas que nos apoyan en el proceso de transparencia, actualmente el portal de transparencia cuenta con un 91.35 % de cumplimiento.</p> <p>Evidencias: Captura de portal de transparencia.</p>	
<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>El nivel de confianza hacia la organización es del 100% en los diferentes servicios, según resultados de encuesta de satisfacción.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción.</p>	

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>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.).</p>	<p>La ubicación de la institución favorece a los usuarios utilizando diferentes vías de transporte ya que los usuarios de nuestros servicios no pertenecen al sector donde está ubicado el hospital. Nuestra infraestructura cuenta con 5 rampas para usuarios con capacidades diferentes, tenemos diferentes horarios de servicios para la población.</p> <p>Evidencias: Fotos de la infraestructura.</p>	
<p>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.).</p>	<p>Contamos con áreas certificadas como el laboratorio, trabajamos para la Certificación de Calidad del Ministerio de Salud Pública. Estamos en un cumplimiento del 100 % de la última evaluación de la calidad del laboratorio.</p> <p>Evidencias: Certificación de laboratorio. Somos un hospital especializado, por lo que nuestros servicios van dirigidos a una población específica.</p>	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>La institución cuenta con unidades de atención dirigidas a población con necesidades específicas.</p> <p>Evidencia: Unidad de adolescencia, unidad de género, unidad estimulación temprana del Recién nacido, Unidad de síndrome de alcohólico fetal, unidad de prematuro extremo, unidad de mama canguro, unidad de oncología, unidad de menopausia.</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>Se realizan encuestas de satisfacción a usuarios externos, manteniendo la calidad de nuestros servicios al 100%, también en la encuesta de clima laboral se toma en cuenta este criterio, los resultados y las sugerencias que emanan de las mismas son presentados al Comité de Calidad y al Comité de Apertura de Buzón, Quejas y Reclamos, analizando las posibles nuevas acciones.</p>	

	Evidencias: Encuestas de Satisfacción, Encuesta de clima laboral, minutas de sesiones de comités.	
5. Digitalización en la organización.	<p>La institución cuenta con sistemas informáticos en distintas áreas, manteniendo al 100% la eficiencia y el rendimiento.</p> <p>Evidencia: SipPlus, Medical, Labplus, Colecta, SALMI, Sistema de Recursos Humanos SASP, Sistema de Información de la Gestión Financiera, SIGEF, Sistema Unificado de Gestión de Pagos, SUGEP.</p>	

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	<p>El tiempo de espera en general va a depender del área de atención, el mayor tiempo de espera es en el área de consulta externa, donde el tiempo es en promedio 50 minutos.</p> <p>Evidencia: Resultado de evaluación estudio de tiempo.</p>	

<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>Las quejas y reclamos son procesadas en una semana, tiempo establecido por el Servicio Nacional de Salud, Cumplimiento de cartera de servicio 100%, cumplimiento de carta compromiso 99%. Servicios ofrecidos gratuitos.</p> <p>Evidencia: Resultado de evaluación de CCC. Ficha de cumplimiento de cartera de servicio, Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>La institución tiene un cumplimiento del 99% de la carta compromiso.</p> <p>Evidencia: Resultado de evaluación de CCC. Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>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.</p>	<p>El grado de cumplimiento promedio de indicadores de eficiencia sanitaria, correspondiente a las variables de ocupación cama, días promedio estadías es actualmente es de 67.2%.</p> <p>Evidencia: Formulario 67A, Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>La institución cumple con el 100% de la oferta de la cartera de servicios.</p> <p>Evidencia: Plantilla de cumplimiento de cartera de servicios. Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD.</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>La institución tiene un índice de satisfacción del 100%.</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción de usuarios. Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<p>Contamos diferentes medios de información sobre la prestación de servicios, como son: portal institucional, Instagram, Facebook, YouTube, Twitter.</p> <p>Como crecimiento en este año 2025 tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Instagram: Seguidores 7,530, publicaciones 2,106, impresiones 18,125, interacciones 24,704.</li> <li>- Facebook: Seguidores 339, publicaciones 2,106, impresiones 279, interacciones 420.</li> <li>-Twitter: Seguidores 215, publicaciones 1,217, impresiones 109, interacciones 189.</li> </ul> <p>Evidencia. Seguimiento Métricas centro de Red Pública.</p>	
<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>Contamos con información de nuestros diferentes servicios ofrecidos, disponibles en redes sociales, murales, portal web, manteniendo al 100% las informaciones actualizadas cada cierto periodo.</p> <p>Evidencia: Reportes de cada área, informaciones contenidas en carpeta de POA.</p>	

