

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

**TITULO: “PLANES ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS EN
HOSPITALES PROVINCIALES 2014”**

INFORME FINAL

ABRIL DE 2015

FUNDACIÓN TECNOLÓGICA DEL PLATA

Índice

Introducción.....	3
Tarea 1: Capacitación y consolidación de los equipos de trabajo.....	4
Tarea 2: Selección de los Hospitales para el desarrollo del Proyecto.....	26
Tarea 3: Presentación del Proyecto en los Hospitales.....	28
Misión, Visión y Valores.....	30
Tareas 4 y 5: Identificación de fortaleza, debilidades, oportunidades y amenazas...46	
Elaboración de Matriz FODA.....	46
Tarea 6: Formulación de problemas y acciones de mejora de los trabajadores de cada Hospital.....	98
Tarea 7: Elaboración de la Matriz de identificación de problemas y causas.....	111
Tarea 8: Formulación de Objetivos Estratégicos.....	134
Tarea 9: Formulación de las líneas de acción – Plan Operativo.....	146
Tarea 10: Generación de los Planes Estratégicos y Operativos, líneas de acción y metas de los hospitales del Proyecto.....	146
Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino”.....	147
Hospital Zonal General de Agudos de Lobos.....	172
Hospital Zonal General de Las Flores.....	191
Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo”.....	213
Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian”.....	234
Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López”.....	255
Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”.....	277
Hospital Zonal de Agudos “Lucio Meléndez”.....	305
Hospital Zonal Del Tórax “Dr. Antonio Centrángolo”.....	335
Hospital General de Agudos Blas Dubarry.....	355
Hospital Inter zonal General de Agudos “Eva Perón”.....	371
CONCLUSIONES.....	394
ANEXOS.....	397

Introducción

En el presente informe se detallan todas las actividades realizadas a fin de implementar el Proyecto “Planes estratégicos y operativos en hospitales provinciales 2014”. Las mismas son capacitación y consolidación de los equipos de trabajo; selección de los Hospitales; misión, visión y valores; identificación de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas - elaboración de la Matriz FODA; matriz de formulación de problemas y acciones de mejoras de los trabajadores de cada hospital; elaboración de la matriz de identificación de problemas y causas; formulación de objetivos estratégicos; formulación de las líneas de acción – Plan operativo y generación de los Planes Estratégicos y Operativos, líneas de acción y metas de los hospitales del proyecto.

Tarea 1: Capacitación y consolidación de los equipos de trabajo

La capacitación se llevó a cabo en el Hospital “El Dique” de Ensenada durante un mes con dos encuentros semanales (martes y jueves) de 5 horas cada uno, bajo la tutela del personal de la Fundación Ciudad de La Plata. En la misma participaron residentes de primero, segundo y tercer año de la Residencia de Economía y Administración Hospitalaria, de distintos Hospitales de la provincia de Buenos Aires y los consultores contratados para el Proyecto.

Los residentes son profesionales graduados de las carreras de Contador, Lic. en Administración y Lic. en Economía. El rol de los residentes dentro del proyecto de Planificación Estratégica y Operativa en hospitales, esta contemplado dentro de un marco de asistencia técnica junto al equipo de Tutores Responsables y Tutores que realizarán los talleres en los Hospitales seleccionados.

Desarrollo de la capacitación:

Primer y segundo encuentro:

Estos encuentros tuvieron como ejes principales: la Política Hospitalaria, el Gobierno Clínico Hospitalario, el Hospital Descentralizado en Red y los Decálogos Hospitalarios (ver documentación en Anexos). Fueron desarrollados por el Director Provincial de Hospitales, Dr. Claudio Ortiz, el Director Provincial de Planificación, Dr. Martín Montalvo y el Director de Planificación Estratégica, Bioq. Claudio Duymovich.

Tercer, cuarto y quinto encuentro:

Durante estos encuentros se explicaron:

1. Los roles de los equipos de trabajo, determinando que:

El Tutor responsable:

- ✓ Será el orador y encargado de llevar adelante los talleres en tiempo y forma.
- ✓ Completará la planilla de evaluación interna del equipo.
- ✓ Se comunicará con el contacto del hospital solicitando espacio físico, sillas suficientes, cañón, PC, pizarra y/o rota folio.
- ✓ Será el contacto administrativo con el Director del Hospital y con el nivel central.

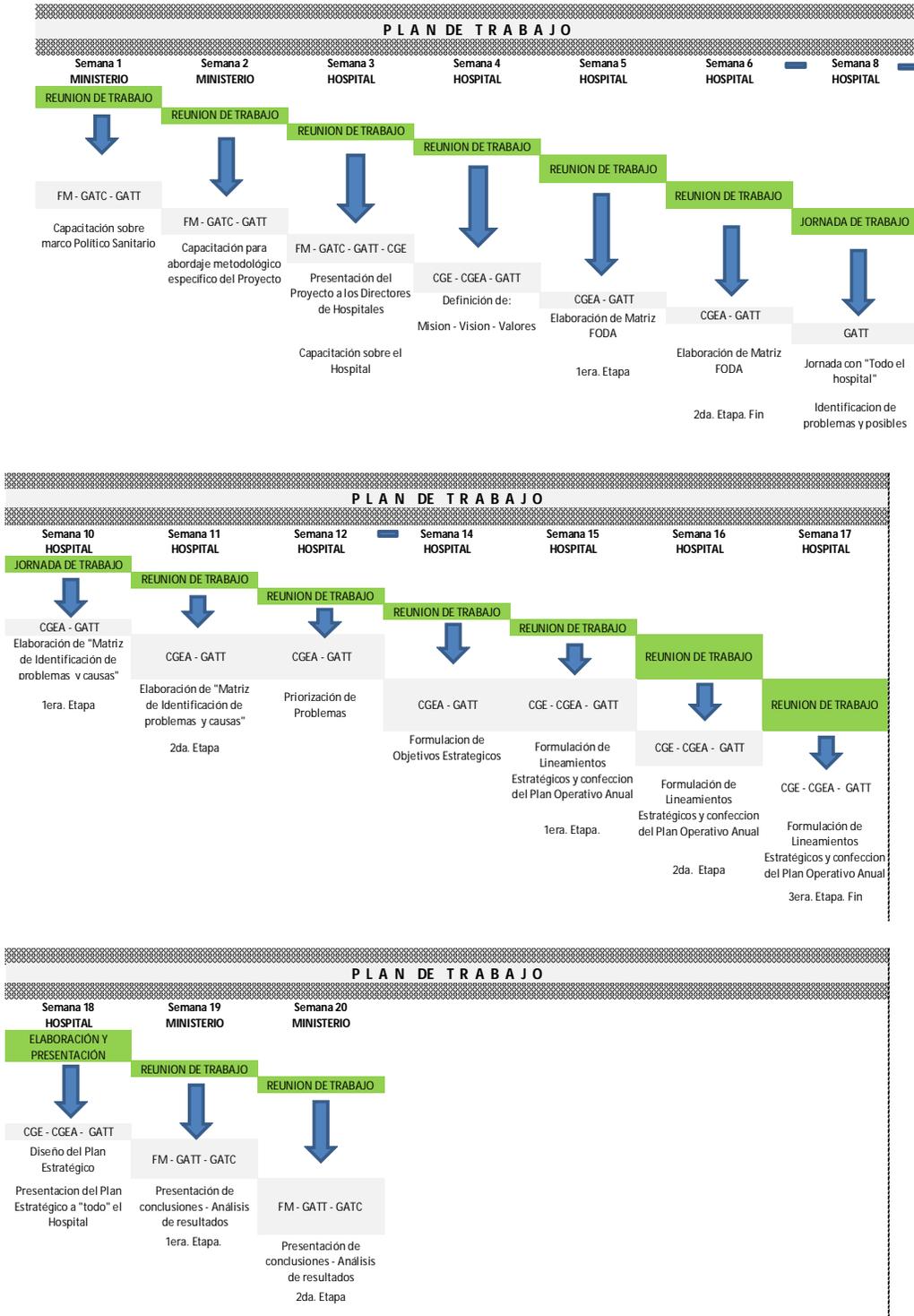
El Tutor:

