

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA DR. LUIS E. AYBAR

FECHA:

15 de agosto 2022

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.	El Centro de Gastroenterología cuenta con la misión, visión y valores formulada con la participación de una representación de cada área (grupo de interés interno) alineadas a las estrategias nacionales y normativas vigentes de la Ley General de Salud. Evidencias: Fotos de la publicación de 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.	El marco de valores institucionales está alineado con la misión y la visión de la organización, respetando los principios y valores del sector salud, tales como son: humanización, la responsabilidad social, transparencia, honestidad, Respeto, Competencia, Compromiso y la innovación. Evidencia: fotos de valores publicados	No se ha realizado los valores instituciones hace más de 5 años.
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 y visión y valores de la institución están alineadas a las estrategias nacionales teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector público y las agendas comunes, como son: la igualdad de derechos y oportunidades para que toda la población tenga garantizada la salud.	No se ha realizado la actualización de los valores instituciones hace más de 5 años

	Evidencias: Fotos de la publicación de misión, visión y valores.	
4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.	El Centro de Gastroenterología comunica la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización en la parte posterior del carnet de identidad, enmarcada en la entrada principal del centro y pagina web. Evidencias: Fotos de publicación, carnet de identidad y pagina web.	
5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).		No existe lista de participantes de la última revisión que se realizó hace más de 5 años.
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).		Sin hacer propuestas de mejora para los desafíos y cambios de la transformación.
7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.	La institución cuenta con un sistema para gestionar la prevención de comportamientos no éticos para lo que se ha creado el Portal de Compras y Contrataciones dando fiel cumplimiento a los Reglamentos establecidos en la Ley de compras y contrataciones. Todas las compras se suben al Portal Transaccional por mínima que sea. Las compras por comparación de precio que sobrepasa 1,237.364.00 hasta 5,258,565.99 pesos se lleva al Comité de Compras donde son aprobadas.	

	Evidencias: Acta de conformación del Comité de Compras, minuta y foto del Portal de Transaccional, OAI, cheques con firmas de aprobación de auditoria y Siscompras	
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).		No existe un sistema de monitoreo para la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	<p>El centro tiene claramente definidas las estructuras organizativas, algunos procesos y manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garantizan la agilidad de la organización.</p> <p>Evidencias: Resolución de aprobación de la nueva estructura organizativa, mapa de procesos de diferentes áreas, reglamento interno, borrador del manual de funciones y Reglamento Interno</p>	No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva Estructura Organizativa que fue aprobada recientemente. Los procesos de algunas áreas no han sido elaborados, el Manual de funciones no ha sido actualizado con la nueva estructura
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>El Centro de Gastroenterología realiza Evaluación al Desempeño para medir y evaluar el desempeño en diferentes niveles.</p> <p>Evidencias: Consolidado Acuerdo de Desempeño 2021.</p>	No se ha realizado la evaluación del desempeño al 100 % de los colaboradores.

<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>El Centro introduce mejoras en el sistema de gestión y el rendimiento de la organización de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés para lo que cuenta con una Rampa de acceso al edificio para sillas de ruedas, barandas en las escaleras que dan al segundo nivel y cinta antirresbaladiza en las escaleras, ascensor para el acceso al 2do. Nivel, se ofrece la atención sin discriminación por creencias religiosas, preferencia sexual, se da prioridad a Envejecientes, embarazadas y niños, personas con condiciones diferenciadas para lo que se creó también una caja para evitar largas espera al facturar.</p> <p>Evidencias: fotos escaleras, caja preferencial, ascensor y rampa.</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>El Centro de Gastroenterología cuenta con sistemas de ponche digital automatizado. Se cuenta con un área para el control interno de las operaciones financieras, un sistema informático donde se registran los procesos contables y captura de datos que se realizan, facilitando la auditoría interna y externa, se evalúa mensualmente los indicadores de satisfacción de los usuarios mediante una plataforma digital, al igual que para levantar los datos de la producción de servicios, de igual modo para los activos fijos.</p> <p>Evidencia: registros punchados, captura de: 67A, actualización de inventario de Activo fijo, cheques con sello de validación Control interno, registros de la encuesta de satisfacción de usuarios</p>	<p>No existe la convocatoria para la aplicación del 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>El Centro de Gastroenterología aplican los principios de gestión de la Calidad Total en el laboratorio clínico con Norma ISO 9001. Estamos habilitado hasta el 2024 por el Ministerio de Salud Pública. Se está trabajando con la actualización de la nueva guía CAF salud.</p>	<p>No se ha concluido con el proceso de Autoevaluación del Modelo CAF. El laboratorio clínico no cuenta con la certificación internacional por el alto costo que conlleva.</p>

	Evidencias: fotos certificación de habilitación y minutas y lista de participantes de Autoevaluación CAF	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	<p>El Centro tiene avances importantes en algunas áreas donde los procesos se realizan de manera electrónica para disminuir la producción de papeles, como es el registro estadístico del 67 A, expediente digital, nominas, Registro digital, activos fijos, sistema de registros financieros, expediente digital (SIGHOS), envió de comunicaciones por correos electrónicos, en la plataforma digital de la encuesta de satisfacción de los usuarios y grupos de WhatsApp, Call Center para tomar citas.</p> <p>Evidencias: Matriz 67 A, nominas, Registro digital, expediente digital (SIGHOS), registros de activos fijos, registros financieros, captura de la plataforma digital de la encuesta de satisfacción de los usuarios, listado de correos electrónicos creados para los departamentos, fotos del Call Center</p>	No existe una política establecida para crear oficina sin papeles, aun se continúa realizando copias a los documentos por todas las áreas que transitan. Las Encuestas de satisfacción de usuarios se realizan con formularios físicos
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>En cuanto al desarrollo de procesos organizativos en diferentes áreas se revisa el plan estratégico estandarizado por el SNS con los encargados y se personaliza, según las características de la institución. Este plan contempla las estrategias de desarrollo para la mejora de la calidad en el CEA alcanzando un cumplimiento en el 1er. Trimestre de un 94 % generando un impacto positivo en la entrega de servicios, siendo calificada en las encuestas de satisfacción de los usuarios y eficientización de algunos procesos.</p> <p>Los líderes se reúnen periódicamente para diagnosticar, planificar mejoras y tomar decisiones.</p>	No existe un encargado de gestión de calidad que se encargue del seguimiento a la implementación de todos los planes de mejora. No existe la gestión de proyectos. Sin hacer propuesta de mejora para el trabajo de equipo. No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva estructura organizativa para desconcentrar las áreas y solución de problemas de manera independiente.

	Evidencias: acta de reuniones de los comités, lista de participantes.	
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>El Centro de Gastroenterología tiene efectiva comunicación interna, a través del uso de: grupos de WhatsApp, murales, flota, extensión de teléfono en cada oficina, reuniones presenciales, en cuanto a los grupos de interés externo, se cuenta con línea telefónica donde recibe la llamada un personal de atención al cliente, Facebook, Instagram, correos y pagina WEB electrónicos, Pagina Web.</p> <p>Evidencias: WhatsApp, murales, Facebook, Instagram, correos electrónicos, reuniones, teléfonos, Pagina Web, flotas, murales y comunicación física, fotos de reuniones, listado de participación de reuniones</p>	No se ha realizado actualización de la cartera de servicio.
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>El Centro de Gastroenterología está comprometido con la innovación, para lo cual ha desarrollado un plan de capacitación anual, según necesidades identificadas, se está realizando la nueva guía CAF SALUD, autoevaluación y elaboración del plan de trabajo con la metodología de la Gestión productiva, plan de trabajo para la mejora de los indicadores de gestión de calidad, cumplimiento de los indicadores del POA, plan de mejora resultado de las encuestas de satisfacción al usuario, plan de trabajo a para la mejora de los indicadores de gestión de calidad, elaboración del Borrador de la Carta Compromiso al Ciudadano.</p> <p>Evidencias: Plan de capacitación anual, 2022, plan de trabajo con la metodología de la Gestión productiva, borrador de la Carta Compromiso al Ciudadano y plan de mejora resultado de las encuestas de satisfacción al usuario</p>	
10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.	Generalmente la institución comunica los cambios a los empleados mediante reuniones con sus encargados e integrantes de los diferentes comités	No existe política de comunicación de cambios a los grupos de interés externos