<p>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.</p>	<p>Contamos con información de nuestros diferentes servicios, las informaciones se encuentran disponibles en el portal de la institución, en la plataforma de SISMAP SALUD, que actualmente estamos en el lugar no. 13 de Ranking con 49.85 %, en la sala de situación de salud.</p> <p>Evidencia: Plataformas de portal, SISMAP SALUD, fotos sala situacional.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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).</p>	<p>La institución toma en cuenta las opiniones y sugerencias realizadas por los grupos de interés, a los en el diseño contribuyendo en la toma de algunas decisiones, generando una implicación de 50% de estos procesos.</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción, Encuesta de clima laboral, planes de mejora.</p>	
<p>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).</p>	<p>Constantemente la institución pone en práctica las actualizaciones en procedimientos en la prestación de los servicios, el personal es capacitado y así lograr implementar nuevos métodos. Son ejecutados en el 100%.</p> <p>Evidencia: Cartera de servicios, cumplimiento de los planes de mejoras con incorporación de actividades innovadoras, indicadores de salud con estrategias implementadas.</p>	
<p>3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores</p>	<p>La institución ofrece atención a la población sin distinción de nacionalidad 26% reportado en producción de servicios, creencias religiosas, culturales, grupo etario, condiciones de salud como</p>	

previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	VIH, tuberculosis, etc., respetando sus derechos y sin discriminación.  Evidencia: indicador de producción de servicios en el formulario 67A.	
-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

#### 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.).	La institución cuenta con canales digitales disponibles para mantener la comunicación con los usuarios a través las apps, facilitando y reduciendo el tiempo de respuesta y de información requerida. Esto es medido a través de la evaluación de cumplimiento de la carta compromiso con resultados actuales de 99%.  Evidencia: CCC, Evidencia colgada en plataforma de SISMAP SALUD, Redes sociales	
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).	A través de los medios digitales disponibles, los usuarios participan de manera activa, con un nivel de aceptación de un 85%, y través de esta tienen acceso a las informaciones de la institución de manera continua.  Evidencia: Interacciones de redes sociales, reporte de comité de CIGETIC.	No se ha medido este criterio.

#### 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:**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	Se realizan encuestas de clima laboral a los colaboradores de diferentes servicios, donde se aborda este acápite, resultado positivo 80%.  Evidencias: Encuesta de Clima.	
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.	Para la revisión de los lineamientos institucionales se trabaja con diferentes formularios que permiten a los colaboradores participar en las mismas, esto evidenciado en los resultados de encuesta de clima laboral resultado general 72%.  Evidencias: Documentos de Propuestas y revisión, resultados de Encuesta de clima laboral.	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Se realizan reuniones periódicas y cada vez que sea necesario donde se involucra tanto el equipo gerencial como los demás colaboradores, con la finalidad de evaluar acciones de mejora, esto evidenciado en los resultados de encuesta de clima laboral, resultado positivo 80%.  Evidencias: Minutas, listados de participación, resultados de Encuesta de clima laboral.	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	Se realizan reuniones periódicas con el equipo gerencial y los colaboradores bajo su responsabilidad, resultado positivo 78.39%.  Evidencias: Minutas, listados de participación, resultados de Encuesta de clima laboral.	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	Se realiza socialización de los resultados de la encuesta de clima laboral con el equipo gerencial y sus colaboradores, resultado positivo 84.2%.	