- ✓ Asistirá al Tutor responsable en la conducción del taller y registrará los resultados en una pizarra o rota folio.
- ✓ Reemplazará al Tutor responsable en caso de ausencia.
- ✓ Analizará los anexos y toda la información recibidos de los asistentes técnicos y lo envían al nivel central por correo electrónico.
- ✓ Responderá a las necesidades que surjan en el desarrollo del Proyecto solicitadas por el Tutor responsable.

Los Residentes:

- ✓ Tomarán asistencia por jornada y realizará la minuta de cada taller.
- ✓ Tomarán nota de todo aquello que surja fuera del tema central del taller, que será de insumo para los próximos encuentros.
- ✓ Ambos sistematizarán los resultados de cada taller en el anexo correspondiente y se lo enviarán al tutor junto con los originales de las notas tomadas.
- ✓ Ambos responderán a las necesidades que surjan en el desarrollo del Proyecto solicitadas por el Tutor responsable.

2. El desarrollo de cada uno de los talleres, informando el siguiente Plan de Trabajo:



3. Las herramientas que se deberán aplicar. Siendo estas:

Guía para desarrollar diagnóstico:

Análisis Interno

En este punto, nos enfocaremos en el Análisis Interno de las debilidades y/o problemas de cada una de las Aras de Gestión. También haremos referencia, a título orientativo para identificar problemas, un listado referencial de algunas de las líneas de acción principales que se deben considerar en el Análisis interno del Hospital. Algunas de estas acciones surgen del Plan Quinquenal (2011-2015), el “Decálogo”, y las Acciones rectoras propuestas por el Ministro.

- **Gestión Estratégica**, priorizando la planificación, la gestión de la información, de los procesos, de la comunicación, la infraestructura, el equipamiento, los insumos.
- **Gestión de Pacientes**, priorizando la atención y la calidad percibida de atención.
- **Gestión Clínica** (Producción y Productividad), priorizando la gestión de los recursos, la producción de la información y su utilización adecuada y la calidad de los servicios.
- **Gestión Económica Financiera**, priorizando el financiamiento y la administración alineada con el Ministerio.
- **Gestión de los Trabajadores**, priorizando las condiciones laborales, los cuidados al trabajador, la capacitación permanente y el reconocimiento al trabajador.
- **Gestión de la calidad**, priorizando la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la equidad.

Líneas de trabajo para reflexionar sobre los problemas:

Gestión Estratégica		
✓	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración	
	Organigrama	
✓	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).	
	Estrategia de comunicación interna y externa	
✓	Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).	
	Realizan la carga vía web del formulario 10 (codificación de egresos)?	
	¿La utilizan para la toma de decisiones?	
✓	Tienen información actualizada de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?	
	¿La utilizan para la toma de decisiones?	
✓	Estado del sistema de información de camas críticas	
	Estado del sistema nacional de Vigilancia en Salud SNVS – Registro civil	
✓	Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.	
✓	Condiciones del mobiliario y equipamiento sanitario	
✓	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	
	Mapa de riesgo del Área Programática.	

Gestión de pacientes		
✓	Nuevas modalidades de Interacción y atención: Internación indiferenciada, Cuidados Progresivos (internación indiferenciada, complejidad creciente, cuidados interdisciplinarios – gestión de camas centralizadas), Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinario.	
✓	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.	
✓	Situación y rol en las Redes de servicios. Funcionamiento en Red	
	Encuestas de satisfacción a la comunidad	
	Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento	
✓	Sistema de turnos telefónicos.	
✓	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	
✓	Unidad de atención al usuario.	
	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	
	Señalética	
✓	Trabajos de pintura y obra en el establecimiento	

Gestión Económica financiera		
	Participación en la programación y ejecución presupuestaria	
	Participación en los análisis de gastos, compras y costos.	
✓	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la D GA.	
	Manual de procedimientos administrativos.	
✓	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO) – (metas	
	Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica	
✓	Gestión del Plan SUMAR - NACER	
	Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)	
✓	Cooperadoras, fundaciones.	