	<p>conformados, comunicaciones, murales informativos de diferentes áreas, grupos de WhatsApp.</p> <p>Evidencias: publicaciones en grupos de WhatsApp, murales informativos en diferentes áreas, minutas de reuniones, comunicaciones</p>	
<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>	<p>Se cuenta con una oficina de libre acceso a la información por donde se reciben las solicitudes de los ciudadanos las cuales son tramitadas, aun sea sobre manejos de fondos y respondidas con un tiempo no máximo a los 15 días laborables. También se cuenta con el Portal Transaccional para la Gestión de las Compras y Contrataciones del Estado donde se suben todas las compras y el Comité de Compras que se reúne para conocer las que sobrepasan el umbral.</p> <p>Evidencias: fotos del portal transaccional, sesiones del comité de compras, minutas, lista de participantes y las fotos de la oficina de libre acceso a la información</p>	<p>No se ha realizado la activación del comité de ética pública.</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>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>I. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>Se realiza entrega de guardia presencial en los diferentes turnos, están presente en el pase de visitas médica y participan en la entrega de guardia de los médicos.</p> <p>Evidencia: fotos del personal de enfermería en el pase de visita médica y en la entrega de guardia de los médicos</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 el centro se emplea y asiste a toda persona sin discriminar su creencia religiosa, incapacidades físicas, color de piel. Las autoridades participan junto a los colaboradores en las actividades de mejora y desarrollo institucional, la directora se reúne con su equipo constantemente en busca de soluciones y recibe cuando lo solicitan, de igual forma participa de actividades sociales de la institución y aquellas dirigidas hacia la comunidad y cuidado del medio ambiente junto a colaboradores.</p> <p>Evidencias: fotos actividades sociales de la institución, capacitaciones junto al equipo, listado de participación de reuniones.</p>	<p>No existe política para fomentar la igualdad de oportunidades donde las vacantes vayan a concurso interno y se ocupen por capacidades y nivel de desempeño, igualdad salarial equitativa, según la posición, donde las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados se puedan identificar, plan de capacitación que impulsará la innovación</p>
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Las instituciones informan a los colaboradores por medio a reuniones con encargados de departamentos, murales, correos electrónicos, grupos de WhatsApp, se realizan diariamente entrega de guardia donde participan: médicos, enfermeras y bioanalistas.</p> <p>Evidencias: actas de reunión, fotos de murales informativos, fotos de grupos de WhatsApp</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>Apoyan al personal en el desarrollo de sus funciones proporcionando los materiales y equipos e insumos para el desarrollo de sus tareas. Se retroalimenta al personal para mejorar su desempeño mediante el plan de capacitación anual. Conformación de los comités priorizados donde, de acuerdo a su función se retroalimenta a los integrantes y da cumplimiento al desarrollo de los objetivos institucionales.</p> <p>Evidencias: Fotos del equipamiento de las áreas, acta de conformación de comités priorizados, almacenes dotados de materiales e insumos. Listado de participación de las capacitaciones realizadas.</p>	<p>No se ha realizado la dotación del personal requerido en todas las áreas, ni de algunos equipos requeridos, tampoco de espacio físico en otras. La aplicación de la nueva estructura organizativa está pendiente, en proceso de actualización del manual de funciones.</p> <p>Sin hacer propuestas de mejora para realizar retroalimentación para mejorar el cumplimiento de las normas nacionales de atención clínica.</p> <p>Sin hacer propuestas de mejora para realizar retroalimentación para mejorar el cumplimiento de las normas nacionales de atención clínica</p>

		Sin hacer propuestas de mejora para realizar retroalimentación para mejorar el cumplimiento de las normas nacionales de atención clínica
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	Se cuenta con un Reglamento Interno donde la mayoría de las funciones están establecidas y el nuevo Manual de funciones se encuentra en proceso de elaboración. Evidencia: Reglamento interno y borrador del nuevo Manual de funciones	No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva estructura organizativa, ni se ha concluido con la actualización del nuevo Manual de funciones.
6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.	Anualmente el hospital realiza un plan de capacitación que va ejecutando periódicamente, según cronograma para el desarrollo de competencias de los colaboradores, además de participar en capacitaciones fuera de la institución, virtuales y presenciales. Evidencias: Lista de participantes, fotos de participación en capacitaciones, fotos de certificados	No se ha realizado un plan de capacitación dirigido al fortalecimiento de grandes capacidades que permitan el desarrollo personal y profesional, según necesidades identificadas en algunas áreas que son indispensables.
7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.		No existe una política que reconozca y premie el esfuerzo, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.	El plan operativo anal contempla dentro de sus actividades el gestionar las QDSR (quejas, denuncia, sugerencia y respuesta) donde los usuarios canalizan hasta dar respuesta. Se tienen identificados algunos grupos de interés como son: Juntas de vecinos, universidades, escuelas, hospitales, pero no se tienen documentados. Evidencia: fotos e informe de las reuniones de los grupos focales.	No existen políticas donde se identifiquen, analicen y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés internos (colaboradores) definiendo sus principales necesidades, actuales como futuras, tampoco se tienen documentados otros grupos de interés con los que la institución tiene relación, como son: universidades y escuelas, suplidores, otros centros de salud, iglesia, clubes, juntas de vecinos.

<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>Desarrollan y mantienen relaciones permanentemente del Servicio Nacional de Salud, a través de la Metropolitana y Gerencia de Área, como también el Ministerios de Administración Pública y Vice Ministerio de la Garantía de la Calidad de quien recibimos los lineamientos, contribuyendo la solución de los problemas de salud de la población que asiste en busca de servicios.</p> <p>Evidencias: producción de servicios, fotos de reuniones, comunicaciones enviadas y recibidas.</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Son identificadas las políticas públicas especialmente aquellas que forman parte de las metas presidenciales, entre las que se encuentran el cumplimiento a las actividades del Plan Operativo Anual, Carta Compromiso al Ciudadano que tenemos listo el borrador.</p> <p>Evidencias: Plan operativo anual (POA), Borrón Carta Compromiso al Ciudadano.</p>	<p>No se ha realizado la aprobación del Borrador de la Carta Compromiso al Ciudadano.</p>
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>Mediante el cumplimiento de las actividades contempladas en el plan operativo anual de la institución, se da el cumplimiento que emana del plan estratégico del Servicio Nacional de Salud dando cumplimiento a los objetivos, metas y actividades alineadas a las políticas públicas y decisiones políticas.</p> <p>Evidencias: Plan operativo anual (POA)</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>Tenemos acuerdos inter-Institucionales con CEMADOJA, el INCART, acuerdos de pasantías con las diferentes universidades, contratos con proveedores, mantenimientos de equipos</p> <p>Evidencias: Copias de acuerdos y contratos.</p>	<p>No existe 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, red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.</p>
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>Los colaboradores participan en las actividades científicas y gremiales organizadas con Colegios: Medico De Enfermería Bio Análisis Sociedad de Gastroenterología, así como integra a algunas actividades a representantes de Juntas de vecinos</p> <p>Evidencias: Certificados de las actividades de los diferentes colegios y fotos con la participación de representantes de la junta de vecinos en actividades del centro.</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>Realiza actividades de promoción de prevención de: Cáncer de mamas Cáncer de colon Prevención de hepatitis B Control de las enfermedades como el Covid-19, dengue.</p> <p>Evidencias: Fotos de las actividades, de limpieza de playas, ahorro de energía.</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>La Organización:</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>El Centro de Gastroenterología identifica condiciones que deben cumplirse para alcanzar algunos objetivos estratégicos dando cumplimiento a las actividades programadas en el Plan Operativo Anual.</p> <p>Evidencias: La Matriz del POA.</p>	<p>No existen documentaciones que evidencien análisis regular del entorno externo, incluido el cambio, político, variables socioculturales, económicas y demográficas, el cambio climático, los avances médicos y avances tecnológicos</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>No se ha realizado identificación documentada de los grupos de interés relevantes, ni se analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>		<p>Sin propuesta de mejora para analizar las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas</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>No se ha realizado el análisis FODA. No existe de forma institucional el análisis de desempeño interno y las capacidades de la organización por medios de FODAs para la mejora continua.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>±Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología traduce la misión y visión en objetivos estratégicos nacionales dando cumplimiento al plan operativo anual por establecido por el SNS.</p>	<p>No se ha realizado traducción de 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 establecidas por sus órganos superiores</p>