6. La responsabilidad social de la organización.	<p>Se mantienen canales de comunicación con los colaboradores de diferentes servicios con resultado positivo de 81.7%, Balance trabajo y familia 68.8%.</p> <p>Evidencias: Encuesta de Clima</p>	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	<p>La institución está presta a los cambios y avances que amerite para la mejora de la calidad. En la encuesta de clima laboral a los colaboradores de diferentes servicios, donde se aborda este acápite, con resultado positivo de 77.8%.</p> <p>Evidencias: Encuesta de Clima.</p>	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	<p>La institución cuenta con sistemas informáticos en distintas áreas, esto ha permitido la facilidad de obtención de información, en cualquier momento y desde cualquier parte de la institución, En la encuesta de clima laboral a los colaboradores de diferentes servicios, donde se aborda este acápite, con resultado positivo de 73.2%.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuesta de clima laboral.</p>	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>En la encuesta de clima laboral a los colaboradores se evalúa la dimensión de normativa y procesos con resultados positivos de 79.4%.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuesta de clima laboral.</p>	

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

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

<p>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.</p>	<p>Algunos de los colaboradores de mandos altos y medios tienen la capacidad para dirigir, comunicar sobre los objetivos y estrategias de la organización.</p> <p>El 90% de los altos mandos tienen la capacidad de comunicar los objetivos y estrategias de la organización.</p>	
<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>Los colaboradores conocen los procesos y participan en el diseño y gestión de estos en el 81.16 %.</p> <p>Evidencia: actas de reuniones, listado de asistencia.</p>	
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>La institución cuenta con procesos establecidos, en cuanto al reparto de tarea o cantidad de trabajo la percepción en lo positivo es de 65.29%, en cuanto al sistema de evaluación de las personas el cumplimiento es del 99%.</p> <p>Evidencia: Evaluación de desempeño, resultados de encuesta de clima laboral.</p>	
<p>4. La gestión del conocimiento.</p>	<p>La institución cuenta con la división de Enseñanza e investigación y una unidad de capacitación, los cuales son los responsables de gestionar los procesos de capacitación de los empleados, con cumplimiento actual del 80%.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación.</p>	
<p>5. La comunicación interna y las medidas de información.</p>	<p>Se cuenta con diferentes canales de comunicación interna, a través de los cuales se ofrecen las informaciones de manera continua, a través de los cuales se tramitan el 100% de las comunicaciones.</p> <p>Evidencia: Correos electrónicos, murales, comunicaciones emitidas</p>	

6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	<p>Periódicamente los colaboradores son reconocidos de manera individual y de equipo, percibido según resultados de encuesta en el 66.08%.</p> <p>Evidencia: reconocimientos WAO, certificados, fotos, comunicaciones de felicitaciones, resultados clima laboral.</p>	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	<p>La institución se mantiene en continuo cambio, se integran acciones y procedimientos actualizados, se toma en cuenta recomendaciones de innovaciones. Percibido en el 77.2%.</p> <p>Evidencia: Resultados encuesta clima laboral.</p>	

**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.	<p>En la encuesta de clima laboral se evalúa el ambiente de trabajo, con resultado de 84.02%.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima labora</p>	
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	<p>En la encuesta de clima laboral se evalúa el enfoque de los problemas sociales, con un 82. 02%</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral.</p>	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.	<p>Se trabaja en igualdad de oportunidades para todos los colaboradores, con resultados de 62.93%.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral.</p>	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	<p>La institución cuenta con buenas condiciones de la instalación y ambientales de trabajo, expresado en la encuesta de clima laboral con resultados de 74.4%.</p>	

	Evidencia: Encuesta de clima laboral.	
--	---------------------------------------	--

**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.	En la encuesta de clima laboral se evalúa el desarrollo de la carrera y las competencias, expresado en la encuesta de clima laboral con resultados de 77.44%.  Evidencia: Encuesta de clima laboral.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	En la encuesta de clima laboral se evalúa el nivel de motivación y empoderamiento del personal, con resultados de 77.2%.  Evidencia: Encuesta de clima laboral.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	En la encuesta de clima laboral se evalúa el nivel de acceso y calidad de la formación y desarrollo del personal, con resultados de 64%.  Evidencia: Encuesta de clima laboral.	