Gestión de los Trabajadores		
✓	Política de Capacitación e Investigación	
✓	Política de reconocimientos e incentivos	
✓	Calidad en los Concursos	
	Análisis y planificación de la Planta de personal	
✓	Gestión del Ausentismo	
✓	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.	
✓	Modalidad guardia de 12 horas	
	Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)	
✓	Condiciones y medio ambiente de trabajo	
	Comité mixto de salud y seguridad.	
	Relación con los gremios.	
	Curso de capacitación en Bioseguridad	
✓	Violencia en el Trabajo – Hospital seguro	
✓	Equidad de género.	
✓	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador	

Gestión Clínica (producción y productividad)		
✓	Planificación y Gestión operativa de servicios	
	Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes	
✓	Gestión por procesos de atención	
✓	Aborto no punible	
	Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria	
	Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	
	Ateneos	

Gestión de la Calidad		
	Incorporación al Programa de Garantía de Calidad	
	Comité de calidad	
	Acreditación de Residencias, Servicios y el Hospital en su conjunto	
	Certificación de Procesos hospitalarios	
✓	Comité de Infección	
✓	Comité de Ética	
✓	Comité de Mortalidad (Gral. y Materno infantil)	
✓	Comité de Auditoría de Historias Clínicas	
✓	Comité de Tumores	

✓	Comité de Farmacia y Medicamentos	
✓	Comité de Evaluación de Tecnología Sanitaria	
	Estado del sistema de control de calidad de Laboratorio	
✓	Hospital seguro y seguridad del paciente – Chek list de quirófano	
✓	Maternidad Segura y centrada en la familia	
	Servicios tercerizados (limpieza, comida, seguridad, lavadero, mantenimiento)	

Herramienta para la Priorización de Problemas

HERRAMIENTA PARA LA PRIORIZACION DE PROBLEMAS						
Criterio	Índice	Escala				
¿Cuál es la magnitud de las consecuencias sanitarias que genera este problema?	Gravedad	1	Leve			
		2	Moderado			
		3	Grave			
¿Qué tan frecuente es el problema?	Frecuencia	1	Insólito			
		2	Esporádico			
		3	Habitual			
¿Cuál es el interés / percepción de la comunidad en el problema?	Valoración Social	1	Desinteresados / poca visibilidad			
		2	Interesado			
		3	Muy Interesado			
¿Qué posibilidades hay de resolver el problema?	Factibilidad					
Económico Financiero		1	Alto costo			
		2	Intermedio			
		3	Bajos costos			
Complejidad de Resolución		1	Difícil resolución			
		2	Media			
	3	Fácil resolución				

ÁREA DE GESTIÓN	Problemas	IG (Índice de Gravedad)	IF (Índice de Frecuencia)	IVS (Índice de Valoración Social)	IFA (Índice de Factibilidad)		IPP (Índice de Priorización de Problemas)
					EF (Económico Financiero)	C (Complejidad)	
ESTRATÉGICA							
DE PACIENTES							
ECONÓMICA FINANCIERA							
DE LOS TRABAJADORES							
CLÍNICA							
DE LA CALIDAD							

TEST DE PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS PARA TODOS LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

TEST de percepción de PROBLEMAS

▪ **Sector o Servicio en el que trabaja:**.....

▪ **Rol:** Enfermería Técnico: Profesional Administrativo: Servicios de apoyo

El objetivo de este cuestionario es conocer su percepción acerca de los problemas en su lugar de trabajo y/o en el hospital. Esto colaborará para priorizarlos y encontrar las soluciones adecuadas en el marco de la construcción del Plan Estratégico y Operativo del Hospital. La respuesta debe medir el nivel de importancia del problema según su percepción y observación, en el marco institucional que tiene el hospital.

Referencias:

Debe determinar **SI** es o **NO** un problema el Tema señalado

- Cuando no percibe que es un problema debe marcar el casillero **NO**
- Cuando su respuesta es **SI** debe marcar qué grado de importancia tiene para UD según la siguiente escala de **ponderación**
 1: es poco importante 2: Es importante 3: Es muy importante 4: Es muy importante y urgente su resolución.

Ítem	Tema	Ponderación					
		NO	SI	1	2	3	4
1	La capacitación para cumplir con la función que tiene	NO					
		SI	1	2	3	4	
2	La organización de las tareas	NO					
		SI	1	2	3	4	
3	Las reglas , normas o procedimientos escritos	NO					
		SI	1	2	3	4	
4	La definición de roles y responsabilidades	No					
		SI	1	2	3	4	
5	El trabajo en equipo	NO					
		SI	1	2	3	4	
6	Las normas escritas de bioseguridad	NO					
		SI	1	2	3	4	
7	La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	NO					
		SI	1	2	3	4	
8	La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	NO					
		SI	1	2	3	4	
9	La comunicación con los pacientes	NO					
		SI	1	2	3	4	
10	El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	NO					
		SI	1	2	3	4	
11	Los elementos y / o insumos de trabajo	NO					
		SI	1	2	3	4	
12	El trato de los jefes	NO					
		SI	1	2	3	4	
13	Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	NO					
		SI	1	2	3	4	
14	La participación en comités/comisiones internas, etc.	NO					
		SI	1	2	3	4	
15	El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	NO					
		SI	1	2	3	4	
16	El trato entre el personal	NO					
		SI	1	2	3	4	
17	El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	NO					
		SI	1	2	3	4	
18	El " Prestigio" del hospital en la comunidad	NO					
		SI	1	2	3	4	
19	Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	NO					
		SI	1	2	3	4	

Si desea remarcar algún problema que no ha sido contemplado, por favor defínalo a continuación:

Si desea proponer acciones de mejora que permitan corregir alguno/s de los problemas planteados, por favor hágalo a continuación o en la contra cara de esta:

.....

**EVALUACIÓN FINAL SOBRE EL PROYECTO DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA Y OPERATIVA EN HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**

Esta evaluación tiene como objetivo recibir información sobre sus reflexiones y poder desarrollar mejoras sobre el proyecto.

Marque con una cruz lo que crea conveniente

¿Cómo calificaría la importancia del proyecto realizado?

Muy alta Alta Media Baja

¿Cómo calificaría la utilidad del proyecto para el Hospital?

Muy alta Alta Regular Baja

¿Considera que el proyecto le permitirá mayor participación dentro de la Organización?

SI NO NS/NC

¿Considera que el proyecto le permitió mayor conocimiento del Hospital?

SI NO NS/NC

¿Considera que el proyecto le permitió adquirir mayores competencias para su desempeño en la Gestión?

SI NO NS/NC

¿Considera que el proyecto favorecerá un mayor compromiso con el Hospital?

SI NO NS/NC

¿Cómo calificaría el desarrollo y la organización del proyecto?

Muy bueno Bueno Regular Malo

¿Considera que este modelo de gestión puede ser sustentable y replicado dentro del Hospital?

