

**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 DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E. AYBAR

FECHA:

Agosto, 2023

MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación.

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

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

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

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

Santo Domingo, 2021

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

Evaluación Individual.

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

Evaluación de consenso:

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

CRITERIOS FACILITADORES.

CRITERIO I: LIDERAZGO

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Fotos de la publicación de misión, visión y valores.</p>	<p>No se ha realizado hace más de 5 años la formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes</p>
<p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p>	<p>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.</p> <p>Fotos de valores publicados y listado de los participantes de la actualización el 1/06/2023</p>	
<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>La misión y visión y valores de la institución están alineadas a las estrategias nacionales teniendo en cuenta la digitalización, las reforma del sector público y las agendas comunes, como son: la igualdad de derechos y oportunidades para que toda la población tenga garantizada la salud.</p> <p>Evidencias: Fotos de la publicación de misión, visión y valores.</p>	

<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>	<p>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</p> <p>Evidencias: F publicación, carnet de identidad y pagina web.</p>	
<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>		<p>No existe lista de participantes de la última revisión que se realizó hace más de 5 años.</p>
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>		<p>Sin hacer propuestas de mejora para los desafíos y cambios de la transformación.</p>
<p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p>	<p>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.</p>	

	Acta de conformación del Comité de Compras, minuta y foto del Portal de Transaccional, OAI, cheques con firmas de aprobación de auditoría y 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>Consolidado Acuerdo de Desempeño 2021.</p>	No se ha realizado al 100% la evaluación del desempeño a todos los colaboradores por sus supervisores como se establece.

<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>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 auditoria 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>registros ponchados, 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. No Autoevaluamos con la Guía del Modelo CAF salud.</p>	

	<p>fotos certificación de habilitación, matriz autoevaluación CAF y minutas y lista de participantes de Autoevaluación CAF</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<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 estadísticos 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>Evidencia: 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>	<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</p>
<p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p>	<p>En cuanto al desarrollo de procesos organizativos se está trabajando con la conformación del Manual de proceso que lleva un avance de un 35 % de los procesos claves</p> <p>Se desarrolla un plan estratégico personalizado para la institución por el SNS. Este plan contempla las estrategias de desarrollo para la mejora de la calidad 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>medios de verificación del plan operativo</p>	<p>No existe un encargado de gestión de calidad que se encargue del seguimiento a la implementación de todos los planes de mejora.</p> <p>No existe la gestión de proyectos</p> <p>Sin hacer propuesta de mejora para el trabajo de equipo.</p> <p>No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva estructura organizativa para desconcentrar las áreas y solución de problemas de manera independiente.</p>

<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología tiene efectiva comunicación interna, a través de la actualización de la cartera de servicios, se cuenta con todas las redes sociales, Pagina Web, fotos cartera de servicios y captura de cuentas de Facebook, Instagram, Pagina Web.</p>	<p>Sin propuesta de mejora para la adquisición de colaboradores que se encarguen del manejo de la comunicación y redes sociales. La Página Web deshabilitada</p>
<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología ha desarrollado un plan de capacitación anual, según necesidades identificadas, actualizo la autoevaluación de la nueva guía CAF SALUD, 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 para la mejora de los indicadores de gestión de calidad, elaboración de 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>	<p>No existe personal que maneje redes sociales y pagina web deshabilitada.</p>
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Generalmente la institución comunica los cambios a los empleados mediante reuniones con sus encargados e integrantes de los diferentes comités 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>No existe política de comunicación de cambios a los grupos de interés externos</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</p>	<p>No se ha realizado la activación del comité de ética pública.</p>

	<p>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. Se inició una primera reunión en marzo, 2023 para comunicar el inicio del proceso.</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, Listado de primera reunión para el inicio del proceso en marzo, 2023</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>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>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>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: Cantidad de colaboradores en condiciones diferenciadas.</p>	

3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	<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>	
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>Apoyan al personal proporcionando los materiales y equipos e insumos para el desarrollo de sus tareas. Se realiza acuerdos y evaluación desempeño y retroalimenta al personal para mejorar su desempeño mediante el plan de capacitación anual. Conformación de los comités priorizados donde se empoderan los integrantes para la toma de decisión. Se da cumplimiento desarrollo plan capacitación 2023. Aprobada la nueva estructura organizativa.</p> <p>Evidencias: Fotos consolidado evaluación y acuerdos de desempeño, listado seguimiento plan capacitación equipamiento de las áreas, acta de conformación de comités priorizados. 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. Sin propuesta de mejora en la retroalimentación de funciones, no se realiza evaluación desempeño por los supervisores en el 100 % de colaboradores en ejercicio. Sin aplicación de la nueva estructura organizativa, en proceso de actualización del Manual de funciones.</p> <p>Sin hacer propuestas de mejora para realizar retroalimentación</p>
5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.	<p>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.</p> <p>Evidencia: Reglamento interno y borrador del nuevo Manual de funciones</p>	<p>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.</p>

<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p>	<p>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.</p> <p>Evidencias: Lista de participantes, fotos de participación en capacitaciones, fotos de certificados</p>	<p>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.</p>
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>		<p>No existe una política que reconozca y premie el esfuerzo, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Se tienen identificados algunos grupos de interés como son: Juntas de vecinos, universidades, escuelas, hospitales, pero no se tienen documentados.</p> <p>Evidencia: fotos e informe de las reuniones de los grupos focales.</p>	<p>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>
<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>	

	Evidencias: producción de servicios, fotos de reuniones, comunicaciones enviadas y recibidas.	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	<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 ya fue evaluado el 1r. Semestre.</p> <p>Evidencias: Plan operativo anual (POA), Brochure Carta Compromiso al Ciudadano, informe evaluación 1r. Semestre</p>	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	<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>	
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>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>	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.
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	Los colaboradores participan en las actividades científicas y gremiales organizadas con Colegios: Medico De Enfermería	

	<p>Bio Análisis Sociedad de Gastroenterología, así como integra a algunas actividades a representantes de Juntas de vecinos</p> <p>Evidencias: Certificados de las actividades educativas de los diferentes colegios y fotos de participación en asambleas del colegio de enfermería, reuniones con representantes de la juntas de vecinos.</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: I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales 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 evidencie análisis regular del entorno externo, incluido el cambio, político, variables socioculturales, económicas y demográficas, el cambio climático, los avances médicos y avances tecnológicos</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.		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.
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.		Sin propuesta de mejora para analizar las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas
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.).		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.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>El 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>Evidencias: indicadores de cumplimiento del Plan Estratégico Institucional.</p>	
<p>2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>El 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>	