	Evidencias: indicadores de cumplimiento del Plan Estratégico Institucional.	
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>El Centro de Gastroenterología involucra a los usuarios para el desarrollo de estrategias de mejoras, tomando en cuenta el resultado de sus opiniones en las encuestas de satisfacción y buzones de sugerencias.</p> <p>Evidencias: Matriz de la encuesta de satisfacción y apertura de los buzones.</p>	
3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	<p>El Centro de Gastroenterología gestiona el cuidado del medio ambiente mediante campañas de apagado de luces innecesarias interna y externa en el entorno, entrega de zafacones a juntas de vecinos incorporada en el Plan Operativo Anual. Los colaboradores ocupan las posiciones vacantes sin tomar en cuenta el género y trato es igualitario.</p> <p>Evidencias: Fotos campañas de apagado de luces innecesarias interna y externa y entrega de zafacones a juntas de vecinos</p>	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	<p>El Centro de Gastroenterología asegura la disponibilidad de recursos para la implementación efectiva del plan mediante elaboración de un presupuesto anual que se ejecuta a través de la venta de servicios.</p> <p>Evidencias: El informe de facturación por venta de servicios y matriz presupuesto anual.</p>	

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

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

<p>Los líderes (directivos y supervisores): 1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología desarrolla estrategia de planificación tomando en cuentas las prioridades de la institución por orden de prioridad las cuales están incluidas en el presupuesto anual, por medio de un plan operativo.</p> <p>Evidencias: El plan anual de presupuesto.</p>	<p>No se ha realizado estrategias y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal de la estructura organizativa adecuadas</p>
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología cumple con los objetivos operativos a través de la ejecución de las actividades del POA establecidas como lineamiento por el SNS.</p> <p>Evidencias: Matriz del Plan Operativo Anual.</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>El Centro de Gastroenterología, comunican de forma los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización para garantizar una implementación efectiva y dar a conocer los resultados, a través de reuniones, comunicaciones, grupos de WhatsApp y de forma externa presenta Videoconferencia con el viceministerio de la Calidad Metropolitana.</p> <p>Evidencias: La Matriz del POA con evidencia, fotos grupos de WhatsApp</p>	<p>No existe documentación donde se comuniquen los objetivos, estrategias, planes de desempeño con otros grupos de interés externo.</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>El Centro de Gastroenterología monitorea la ejecución de las actividades del POA mensualmente y se reúne con los involucrados para la aplicación de mejora, al igual que la autoevaluación de la calidad del dato de la producción de servicios mensualmente.</p> <p>Evidencias: Matriz de monitoreo interno del POA, reporte, lista de participación, reporte autoevaluación de la calidad del dato.</p>	<p>No se ha realizado la puesta en marcha de la estructura organizativa y no se ha actualizado el manual de funciones.</p>

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>El Centro de Gastroenterología, Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, para ellos la parte medica realiza tarde científica el ultimo miércoles de cada mes, además de participar en congresos nacionales e internacionales y jornadas científicas. El personal de enfermería realiza cada año una jornada científica interna y participa en el congreso del Colegio de Enfermería, así como el personal de laboratorio en este caso organizado por su colegio. La institución desarrolla un plan de capacitación, según necesidades identificadas en cada área para mejorar el desempeño en el que participan colaboradores de todas las áreas.</p> <p>Evidencias: fotos actividades científicas del personal médico, laboratorio, enfermería. Certificados de actividades científicas, lista de participación del cumplimiento del plan de capacitación institucional y fotos</p>	<p>No existe documentación donde se tienen identificadas las necesidades de transformación digital</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>El Centro de Gastroenterología, en varias ocasiones ha participado en benchlearning con hospitales del SNS en la parte del laboratorio clínico en gestión de calidad.</p> <p>Evidencias: Correo de invitación y las fotos del evento.</p>	<p>No existe una cultura impulsada por la innovación.</p>
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>		<p>No existe política de innovación y los resultados de la organización e involucrar todos los grupos de interés relevantes.</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.		No existe un sistema 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.
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>El Centro de Gastroenterología implementan 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>Evidencias: Fotos del Call Center, capturas de las redes sociales, sistema para consultas, toma de citas, LabPlus, SIGHOS e imágenes médicas.</p>	No se ha realiza en su totalidad las innovaciones en todas las áreas.
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	<p>El Centro de Gastroenterología asegura la disponibilidad de los recursos mediante la planificación de un presupuesto anual.</p> <p>Evidencias: El plan anual de presupuesto.</p>	No se realiza una ejecución presupuestaria que abarque las necesidades de todas las áreas

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>El Centro de Gastroenterología, reconoce las necesidades de recursos humanos identificadas por los colaboradores en la encuesta de clima laboral cuando es aplicada.</p> <p>Evidencias: La Encuesta de Clima Laboral.</p>	No existe documentación de análisis periódico de las necesidades actuales y futuras de recursos Pendiente poner en vigencia la estructura organizacional.

<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>		<p>No existe la política de transparencia de RR.HH.</p>
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>		<p>No existe la política de RR.HH.</p>
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>		<p>No existe la política de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>
<p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p>		<p>No existe la política de las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores.</p>
<p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p>		<p>No existe la política del proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad.</p>
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>El Centro de Gastroenterología realiza evaluación y acuerdos de desempeño anual a colaboradores.</p> <p>Evidencias: Consolidado del Acuerdo y evaluación de Desempeño anual.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>		<p>No existe la documentación de monitoreo de los acuerdos de desempeño para el fortalecimiento de los diálogos de desempeño.</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.		No existe la política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización.
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.		Sin hacer propuestas de mejoras una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales.
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.		No existe la política de guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.		No existe la política de promover la movilidad interna y externa de los empleados.
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).		No existe política de desarrollar 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).
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	El Centro de Gastroenterología planifica las actividades formativas en atención al usuario a través del plan de capacitación institucional. Evidencias: Listado de participantes, certificados de capacitación.	No existe la planificación de conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.
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		No existe evaluación del impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.		No existe 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.
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.		No existe el manual de funciones para 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.
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.	El Centro de Gastroenterología realizó encuesta de clima laboral en el 2021 y los resultados fueron socializados con colaboradores. Evidencias: fotos de socialización virtual resultados de la encuesta de clima laboral	
4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.	Para asegurar buenas condiciones ambientales en la institución se cumple con norma de bioseguridad en el manejo de desechos biológico, se tienen elaborado un plan de mejora de bioseguridad, se tiene diseñada la ruta de evacuación, plan de emergencia y desastre, se realizó simulacro, estamos habilitados por el Ministerio de energía y Minas. Evidencias: Fotos de Ruta de desechos biológicos, fotos de simulacro, Plan de emergencia y desastre, certificado habilitación Ministerio de Energía y Minas	No existe el medico ocupacional para dar cumplimiento de las 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.

5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.		No existe política de equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.		No existe la política de prestar especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.
7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo).		No existe la política 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).