SI NO

¿Cómo calificaría el desempeño del equipo de trabajo del proyecto?

Muy bueno Bueno Regular Malo

Sugerencias / Observaciones sobre el proyecto realizado

Check list de cada Taller

Fecha: 2014		
Equipo Interviniente		
Rol	Nombre y apellido	
Tutor Responsable		
Tutor		
Asistente Técnico/a Residente Administración Hospitalaria		
Asistente Técnico/a Residente Administración Hospitalaria		

	Actividades	
1	Bienvenida. Invitar a completar y firmar planilla de asistencia .Presentación integrantes del equipo y de los participantes en primer taller y nuevos integrantes en los sucesivos	
2	Comunicar el tema del encuentro actual (taller), reseña del anterior y el horario del intervalo (coffee break)	
3	Utilizar el power point (Cuando sea necesario)	
4	Explicar pautas del taller participativo: actividades durante el mismo y producto esperado.	
5	Desarrollar el Práctico del taller participativo	
6	Finalizar el taller leyendo la minuta registrada por el tutor / asistente técnico (asegurando consenso con el producto obtenido) .	
7	Informar tema del próximo taller y si hubiera algún cambio (lugar, día , hora , tema)	
8	Recolectar las planillas de asistencia, registros y/o papelotes utilizados.	

Observaciones:

Responsable:

Evaluación		
Totalmente satisfactorio	2	S
Parcialmente satisfactorio	1	P
Insatisfactorio	0	I

Observaciones:

Tutor responsable:.....

Instrucciones del la “Grilla de Evaluación de cada taller”

Esta grilla es una herramienta para evaluar el desenvolvimiento, y la interacción de cada Equipo con el personal del hospital, en cada taller. Se realizará una por taller y será entregada al Nivel Central de la Subsecretaría cada dos encuentros. Consta de dos tablas para a completar

1° Tabla

- Es para identificar los integrantes de cada equipo designado para cada hospital

2° Tabla

- Consta de ocho ítems a evaluar. Se ponderará :

S Totalmente Satisfactorio

P Parcialmente Satisfactorio

I Insatisfactorio

Referencia		Evaluación		
		Totalmente Satisfactorio S	Parcialmente Satisfactorio P	Insatisfactorio I
1	Asistencia del equipo al Hospital	Todos los integrantes	La mitad de los integrantes	Menos de la mitad de los integrantes

2	Participación del personal del hospital en los talleres	Entre el 100 %y el 50%	Entre el 50% y el 30%	Menos del 30%
3	Participación de la Dirección en los talleres	Entre el 100% y el 50%	Entre el 50% y el 30%	Menos del 30%
4	Comunicación con el Contacto del Hospital	Siempre	A veces	Nunca
5	Infraestructura técnica y edilicia consensuada funcionando (espacio físico ,cañón, PC, sillas , Pizarra, café)	Siempre Totalmente	A veces. Parcialmente	Nunca. Nada
6	Cumplimiento de las normas establecidas	Siempre	A veces	Nunca
7	Clima de Trabajo en el desarrollo del taller	Participativo. Cordial. Respetuoso. Entusiasta	Parcialmente los calificativos de la celda anterior	Beligerante Irrespetuoso Hostil Indiferente
8	Compromiso (liderazgo, empoderamiento del proyecto) de la Dirección del Hospital	Siempre	A veces	Nunca

- En **Observaciones** se describirá situaciones puntuales a comunicar al Nivel Central.
- Siempre deberá hacerse **Responsable** del informe el Tutor responsable o el Tutor.

Evaluación		
Totalmente satisfactorio	2	S
Parcialmente satisfactorio	1	P
Insatisfactorio	0	I

Observaciones:

- Los productos a obtener.

Hospital:
MISIÓN
VISIÓN
VALORES

MATRIZ FODA				
HOSPITAL	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
ÁREA DE GESTIÓN	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ESTRATEGICA				
DE PACIENTES				
CLINICA				
ECONOMICA FINANCIERA				
DE LOS TRABAJADORES				
CALIDAD				

Resultado de Test de percepción de problemas

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Los elementos y / o insumos de trabajo		
Las normas escritas de bioseguridad		
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.		
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios		
La comunicación con los pacientes		
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.		
Las reglas , normas o procedimientos escritos		
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.		
La organización de las tareas		
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios		
La capacitación para cumplir con la función que tiene		
El trabajo en equipo		
La definición de roles y responsabilidades		
El trato entre el personal		
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)		
La participación en comités/comisiones internas, etc.		
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad		
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital		
El trato de los jefes		

OBJETIVOS ESTRATEGICOS
Gestión Estratégica:
Gestión de Pacientes:
Gestión Clínica:
Gestión Económica Financiera:
Gestión de los Trabajadores:
Gestión de la Calidad:

Tablero de Gestión completo de la siguiente manera:

AREA DE GESTIÓN			Metas Año...		Metas Año....				Metas Año...	
Objetivos Específicos	Línea de acción	Metas	3° Trim	4° Trim	1° Trim	2° Trim	3° Trim	4° Trim	ANUAL	Responsables

Plan Estratégico y Operativo:

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL XXXXX

PARA LOS AÑOS XXXXX

Misión, Visión y Valores; Matriz FODA, Matriz de problemas y causas, Resultado del Test de percepción de problemas, Objetivos Estratégicos, Tablero de Gestión.

Estos encuentros fueron desarrollados por el Director Provincial de Planificación, Dr. Martín Montalvo y el Director de Planificación Estratégica, Bioq. Claudio Duymovich y la coordinadora técnica del Proyecto, Lic. Ana Castro.

Sexto, séptimo y Octavo encuentro:

Durante estos encuentros se presentaron y desarrollaron cada uno de los Programas y Direcciones que dependen de la Subsecretaría de Planificación de la Salud y se relacionan con la implementación del proyecto, siendo estos:

- ✓ Dirección de Información Sistematizada
- ✓ Programa de Garantía de Calidad
- ✓ Programa de Atención a la Comunidad
- ✓ Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria
- ✓ Tablero de Mando del Ministerio de Salud

Cada uno de los Directores o Coordinadores de Programas dieron a conocer los objetivos y las actividades que se desarrollan en las Direcciones o Programas a su cargo y establecieron vinculación con la implementación del Proyecto.