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

**I. Resultados generales en las personas.**

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

<p>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.).</p>	<p>Cada área de la institución cuenta con un esquema de rotación del personal. En recursos humanos y los encargados directo de las áreas llevan control del absentismo o enfermedades de sus colaboradores, con un nivel actual de absentismo o enfermedad de 5.18%.</p> <p>Evidencia: herramienta de medición de indicadores relacionados con retención, lealtad y motivación.</p>	
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>Los colaboradores internos son incluidos en actividades de mejora de las áreas a las que pertenecen y en ocasiones en mejoras, con un nivel de participación del 100%</p> <p>Evidencia: Herramienta de medición de la participación de los colaborados en el diseño de acciones de mejora institucional.</p>	
<p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>	<p>La institución cuenta con un comité de ética, en el cual se resuelven los conflictos reportados.</p> <p>Evidencia: Informe de eventos reportados y resueltos.</p>	
<p>4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.</p>	<p>Los colaboradores participan en diferentes actividades al 100%, que están relacionadas con la responsabilidad que tiene la institución con la sociedad.</p> <p>Evidencia: Listado de participación.</p>	

<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>En la encuesta de satisfacción actualmente estamos en un 100%. Este criterio se mide a través de las usuarias, así como también se obtiene información al respecto en los buzones de quejas, sugerencias y reclamos.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción del usuario.</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></p> <p>✦ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>En la Institución anualmente realizamos la evaluación de desempeño, en la cual se contempla este indicador, con resultados de 99%.</p> <p>Evidencia: Evaluación de desempeño.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>En la Institución anualmente realizamos la evaluación de desempeño, en la cual se contempla este indicador, con resultados de 99%.</p> <p>Evidencia: Evaluación de desempeño</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>La institución cuenta con la unidad de capacitaciones, a través de la cual se coordinan las actividades formativas de los colaboradores internos. Actualmente estamos en un 50% en el plan de capacitación.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación.</p>	
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>De forma periódica se realizan reconocimientos individuales y de equipos.</p> <p>Evidencias: Reconocimientos WAO</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**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>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.</p>	<p>La institución brinda apoyo en lo concerniente a los servicios que presta, como donación de medicamentos para uso ambulatorios, llamadas de seguimiento luego de egreso, cobertura financiera de estudios diagnósticos y de laboratorios externos, etc. Impactando en la vida de miles de ciudadanas del territorio dominicano, ya que es una institución de referencia nacional.</p> <p>Evidencia: solicitudes realizadas y ejecutadas por la administración. Donaciones realizadas a las usuarias, montos en el pago de estudio compra de sangre.</p>	
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>	<p>La institución goza de un nivel de aceptación del 100% con respecto a la población usuaria.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuesta de satisfacción.</p>	

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	La institución impacta en el desarrollo económico de la comunidad y el del país, debido a que presta los servicios de salud al 100 % gratis a través de todas las ARS que tenemos en el hospital.	
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.).	La institución cumple con 91.35% de acciones de transparencia y comportamiento ético.  Evidencia: Evaluación de transparencia por el Ministerio de Ética e Integración Gubernamental.	
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 evidencia.
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	Se realizan reuniones periódicas con los encargados de área, donde se exponen las necesidades en general de la población que asiste a la institución, cuando se identifica alguna situación en particular con la seguridad o movilidad, se toman decisiones en conjunto con el equipo de seguridad institucional, dando respuesta al 100% de la situación identificada.  Evidencia: Sesiones de trabajo comité de calidad, listado de participantes.	
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 evidencia.
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	A través de los buzones de quejas, reclamos y sugerencias se reciben felicitaciones y sugerencias de parte de las pacientes. En el año 2024 recibimos un total de 5 felicitaciones, 10 quejas y 9 sugerencia,	

	<p>para este año 2025 no hemos recibíó quejas, reclamos ni sugerencias.</p> <p>Evidencia: formularios de buzones, informe reuniones de comité de buzones y sugerencias.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.).</p>	<p>La institución cuenta con un departamento de relaciones públicas, equipo que se encarga de la buena cobertura de actividades relacionadas con la institución, en ese sentido se han realizado campañas de preservación del medio ambiente, las cuales son publicadas en todos los medios digitales con los cuales cuenta la institución.</p> <p>Evidencia: Portal, redes sociales, artículos publicados en los medios de comunicación.</p>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>La institución mantiene comunicación periódica, por lo menos 1 vez a la semana, tanto con autoridades relevantes como representantes de la comunidad, ya sea a través de actividades programadas de</p>	