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>Los líderes de la organización:</p> <p>I. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>El Centro de Gastroenterología identifica a socios clave del sector privado como son las ARS a quienes se le vende servicios de salud, Ministerio de Salud Pública con la residencia médica, comedores económicos que suplen el almuerzo, hospitales como el INCART, CECANOT, CEMADOJA, quienes suplen a nuestros usuarios de servicios que no tenemos en nuestra cartera, suplidores de productos y servicios, Politécnicos quienes utilizan nuestro campo clínico al igual que universidades, como: UASD, UNIBE, como también Juntas de vecinos, el ayuntamiento quien recoge la basura no conteniente de forma oportuna y DIGESETT que nos apoya en la viabilización del tránsito en el entorno.</p>	

	Evidencias: listado de suplidores, contratos de ARS, comedores económicos, acuerdos con el Ministerio de Salud Pública para las residencias de especialidad, y acuerdo escrito con CEMADOJA y el INCART	
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>El Centro de Gastroenterología desarrolla y gestiona acuerdos de colaboración con diferentes instituciones de salud, como CEMADOJA, INCART, PROMESE-CAL y diferentes ARS; teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio y apoyo mutuo, modelando las buenas prácticas de área de facturación y seguros médicos, tomando en cuenta el impacto al medio ambiente; clasificando, disponiendo y desechando correctamente los desechos que se generan según normativa.</p> <p>Evidencias: Licencia de Energía y Minas, Contratos de ARS, suplidores, convenios con entidades de salud del sector público y universidades.</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>El Centro de Gastroenterología tiene definido el rol y responsabilidades de cada socio, de acuerdo a las normas establecidas para cada caso, realizando evaluaciones y revisiones periódicas y monitorea los resultados sistemáticamente.</p> <p>Evidencia: Auditoría de Concurrencia, Cumplimiento de las contrataciones.</p>	No existe documentación donde se evalúen los resultados, ni se realizan revisiones periódicas del monitoreo de los resultados e impacto de las alianzas sistemáticamente con los demás socios
4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.	El Centro de Gastroenterología cuenta con APP con diferentes suplidores que nos ofrecen los equipos del laboratorio e Imágenes.	Sin hacer propuestas de mejoras donde sean identificadas las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo para desarrollar cuando sea apropiado

	Evidencias: Contratos de equipos a comodato.	
5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.	El Centro de Gastroenterología asegura los principios y valores de la organización seleccionando proveedores que cumplan con lo que establece la Ley de Compras y Contrataciones, y las normativas vigentes. Evidencias: Expediente de licitaciones.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.	El Centro Gastroenterología incentiva la participación y colaboración activa de los ciudadanos/clientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización a través de los Buzones de Quejas y Sugerencias los cuales se abren semanalmente, se le da respuesta en plazo de 15 días laborables. También se cuenta con el Comité de calidad de los servicios, los grupos focales. Evidencias: Acta de conformación del comité de calidad de los servicios, acta de conformación del comité de buzones, acta de reuniones y listado de participación de cada uno, informe de resultado de las quejas y sugerencias, formulario de apertura de buzones, fotos del comité haciendo apertura de los buzones.	
2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.	El Centro de Gastroenterología garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización a través de la actualización del Portal de Transparencia.	

	Evidencias: Foto de la actualización del portal transparencia.	
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>El Centro Gastroenterología desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, informando a los pacientes los servicios disponibles mediante la publicación de la cartera de servicios publicada en la entrada del hospital en una zona visible y legible, también se tiene publicada en la página web. En este momento nos encontramos en la etapa final de elaboración de la carta compromiso de servicios al ciudadano que contempla los estándares de calidad que vamos a comprometer.</p> <p>Evidencias: Foto de la cartera de servicio y Borrón Carta Compromiso al Ciudadano.</p>	No existe la actualización de la cartera de servicio que están publicadas y no se tiene aprobada la Carta Compromiso al Ciudadano, está en proceso

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	<p>El Centro Gastroenterología alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente, opera con un presupuesto que se elabora anualmente con la participación de todas las áreas con datos históricos del presupuesto del año anterior.</p> <p>Evidencia: Presupuesto anual 2021, Pagos y transferencias a suplidores, pago de nómina.</p>	

<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>	<p>En el Centro Gastroenterología contamos con la contratación de todas las ARS que se encuentran disponibles en el mercado, contando además con unas glosas que no alcanzan el 1%, realizando además las inversiones en infraestructura necesarias para suministrar al usuario un servicio de calidad y además con un control perpetuo de los inventarios de los diferentes almacenes con que se cuenta y a su vez, incentivando siempre un aumento en la facturación.</p> <p>Evidencia: Consolidado de ingresos y gastos mensual Reporte de inventario de los distintos almacenes y contratos con las diferentes ARS</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología evalúa los riesgos de las decisiones financieras y consta de un presupuesto equilibrado para suplir las necesidades de todas las áreas, en base a la venta de servicios, el cual es ejecutado en función a los ingresos generados por la institución.</p> <p>Evidencia: Reporte de Facturación por ventas de servicios, matriz presupuesto anual y ejecución presupuestaria</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>El Centro de Gastroenterología asegura la transparencia financiera, publicando a través del Portal de Transparencia el balance general de los ingresos, estados de cuentas, suplidores y en lo referente a la ejecución presupuestaria, se da a conocer mediante la publicación del presupuesto a través del mismo portal y se envía un informe de su ejecución al SNS. Por medio de los registros de cheques y estados financieros se lleva un control de la calidad del gasto. Para obtener los costos se hace una convocatoria a través del portal transaccional a los oferentes interesados.</p>	

	Evidencias: captura de pantalla de publicando a través del Portal de Transparencia	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	El Centro de Gastroenterología realiza los reportes mensualmente y de forma anual, según lo requieran los organismos rectores, en los formatos diseñados para dichos fines (estandarizados), los cuales pueden ser comprobados su veracidad (datos fidedignos). Evidencia: Consolidado Mensual y Anual de Ingresos y Gastos, captura de la plataforma del 67A	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.		Sin hacer propuestas de mejora para crear una organización de aprendizaje que proporcione sistemas y procesos para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.		Sin hacer propuestas de mejora para garantizar que la disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.		Sin hacer propuestas de mejora para aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.		Sin hacer propuestas de mejora para establecer redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.

5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.		Sin hacer propuestas de mejora para el monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	El Centro cuenta con correos internos, grupos de WhatsApp, murales comunicativos, carpetas compartidas, para que los colaboradores tengan acceso a la información. Evidencia: correos internos, carpetas compartidas, murales	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.		No existe como políticas que se promueva la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	Se asegura el acceso a través de conexiones vía AnyDesk, TeamViewer, autorizaciones en línea, correos electrónicos. Evidencia: captura de pantallas de AnyDesk, TeamViewer.	Sin hacer propuesta de mejora de acceso a conexión segura punto a punto, como, por ejemplo: VPN para que asegure el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar.
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.		Sin hacer propuestas de mejora para asegurar 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

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	El Centro Gastroenterología tiene diseñada y gestiona la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos, según su alcance. En la actualidad cuenta con la automatización de todas las	Sin hacer propuestas de mejora para crear sistema de gestión de nómina, gestión de permisos, vacaciones y registros de licencias médicas, captura de datos generales de colaboradores, entre otros.

	<p>áreas dotadas de equipos tecnológicos, creación de redes sociales y página web.</p> <p>Evidencia: fotos de las áreas automatizadas, redes sociales y página web.</p>	
2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.		Sin hacer propuesta de mejora que documente el monitoreo y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto
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.).		Sin propuesta de mejora que 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.).
4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.	<p>El Centro utiliza la tecnología para apoyar la innovación a través de compartir archivos compartidos Google DRIVE.</p> <p>Evidencia: captura de pantalla de Google DRIVE</p>	No existe un intranet interno
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>El Centro aplica las TIC para mejorar los servicios internos, como es la creación del Call Center para tomar citas y las cabinas telefónicas, SIGHOS para resguardar la información de los pacientes, listado correos electrónicos de las diferentes áreas.</p> <p>Evidencias: fotos del Call Center y cabinas telefónicas, fotos de las áreas automatizadas, correos electrónicos de las diferentes áreas. y capturas de SIGHOS</p>	