Conformación y consolidación de equipos de trabajo

Se determinó la siguiente conformación de equipos para los Hospitales seleccionados:

1. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino” – Ensenada RS XI

Equipo: Carlos Bacigalup, Silvina Fontana. Residentes: Baldoni Melina, Cardenas Castro Gladys.

2. Hospital Zonal General de Agudos de Lobos – Lobos RS X

Equipo: Eduardo Martinez, Juan P. Cocozzella. Residentes: Cabrera Facundo, Colombatto, Mariana

3. Hospital Zonal General de Las Flores – Las Flores RS IX

Equipo: Juan Coll Martinoia, Walter Gómez. Residentes: Corbat Noemi, Dietrich Laura

4. Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo” – Lanus RS VI

Equipo: Daniel Soldi, Sanchez Viamonte Julián. Residentes: Chechile Gabriela, Flores Danisa.

5. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian” – Ezeiza RS VI

Equipo: Rosana Acheme, Sebastián Marotz. Residentes: Nadeff Martín, Negrelli Yanina.

6. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López” – Lanus RS VI

Equipo: Pablo Costa, Ricardo Quinteros. Residentes: Pacini Cintia, Sanchez Mariana

7. Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge” – Almirante Brown RS VI

Equipo: Scala Evelina, Silicani Ana María. Residentes: Ana Paula Forguieri, Lasca Trenado Virginia

8. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez” – Almirante Brown RS VI

Equipo: Andrea Zavala, Rodriguez Mariana. Residentes: Richiusa Marcela, Lluy María Jose

9. Hospital Zonal del Tórax “Dr. Antonio Cetrángolo” – Vicente Lopez RS V

Equipo: María Cristina Martinez, Forsetti, Laura. Residentes: Diaz Karina, Farías M. Romina

10. Hospital Zonal General de Agudos “Blas Dubarry” – Mercedes RS X

Equipo: Barbis Elizabeth, Adrian Zelayeta. Residentes: Urruty Valeria, Moreno M. Lucía

11. Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” – Gral San Martin RS V

Equipo: Juliana Fernandez Motta, losquin Cecilia Berta. Residentes: Gonzalez Cifre Agustina, Longinotti Luciana.

Tarea 2: Selección de los Hospitales para el desarrollo del Proyecto

La selección de Hospitales fue determinada en conjunto entre la Fundación Tecnológica del Plata, la Dirección Provincial de Hospitales y la Subsecretaría de Planificación de la Salud considerando las particularidades de cada Hospital, el perfil de cada uno y su rol en la red sanitaria.

Los Hospitales seleccionados fueron:

1. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino” – Ensenada RS XI
2. Hospital Zonal General de Agudos de Lobos – Lobos RS X
3. Hospital Zonal General de Las Flores – Las Flores RS IX
4. Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo” – Lanús RS VI
5. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian” – Ezeiza RS VI
6. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López” – Lanús RS VI
7. Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge” – Almirante Brown RS VI
8. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez” – Almirante Brown RS VI
9. Hospital Zonal del Tórax “Dr. Antonio Cetrángolo” – Vicente Lopez RS V
10. Hospital Zonal General de Agudos “Blas Dubarry” – Mercedes RS X
11. Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” – General San Martín RS V

Tarea 3: Presentación del Proyecto en los Hospitales

La presentación de Proyecto se realizó en cada uno de los Hospitales seleccionados, contando con la presencia de la Dirección Ejecutiva y Asociada de cada Hospital y los cuadros intermedios responsables de áreas del Hospital (jefes de servicios, responsables de áreas administrativo contables y representantes de comités). Acompañó a los Grupos de Asistencia Técnica el Director Provincial de Planificación, Dr. Martín Montalvo y el Director de Planificación Estratégica, Bioq. Claudio Duymovich.

Misión, Visión y Valores

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

❖ **MISION:**

Ser un Hospital Zonal General de Agudos, de complejidad media. Integrado a la red de atención primaria y la red provincial de salud. Destinado a brindar a la población de su área programática los Cuidados de la salud a través de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos. Tanto dentro del hospital como en la comunidad.

Ser un hospital integrado al sistema universitario, que realiza docencia de pre y posgrado.

❖ **VISION:**

Ser un Hospital con personal comprometido y sentido de pertenencia, que realice su trabajo en equipo y bajo normas, protocolos y guías. Que trabaje en post de lograr la formación de un recurso humano propio, a través de los distintos recursos de capacitación que cuenta el hospital. Mediante un Departamento Docencia e Investigación que aspire a una Capacitación continúa.

Lograr la satisfacción de los pacientes a través del uso eficiente de los recursos, bajo un modelo de calidad de atención. Centrado en la seguridad de los pacientes y los trabajadores.

Lograr que el paciente tenga empatía y respeto con el Hospital.

❖ **VALORES:**

- ✓ Respeto
- ✓ Compromiso
- ✓ Voluntad de trabajo
- ✓ Solidaridad
- ✓ Compañerismo
- ✓ Ética
- ✓ Honestidad
- ✓ Empatía
- ✓ No ser hipócrita

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DE LOBOS

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos y Crónicos, sin cobertura de Cuidados intensivos, que trabaja comprometido con la comunidad, realizando acciones de Promoción y prevención. Con acciones de capacitación en enfermería, ateneos mensuales en Clínica, procesos de capacitación tanto para su personal como para la comunidad y Docencia Universitaria de Grado para prácticas hospitalarias.

❖ **VISIÓN:**

Queremos ser un Hospital que realice todas las especialidades de la internación con Servicios formalmente constituidos. Contribuir a la formación de profesionales de la salud siendo sede de Residencias de Clínica médica. Con un alto sentido de pertenencia, siendo al mismo tiempo un Nodo de red que cumpla eficientemente con las prestaciones que su nivel le determinan.

Crecer como Hospital Escuela de formación, formalizando el comité de Docencia e Investigación.

Ser ediliciamente un Hospital Zonal moderno que cumpla con las necesidades de la comunidad en los tiempos actuales

VALORES:

- ✓ Respeto
- ✓ Calidad
- ✓ Paciencia
- ✓ Capacitación
- ✓ Equidad
- ✓ Igualdad
- ✓ Comprensión
- ✓ Empatía
- ✓ Compromiso
- ✓ Transparencia
- ✓ Solidaridad.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Zonal General de Agudos ubicado en la zona centro de la Provincia de Buenos Aires. Brindamos Atención integral: Promoción, Prevención, Asistencia, Recuperación y Rehabilitación, en las especialidades básicas para la demanda ambulatoria programada, no programada, y en internación con prevalencia de accidentología y trauma.