<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>El Centro de Gastroenterología gestiona el cuidado del medio ambiental 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>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<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): I. 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 implementa estrategias, tales: documentar los procesos prioritarios, se gestionó la aprobación de la nueva estructura organizativa la cual fue socializada internamente, levantamiento de necesidades de recursos humanos en las diferentes áreas para incluir en el presupuesto, 2024, levantamiento de necesidades de: equipos, infraestructuras, insumos, entre otros.</p>	<p>No se ha realizado implantación de estrategia para poner en ejecución la nueva estructura organizativa</p>

	Evidencias: El plan anual de presupuesto, aprobación de nueva estructura organizativa y levantamiento de necesidades de recursos humanos.	
2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.	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. Evidencias: Matriz del Plan Operativo Anual.	
3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.	El Centro de Gastroenterología, comunica el Plan Operativo anual que se va a ejecutar antes de la fecha y logrados mensualmente, a través de reuniones, Subportal de transparencia, grupos de WhatsApp y de forma externa: presenta Videoconferencia al Viceministerio de la Calidad, SRMS, SNS y MAP. Evidencias: Listado participantes monitorio interno, correo de envío a la SRMS, captura del portal de transparencia, fotos videoconferencia y fotos grupos de WhatsApp	
4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.	El 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. Evidencias: Matriz de monitoreo interno del POA, reporte, lista de participación, planes de mejora.	No se ha realizado la puesta en marcha de la estructura organizativa y no se ha actualizado el manual de funciones. No existe encargado de Gestión de la calidad para monitorear el cumplimiento de los planes de mejora de los comités conformados y gestión productiva

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 último miércoles de cada mes, participan 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. Se identifica las necesidades de transformación digital.</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. Documentación de las necesidades identificadas de transformación digital</p>	<p>No existe respuesta a las necesidades de transformación digital identificada</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.	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. Evidencias: Fotos del Call Center, capturas de las redes sociales, sistema para consultas, toma de citas, LabPlus, SIGHOS e imágenes médicas.	No se ha realiza innovaciones en todas las áreas
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	El Centro de Gastroenterología asegura la disponibilidad de los recursos mediante la planificación de un presupuesto anual. Evidencias: El plan anual de presupuesto e informe ejecución presupuestaria.	No se realiza la implementación del presupuesto tal y como se planifica para lograr todos los cambios planteados

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.		No existe documentación de análisis periódico de las necesidades actuales y futuras de recursos Pendiente poner en vigencia la estructura organizacional.
2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo,		No existe la política de transparencia de RR.HH.

delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.		
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.		No existe la política de RR.HH.
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.		No existe la política de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	El centro cuenta con colaboradores que poseen las competencias y capacidades adecuadas para lograr la misión, visión y los valores de la organización, en función a habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación. Evidencia: Plan capacitación institución, consolidado Evaluación de desempeño	No se ha realizado la ejecución del 100 % del plan de capacitación institucional para el fortalecimiento de las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores en función a habilidades sociales. Incluir en plan 2024 capacitaciones para desarrollar habilidades digitales y de innovación
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	El centro selecciona su personal con criterios de igualdad en lo referente a: género, discapacidad, edad, raza y religión)	No existen políticas de recursos humanos para el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades.
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	El Centro realiza evaluación y acuerdos de desempeño anual a colaboradores. Evidencias: Consolidado del Acuerdo y evaluación de Desempeño anual.	Sin propuesta de mejora para que todos los encargados cumplan las normativas establecidas para realizar los acuerdos de desempeño y la evaluación de desempeño de las competencias laborales
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	El centro realiza acuerdos de desempeño y evalúa el desempeño en la mayoría de los casos anualmente.	No existe la documentación de monitoreo de los acuerdos de desempeño sistemáticamente conduciendo diálogos de desempeño con las personas.

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 2023 y los resultados fueron socializados con colaboradores. Evidencias: Informe resultados de la encuesta de clima laboral y fotos de socialización	No existe plan de mejora de los resultados de las encuestas 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 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, ACTIVO 20-30 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, como también Juntas de vecinos, el ayuntamiento quien recoge la basura no 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, ACTIVO 20-30 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.		Sin hacer propuestas de mejoras donde sean identificadas las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo para desarrollar cuando sea apropiado

<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>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.</p> <p>Evidencias: Expediente de licitaciones.</p>	
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	
<p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p>	<p>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.</p> <p>Evidencias: Foto de la actualización del portal transparencia.</p>	

<p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p>	<p>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 Brochure de la Carta Compromiso al Ciudadano.</p>	
---	---	--

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>El Centro Gastroenterología, opera con un presupuesto que se elabora anualmente con la participación de todos los encargados de las áreas con datos históricos del presupuesto del año anterior.</p> <p>Evidencia: Presupuesto anual 2023, Pagos y transferencias a suplidores, pago de nómina.</p>	<p>Sin propuesta de mejora para que las partidas presupuestarias sean ejecutadas como fueron programadas, algunas son desviadas para otros conceptos que no fueron programados</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</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</p>	

<p>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>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, informes de análisis de auditoria medica</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 cuenta con 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>No existe propuesta de mejora para el control de la inflación del país, lo que se hagan previsiones, sobrepasen lo que se previo</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> <p>Evidencias: captura de pantalla de publicando a través del Portal de Transparencia, informe trimestral ejecución presupuestaria</p>	

<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>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.</p> <p>Evidencia: Consolidado Mensual y Anual de Ingresos y Gastos, captura de la plataforma del 67A</p>	
---	---	--

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p>		<p>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.</p>
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>		<p>Sin hacer propuestas de mejora para garantizar que la disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>		<p>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</p>
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>		<p>Sin hacer propuestas de mejora para establecer redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>		<p>Sin hacer propuestas de mejora para el monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad</p>

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 áreas dotadas de equipos tecnológicos, creación de redes sociales y página web. Evidencia: fotos de las áreas automatizadas, redes sociales y página web.	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>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>		<p>Sin hacer propuesta de mejora que documente el monitoreo y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto</p>
<p>3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).</p>		<p>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.).</p>
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<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>	<p>No existe servicios o herramientas en la nube, ni intranet interno</p>
<p>5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>	<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 electrónico de las diferentes áreas.</p> <p>Evidencias: fotos del Call Center y cabinas telefónicas, fotos de las áreas automatizadas, correos electrónico 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 la 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</p>	<p>Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC. Realiza la gestión de residuos de</p>	<p>No existe un procedimiento documentado para la gestión de residuos electrónicos.</p>

residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.	cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.	
8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	El Centro gestiona los procesos del SUGEMI para garantizar el acceso a medicamentos de calidad a través de su plataforma. Evidencia: capturas de pantallas de la plataforma del SUGEMI	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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).	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, garantiza el suministro de gas, gasoil, oxígenos y gases medicinales con reposición inmediata. Evidencia: Recepción de combustibles, gases medicinales y oxígeno, Plan de mantenimiento	No existe garantía de que se pueda ejecutar siempre las compras el periodo correspondiente dentro de los 3 meses para los suministros de lo mantenimientos preventivos y correctivos.

