

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO

Dirección o Departamento: Planificación

Fecha 29/12/2022

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

INDICADOR 4.1.1.19.05 Seguimiento al plan de mejora CAF

DESARROLLO DEL INFORME

Plan de Acción: Plan de Mejora CAF

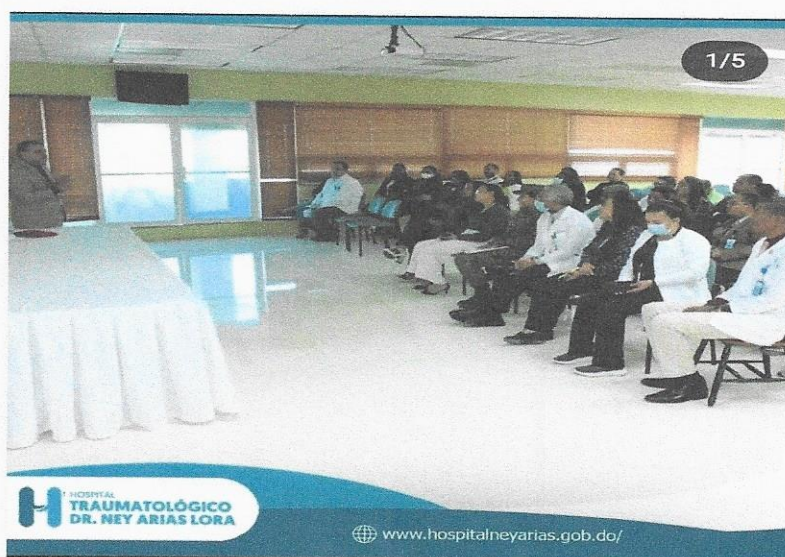
Periodo: Enero-Diciembre 2022.

Estatus: Finalizado

Objetivo: Presentar un informe de seguimiento al plan de acción de "Plan de Mejora CAF".

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.	Orientar al personal con respecto a los valores que tiene la institución, así como también con la misión y visión.	Actualizar la misión, visión y valores tomando en cuenta las opiniones del personal del nuestro hospital.	Que nuestro personal conozca y aprenda nuestros valores como institución, también que cumplan al pie de la letra con la misión y visión.

1. Los valores fueron actualizados durante el taller de Planificación Estratégica/ POA 2020 y se decidió por asamblea revisar cada cinco años. Queda pendiente la actualización de los carteles con la nueva imagen corporativa dispuesta por el SNS.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
1.2. Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua	Instruir al personal mas frecuentemente sobre cuales son sus funciones.	Realizar reuniones con cada departamento para fortalecer los conocimientos acerca de los planes de trabajo.	Grantizar un personal lo suficientemente calificado e instruido claramente con sus funciones y responsabilidades.

2. A todo el personal de nuevo ingreso, pasantes, residentes internos se les instruye sobre sus funciones y responsabilidades y se realizan actividades de recordaciones las diferentes gerencias. Tenemos pendiente la realización de una inducción masiva.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
1.3. Motivar y apoyar a las personas de la organización y actuar como modelo de referencia.	Personal no motivado con su trabajo.	Reconocer el trabajo de los empleados que han lo mejor de si todos los días.	Empleados motivados.

3. Se han realizado varias actividades de reconocimiento a empleados en fechas especiales Día de enfermera, Día de Secretarias y a personal administrativo.



HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA
INVITACIÓN

9NA. JORNADA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA

**CAMBIO DE PARADIGMA EN LA COMUNICACIÓN
EFECTIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL NEY ARIAS LORA**

Te invitamos a participar de nuestra Novena Jornada Académica de Enfermería de nuestro centro de salud, donde se abordarán diferentes temas de salud.

La misma se realiza desde las 8:00 am en la Biblioteca Pedro Mir de la (UASD).

Te esperamos!

#TodosSomosNeyAriasLora #Salud #Calidad
#UNRETOPORLAVIDA #Enfermería

@presidenciai @luisabinader @viciedo @raquelpenavice
@saludpublicard @daniel_rivera @snsrdo @drmarialama
@srsrmdo @drjuliolandron

29 sets · Ver traducción

Ver estadísticas

Les gusta a actualidadmedica y 28 personas mas

Agrega un comentario...

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
1.4. Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés.	Sin relación con grupos de intereses.	Hacer reuniones para crear relaciones con autoridades políticas.	Crear relaciones políticas solidas.