<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>	<p>El Centro toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, como son: Fortinet</p> <p>Evidencia: Capturas de pantallas Fortinet</p>	<p>Sin hacer propuesta de mejora para el cumplimiento de Normas y protocolos de ciber seguridad como la ISO-27000</p>
<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>	<p>Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC. Realiza la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>	<p>No existe un procedimiento documentado para la gestión de residuos electrónicos.</p>
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>El Centro gestiona los procesos del SUGEMI para garantizar el acceso a medicamentos de calidad a través de su plataforma.</p> <p>Evidencia: capturas de pantallas de la plataforma del SUGEMI</p>	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I.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).</p>	<p>El Centro de Gastroenterología garantiza la provisión el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones, plantas eléctricas, ascensor, climatización, etc.; mediante un plan de mantenimiento preventivo y correctivo. Además,</p>	<p>No se garantiza ejecutar las compras el periodo correspondiente dentro de los 3 meses para los suministros de lo mantenimientos preventivos y correctivos.</p>

	<p>garantiza el suministro de gas, gasoil, oxígenos y gases medicinales con reposición inmediata.</p> <p>Evidencia: Recepción de combustibles, gases medicinales y oxígeno, Plan de mantenimiento</p>	
<p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>Se proporciona instalaciones y condiciones seguras de trabajo, como muestra de eso está la habilitación de salud pública por un periodo de 2 años, sistema contra incendio, extintores, alarma contra incendio, señalización y ruta de evacuación.</p> <p>Evidencia: Acta o Certificado de Habilitación</p>	
<p>3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>	<p>Reutilización, reciclaje y eliminación de forma segura de las baterías de los equipos y descargo programado por Activo Fijo de equipos en desuso o discontinuados, eliminándolos de forma segura.</p> <p>Evidencia: Expediente de descargo a Bienes Nacionales y descargo de baterías.</p>	
<p>4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>		<p>No se ha realizado, no ha ocurrido solicitud de la comunidad para utilizar las instalaciones a parte de los servicios médicos.</p>
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>Garantiza el mantenimiento preventivo de vehículos cada 5,000 km el uso de manual de vehículo por el SNS, así como también un programa de cambio de luces fluorescentes por luces LED y el debido uso del equipo tecnológico.</p> <p>Evidencia: Expediente de mantenimiento preventivo a los vehículos, programa de cambio de luces fluorescente a LED y manual de usuario de vehículo del SNS</p>	

<p>6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).</p>	<p>La accesibilidad física al edificio es adecuada y el centro tiene parqueo disponible para la mayoría de los empleados en diferentes puntos del área dentro del centro, en la ciudad sanitaria y un estacionamiento exclusivo para empleados a menos de 200 metros.</p> <p>Evidencia: Contrato de parqueo y listado del parqueo asignado de la ciudad sanitaria</p>	<p>No cuenta con parqueos para los pacientes por falta de espacio físico.</p>
<p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>	<p>Contamos un plan de emergencias y desastres, así como también un comité de emergencias y desastres constituido y sesionando de manera periódica y formulando planes de contingencias semana santa, plan de contingencias temporada ciclónica.</p> <p>Evidencia: Acta de conformación del comité de Gestión de Riesgos y Desastres, minutas y Plan de Gestión de Emergencias y Desastres</p>	
<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>Disponemos de un plan de mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios anual más un seguimiento de ejecución por mes y un informe por porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento de periodo cuatrimestral.</p> <p>Evidencia: Plan de Mantenimiento Preventivo-Correctivo. Informe de cumplimiento cuatrimestral.</p>	
<p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p>	<p>Cuenta con el registro y control de movimientos de bienes patrimoniales mediante el uso de los formularios estandarizados y con la aplicación de la política de administración de bienes establecidas por el SNS. El inventario se mantiene actualizado y se envía al SNS los informes correspondientes al POA. Se</p>	<p>No cuenta con acceso al Sistema de Administración de Bienes (SIAB). El acceso fue solicitado, pero no ha sido concedido por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental por motivo de que este centro carece de la Llave Institucional porque no cuenta con el Sub-sistema de Contabilidad en el Sistema Integrado de Administración Financiera del</p>

	<p>realizó el descargo de chatarra por la Dirección de Bienes Nacionales.</p> <p>Evidencia: Formularios estandarizados. Fotos del descargo de chatarras y copia del expediente de la solicitud de descargo.</p>	Estado (SIGEF), en espera de la certificación de descargo por bienes nacionales.
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	<p>Los desechos comunes son recogidos tres veces a la semana por el ayuntamiento de 7 am a 10 am, se tiene un con la empresa AIDS A para la recogida de los residuos sólidos contaminantes, los cuales son retirados dos veces a la semana.</p> <p>Evidencia: contratos con la empresa AIDS A</p>	No existe un programa de saneamiento

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>La organización:</p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología tiene identificado claramente los procesos de Laboratorio clínico, imágenes médicas, procedimientos y consulta externa, así como también el diagrama de flujo de: Consulta externa, laboratorio clínico</p> <p>Evidencia: Los procesos documentados y diagramas de flujos.</p>	No se ha realizado el Manual de mapas de proceso y las personas propietarias que los controlan.
<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>El Centro tiene descritos los procesos de Laboratorio clínico, imágenes médicas, procedimientos y consulta externa.</p> <p>Evidencia: Los procesos documentados.</p>	No existe Manual donde todos los procesos estén descritos y documentados, tampoco se simplifican de forma continua en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.

<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>	<p>El Centro aprovecha la digitalización y ha sustituido las citas presenciales con tarjeta física por la creación de un Call Center para que los usuarios puedan acceder desde cualquier teléfono fuera de la misma y desde una cabina en la misma institución.</p> <p>Involucra a los usuarios en las tomas de decisiones mediante la colocación de los buzones de sugerencias en salas de espera más concurridas donde los usuarios son motivados para que coloquen sus opiniones, las cuales son conocidas por el comité de buzones quienes los abren semanalmente y dan respuesta en un plazo no máximo a los 15 días como establece el reglamento, también se cuenta con redes sociales por donde los usuarios emiten sus quejas y se le responde, sistema para consultas, toma de citas, SIGHOS e imágenes médicas</p> <p>Evidencias: Fotos del Call Center, capturas de las redes sociales, sistema para consultas, toma de citas, SIGHOS e imágenes médicas.</p>	
<p>4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.</p>	<p>El Centro 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 a través del cumplimiento del plan estratégico.</p> <p>Evidencia: matriz trimestral del POA</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>El Centro de Gastroenterología elaboro el borrador de la carta compromiso donde se tienen establecidos los indicadores de compromiso de calidad, aplicamos los acuerdos de desempeños y encuesta de satisfacción de usuarios, se presenta los</p>	<p>No existe la aprobación de la carta compromiso ni las políticas internas de indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos.</p>

	<p>indicadores de salud al vice ministerio de la garantía de la calidad del ministerio salud publica</p> <p>Evidencias: Borrador de la Carta Compromiso al Ciudadano, consolidado de los acuerdos de desempeños, la matriz de encuestas de satisfacción y los indicadores de 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>El Centro de Gastroenterología Implementa 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 contra referencia).</p> <p>Evidencias: Capturas de pantalla del sistema SIGHOS (Es el sistema de facturación interno).</p>	<p>No existe un sistema para implementar el Expediente único.</p>
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología cuenta con la habilitación del Ministerio de Salud Pública por dos años hasta el 2024.</p> <p>Evidencias: Certificado de habilitación del Ministerios de Salud Pública.</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>El Centro de Gastroenterología 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.</p>	<p>No existe la documentación de identificación de los grupos de interés.</p>

	Evidencias: Planes de mejoras, Los informes de las encuestas de satisfacción de usuarios y minuta del comité de calidad de los servicios.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	El Centro de Gastroenterología Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización, Se recicla el papel, las piezas de los equipos como impresoras, computadoras, celulares, equipos médicos y de piezas de utilerías. Evidencias: Fotos.	No existe una política de reciclaje y la reutilización, colocar los zafacones reciclables.
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, tablonas de anuncios en Braille y audio), otros.		Sin hacer propuestas de mejoras. 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, tablonas de anuncios en Braille y audio), otros.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	El Centro de Gastroenterología tiene acuerdos con otras instituciones que funcionan dentro de la misma cadena de servicios. Evidencias: Acuerdos con CEMADOJA y el INCART.	No se ha realizado acuerdos formales con otras instituciones afines que hacen intercambios.