Desarrollamos internación domiciliaria y cuidados paliativos. Integrados con la Red Sanitaria local y Regional.

Realizamos actividades de Capacitación y Docencia.

Desde lo social brindamos cuidados a los adultos mayores de una Residencia Geriátrica ubicada en el predio del Hospital.

❖ **VISIÓN:**

Ser reconocidos como un Hospital Zonal competente con especialidades y disciplinas básicas, orientado a la atención emergentológica y de adultos, para cubrir las necesidades de la comunidad y la región. Asegurando la calidad, equidad y accesibilidad en la red local

Lograr trabajar en forma interdisciplinaria con recursos, infraestructura y tecnología acorde a las necesidades de la Red sanitaria Regional.

❖ **VALORES:**

- ✓ compromiso
- ✓ responsabilidad
- ✓ trabajo en equipo
- ✓ calidad
- ✓ ética
- ✓ competencia
- ✓ capacitación
- ✓ equidad
- ✓ respeto

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ARTURO MELO”

❖ **VISIÓN:**

Llegar a ser un Hospital Subzonal General de Agudos y Crónicos, que brinde cirugías programadas, manteniendo prestaciones generales de baja y mediana complejidad, fortaleciendo la red de derivación, incrementado las prácticas diagnósticas acordes a la complejidad del Hospital. Ser un Hospital de formación que brinde capacitaciones de pre y post-grado relacionado con distintas Universidades. Llegar a ser reconocidos como centro oftalmológico de referencia.

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Local General de Agudos y Crónicos con capacidad para optimizar prestaciones generales de baja complejidad, en el marco de un modelo medico asistencial basado en la atención primaria de la salud y en el trabajo en red. Sostenemos el paradigma de la atención integral de las personas, concibiendo la salud como derecho y estableciéndola como compromiso.

❖ **VALORES:**

- ✓ Solidaridad
- ✓ Calidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Universalidad
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Humanización
- ✓ Equidad
- ✓ Respeto

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

❖ **MISIÓN:**

Somos un hospital zonal general de agudos en nuestra área programática se encuentra la Unidad penitenciaria Aeropuerto, el Centro Atómico y el Aeropuerto Internacional de Ezeiza. Cercano a la estación ferroviaria y cruce de autopista lo que garantiza la accesibilidad de los pacientes del partido y aledaños. Realizamos actividades de prevención promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la Salud, con orientación Materno Infantil y politraumas por siniestros en la vía pública.

Formamos parte del sistema de Red local articulando con centros de atención primaria salud CAPS, red sanitaria regional coordinando a través Región Sanitaria VI con el resto de la provincia. Somos un hospital abierto a la comunidad y propiciamos la participación de todos los actores que intervienen en el procesos de atención.

Realizamos capacitación brindando formación a RRHH. propio y externo en servicio. Estamos asociados a la Universidad UBA (Unidad Docente Hospitalaria) , llevamos adelante la Tecnicatura Superior de Enfermería , Carreras de especialidades profesionales en RED y las residencia médicas . Realizamos Investigación Básica y educación a la comunidad

❖ **VISIÓN:**

Ser un Hospital de excelencia, de referencia abierto a la comunidad integrado en red sanitaria eficiente. Satisfacer las necesidades reales de la comunidad hospitalaria y de los pacientes . La atención que ofrezca sea de calidad en la asistencia sanitaria tanto como en la seguridad laboral y de la comunidad. Ser centro de referencia Materno-Infantil y Trauma con modelos de atención centrada en paciente con abordaje y organización interdisciplinaria Promover la educación continua intra y extramuros de alta calidad Ser destacado en la formación de las personas que lo integran y la investigación biomédica

❖ **VALORES:**

- ✓ Compromiso
- ✓ Respeto
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Reconocimientos del otro
- ✓ Humanización
- ✓ Comunicación
- ✓ Identidad
- ✓ Compañerismo

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López”

❖ MISIÓN:

Es un Hospital Zonal de Agudos de segundo nivel, con una impronta clínico quirúrgico y materno infantil, con respuesta en trauma y emergencia de manera integral; con actividades de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. Brinda atención bajo un modelo de cuidados progresivos.

Es referente para la comunidad que abarca el área programática, caracterizado por su accesibilidad, dando atención oportuna, ordenada y con respeto al paciente; complementado con un sistema de referencia y contra referencia y un adecuado trabajo en red.

Se realiza tarea de docencia en pre y posgrado con un trabajo de capacitación y educación permanente para la comunidad y el equipo de salud.

❖ VISIÓN:

Ser un Hospital público renovado y moderno, con inclusión de nueva tecnología y con personal calificado, suficiente y motivado, adecuado a las necesidades reales de la comunidad con integración y bienestar de todos sus trabajadores y fortalecido en su trabajo en red.

Lograr un equipo de trabajo con motivación, siendo proactivos y generando mayor credibilidad interna y externa de sus servicios, con capacitación de su recurso humano para el logro de una cultura de pertenencia, en pos de lograr una atención digna, respetuosa y equitativa del ciudadano.

Desarrollar un hospital accesible, amigable, equitativo, ético, sin violencia institucional, que brinde respuesta a la demanda con calidad y profesionalismo.

❖ **VALORES:**

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Solidaridad
- ✓ Idoneidad
- ✓ Empatía
- ✓ Sensibilidad

Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”

❖ MISIÓN:

Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación neurológica, motora y del uso problemático de sustancias que recibe derivación de toda la provincia de Buenos Aires, que atiende en forma integral pacientes crónicos y sub agudos clínicamente estables pasibles de recibir un proceso de rehabilitación tanto en forma derivada como de demanda espontánea. Con atención de pacientes sin distinción de edad. En las modalidades de consultorios externos, hospital de día e internación exclusivamente de adultos, que realiza actividades de docencia de grado y postgrado. Realiza investigación. Tiene interacción comunitaria e institucional en la zona. Articula institucionalmente con otras dependencias gubernamentales y no gubernamentales. Designado para la sede de emisión de certificados único de discapacidad en primera instancia con domicilio en el distrito de Almirante Brown y de segunda instancia para otros municipios. Integrante de la red de la región sudeste de la región sexta.