4. Hemos recibido la visita de varias personalidades y autoridades municipales, civiles, militares y firmado acuerdos con miras a fortalecer las relaciones interinstitucionales.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
2.1. Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión.	No se han identificado todas las necesidades.	Poder levantar las informaciones sobre las necesidades presentes y futuras.	Especificar las necesidades más básicas.

5. Hemos iniciado la realización de grupos focales con lo que identificamos sus necesidades y en la medida de los posibles les damos respuesta.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
2.2. Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada.	Desarrollar estrategias más sólidas.	La información recopilada debe cumplir con los parámetros establecidos.	Estrategias y planificaciones claras para lograr un mejor rendimiento al momento de presentar las informaciones.

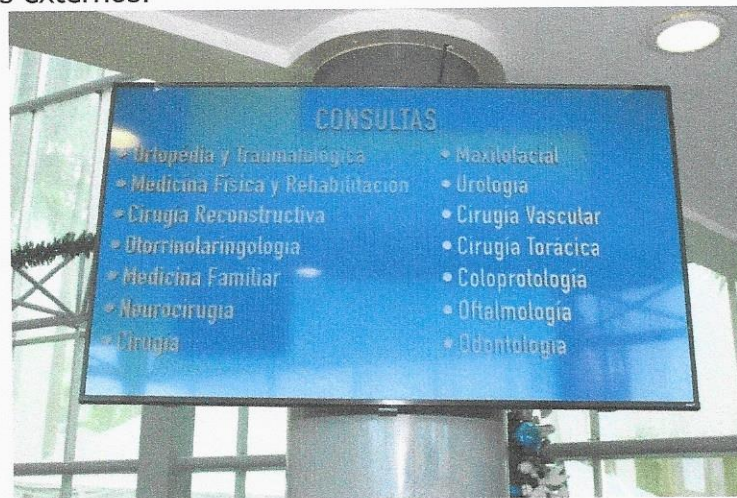
6. Los informes de producción, se realizan cada mes y en las reuniones del Consejo Administrativo del hospital, se utilizan para la toma de decisiones.

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
2.3. Comunicar e implantar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.	Monitorear las áreas más concurridas por los usuarios para cumplir al pie de la letra con la planificación coordinada.	Revisar de forma periódica los planes establecidos en el año.	Cumplir fielmente con el PLAN OPERATIVO ANNUAL.

7. Se realiza un informe cuatrimestral del Plan Estrategico del hospital y trimestral del POA del SNS

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
2.4. Planificar, implantar y revisar la innovación y el cambio.	El hospital debe innovar en los medios gráficos.	Realizar cambios significativos lograr satisfacer al usuario.	Cambio constante de las estrategias establecidas para establecer metas.

8. Se han estado realizando actividades relacionadas con la nueva línea grafica del hospital, en la medida que los recursos económicos del HTNAL lo permite. Se ha priorizado las áreas de atención a usuarios externos.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
3.2. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos y tanto individuales como de la organización.	Reconocer las capacidades del personal.	Premiar al personal mensualmente.	Personal motivado y satisfecho.

9. Los reconocimientos a empleados los hacemos cada 3 meses y en fechas específicas. No realizamos evaluaciones de desempeño mensual.

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
3.3. Involucrar a los empleados por medio del diálogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar.	El personal no involucrado con su bienestar del hospital.	Involucrar a los empleados para el bienestar del hospital.	Personal empoderado e involucrado con su bienestar propio y del centro.

10. Los gerentes y la Dirección General realizan reuniones donde se revisan los procesos y el personal tiene la oportunidad de expresar sus opiniones al respecto. Esto se evidencia en la encuesta de usuarios internos que realizamos una vez al año.



H HOSPITAL
TRAUMATOLÓGICO
DR. NEY ARIAS LORA

www.hospitalneyarias.gob.do/

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
4.2. Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes.	No hay alianzas definidas con los cliente.	Establecer alianzas con los clientes.	Tener al cliente de nuestro lado.

11. Se han formalizado alianzas con algunos sectores, específicamente con proveedores, otras instituciones de salud entre otros.



Director de SENASA asegura
Ney Arias Lora es uno de los hospitales
que ofrece mejor servicio del país.

H HOSPITAL
TRAUMATOLÓGICO
DR. NEY ARIAS LORA

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
4.3. Gestionar las finanzas.	Encargados de finanzas con debilidades.	Manejo adecuado de las finanzas.	Finanzas controladas.