<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología participa del sistema compartido con otros socios de la misma cadena de valor ya que pertenecemos a la misma red del Servicio Nacional de Salud (SNS).</p> <p>Evidencias: Formulario 67A, el EPI1, la presentación de memorias anual, Plan Operativo Anual (POA).</p>	
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología 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, et</p> <p>Evidencias: Actas de visita, intercambios de correo.</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p> <p>Evidencias: Los contratos de los proveedores, ARS y acuerdos con promese cal y los comedores económicos.</p>	

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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>El Centro de Gastroenterología cuenta con los protocolos de encuestas de satisfacción al usuario para conocer sus opiniones, contamos con un área de call center para la toma de citas.</p> <p>Contamos con una oficina de la OAI para dar respuestas a las solicitudes, según el reglamento para dichos fines. En cuanto a los programas de recolección de desechos contaminantes, contamos con los protocolos de manejo y se realizan 2 capacitaciones al año con el personal que maneja los desechos contaminantes. Tenemos habilitación por dos (2) años por el Ministerio de Salud Pública. Declaración jurada de patrimonio.</p> <p>Evidencias: Encuestas de Satisfacción al Usuario. Contrato con la AIDSA. Programación con el Ayuntamiento del Distrito Nacional para recogida de desechos común. Certificado de Habilitación. Portal de transparencia, guía de manejo de desechos hospitalario.</p>	<p>No existe un médico ocupacional para realizar las evaluaciones del personal de manejo de desechos contaminantes.</p> <p>Cumplir con las 3 capacitaciones de bioseguridad en la actualidad solo se están dando 2 al año</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>El Centro de Gastroenterología tiene publicado Deberes y Derechos de los usuarios en áreas comunes de servicio. Charlas sobre uso de buzones y realización de encuestas de satisfacción.</p> <p>Evidencias: Fotos de las charlas de uso de buzones, publicación de encuestas y publicación de los deberes y derechos. Matriz de encuesta de satisfacción de usuarios.</p>	<p>No existe un dispositivo para instalar una aplicación en la que podamos tener interacción con el usuario para tomar sus citas online.</p>
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología da la oportunidad a los usuarios de participar en la toma de decisiones mediante los grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Listado de participación; Informe; fotos</p>	
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>El Centro de Gastroenterología publica informaciones de la organización a través del portal de transparencia y redes sociales.</p> <p>Evidencias: publicaciones en la página web y redes sociales.</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>La confianza generada por el Centro de Gastroenterología a nuestros usuarios a través de los servicios ofertados se palpa mediante calidad de los mismos.</p> <p>Evidencia: informe de producción de servicios 67A y fotos de las salas de espera.</p>	

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

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

<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>El Centro de Gastroenterología cuenta con los servicios físicos en nuestras instalaciones. Está ubicado en una zona de fácil acceso para los usuarios que llegan en transporte público. Contamos con rampa y ascensor.</p> <p>Contamos con servicios digitales por medio de nuestro call center, redes sociales, correo electrónico, página web.</p> <p>Evidencias: fotos de las rampas, cabinas telefónicas para concertar citas, página web, redes sociales, archivos de correo electrónico.</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>El Centro de Gastroenterología cumpliendo con los estándares de calidad de tiempo de entrega de los resultados, los cuales van desde 2 a 72 horas en el laboratorio y procedimientos endoscópicos. Garantizando el cuidado del medio ambiente.</p> <p>Evidencias: Fecha de validación del resultado; correos electrónicos enviados.</p>	<p>No existe, el cumplimiento general del estándar de calidad en todas las áreas.</p> <p>OK - Esto va para el plan</p>
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>El Centro de Gastroenterología cuenta con las condiciones necesarias, para dar preferencia según lo amerite la necesidad.</p> <p>Evidencia: Fotos de avisos informativos y señalizaciones.</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología tiene capacidad de implementación de innovación.</p> <p>Evidencias: Call Center, cabinas telefónicas, LabPlus, SIGHOS, facturación, página web, redes sociales.</p>	<p>No existe un sistema automatizado de gestión de turno.</p>

5. Digitalización en la organización.	El Centro de Gastroenterología se encuentra digitalizado, utilizando diferentes softwares, para realizar los procesos Evidencias:	No se ha realizado actualización de software.
---------------------------------------	--	---

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	El Centro de Gastroenterología tiene un tiempo estimado de 1 a 4 horas desde el procesamiento hasta que recibe el servicio. Ya tenemos definido el tiempo de disponibilidad de tiempo de resultado en el borrador de la carta compromiso, registro del tiempo de facturación del servicio y hora en que fue atendido Evidencias: Borrador de la Carta Compromiso al Ciudadano	No existe un indicador para medir el tiempo de espera.

<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"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>En el Centro de Gastroenterología se abren los buzones de Quejas y Sugerencias semanalmente por el Comité de Apertura de Buzones y en 15 días laborales se le da respuesta correctiva.</p> <p>Evidencia: Formulario de Apertura de Buzones, fotos, matriz de Registro de QDRS e informes, los atributos de calidad están en el borrador de la carta compromiso (Cumplimiento de los estándares comprometidos).</p>	<p>No existe una cartera de servicios con horario de atención por departamentos.</p>
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología cuenta con medida de subsanción.</p> <p>Evidencia: Están contempladas en el borrador de la carta compromiso</p>	<p>No existe carta de compromiso aprobada.</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 Centro de Gastroenterología presenta el grado de cumplimiento al vice ministerio de garantía de la calidad de Salud Pública.</p> <p>Evidencia: Presentación de los indicadores de calidad hospitalaria, las fotos de la presentación, el formulario 67A.</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>		<p>No se ha realizado actualización de la Cartera de Servicios.</p>
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología realiza diariamente la encuesta de satisfacción de usuarios y se mide el índice.</p> <p>Evidencia: Reporte encuesta general de satisfacción.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	<p>El Centro de Gastroenterología cuenta con canales de comunicación y central telefónica.</p> <p>Evidencias: Página web, Facebook, Instagram, Twitter, captura de las direcciones de nuestros medios de comunicación.</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>El Centro de Gastroenterología dispone de toda la información necesaria para los grupos de interés interno, se le informa por comunicación y grupos de WhatsApp.</p> <p>Evidencias: Vía telefónica, página web; redes sociales, televisores.</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>El Centro de Gastroenterología cumple por medio del POA con los objetivos de rendimiento y los resultados de la organización.</p> <p>Evidencias: La Matriz del POA.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).	<p>El Centro de Gastroenterología convoca a grupos de interés cada tres meses para participar en los procesos de toma de decisiones, donde luego de escuchar sus puntos de vista se procede a realizar un informe para dar cumplimiento a los hallazgos realizados.</p>	<p>No existe una política que dé cumplimiento a la participación de los usuarios.</p>

	Evidencias: Informe del QDRS, fotos, listado de participación.	
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).		No existe un indicador para calcular el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores.
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	El Centro de Gastroenterología por medio del formulario 67A, mide el indicador en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. Evidencias: 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.).	El Centro de Gastroenterología cuenta con un sistema para el registro de las citas, facturación, consultas médicas y laboratorios. En imágenes médicas, patología y endoscopia para la validación de los resultados. Evidencias: Capturas de los sistemas (SIGHOS, LabPlus).	No existe una aplicación tecnológica (App) para mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa.
2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).	El Centro de Gastroenterología informa a los ciudadanos a través de sus medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales por medio de la OAI cuenta con una oficina donde los ciudadanos solicitan información en 15 días hábiles y por la RAI.	