<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 una parte de los colaboradores en la Ciudad Sanitaria.</p>	<p>No existe disponibilidad de parqueos para los pacientes, ni para todos los colaboradores</p>

	<p>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>	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	<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>	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	<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>	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	<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 realizó el descargo de chatarra por la Dirección de Bienes Nacionales.</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 Estado (SIGEF)</p>

	Evidencia: Formularios estandarizados. Fotos del descargo de chatarras y copia del expediente de la solicitud de descargo.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	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 AIDSA para la recogida de los residuos sólidos contaminantes, los cuales son retirados dos veces a la semana. Evidencia: contratos con la empresa AIDSA	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 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>	<p>No se ha realizado el Manual de mapas de proceso y las personas propietarias que los controlan de los servicios claves en el 100 %.</p>
<p>2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>	<p>El Centro tiene descritos los procesos de Laboratorio clínico, imágenes médicas y consulta externa.</p> <p>Evidencia: Los procesos documentados.</p>	<p>No existe Manual donde el 100 % de los procesos</p>
<p>3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e</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</p>	<p>No existe propuesta de mejora para optimizar los recursos tecnológicos disponibles para satisfacer</p>

<p>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>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>las necesidades de los pacientes y familiares y agregar valor</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 cuenta con su carta compromiso al ciudadano, con dos servicios comprometidos los cuales ya recibimos la supervisión del MAP de los primeros 6 meses</p> <p>Evidencias: Brochure Carta Compromiso al Ciudadano, informe enviado por el MAP</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>En el Centro se socializan los resultados de los controles epidemiológicos, normas y protocolos, existe comité de control de infecciones que sesiona toma decisiones. También cuenta con sistema de referencia y expediente digital.</p> <p>Evidencias: Capturas de pantalla del sistema SIGHOS (Es el sistema de referencia, minutas de las sesiones comité de infecciones)</p>	<p>No existe un sistema para implementar el Expediente integral</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 involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas por medio a la aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios y uso de buzones de sugerencias colocados en todas las áreas de espera, se abre semanalmente y se responden antes de 15 días, se gestiona la solución de las quejas. Se realiza reuniones con los grupos focales.</p> <p>Evidencias: Planes de mejoras, Los informes de las encuestas de satisfacción de usuarios y minuta del comité de calidad de los servicios, gestión de buzones y grupos focales.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>En el Centro se reutilizan las hojas de papel bon, las piezas de los equipos como impresoras,</p>	

	computadoras, celulares, equipos médicos y de piezas de utilerías. Evidencias: Fotos.	
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, tablonos de anuncios en Braille y audio), otros.	Fue creada una aplicación de WhatsApp	No existe la tecnología requerida para el uso de la WhatsApp, ni los recursos os humanos disponibles, tampoco se tiene acceso en línea a los resultados, ni atención domiciliaria o comunitaria, tablonos 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 tiene acuerdos con otras instituciones que funcionan dentro de la misma cadena de servicios. Evidencias: Acuerdos con CEMADOJA y el INCART, CECANOT; CLUB ACTIVO 20-30.	
2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.	El 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). Evidencias: Formulario 67A, el EPI1, la presentación de memorias anual, Plan Operativo Anual (POA).	
3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.	El Centro 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.	

	Evidencias: Actas de reunión	
4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.	El Centro se asocia con ARS públicas y privadas, comedores económicos, Promese CAL para la prestación de servicios coordinados. Evidencias: Los contratos de los proveedores, ARS y acuerdos con promese cal y los comedores económicos.	

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
	Documento Externo SGC-MAP	

<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 aplica encuesta de clima laboral cada dos años, este año fue aplicada teniendo un 81 % de percepción positivo sobre diferentes dimensiones del desempeño institucional.</p> <p>Mensualmente se aplica encuestas de satisfacción al usuario para conocer sus opiniones sobre los servicios con un 92 %.</p> <p>En cuanto a los sistemas de comunicación, tales como: Portal institucional: www.gastro.gob.do, portal de transparencia: www.gastro.gob.do/transparencia, correo electrónico: info@gastro.gob.do, redes sociales (Facebook.com, instagram.com teléfono: 809-684-1095, extensión en todas las oficinas, flota para todos los encargados.</p> <p>Una oficina de libre acceso a la información (OAI) ubicada en el 1ro. Nivel.</p> <p>Se da seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo con una puntuación 98 % de cumplimiento en el SISMAP.</p> <p>Seguimiento a los protocolos de bioseguridad: se tiene creado el comité de bioseguridad, listado de participantes, fotos 100 % , el protocolo de uso de EPP 100 %, evidencia de la supervisión del uso de EPP 100 %, acta constitutiva y listado de participantes del comité de Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios 100 %, actas de reuniones del comité de Bioseguridad, capacitaciones impartidas, fotos y listados de participantes 100 %</p> <p>Se cuenta con protocolos para el manejo y recolección de desechos contaminantes y no</p>	<p>No existen evidencias de percepción o retroalimentación del comportamiento del personal, opinión sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos.</p>
--	---	---

	<p>contaminantes al cual se le da fiel cumplimiento, se cuenta con ruta de desechos bien señalizados, zafacones rotulados, con tapas y con bolsas, según del color de acuerdo al tipo de desechos, los cuales son clasificados de forma correcta, carros para el transporte clasificación por el tipo de desechos, tapados y señalizados, los desechos son trasladado a la Hospital Dr. Luis E. Aybar donde son incinerados. Se realizan 2 capacitaciones al año con el personal que maneja los desechos contaminantes.</p> <p>Evidencias: Captura de la matriz digital Encuestas de Satisfacción al Usuario y del Portal de transparencia, guía de manejo de desechos hospitalario, plan de mejora y matriz y evidencia de seguimiento, informe encuesta clima laboral, consolidado evaluación desempeño laboral, fotos y captura de forma de comunicación, plan de mantenimiento y seguimientos en el SISMPAP SALUD, fotos de ruta evacuación, zafacones señalizados, carros de transporte, plan de mejora de bioseguridad, protocolos y seguimientos</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>No existe indicadores para medir 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>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>El Centro da la oportunidad a los usuarios de participar en la toma de decisiones que el desempeño institucional mediante la Gestión de los buzones de sugerencias y de las QDSR de los usuarios canalizando hasta dar respuesta al mismo con el objetivo de tomar las acciones oportunas para</p>	<p>No existe sustitución del personal de facturación que presento renuncia</p>