12. Nos mantenemos al tanto de las disposiciones de los organismos rectores del area económica y financiera. Se realizan capacitaciones en el uso de nuevos instrumentos de registro de datos.

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
4.4. Gestionar la información y el conocimiento.	Personal no maneja información necesaria.	Realizar charlas en las cuales se les hable al personal sobre los datos mas relevantes del hospital.	Personal bien informado y capacitado.

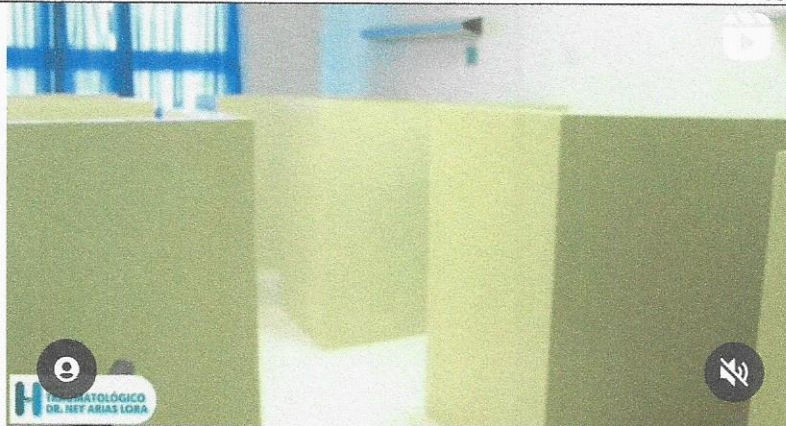
13. A través de la Coordinación de Estadísticas se han realizado actividades individuales con los gerentes del area productiva para capacitarlos en el uso de las matrices de recogida de información y para el cálculo de la producción individual del personal médico.

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
4.5. Gestionar las tecnologías.	Tecnología obsoleta.	Compra de nuevos equipos.	Equipos tecnológicos de primera.

14. Hemos adquirido varios equipos informáticos e incorporado un resonador. Como también la unidad robótica de quemados de CD, para la agilización de la entregas de resultados en el area de imágenes.

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
4.6. Gestionar las instalaciones.	Instalaciones no apropiadas.	Garantizar instalaciones adecuadas.	Seguridad al momento de cambio.

15. La Gerencia de Mantenimiento se mantiene en constante vigilancia de los daños y averías a los bienes muebles e inmuebles y realizan el mantenimiento preventivo y correctivo.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
5.2. Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos /clientes	Prestar mejores servicios.	Desarrollar productos orientados a los ciudadanos.	Usuarios satisfechos con el servicio.

16. Nuestra cartera de servicios se revisa y actualiza de acuerdo a la demanda de los pacientes, teniendo en cuenta nuestra capacidad resolutive y tipo de hospital. También para garantizar la calidad de la atención y puntualizar nuestro enfoque al servicio, lanzamos nuestra tercera versión de la carta compromiso.



Hospital Ney Arias Lora realiza operativo quirúrgico para garantizar disponibilidad de camas en feriado de Navidad.





Ney Arias Lora opera en 24-48 horas lesionados de navidad para garantizar camas disponibles para Año Nuevo.

H HOSPITAL
TRAUMATOLÓGICO
DR. NEY ARIAS LORA



H HOSPITAL
TRAUMATOLÓGICO
DR. NEY ARIAS LORA

www.hospitalneyarias.gob.do/

Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
5.3. Coordinar los procesos en toda la organización y con otras organizaciones relevantes.	Mejora en los procesos	Monitoreo constante de los procesos.	Procesos actualizados.

17. Realizamos las coordinaciones necesarias con el SNS, la Regional y la Dirección de Área, así como con otras instituciones en aspectos relacionados con referencia y contrareferencia, también estamos trabajando en la actualización de los procesos de atención.

En ese mismo orden realizamos un levantamiento de efectividad de procesos, evaluando la calidad del proceso enfocado en el nivel de satisfacción.



Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo
6.2. Mediciones de resultados.	Resultados no esperados.	Monitorear continuamente los procesos.	Resultados positivos

18. Cada mes realizamos la medición de los indicadores financieros, hospitalarios y de producción.

INDICADORES	RESULTADOS GENERALES ESPERADOS 2022	Resultados Esperados, Obtenidos y Nivel de Cumplimiento									METAS GENERALES 2022	RESULTADOS GENERALES 2021	Nivel de Cumplimiento	
		1er. Cuatrimestre	Resultados Obtenidos	Nivel de Cumplimiento	METAS 2do. Cuatrimestre	Resultados Obtenidos	Nivel de Cumplimiento	3er. Cuatrimestre	Resultados Obtenidos	Nivel de Cumplimiento				
EFICIENCIA	EFICIENCIA													
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	80%	71,8%	89,8%	80%	71,0%	88,8%	80%	17,9%	22,4%	80%	54,2%	67,7%	
Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	80%	80%	#DIV/0!	#DIV/0!	1	#DIV/0!	#DIV/0!	1	#DIV/0!	#DIV/0!	80	#DIV/0!	#DIV/0!	
Promedio de Estadía (Día)	5	5,0	#DIV/0!	#DIV/0!	5,0	#DIV/0!	#DIV/0!	5,0	#DIV/0!	#DIV/0!	5	#DIV/0!	#DIV/0!	
Presión de Urgencias	20%	20%	27,4%	-37,0%	20%	27,8%	-39,2%	20%	29,0%	-45,2%	20%	27,8%	-38,9%	
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	80%	102,65%	128,2%	80%	97,96%	122,4%	80%	25,0%	31,3%	80%	76,0%	94,9%	
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	10%	9,5%	104,8%	10%	9%	109,2%	10%	5,9%	141,1%	10%	9%	110,5%	
% Desempeño Técnico	90%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	30%		0,0%	60%			90%			90%	68,0%	75,6%	
Índice de Rotación de Camas	48	16	22	135,8%	32	23	73,2%	48	23	48,7%	48	68	141,6%	
CALIDAD	CALIDAD													
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0,50%	0,50%	0,24%	151,8%	0,50%	0,24%	162,4%	0,50%	0,32%	135,0%	0,50%	0,25%	150,3%	
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8,0%	8,0%	3,85%	151,8%	8,0%	3,7%	153,7%	8,0%	4,8%	140,5%	8,0%	3,9%	151,4%	
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5,00%	5,0%	2,34%	153,3%	5,0%	1,64%	167,1%	5,0%	1,4%	171,7%	5,00%	1,9%	161,7%	
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	5%	1,06%	178,7%	5%	0,8%	183,9%	5%	0,4%	192,3%	5%	0,9%	182,6%	
% Cumplimiento Procesos.	90%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	
% Cumplimiento Protocolos.	90%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de 72 Horas de la De Alta)	5%	5%	0,0%	199,3%	5%	0,1%	198,7%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	199,1%	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de más de 30 días de la De Alta)	5%	5%	0,5%	189,7%	5%	1,0%	180,0%	5%	0,3%	184,9%	5%	0,7%	185,9%	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	5%	0,8%	183,5%	5%	1,0%	180,7%	5%	0,4%	182,3%	5%	0,8%	183,2%	
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de más de 30 días de la De Alta)	5%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	5%	0,0%	200,0%	
PRODUCCIÓN	PRODUCCIÓN													
Total Hospitalización.	9.601	3.200	2.917	89,0%	3.200	3.088	96,4%	3.200	752	23,5%	9.601	6.655	69,3%	
Total Consultas Hospital.	94.023	31.341	31.729	101,2%	31.341	32.655	104,2%	31.341	7.547	24,1%	94.023	71.931	76,6%	
Total Cirugías Electivas Programadas	5.729	1.910	2.147	112,4%	1.910	2.152	112,7%	1.910	511	26,8%	5.729	4.810	84,0%	
Total Emergencias	47.369	15.790	11.971	75,8%	15.790	12.600	79,8%	15.790	3.090	19,6%	47.369	27.661	58,4%	
SATISFACCIÓN	SATISFACCIÓN													
% Satisfacción de los Usuarios Externos.	90%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%		0,0%	90%	88,3%	98,1%	
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	80%		0,0%	80%		0,0%	80%		0,0%	80%	59,6%	74,5%	

Actualmente nuestro plan está ejecutado en un **100%**, destacando la mejoría que se ha notado en todo el proceso de ejecución de dicho plan y la buena aceptación de cada una de las áreas involucradas.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Mantener la calidad de mejoría continua. **(Analista de Calidad)**
- Mejorar la calidad en el registro de los datos. **(Gerencias Medicas)**
- Manejar de manera efectiva la calidad de presentación de las evidencias. **(Gerencias Administrativas)**

RESPONSABLES

Elaborado por:	Lic. Alvaro Osoria (Analista de Procesos)
Entregado a:	Dra. Juliana Fajardo (Sub-directora de Planificación)
Firma y sello de recibido:	