	<p>capacitaciones, entrega de donaciones, reuniones, supervisiones.</p> <p>Evidencia: Correos electrónicos, actas de reuniones, fotos de actividades.</p>	
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>La institución cuenta con un departamento de relaciones públicas, equipo que se encarga de la buena cobertura de actividades relacionadas con la institución.</p> <p>Evidencia: Portal, redes sociales, en los medios de comunicación.</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>		No se evidencia.
<p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>	<p>En la institución se realizan actividades de donación donde participan los empleados como receptores, así como colaboradores para donaciones a los pacientes.</p> <p>Evidencia: Fotos de actividades.</p>	
<p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p>	<p>Por la naturaleza de la institución, frecuentemente se realizan múltiples actividades de intercambio de información como conferencias, al menos 2 al mes, 4 charlas diarias a las pacientes, 2 talleres al mes, al menos 15 discusiones científicas al mes; tanto con los colaboradores internos, como en cooperación con otras instituciones, colaboradores que participan en 3 congresos nacionales y 4 internacionales al año.</p>	

	Evidencia: Fotos, listado de participación, informes, solicitud de permisos.	
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).	<p>Dentro del programa de capacitación de la institución, están incluidas 6 actividades de capacitación de prevención de riesgos de salud y accidentes, las cuales se realizan periódicamente, beneficiando a 30 colaboradores en cada actividad.</p> <p>Estas capacitaciones no impactan financieramente a la institución, ya que se cuenta con un personal interno para la ejecución de las mismas.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitaciones, listado de participación, fotos.</p>	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No se evidencia.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	<p>Actualmente al mes manejamos un consumo de energía de 552 kW.</p> <p>-Activa B.T. 189,120 kWh</p> <p>-Potencia B.T. 460.800 kW</p> <p>-Reactiva B.T. 38880.0000 kVArh</p> <p>Evidencia: Consumo energético.</p>	
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	<p>La institución dispone de un incinerador, pero desde el 2022 se suspendió su actividad por contaminación ambiental.</p> <p>Evidencia: fotos del incinerador</p>	

I I. Política de residuos y de reciclado.	La institución cuenta con políticas de manejo de residuos.	No se evidencia.
-------------------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------

**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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	<p>El departamento de estadística de la institución realiza mensualmente la medición de los resultados de producción de los servicios, con cumplimiento del 100% de la cartera de servicios. Según medición de la calidad de los servicios, Para consulta prenatal un 88%, completitud de expediente Trastornos Hipertensivos del 89% Embarazo, Desprendimiento Prematuro de Placenta 94%, Hemorragia Postparto Primaria 94%, Sepsis Neonatal 81%, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido 82%. Apego a protocolos Trastornos Hipertensivos del 89% Embarazo, Desprendimiento Prematuro de Placenta 94%, Hemorragia Postparto Primaria 90%, Sepsis Neonatal 81%, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido 96%.</p> <p>Evidencias: Producción por áreas de servicios, formularios e informe de evaluación de calidad de los servicios.</p>	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	<p>La institución ofrece servicios anuales a más de 13,000 habitantes, en los diferentes servicios ofrecidos.</p> <p>Evidencia: resultados de productividad de servicios.</p>	

<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>La institución cuenta con resultados de indicadores los cuales son comparados por trimestres. Con los siguientes resultados: Consulta 0%, Hospitalización 95%, Razón emergencias-Consulta 100%, Cirugías 36%, Servicios Diagnósticos 67%.</p> <p>Evidencia: Plataforma de SISMAP SALUD, formulario 67 A.</p>	
<p>4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.</p>	<p>Periódicamente somos evaluados por el Ministerio de Salud Pública, por el SNS y por el MAP, cada evaluación somos retroalimentados a través de los resultados, sobre la base de estos se realiza un plan de mejora a los cuales se le da cumplimiento.</p> <p>Dentro de los compromisos y acuerdos se encuentran: Carta compromiso al ciudadano 99%, Calidad de los servicios 92%, SISMAP SALUD 49.04%, portal de transparencia 91.35%, POA 95%.</p> <p>Evidencia: Informes y Resultados de evaluaciones.</p>	
<p>5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.</p>	<p>Periódicamente como evaluados por el Ministerio de Salud Pública, por el SNS y por el MAP. Dentro de las inspecciones se encuentran: Carta compromiso al ciudadano 99%, Calidad de los servicios 92%, SISMAP SALUD 51.65%, POA 95%, identidad Institucional 93%, Portal de transparencia 91.35%.</p> <p>Evidencia: portal del SISMAP Salud, Portal Institucional, POA.</p>	
<p>6. Resultados de la innovación en servicios/productos.</p>	<p>La institución está comprometida al 100% con la innovación en la prestación de servicio. En la medida</p>	