	<p>ofrecer un servicio de calidad. En mayo fueron recogidas un total de treinta y cuatro (34) plantillas. De estas, dieciocho (18) correspondían a Quejas, ocho (8) Sugerencias, siendo las más relevantes: La falta de personal de facturación, causando largo tiempo de espera para facturar. Al concluir el mes todas fueron cerradas y se les comunicó a los usuarios las acciones tomadas que fue el reforzamiento de mayor número de facturadores, (sacados de otras áreas) en las horas pico y hasta Enc., de facturación y la gestión de que sean sustituidos por SRS los 7 colaboradores que presentaron renuncia.</p> <p>Evidencias: Listado de participación de los grupos de focales; informe de gestión de Buzones y formularios</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 publica informaciones de la organización a través del portal de transparencia de acuerdo al periodo establecido, tales como: nomina, ejecución presupuestaria, compras,</p> <p>Evidencias: publicaciones en la página web y redes sociales.</p>	<p>Sin propuestas de mejora que evidencie la percepción de la transparencia, apertura de la organización</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>Se tiene creado el portal transaccional donde se publican las compras que se realizan. En el portal de transparencia esta publicado el Plan operativo anual, estadísticas de la producción de servicios, quejas , sugerencias y reclamos, presupuesto, cantidad de Recursos humanos, beneficiario de asistencia social, comparación de precios, compras por debajo del umbral, compras menores, estados de cuentas de suplidores, balance general, ingresos y gastos, relación de activos fijos, relación de inventario de almacén.</p> <p>La cartera de servicio fue actualizada y se ofrecen todos, en mayo se dio un total de: 3,591 usuarios.</p>	

	Evidencia: informe de producción de servicios 67A, captura del portal transparencia y foto cartera de servicios actualizada	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	<p>Se ofrecen los servicios de forma presencial en nuestras instalaciones, previa citas por vía de Call Center si es consulta programada. El centro está ubicado en una zona de fácil acceso para los usuarios que llegan en transporte público en horario de 8 am-4pm y emergencias las 24 horas. Contamos con rampa y 1 ascensor hacia la 2da. Planta para pacientes ingresados, 2 escaleras con barandas y cintas antideslizante, cajas de preferencia a adultos mayores, niños y Envejecientes, no se cobra cop-pago, se tiene contrato con todas las ARS del mercado. Cartera de servicios actualizada y publicada en entrada frontal. Se tiene creada redes sociales, como: Facebook, twitter e Instagram, pagina web.</p> <p>Evidencias: fotos de: rampas, ascensor, cabinas telefónicas para concertar citas, escaleras, cartera de servicios, comprobantes de facturación, publicación en página web, redes sociales y ventanilla preferencial</p>	Sin propuesta de mejora para dar respuesta a quejas y solicitudes hechas por redes sociales por no disponer de encargados
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	El centro tiene comprometido en la Carta Compromiso al Ciudadano los servicios de consulta externa con: amabilidad, fiabilidad y profesionalidad y laboratorio clínico con: con profesionalidad, fiabilidad, accesibilidad con estándar de 90 % y tiempo de disponibilidad de los resultados de 5 días laborables, en el 1ro. Semestre de supervisión del	No existe cumplimiento de altos estándar de calidad en todas las áreas de servicios. Algunos equipos laboratorio, endoscopia y patología no están funcionamiento , ni han sido sustituidos, lo que hace que las citas se prolongue el tiempo de espera

	<p>cumplimiento de los indicadores se mantuvo el nivel de cumplimiento comprometidas, el promedio de satisfacción general fue de: 92% y por servicios de: hospitalización: 97.62 %, imágenes: 92.52 %, laboratorio clínico: 91.39 %, emergencia: 97.90 %, consulta externa 88 %.</p> <p>Siempre hay insumos disponibles al igual que medicamentos. Las citas de los pacientes subsecuentes se hacen por el CALL Center desde su casa y por cabinas telefónicas desde la institución, los que vienen por primera vez, se reciben sin hacer cita previa y se le da la atención en un 100 %. Los resultados de laboratorio están disponibles en 5 días laborables, los de imágenes en 10 días y procedimientos endoscópicos 3 días.</p> <p>En cuanto a estándares de calidad, el laboratorio clínico cuenta con una unidad de Calidad que vigila permanentemente la calidad de las pruebas y el buen funcionamiento de los equipos al igual que las demás áreas.</p> <p>Se cuenta con un programa de bioseguridad, manejo de los desechos y ruta señalizada para el manejo de desechos al igual que zafacones señalizados con bolsas del color correspondiente según tipo de desechos para garantizar el cuidado del medio ambiente.</p> <p>Evidencias: Fecha de validación del resultado de laboratorio clínico; fotos de ruta evacuación, plan de bioseguridad, unidad calidad del laboratorio, zafacones señalizados.</p>	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>Se cuenta con una caja preferencial para dar prioridad a niños, embarazadas, adultos mayores y discapacitados en el laboratorio y en las demás</p>	<p>No existe sustitución del personal de facturación que ha puesto renuncia lo que afecta el tiempo de espera de facturación</p>

	<p>cajas, el oficial de atención al usuario los identifica y le hace pasar.</p> <p>Evidencia: Fotos caja preferencial.</p>	
4. Capacidades de la organización para la innovación.	<p>Dentro de las innovaciones se cuenta con un Call Center para que los usuarios pueden tomar citas, tanto desde su casa, como desde las cabinas en la intuición, LabPlus, SIGHOS, y SIGHOSRAY, facturación por la web, redes sociales</p> <p>Evidencias: Call Center, cabinas telefónicas, LabPlus, SIGHOS, facturación, página web, redes sociales.</p>	No existe como política la innovación permanente para todas las áreas
5. Digitalización en la organización.	<p>Se encuentra con diferentes software en áreas, como: laboratorio, imágenes, consulta externa, facturación, contabilidad, las áreas están dotadas de correos electrónicos.</p> <p>Evidencias: listados de correos electrónico, LabPlus, SIGHOS para el expediente digital</p>	No existe como política la digitalización total de la institución.