	Evidencias: Pagina Web, Redes Sociales, Foto del portal de transparencia y transaccional	
--	--	--

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).	El Centro aplica las encuestas de satisfacción a los usuarios cuando vienen a la institución y mide mensualmente. Se aplica anualmente la encuesta de clima laboral. Evidencias: encuesta de satisfacción de usuarios y de clima laboral para los colaboradores.	No existen indicadores de medición de la imagen y rendimiento general de la organización para otros grupos de interés
2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.	El centro involucra a encargados en tomas de decisiones mediante reuniones del Consejo de Administración Hospitalario y reuniones celebradas con algunos departamentos. La misión, visión y valores esta publicada en la parte posterior del carnet de identidad, a la entrada de la institución. Evidencias: minutas de reuniones y fotos publicadas en carnet y a la entrada	No existe política para el involucramiento de todas las personas de la organización en la toma de decisiones de la organización. Sin evidencia que documente la socialización de la misión, visión y valores con los colaboradores de nuevo ingreso
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	Los encargados de diferentes áreas conforman diferentes comités y participan con sus diferentes puntos de vistas enfocados en emprender acciones de mejoras.	

	Evidencias: Listado de participantes y minutas de los comités	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.		Sin hacer propuesta de mejora para crear políticas e indicadores de medición sobre la conciencia que tiene las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad, al igual que para la elaboración del Manual de Inducción que incluya deberes y derechos de los nuevos colaboradores y valores éticos .
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		No existen mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.
6. La responsabilidad social de la organización.		No existe política de responsabilidad social de la organización.
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		No existe política la apertura de la organización para el cambio y la innovación.
8. El impacto de la digitalización en la organización.	<p>El Centro agiliza sus procesos mediante la digitalización de más de 95% de sus áreas, entran las que se encuentran: consultas, toma de cita, área del laboratorio e imágenes médicas, endoscopia, estadística, seguros médicos, entre otras.</p> <p>Evidencias: captura, SIGHOS, SIGHOSEND, SIGHOSRAY, Captura del sistema facturación y LabPlus</p>	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		No existe política de revisión periódica y de los procesos internos para la agilidad en los mismos en la organización.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.	<p>El Centro está comprometido en dar cumplimiento a los objetivos estratégicos establecidos en el POA del SNS y lo comunica previamente, asigna los recursos para su ejecución para lo que elabora un presupuesto anual. Evalúa su rendimiento mediante monitoreo interno y externo del Plan y lo comunica a las autoridades rectora.</p> <p>Evidencia: Matriz de cumplimiento del POA, Presupuesto anual</p>	No se ha realizado el diseño de indicadores específicos para dirigir la institución y su posterior medición
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	<p>El Centro tiene diseñado la gestión de los distintos procesos, tales como: consulta externa, imágenes médicas, procedimientos, laboratorio, trabajo social.</p> <p>Evidencia: mapas de los procesos.</p>	No se ha realizado en su totalidad el Manual de proceso de la institución
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	<p>En Centro se realizan los acuerdos de desempeño a principio de año y evaluación del mismo al final de periodo.</p> <p>Evidencia: Matriz consolidado de acuerdos y evaluación desempeño.</p>	No existe El Manual de Funciones actualizado
4. La gestión del conocimiento.	<p>El Centro elabora un plan de capacitación anualmente al cual le da seguimiento.</p> <p>Evidencia: El plan de capacitación anual.</p>	No se ha realizado un plan de capacitación enfocado a fortalecer las necesidades duras para la mejora del desempeño de los colaboradores y la institución.
5. La comunicación interna y las medidas de información.	<p>La comunicación fluye a través de distintas vías, como son: de forma presencial en reuniones, grupos de WSP institucional, murales informativos, correos internos mantiene comunicación información fluida.</p>	

	Evidencia: Los murales, comunicaciones, correos internos, listado de participación de reuniones, grupos de WhatsApp.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.		No existe la política del plan de reconocimiento.
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.		No existen las políticas establecidas de cambios y la innovación.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.		No existe política del ambiente de trabajo y la cultura de la organización.
2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).	El centro proporciona buenas condiciones de trabajo, otorga permisos respetando lo que establece la Ley para los fines, con cierta flexibilidad antes condiciones de salud de un familiar directo. Se trabaja por hora que no exceda las 180 al mes permitiendo conciliar su vida laboral con la personal, además de proteger su salud. Si por necesidad de la institución se requiere de mayor tiempo, se le pagan las horas extra a solicitud de su encargado que es quien lo justifica. Evidencias: registro de ponche	
3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.		No existe política para el manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	El Centro cuenta con buenas condiciones en sus instalaciones, como son: higiene, seguridad, buena iluminación, climatización, agua permanente, insumos.	

	Evidencias: Certificación de Habilitación MSP.	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.		No existe Desarrollo sistemático de carrera y competencias.
2. Nivel de motivación y empoderamiento.		No existe política de nivel de motivación y empoderamiento.
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.		No existe política de acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).		No existe 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.).
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	El Centro mide la participación de los usuarios en las actividades de mejora por medio de encuestas y los buzones de sugerencias. Evidencia: informe de encuestas y de buzones.	No existe documentación del nivel de participación en actividades de mejora

3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No existe documentación posibles conflictos de intereses
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	<p>Centro realiza dos actividades en lo que va de año actividades relacionadas con la responsabilidad social, como son: campaña para el ahorro de energía y recogida de desechos para lo que asigno zafacones a las juntas de vecinos del entorno donde participaron colaboradores internos y externos.</p> <p>Evidencias: Fotos de campaña de ahorro de energía y entrega de zafacones a la comunidad</p>	No existe una política de participación voluntaria de actividades relacionadas a la responsabilidad social
5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	<p>En el centro existen indicadores relacionados con número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, como son los informes de quejas de los buzones de sugerencias y trato amable del personal hacia los usuarios que se recoge mediante las encuestas de satisfacción.</p> <p>Evidencia: Informe encuesta y reporte de los buzones de sugerencias</p>	No existe Indicadores relacionados con las capacidades de las personas, número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario para tratar con los usuarios y responder a sus necesidades.

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

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

<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>El Centro aplica formulario de evaluación del desempeño personal a más del 90 % de sus colaboradores.</p> <p>Evidencia: consolidado de acuerdo de desempeño.</p>	<p>No existen como política que los encargados evalúen el desempeño por periodos cortos para acompañar al colaborador y reorientar su rendimiento previo a la evaluación al final de año como está establecido</p>
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>		<p>No existe un indicador para el uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>		<p>No existe política de indicadores de 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>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>		<p>No existe la política ni el indicador de la Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>El Centro realiza actividades que impactan la calidad de vida de los usuarios, en educación sanitaria, por ejemplo: charlas a los pacientes en el lavado de mano, y alimentación, charlas sobre cáncer de colon, entre otros. Actividades con la comunidad, como, concientización ahorro de energía, comunidad limpia, limpieza de playa.</p> <p>Evidencias: Fotos de las diferentes actividades.</p>	<p>No se ha realizado actividades para las áreas deportivas, así como impulsar las acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventajas.</p>

<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>	<p>El Centro goza de buena reputación, según la percepción de los grupos de interés por medio del informe del QDRS, satisfacción al usuario y la plataforma del 311, redes sociales los colaboradores externos lo expresan por medio de la encuesta de clima laboral.</p> <p>Evidencias: La encuesta de clima laboral, encuesta de satisfacción al usuario y la plataforma del 311, redes sociales.</p>	
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>	<p>El Centro impacta en las condiciones de salud de las comunidades del entorno, el país y personas de otras nacionalidades que usan nuestros servicios.</p> <p>También genera un impacto económico, ya que en los alrededores hay una serie de negocios grandes y pequeños que ofrecen servicios a los usuarios que nos visitan y que también ofrecen servicios a la institución. Otro sector son los suplidores de productos y servicios que no están en las proximidades que venden sus servicios a la institución.</p> <p>Evidencias: El Formulario 67A, Informe de facturación de las ARS, listado de suplidores, fotos de la actividad económica del entorno (negocios).</p>	
<p>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.).</p>	<p>El Centro cuenta con un portal transaccional donde se publican las compras, con una oficina de la OAI con el Sub-portal transparencia donde son publicados una serie de procesos y documentaciones para que puedan ser consultados por el público interesado, un comité de compras que se reúne para analizar las compras que superan el umbral, según la Ley de Compras y Contrataciones.</p> <p>Evidencias: comité de compras, portal de transparencia, Portal transaccional, oficina de la OAI.</p>	<p>No existe actualizado el comité de ética publica</p>