	<p>de que se integran servicios innovadores, se procede a medir productividad del mismo.</p> <p>Evidencia: Reporte de producción formulario 67A.</p>	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	<p>La institución implementa en el 92% los protocolos de atención en salud una vez son socializados por la entidad correspondiente. Periódicamente somos evaluados por el Ministerio de Salud Pública, por el SNS, en cada evaluación se reportan los resultados del cumplimiento y apego a lo establecido en el sector público.</p> <p>Evidencia: Resultado de las evaluaciones.</p>	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	<p>La institución recibe voluntarios de manera periódica, aproximadamente 6 voluntarios por mes.</p> <p>Evidencia: Reporte control interno de RRHH.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.	<p>Cada encargado de área distribuye el recurso humano a su cargo según la necesidad, brinda e identifica las necesidades de capacitación y las efectúa en coordinación con la unidad de capacitaciones, también este encargado distribuye el uso de las instalaciones de acuerdo a las necesidades que se presenten, todo esto en coordinación con la Alta gerencial institucional.</p> <p>Evidencia: rotación del personal, formularios de detección de necesidades de capacitaciones, listado de participación, minutas.</p>	No se ha medido.

<p>2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.</p>	<p>Constantemente se realizan reuniones con los encargados de áreas para implementar mejora en los procesos, cuando son identificadas situaciones específicas.</p> <p>Evidencia: minutas, listado de participación.</p>	<p>No se ha medido.</p>
<p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p>	<p>La institución realiza actividades de intercambio tanto para fortalecimiento interno como en colaboración con otras instituciones. No existen datos de análisis comparativos.</p> <p>Evidencia: Listados de asistencia, Agenda de actividades.</p>	<p>No se ha medido.</p>
<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>	<p>Contamos con alianzas de colaboración interna y externa, estas alianzas generan acuerdos de colaboración de ambas partes, los cuales se cumplen en el 100%.</p> <p>Evidencia: resultados de proyecto de modelo de gestión.</p>	
<p>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.)</p>	<p>Hemos fortalecido el uso de la tecnología al 100% facilitando la comunicación masiva, informes estadísticos, historia clínica, reuniones, capacitaciones, evaluaciones a través de plataformas digitales de manera oportuna y con resultados inmediatos.</p> <p>Evidencia: plataformas digitales, programas</p>	
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Frecuentemente se realizan auditorías y/o evaluaciones internas con la finalidad de mejorar los procesos. Según medición de la calidad de los servicios, Para consulta prenatal un 100%, completitud de expediente Trastornos Hipertensivos del 96% Embarazo, Desprendimiento Prematuro de Placenta 89%, Hemorragia Postparto Primaria 100%,</p>	

	<p>Sepsis Neonatal 87%, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido 87%. Apego a protocolos Trastornos Hipertensivos del 89% Embarazo, Desprendimiento Prematuro de Placenta 95%, Hemorragia Postparto Primaria 99%, Sepsis Neonatal 81%, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido 82%.</p> <p>Evidencias: Producción por áreas de servicios, formularios e informe de evaluación de calidad de los servicios.</p>	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	<p>Contamos con las certificaciones NORTIC E1 Y A2, de UNICEF como hospital amigo de la madre y recién nacido, reconcomiendo por centro excelencia, buen desempeño en el portal de transparencia, disminución de la mortalidad materno neonatal, reconocimientos en premios en la calidad.</p> <p>Evidencia: Certificaciones y reconocimientos que reposan en la Dirección.</p>	No se ha medido.
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	<p>Anualmente se realiza el presupuesto institucional y su ejecución actualmente 36.01 %.</p> <p>Evidencia: plataforma SISMAP Salud.</p>	
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No se evidencia.

**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.