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

<p>1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</p>	<p>El Centro tiene definido como medir el tiempo de disponibilidad de los resultados de las pruebas en el laboratorio clínico que son 5 días laborables y en emergencia de 1 a 4 horas que va, desde el procesamiento hasta que recibe el servicio mediante reporte de validación de las pruebas por la LAB Plus</p> <p>Evidencias: Informe del tiempo de disponibilidad de las pruebas del laboratorio por la LAB Plus</p>	<p>No existe un indicador para medir el tiempo de espera de la prestación de servicios en todas las áreas.</p>
<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>En el Centro dispone de buzones colocados en todas las áreas de espera (3) son abiertos semanalmente por el comité de apertura de buzones y se da respuesta dentro del tiempo establecido 15 días laborales, los resultados mensualmente son consolidados en una matriz.</p> <p>Las métricas de los estándares comprometidos en la Carta Compromiso al Ciudadano se lleva mensualmente y cada tres meses los resultados son socializados con el comité Carta y publicados en los murales, redes sociales y pagina web.</p> <p>De disponer de una cartera de servicios actualizada con los horarios de atención y publicada, tanto de forma física como digital por redes sociales y televisores en las salas de espera. El costo de los servicios lo tienen disponible los facturadores y la administración.</p> <p>Evidencia: Formulario de Apertura de Buzones, fotos, matriz de Registro de QDRS e informes, tabla de precios de los servicios, métricas del cumplimiento de los estándares comprometidos en la Carta Compromiso, captura 67 A</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 tiene aprobada la carta compromiso hasta el 2024 con dos áreas comprometidas, ellas son: consulta externa y laboratorio clínico, en los primeros 6 meses ha cumplido con los estándares comprometidos.</p> <p>Evidencia: métricas de las mediciones del 1ro. Semestre de los atributos comprometidos en la Carta Compromiso, Matriz digital encuesta satisfacción usuario</p>	<p>Sin propuesta de mejora para los resultados de coprológicos que son facturados, pero el usuario no trae la muestra</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 cuenta con un área de estadísticas que lleva registros oportunos de los datos. En mayo se obtuvo :</p> <p>El pacientes consultados por día fue de: 180</p> <p>El número de camas ocupadas por día: 58.10.</p> <p>Tiempo media ocupación de sala quirúrgica: N/A.</p> <p>El tiempo medio de permanencia del paciente: 5.60 %.</p> <p>El promedio de estadía en el área de hospitalización es de 5.60%.</p> <p>Evidencia: informe estadístico y reporte digital 67A</p>	
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>El centro tiene actualizada su Cartera de Servicios recientemente actualizada y publicada en la entrada principal.</p> <p>Evidencia: fotos cartera de servicio y reporte digital 67 A</p>	<p>No existe publicación en esta de mejora para hacer publicación de la cartera de servicios por redes sociales y pagina web</p>
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>El promedio general de satisfacción de usuario por atributo en el centro es de:</p>	

	Amabilidad 98 %, profesionalidad 97 %, facilidad y rapidez 93 %, manejo de las informaciones: 95 %, acceso a los servicios: 97 %, tiempo para recibir los resultados: 95 %, e higiene y comodidad: 67 %	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<p>El Centro dispone de canales de comunicación, como son: 1 central telefónica con teléfono en todas las oficinas para comunicarse internamente, flotas para que todos los encartados estén comunicados, 2 grupos de WhatsApp, 1 de encargados donde se pasan informaciones de interés de la institución permanentemente y otro para los demás colaboradores comunicar asuntos de trabajo , correos electrónico institucional para cada área donde se envían informaciones, redes sociales por donde se hacen publicaciones de actividades realizadas, ellas como: https://www.instagram.com/centrodegastroenterologiard O Instagram:@centrodegastroenterologiard https://twitter.com/cgcsleard O Twitter:@cgcsleard https://www.facebook.com/CentrodeGastroenterologiaRD O Facebook: @CentrodeGastroenterologiaRD Página web.: https://www.gastro.gob.do 4 murales informativos dos en cada nivel.</p> <p>Oficina de libre acceso a la información, oficina de atención al usuario, CALL CENTER.</p>	<p>No existe personal para manejar las redes sociales para medir resultados de su utilización.</p> <p>Sin propuestas de mejora para motivar un mayor uso de los correos electrónicos y promocionar la utilización de la Oficina de Libre Acceso a la Información.</p>

	Evidencias: fotos del listado de teléfono de las oficinas y flotas, listado de correos electrónicos, Oficina de libre acceso a la información, grupos de WhatsApp oficina de atención al usuario, murales, captura de las interacciones de las redes sociales, tales como: Facebook, Instagram, twitter, Facebook, fotos Call Center	
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 informa sobre las reuniones a celebrarse por correos y grupos de WhatsApp, en los murales las fechas de los cumpleaños de los colaboradores y conmemoración de días especiales (día del médico, bioanalista, enfermería, día del trabajo, las madres, etc.), por las redes sociales se comunica actividades educativas para la población, como el día del: cáncer de colon, enfermedades inflamatoria, cáncer de mama, cáncer de colon realizadas por la institución</p> <p>Evidencias: captura de información publicadas en redes sociales, murales, grupos de WhatsApp, correos electrónicos</p>	Sin propuestas de mejora para Informar a colaboradores internos de las informaciones suficientes y actualizadas del personal que ingresa a la institución
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 cumplimiento de los objetivos de rendimiento de puede evidenciar mediante las evidencias del cumplimiento de las actividades del POA y la gestión de los servicios a través de la ejecución presupuestaria y el levantamiento mensual del 67 A que se realiza mensualmente y enviado Metropolitana, queda disponible, tanto en la oficina de estadista y enviado a dirección.</p> <p>Evidencias: puntuación del monitorio de POA y levantamiento 67 A.</p>	

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

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

<p>1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p>	<p>El centro cuenta con buzones de sugerencias los cuales son abiertos semanalmente por el comité de buzones, procesa las informaciones y da respuestas a las sugerencias y quejas que son emitidas en un plazo menor a los 15 días, muchas son tomadas en cuenta para mejorar la calidad. Los colaboradores hacen propuestas a través de reuniones en las que participan.</p> <p>Evidencia: acta de reuniones, de diferentes comités, reuniones generales y reporte de buzones de sugerencia.</p>	<p>No existe una política para medir nivel de participación y el porcentaje en que se cumple la implicación de los grupos de interés internos y externos en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones.</p>
<p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p>		<p>No existe un indicador para calcular el porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores</p>
<p>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).</p>		<p>No existe política establecida previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad para poder medir indicadores de cumplimiento</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.).</p>	<p>El centro cuenta con un sistema digital para el registro de las citas, consultas médicas (SIGHOS), Facturación(SIGHOS FACTURACION), laboratorios Clínico (LABPLUS) y en imágenes médicas (SIGHOSRAY), patología (SIGHOSPAT) y endoscopia (SIGHOSEND) para la validad de resultados</p> <p>Evidencias: Capturas de los sistemas: (SIGHOS, Facturación (SIGHOS FACTURACION), laboratorios</p>	<p>No existe una aplicación tecnológica (App) para mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa.</p>

	Clínico (LABPLUS) y en imágenes médicas (SIGHOSRAY), patología (SIGHOSPAT) y endoscopia (SIGHOSEND)	
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).	<p>La ciudadanía accede a los servicios de forma presencial a través de citas que realiza por el Call Center si es paciente subsecuente, si es de primera vez si atiende en la primera visita, si el servicio corresponde a procedimientos endoscópicos la cita es personal.</p> <p>Cuando requiere otro tipo de información, es atendido por atención al usuario vía: telefónica: flota 809-991-6290 809-684-1095* 269, correo: atencionalusuario@gob.do, por la oficina de atención al usuario ubicada a la entrada de la institución, 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.</p> <p>Evidencias: Captura portales de transparencia, redes sociales, oficina de la RAI, atención al usuario presencial y CALL CENTER, vía telefónica</p>	No existe encargado redes sociales para manejarla, ni aplicación de WhatsApp