<p>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.).</p>	<p>.</p>	<p>No existe indicadores para medir el impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel internacional (por ejemplo: Productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p>
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología toma de decisiones con relación a la seguridad y movilidad, cuenta con un plan de contingencia anti vandalismo, manual de funciones, deberes y responsabilidades del personal de seguridad y el listado de servicios, tiene control de los accesos electrónico en las s áreas, además de un personal de seguridad que se mantiene vigilante.</p> <p>Evidencias: plan de contingencia anti vandalismo, manual de funciones, deberes y responsabilidades del personal de seguridad y el listado de servicios, puerta con acceso electrónico.</p>	
<p>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.).</p>	<p>El Centro de Gastroenterología organiza actividades culturales en celebración del día de la patria, día la mujer para los colaboradores internos donde también participan los usuarios que se encuentran en el hospital y se invitan representantes de juntas de vecinos. Se organiza también actividades en celebración del día del: cáncer de mama, cáncer de colon, de la hepatitis C. de las enfermedades inflamatoria.</p> <p>Evidencias: Las fotos de las diferentes actividades</p>	
<p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología recibe felicitaciones y sugerencias de los usuarios, por medio del formulario de quejas y sugerencias a través de los buzones</p> <p>Evidencias: Los formularios de los buzones de sugerencias.</p>	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>	<p>El Centro toma en cuenta los proveedores con el perfil de responsabilidad social. Cumple con las normas medioambientales para sus operaciones en el área de imágenes médica y desechos de productos radioactivos, para lo que ha sido certificada por el Ministerio de Energía y Minas. Tiene contrato con una empresa privada para el manejo de desechos biológicos contenidos. Realiza reciclaje de equipos médicos, materiales, equipos tecnológicos que se encuentran en deshueso para habilitar otros que sea funcional, también se realiza reciclaje de sillas, mueblería, lencería, entre otros. Da cumplimiento a un plan de mantenimiento de equipos, infraestructura y vehículos.</p> <p>Evidencias: Reporte del seguimiento al plan de mantenimiento</p>	<p>No existe política de medioambiente, ni los indicadores de medición de todos los indicadores.</p>

<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología se reúne con las autoridades del SNS, el Ministerio de Salud Pública, con los comunitarios, suplidores, ARS.</p> <p>Evidencias: Correos electrónicos, fotos y listado de participantes, fotos de reuniones con los comunitarios</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>No existe la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>
<p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p>		<p>No existen políticas de apoyo para cumplir con la cuota establecida por la ley de capacidad diferenciada para emplear a minorías, discapacitados</p>
<p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>		<p>No existe políticas de apoyo a proyectos de desarrollo, tampoco los empleados participan de actividades de filantrópicas para tener una sociedad mejor</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>Realiza intercambio de conocimiento e información con otras instituciones por medio de conferencias organizadas por la organización. Números de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales, ejemplo. Docencias impartidas a los residentes y pasantes de diferentes universidades y centros, Charlas de salud desarrollas en la tarde científica que realiza el centro cada mes.</p> <p>Evidencias: Fotos de las actividades de la jornada científica.</p>	

<p>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>	<p>El Centro de Gastroenterología realiza charlas para la prevención de riesgos de salud y accidentes, dirigidos a pacientes y empleados, así como charla sobre el correcto lavado de manos, charlas informativas sobre la hepatitis A B C, conformación comité de infecciones, charla sobre el cáncer de colon, mama y enfermedades inflamatorias.</p> <p>Evidencias: Fotos de charlas, boletines informativos.</p>	
<p>8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).</p>		<p>No existe indicadores de los Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).</p>
<p>9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología cuenta con un programa de reducción de consumo energético. Tales como: programa de cambio de luces fluorescentes por luces LED Y cronogramas de chequeo consumo diario de kilovatios por día.</p> <p>Evidencias: Informe del programa de luminaria fluorescente a al sistema de luminarias LED.</p>	
<p>10. Uso de incinerador para los residuos médicos.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología incineras sus residuos médicos por medio de la empresa AIDSA</p> <p>Evidencias: Contrato con la empresa AIDSA</p>	
<p>11. Política de residuos y de reciclado.</p>	<p>El Centro da fiel cumplimiento a la norma de manejo de desechos, clasifica los residuos en zafacones con el color correspondiente, debidamente rotulados e identificados, el color de las bolsas es relativa al tipo de desechos que contiene. Cuenta con una ruta por donde son retirados y un horario establecidos. Se recicla equipos tecnológicos, equipos médicos, lencería, mueblería.</p>	

	Evidencias: Manual de manejo de residuos hospitalarios, reporte de cumplimiento del manejo de residuos hospitalarios. Fotos equipos reciclados.	
--	---	--

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	<p>El Centro de Gastroenterología se lleva un registro estadístico de la producción de servicio cartera a través del formulario 67A, en cuanto a la calidad de servicio se aplican encuestas de satisfacción a los usuarios diariamente.</p> <p>Evidencias: Formulario 67A, resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios.</p>	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	<p>El Centro de Gastroenterología Tenemos las encuestas realizadas y buzones de sugerencias.</p> <p>Evidencias: Resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios y el reporte de los resultados de los buzones de sugerencias.</p>	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	<p>El Centro de Gastroenterología tiene una gran demanda de los servicios que podemos brindamos, como método de evaluación comparativa que tenemos es el SISMAP.</p> <p>Evidencias: Agenda de citas de procedimientos.</p>	No existe un indicador para medir los pacientes que no son atendidos.
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.		No se mide el nivel de cumplimiento de los acuerdos entre las autoridades y todas las organizaciones con las que se tiene contrato.

5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	El Centro cumple con los indicadores que nos permiten las operaciones con niveles considerables por lo que nuestra institución fue inspeccionada y habilitada por el Ministerio de Administración Pública. Evidencias: Habilitación del Ministerios de Salud Pública, el informe del IDOPRIL	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.		No existe política o indicador que nos permita ver estos resultados.
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	El Centro de Gastroenterología Por medio del departamento de planificación se nos informa las nuevas disposiciones que debemos implementar para poder hacer mejoras en el desempeño diario, de nuestra institución. Evidencias: Matriz del POA, participación y resultados del ranking hospitalario.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No existe voluntarios que realicen actividades de colaboración en la organización

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.	El Centro de Gastroenterología cumple con la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima. Evidencias: Registro de asistencia, plan de capacitación anual y plan de mantenimiento.	

2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No existe encargado de calidad en el centro que pueda darle seguimiento a las mejoras implementadas.
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No existe política de benchmarking o análisis comparativo.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	<p>El Centro de Gastroenterología cumple con 95 por ciento, Hemos hecho acuerdos con otras instituciones tanto hospitalarias como universidades, las cuales se están cumpliendo.</p> <p>Evidencias: Acuerdos firmados con CEMADOJA y el INCART.</p>	No existe un indicador de medición de la eficacia de grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas.
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>El Centro de Gastroenterología en el desempeño de la organización para mejora en la prestación de servicios para lo que cuenta con más del 90 % de las áreas automatizadas, cuenta con un sistema para el registro de datos en las consultas, servicios de laboratorio automatizado.</p> <p>Evidencias: Captura de pantalla de los sistemas de SIGHOS y el LabPlus.</p>	No se ha realizado mejora en la eficiencia en la burocracia administrativa, reducción de costos, uso del papel, ahorro de tiempo
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	<p>El Centro realiza evaluaciones del desempeño laboral a colaboradores, auditoria de los expedientes clínicos y se auditan los pagos que se van a realizar mediante control interno</p> <p>Evidencias: La evaluación de desempeño, informes de auditoría de expedientes clínicos y sello de cheques con sello de auditoría interna.</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.		No existe se ha activado el comité de disciplina y reconocimiento.
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El centro da cumplimiento a la ejecución presupuestaria en un porcentaje importante, según productividad y prioriza las necesidades.	No existen evidencias del cumplimiento de la ejecución presupuestaria en todas las áreas solicitantes
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No existe el indicador para Resultados relacionados al costo-efectividad. (Logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.

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.