❖ VISIÓN:

Queremos ser un Hospital Interzonal especializado en rehabilitación neurológica, motora y del uso problemático de sustancias.

Ampliar la oferta de atención de pacientes con uso problemático de sustancias de modo de mejor encuadrarla en el espíritu de la nueva ley de salud mental.

Continuando con las actividades de docencia, se aspira a ser sede de residencias de las especialidades que brinda el hospital.

Incrementar el número de investigaciones, para lo cual será necesario la creación del comité de ética. Poder ofrecer la mejor complejidad posible a fin de responder a los requerimientos del las redes que integra y la propia comunidad con la más alta calidad posible. Satisfacer la demanda de internación en pediatría y adolescente. Dar una respuesta precoz al paciente sub agudo.

Poder Adecuar la institución a un sistema de cuidados progresivos e Indiferenciado en rehabilitación.

Hacer una rehabilitación integral que tenga como objetivo la reinserción del paciente en la comunidad

❖ **VALORES:**

- ✓ Compromiso
- ✓ Calidad
- ✓ Equidad
- ✓ Transparencia
- ✓ Eficiencia
- ✓ Paciencia Amabilidad y cordialidad

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELÉNDEZ”

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos, polivalente, que brinda servicios de promoción, prevención, rehabilitación, asistencia y atención integral de la salud, bajo un concepto universal de atención, centrado en la comunidad y trabajando en red con los distintos niveles de atención.

Ponderamos la formación y desarrollo de los recursos humanos del equipo de salud en pre y post grado., la capacitación en servicio y la educación para la comunidad.

❖ **VISIÓN:**

Constituirnos como hospital Moderno con estructura edilicia y tecnología adecuada, comprometido, responsable, solidario, asistiendo con equidad y propendiendo a lograr la satisfacción del usuario, y tendiendo al bienestar de la comunidad.

Constituirnos en un hospital con sistema de gestión centralizada, con un nivel organizacional que garantice el buen trato y comunicación intra e interinstitucional.

Formar recurso humano en salud de excelencia, con valores morales y principios éticos, fortaleciendo las actividades de docencia e investigación, desarrollando normativas y protocolización, siempre en busca de la mejora continua

❖ **VALORES:**

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Solidaridad
- ✓ Compañerismo
- ✓ Equidad
- ✓ Empatía
- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Universalidad

HOSPITAL ZONAL DEL TÓRAX “DR. ANTONIO CENTRÁNGOLO”

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Especializado en patologías crónicas y agudas dedicado a la atención de la salud: prevención, promoción, asistencia, rehabilitación de enfermedades respiratorias, torácicas e infecciosas. Desarrollando actividades docentes de pre y postgrado, educación hacia la comunidad e investigación; siendo referente en la provincia de Buenos Aires.

❖ **VISIÓN:**

Ser un Hospital de excelencia de agudos y crónicos altamente especializado en medicina respiratoria y torácica tanto para niños como adultos, alcanzando los mayores estándares de calidad y satisfacción. Ser referente a nivel nacional e internacional aplicando la mejora continua en los procesos contando con la infraestructura y tecnología adecuada para dar respuesta a la red, con capacitación permanente de todo su personal.

Posicionándose con marcado liderazgo en la áreas de docencia e investigación en la especialidad

❖ **VALORES:** Los valores institucionales compartidos son:

- ✓ Ética
- ✓ Eficacia
- ✓ Sensibilidad social
- ✓ Compromiso
- ✓ Equidad
- ✓ Tolerancia
- ✓ Calidad
- ✓ Vocación
- ✓ Respeto.
- ✓ Liderazgo, constancia, esfuerzo , comunicación, esfuerzo , sentido común

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos que brinda atención a la comunidad articulado a la red local y regional. Desarrolla actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Realiza docencia de pre y posgrado.

❖ **VISIÓN:**

Ser referente regional caracterizado por la excelencia y la calidad de atención en un Hospital donde el trabajador se sienta con compromiso y pertenencia para con la comunidad y el equipo de trabajo.

❖ **VALORES:**

- ✓ Respeto
- ✓ Compañerismo
- ✓ Compromiso
- ✓ Ética
- ✓ Solidaridad
- ✓ Idoneidad
- ✓ Pertenencia
- ✓ Honestidad

HOSPITAL INTER ZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERÓN”

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Interzonal General de Agudos de alta complejidad. Integramos una red Sanitaria brindando Atención local, regional y Provincial en todos sus niveles, garantizando el derecho y el acceso a la salud en equidad tanto en la prevención, como en la promoción, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud de la población. Gestionamos Procesos Asistenciales, Diagnósticos, Terapéuticos, de contra referencia y derivación oportuna de pacientes, fortaleciendo el concepto de ventana de oportunidad.

Brindamos formación de pregrado, grado y pos grado, siendo hospital escuela y universitario, con inclusión de la comunidad y de investigación.

❖ **VISIÓN:**

Ser hospital de referencia provincial, nacional e internacional, tanto en atención, formación e investigación abocado al paciente en forma integral e integrada. Maximizando la producción de alta complejidad dentro de la red sanitaria con eficiencia y eficacia. Como política de estado.

Ser un Centro de excelencia, en la atención, cuidado y seguridad del paciente, con los recursos humanos competentes y tecnológicos eficientes y necesarios para garantizar la atención Desarrollando herramientas para afrontar variaciones demográficas, avances tecnológicos y patologías emergentes.

Promover un ámbito laboral amigable de respeto, solidario y seguro.