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
----------	--------------------------------------	-----------------

<p>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).</p>	<p>El Centro cuenta con una cartera de servicios muy demandada, somos único de la especialidad en la Red pública, es un centro de referencia nacional. Se atienden a todo el que demanda de la atención. Se tiene contrato con todas las ARS del mercado. En mayo se atendieron en:</p> <p>Consultas: 3, 769 Procedimientos por márgenes: 4,320 Laboratorio clínico: 44, 682 Emergencia: 768 Hospitalización: 109</p> <p>El nivel general de satisfacción de los usuarios en mayo estuvo en 92 %.</p> <p>Se aplica cada dos años se encuesta de clima laboral con un nivel de satisfacción promedio por dimensiones de: 81 %.</p> <p>Evidencias: encuesta de satisfacción de usuarios, informe clima laboral, 67 A y cartera de servicios.</p>	<p>No existen indicadores de medición de la imagen y rendimiento general de la organización para otros grupos de interés</p>
<p>2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.</p>	<p>El centro da participación a los encargados en tomas de decisiones mediante reuniones del Consejo de Administración Hospitalario, se tienen conformados 7 comités priorizados y sesionan mensualmente en un 100 %.</p> <p>Evidencias: minutas de reuniones, actas de conformación.</p>	<p>No existe política para medir el involucramiento de todas las personas de la organización en la toma de decisiones de la organización, ni del conocimiento de la misión, visión y valores y su contribución para cumplirlos.</p>

3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	<p>Los encargados forman parte de los 7 comités priorizados cada uno con sus planes de mejora para un 100 %.</p> <p>Fue actualizado la autoevaluación de la metodología de la gestión productiva y conformada 8 planes de mejora.</p> <p>Evidencias: Listado de participantes y minutas de los comités, planes de mejora de la gestión productiva y comités priorizados</p>	<p>No existe políticas para medir la participación de las personas en las actividades de mejora.</p> <p>No se ha realizado designación de un encargado de Gestión de la Calidad para el seguimiento a todos los planes de mejoras.</p>
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	<p>Se cuenta con portal transaccional, oficina de la RAI, SISCOMPRO con una puntuación: 91.50 %.</p> <p>Evidencia: captura portal transaccional, fotos oficina RAI.</p>	<p>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. Activación comité de Ética Pública.</p>
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.		<p>No existen políticas para medir percepción de mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>
6. La responsabilidad social de la organización.		<p>No existe política de responsabilidad social de la organización.</p>
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.		<p>No existe política la apertura de la organización para el cambio y la innovación.</p>
8. El impacto de la digitalización en la organización.		<p>No existe política para medir el impacto de la digitalización en la organización</p>
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.		<p>No existe política para medir la agilidad en los procesos internos de la organización.</p>

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

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

<p>1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.</p>	<p>El Centro tiene como objetivo principal ofrecer servicios de salud a la población, da cumplimiento a través de objetivos estratégicos establecidos en el Plan Operativo anual reportando su rendimiento mensualmente a la SRS Metropolitano, SNS y MAP obteniendo una puntuación en el 1ro. Trimestre del año de 82%, para la ejecución del mismo los recursos son asignados mediante presupuesto anual elaborado previamente y su ejecución es evaluada trimestralmente y se comunica a las autoridades rectora.</p> <p>El rendimiento global de la organización alcanzada en el SISMAP SALUD a la fecha es de: 71.67 %.</p> <p>Evidencia: Matriz de cumplimiento del POA, Presupuesto anual, gestión de recursos humanos</p>	<p>Sin propuesta de mejora para la adquisición de 40 colaboradores para ocupar diferentes puestos de trabajo por renunciaciones y jubilaciones solicitados al SNS</p>
<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>El Centro tiene diseñado la gestión de distintos procesos claves, tales como: consulta externa, imágenes médicas, procedimientos, laboratorio, trabajo social.</p> <p>Evidencia: Procedimientos</p>	<p>No se ha realizado en su totalidad el Manual de proceso de la institución</p>
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>En el Centro fue aprobada la nueva estructura organizativa en noviembre, 2021 mediante levantamiento de información hecho por el MAP donde se encuentran representados las posiciones. Se cuenta con un Reglamento interno con las funciones de puestos de trabajo. En el 2022 fue aplicada la evaluación de desempeño a 1 90.4 % de los colaboradores.</p> <p>Evidencia: nueva Estructura Organizativa, Reglamento Interno, Matriz consolidado de evaluación desempeño.</p>	<p>No existe El Manual de Funciones actualizado por el MAP y la nueva estructura organizativa no ha entrado en vigencia</p>

4. La gestión del conocimiento.	El elabora un plan de capacitación anualmente al cual le da seguimiento, de 22 capacitaciones en lo que va de año se han desarrollado 7 para un 34.8 % Evidencia: El plan de capacitación anual 2023 y listado de participantes.	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.	La comunicación interna fluye por distintas vías, como son: de forma presencial en reuniones, 2 grupos de WhatsApp, 1 para encargados y 1 demás colaboradores, murales informativos, 46 correos internos. Evidencia: fotos de murales, 1ro. Y 2do. Nivel, comunicaciones escaneada enviada por los grupos de WhatsApp, listados de correos internos, listado de participación de reuniones.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	La percepción del alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo en la encuesta de clima laboral aplicada este año fue de: 73. 13 %. Evidencia informe resultados de la encuesta de clima 2023	No existe la política del plan de reconocimiento, ni individuales, ni por equipos
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 para medir el ambiente de trabajo y la cultura de la organización

<p>2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).</p>	<p>El centro tiene diferentes horarios de trabajo, según el área, mayormente de 8 am-4 pm otorga permisos respetando lo que estable la Ley para los fines, con cierta flexibilidad antes condiciones de salud de un familiares directos. Se trabaja por hora que no exceda las 180 al mes permitiendo conciliar su vida laboral con la personal, todos los colaboradores cuentan con seguros médicos de distintas ARS para proteger la salud. Si por necesidad de la institución se requiere de mayor tiempo, se pagan horas extra a solicitud de su encargado que es quien lo justifica.</p> <p>Evidencias: registro de ponche</p>	
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>		<p>No existe política para el manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato</p>
<p>4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>El Centro cuenta personal de seguridad en todo el perímetro, instalaciones antisísmicas, buena iluminación, climatización en todas las áreas, agua permanente y se lleva controles de calidad mensual, rutas de evacuación, rutas de desechos y buen manejo de los mismo, según tipo, insumos disponibles, sistema contra incendio con mantenimiento periódico, estructura físicas en buenas condiciones, sillas de oficina ergonómicas, condiciones de higiene aceptable.</p> <p>Evidencias: Certificación de Habilitación MSP. Fotos de las instalaciones, ruta de evacuación y desechos, reporte de la calidad del agua, sistema contra incendio</p>	<p>Sin propuesta de mejora para efficientizar las condiciones de higiene por falta de recursos humanos en Hostelería</p>

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 reconocimiento individual y grupal para elevar nivel de motivación y empoderamiento.
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	El centro desarrolla programa anual de capacitación teniendo como proveedor a INFOTAP y el INAP para el desarrollo de habilidades profesionales. La parte medica desarrolla programa de actualización los últimos miércoles de cada mes, al igual que algunos encargados, como son: directora, adiestradora, encargado de Planificación y Desarrollo, atención al usuario, activos fijos, quienes forman parte de redes de aprendizajes con sus homólogos de la SRS	No existe política de acceso a formación de competencias dura para el fortalecimiento de conocimientos y habilidades relacionadas al trabajo que una persona necesita para desempeñar funciones técnicas

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 evidencias 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.		No existe evidencias 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.		No existe evidencias de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social e la institución
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).		No existe Indicadores que evidencie 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
Resultados de Indicadores relacionados con: † El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	El Centro aplica formulario de evaluación del desempeño personal a más del 90 % de sus colaboradores. Evidencia: consolidado de acuerdo de desempeño.	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

2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.		No existe evidencia de medición del uso de herramientas digitales de información y comunicación.
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).		No existe política de medición 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).
4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.		No existen evidencias de acciones de frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	El Centro celebra cada año actividades de educación en celebración del día del: cáncer de colon, cáncer de mama, de enfermedades inflamatorias, hepatitis, 4 en total y son publicadas por redes sociales y pagina web. Evidencias: Fotos de las diferentes actividades, publicación de actividades en redes sociales y pagina Web.	No se ha realizado medición de indicadores que midan percepción del impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional, tales como: 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.
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.		No existe evidencia que mida como contribuye la reputación de la organización a la sociedad local/global

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.		No existe evidencia que mida el impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país
4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).		No existe evidencia del 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.).
5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).		No existe indicadores para medir el impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel internacional (por ejemplo: Productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.		No existen evidencias de toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.
7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).		No existen evidencias de la participación de la organización en la comunidad, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.)
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	<p>En el mes de mayo de 42 plantillas recogidas en los buzones de sugerencias por el comité de Apertura de Buzones, 3 fueron de felicitaciones y 8 de sugerencias.</p> <p>Evidencias: plantillas de 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, estamos certificados con licencia del Ministerio de Ingeniería y Minas para las operaciones y manejo de desechos y productos radioactivos.</p> <p>Los desechos biológicos son manejados en las instalaciones para los fines de la nueva Ciudad Sanitaria con todos los estándares de calidad.</p> <p>Realiza reciclaje de equipos médicos, como endoscopios, 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>Se garantizada el suministro de agua mediante un pozo y una cisterna, agua por tubería de la CASD.</p> <p>Evidencias: Reporte del seguimiento al plan de mantenimiento, fotos de equipos reciclados, fotos de plantas eléctricas, pozo y cisterna</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 y SRS frecuentemente, con los comunitarios cuando se requiere de su apoyo, con suplidores y ARS cuando es necesario.</p> <p>Evidencias: Correos electrónicos de convocatoria y fotos con representantes de ARS y SRS, SNS, listado de participantes y 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>No existe evidencias de los intercambio productivo de conocimientos e información, tales como número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales</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>No existe evidencia de 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>

8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).		No existe indicadores de los Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	<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>	Sin propuesta de mejora para aplicar nuevas políticas de reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	<p>El Centro utiliza el sistema de incineración de la nueva Ciudad Sanitaria para los desechos.</p> <p>Evidencias: Fotos incineradora</p>	
11. Política de residuos y de reciclado.	<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> <p>Evidencias: Manual de manejo de residuos hospitalarios, reporte de cumplimiento del manejo de residuos hospitalarios. Fotos equipos reciclados.</p>	

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

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

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	<p>En el mes de mayo el Centro ofrecieron: 3,508 consultas de gastroenterología, 225 de gastroenterología pediátrica y 27 de psicología. 60, 200 pruebas de laboratorio Imágenes médicas: 4, 320 Hospitalizaciones: 106 Emergencia: 768 Referimientos: 16 Bolsa de sangre colectadas: 104 Bolsa de sangre administrada: 76.</p> <p>Los niveles de satisfacción que arrojo la encuesta en el mes de mayo:</p> <p>Hospitalización: 97. 6 %. Imágenes médicas: 923 %. Laboratorio clínico: 91 5. Consulta externa: 88 %. Los que recomienda a otra persona a atenderse en este establecimiento: 92 %.</p> <p>Porcentaje de atributos de calidad: Amabilidad: 98 %. Profesionalidad: 98 %. Facilidad y rapidez del servicio 93 %. Manejo de la información del personal que lo atendió: 95 %. Acceso a los servicios: 97 %.</p>	

	<p>Tiempo transcurrido para la entrega de los resultados de los estudios realizados: 95 %.</p> <p>Higiene y comodidad del espacio físico: 67 %.</p> <p>La calidad general: 94 %.</p> <p>Evidencias: Formulario 67A y resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios.</p>	
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).</p>	<p>El impacto en la sociedad que hace la institución, según su misión está enfocada principalmente en la oferta de los servicios de salud a los usuarios de la Cartera de Servicios. En mayo fueron citados. La producción de servicios en mayo fue en:</p> <p>Laboratorio clínico: 60, 200 Consulta externa: 3,769 Imágenes médicas: 4, 320 Hospitalización: 109 Emergencias atendidas: 768 Total de: 105, 166 servicios ofertados a la población.</p> <p>Entre los beneficiarios directos también están 26 suplidores de materiales e insumos y los informales del entorno que también se benefician</p>	
<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>En mayo fueron citados para la consulta externa 3002 subsecuentes y visto 5,508 pacientes, de los cuales 506 eran de los que vienen por primera vez que no necesitan citas para ser atendidos.</p> <p>En estas áreas se asisten a todos los usuarios que solicitan servicios sin citas previa:</p> <p>60, 200 pruebas de laboratorio Imágenes médicas: 4, 320 Emergencia: 768</p>	

	<p>Según disponibilidad de cama: Hospitalizaciones: 106.</p> <p>Evidencias: Agenda de citas programadas y 67 A.</p>	
<p>4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.</p>	<p>Se tiene documentados dos acuerdos con instituciones de la misma cadena de valor que son: Centro de Amistad Dominico -Japonés (CEMADOJA) y el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCAT). Con el centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)</p> <p>Evidencias: acuerdo firmados</p>	<p>No existe evidencia de acuerdos firmados con el Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)</p>
<p>5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.</p>	<p>La institución fue habilitada por dos años en el año, 2022 hasta el 2024.</p> <p>El primer trimestre del Plan Operativo anual, 2023 obtuvo: 82 %.</p> <p>Estamos en SISMAP SALUD:</p> <p>1.01. autodiagnóstico CAF: 100</p> <p>1.02. Plan de mejora CAF: 60</p> <p>1.03. plan de capacitación: 50</p> <p>1.04. Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones: 70</p> <p>1.05. Gestión de acuerdos de desempeño: 95</p> <p>2.01. porcentaje de cumplimiento del POA: 82</p> <p>2.02. control de almacenamiento e inventario de medicamentos e insumos: 85</p> <p>2.03. plan y Comité Definido para Gestión de Riesgos y Planes de Desastres: 97</p> <p>2.04. Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, mobiliarios: 90</p> <p>2.05. Porcentaje de incremento de facturación: 60</p> <p>2.06. Porcentaje Desempeño Vigilancia Epidemiológica: 100</p> <p>2.07. Porcentaje Disminución de deuda: 100</p> <p>2.08. porcentaje objeciones glosas médicas y administrativa: 100</p>	<p>No existe el Manual de Organización y Funciones terminado. Gestión de evaluación del desempeño por resultados y competencias pendiente de que sea puntuación.</p> <p>1.06. La evidencia fue enviada, a la espera de puntuación.</p> <p>3.03. Producción de servicios de salud: hospitalizaciones, a la espera de puntuación.</p> <p>3.04. Producción de servicios de salud: hospitalizaciones, a la espera de puntuación.</p>

	<p>2.09. Porcentaje promedio de cumplimiento SISCOMPRA: 92</p> <p>2.10. Porcentaje ejecución presupuestaria: 99</p> <p>2.11. Porcentaje eficientización de nómina (cantidad de colaboradores): 100</p> <p>2.12. Porcentaje eficiencia nomina (monto económico) 15</p> <p>0.3. gestión clínica (es una comparación con el 1er. Trimestre 2023 con la producción del 1er. Trimestre 2022)</p> <p>3.01. Días promedio cama: 54</p> <p>3.02. Producción servicios de salud consulta: 66</p> <p>3.05. Producción de los servicios de salud: razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias: 100</p> <p>3.07. producción servicios diagnósticos (laboratorio clínico e imágenes diagnostica): 9</p> <p>3.08. porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios: 100</p> <p>3.09. Índice de ocupación de cama: 58</p> <p>3.10. tasa neta de mortalidad hospitalaria: 66</p> <p>4.1. satisfacción de los usuarios:</p> <p>4.1. Carta COmpromiso al Ciudadano: 100</p> <p>4.02. Índice de satisfacción de usuarios: 95.</p> <p>Evidencias: Certificación de Habilitación del Ministerios de Salud Pública, informe resultado monitoreo POA, matriz SISMAP SALUD</p>	
<p>6. Resultados de la innovación en servicios/productos.</p>	<p> </p>	<p>No existe política o indicador que nos permita ver estos resultados.</p>
<p>7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.</p>		<p>No existe indicador que nos permita medir resultados de la implementación de reformas del sector público</p>

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.	<p>El Centro cuenta con un plan de capacitación elaborado, en lo que va de año se han realizado un total de: 8 en lo que va de año en la institución y la directora, administradora, Enc. OAI, Planificación Estrategia, atención al usuario, Epidemiología, hostelería, mantenimiento, Activos fijos y Recursos Humanos participan de capacitaciones constantemente por vía presencial y virtual, impartida por la Metropolitana y el Servicio Nacional al igual que un plan de mantenimiento con un 95 % de cumplimiento.</p> <p>Evidencias: listado de participantes de las actividades de capacitación, plan de capacitación anual y plan de mantenimiento</p>	No se ha realizado la ejecución del plan de capacitación como está programado por dificultad con los facilitadores que no estuvieron disponibles
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.		No existe indicadores para medir resultados de mejora e innovaciones, el centro carece de Enc. De Gestión de la de Calidad que pueda darle seguimiento a las mejoras implementadas.
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).		No existe indicadores para medir resultados de los que se pueda hacer análisis comparativo.
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	El Centro tiene firmado convenio con instituciones de la misma cadena de valor a quienes les solicitan servicios para los usuarios internos, como son: Centro de Amistad Dominico Japonés (CEMADOJA) y el Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART). También se solicitan colaboración al Centro Neuro Oftalmológico y	No existe acuerdos firmados con todas las instituciones con las que el centro tiene alianzas, tampoco indicadores para medir la eficacia de la misma

	<p>Trasplante (CECANOT), en lo que va de año fueron solicitados 11 servicios a pacientes con la misma cantidad de respuesta y de CECANOT al Centro de Gastroenterología 8 servicios a pacientes con igual respuesta.</p> <p>El centro de Gastroenterología solicito al Centro de Amistad Dominico Japonés (CEMADOJA): 10 servicios para usuarios ingresados, obteniendo la misma respuesta y CEMADOJA le solicito al Centro de Gastroenterología 5 servicios que también fueron ofrecidos.</p> <p>Centro Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT): Con respuesta eficaz</p> <p>Evidencias: Registros de control</p>	
<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>		<p>No existe política establecida para reducir costo ,el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo</p>
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>El Centro realiza auditoria mensual a los expedientes clínicos, obteniendo en mayo: 98 %, Auditoría médica a 401 facturas de los expedientes clínicos del 18 de abril al 18 de mayo obteniendo el 99.63 de no objeción a los pagos de las facturas auditadas y un 0.37 % de glosa.</p> <p>Del 01 /05/2023 al 30/05/2023 fueron realizados 44 pagos por trasferencias y por cheques y todos fueron auditados por Control Interno.</p> <p>Se realiza dos veces al año un levantamiento de inventario a los activos fijos en una matriz digital y es enviado al SRS y SNS.</p>	

	Evidencias: informes de auditoría de expedientes clínicos y cheques con sello de auditoría interna, matriz digital de informe activos fijos	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.		No se evidencian resultado para las propuestas de mejora en participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	El centro da cumplimiento a la ejecución presupuestaria en un 80 %, en función al programado, según productividad y prioriza las necesidades. Evidencia: Informe ejecución presupuestaria y presupuesto anual	No existe la ejecución presupuestaria como se programa en su totalidad
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.		No existe políticas establecidas para medir resultados de logro del 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.