❖ **VALORES:**

- ✓ Calidad
- ✓ Sensibilidad social
- ✓ Honrar la misión
- ✓ Compromiso
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Respeto a los derechos humanos
- ✓ Solidaridad
- ✓ Pertenencia
- ✓ Honestidad
- ✓ Vocación
- ✓ Respeto

**Tareas 4 y 5: Identificación de fortaleza,
debilidades, oportunidades y amenazas.
Elaboración de Matriz FODA.**

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

ÁREA DE GESTIÓN			ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
ESTRATÉGICA	✓	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración		x			No cumplimiento de la resolución correspondiente
		Organigrama		x			Deficiente difusión del mismo
	✓	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).		x			Falta de reglamento
		Estrategia de comunicación interna y externa		x			Ausencia de un programas de comunicación interna y externa
	✓	Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).		x			Ausencia de indicadores que determinen la calidad y rendimiento. No se cargan desde la reapertura
		Realizan la carga vía web del formulario 10 (codificación de egresos)?	x				Si se carga
		¿La utilizan para la toma de decisiones?		x			Falta de conocimiento del resto de los servicios sobre el. Lo discuten bimestralmente funcionamiento del hospital.
	✓	Tienen información actualizada de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?		x			idem ant
		¿La utilizan para la toma de decisiones?	x				Si
	✓	Estado del sistema de información de camas críticas		x			No lo realizan
		Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.	x				Si
	✓	Condiciones del mobiliario y equipamiento sanitario	x				Si
	✓	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	x				Si
	✓	Mapa de riesgo del Área Programática.		x			Ausencia de difusión de la misma
	Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia		x			Ausencia de políticas del uso de medicamentos	

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F		O			
PACIENTES	<input type="checkbox"/>	Modelo de internación por Cuidados Progresivos (internación indiferenciada, complejidad creciente, cuidados interdisciplinarios – gestión de camas centralizadas)		x			No cuenta ni se realizó un estudio de factibilidad
	<input type="checkbox"/>	Nuevas modalidades de Internación y atención: Internación indiferenciada, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinarios.		x			No hay Hospital de día, no hay cirugía ambulatoria, no hay cuidados domiciliarios.
	<input type="checkbox"/>	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.		x			Ausencia de un sistema difundido
	<input type="checkbox"/>	Situación y rol en las Redes de servicios. Funcionamiento en Red		x			Deficiente
		Encuestas de satisfacción a la comunidad		x			No se realizan
		Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		x			Si, es mejorable
	<input type="checkbox"/>	Sistema de turnos telefónicos.		x			Si. Se usa parcialmente No se implemento el del ministerio
	<input type="checkbox"/>	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos		x			Falta de gestión de queja y reconocimientos
	<input type="checkbox"/>	Unidad de atención al usuario.		x			No existe
		Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	x				Hay
		Señalética	x				Hay
	<input type="checkbox"/>	Trabajos de pintura y obra en el establecimiento	x				Hay

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTRNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F	D	O	A		
ECONÓMICO FINANCIERA		Participación en la programación y ejecución presupuestaria		x			Es muy baja la participación; faltan reuniones integradas para priorizar. Las necesidades se plantean en la dirección. Es mejorable. Participación en la programación, pero no en la ejecución. Se trabaja en la urgencia.
		Participación en los análisis de gastos, compras y costos.		x			No hay
		Manual de procedimientos administrativos.		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO) –	x				Funciona bien, hay recaudación plena en internación. Se pierden las atenciones en consultorios externos y guardia.
		Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica)		x			No lo conocen
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Plan SUMAR - NACER		X			Se trabaja, hay recaudación pero se podría mejorar con personal. Es mejorable.
		Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Cooperadoras, fundaciones.	x				Hay cooperadora del hospital y fundaciones que cooperan

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
		F	D	O	A	
CLÍNICA	<input type="checkbox"/> Planificación y Gestión operativa de servicios		x			Se hicieron concursos, presentaron planificación. Están en proceso de trabajo con planificación en algunos Servicios. No se mantiene actualizada la planificación y no se analizan
	<input type="checkbox"/> Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes		x			Se utilizan en cirugía, pediatría y clínica. Falta unificar guías. No están visadas desde dirección.
	<input type="checkbox"/> Gestión por procesos de atención		x			No se hace
	<input type="checkbox"/> Aborto no punible	x			x	Se trató. 100% profesionales con objeción de conciencia Incertidumbre ante protocolo.
	<input type="checkbox"/> Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria			x		Se hace, indicadores básicos de producción, administrativo. Falta análisis epidemiológico. Faltan sistemas informáticos.
	<input type="checkbox"/> Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	x				Se hace. Estadística funciona muy bien.
	<input type="checkbox"/> Ateneos			x		Se hacen por servicio, no a nivel interdisciplinario. En clínica utilizan espacio para protocolizar. (hacer ateneos específicos x ej. Morbi-mortalidad)

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
		F	D	O	A	
CALIDAD			x			No están incorporados.
			x			No está constituido.
			x			No
			x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
			x			si
	<input type="checkbox"/>			x+		Están organizando desde jefatura quirófanos
	<input type="checkbox"/>			x+		No están incorporados completamente
				x		No tienen excepto residuos
				x		No hay

ÁREA DE GESTIÓN			ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
DE LOS TRABAJADORES	<input type="checkbox"/>	Política de Capacitación e Investigación		x			Facilidades desde dirección para asistir a cursos, congresos. No hay una planificación formal. Está pedido dentro estructura docencia e investigación. Hay un responsable seleccionado, pero no tiene dedicación exclusiva.
	<input type="checkbox"/>	Política de reconocimientos e incentivos		x			Reconocimientos informales. No se hace jornadas de reconocimiento o incentivo formal.
	<input type="checkbox"/>	Calidad en los Concursos	x				Muy buenos. Se realizaron adecuadamente.
	<input type="checkbox"/>	Análisis y planificación de la Planta de personal		x			Se hace análisis y planificación, no tienen asignación de recursos desde nivel central. Se realizó análisis completo de la planta., debería actualizarse.
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Ausentismo		x			Se pide parte de inasistencia diario, algunos sectores que no lo cumplen, o hay datos inadecuados. Escasa colaboración. Se lleva un adecuado registro de licencias, etc.
	<input type="checkbox"/>	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		x			Se hace vacunación. Preocupacional y Control periódico no. Vestimenta oficial se hizo año pasado. (Se asignaron uniformes diferenciados por servicios., no se utilizó. Luego compraron todos iguales, no se retiraron).
	<input type="checkbox"/>	Modalidad guardia de 12 horas	x				En pediatría se hace. Desde dirección se incentiva la modalidad. Es difícil de implementar.
	<input type="checkbox"/>	Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		x			Se hizo una vez.
	<input type="checkbox"/>	Confort y medio ambiente de trabajo	x				Adecuado. Quedan pendientes algunos ser
	<input type="checkbox"/>	Comité mixto de salud y seguridad.	x				ok
	<input type="checkbox"/>	Relación con los gremios.	x				Adecuada.
	<input type="checkbox"/>	Hospital seguro: Prevención de violencia-		x			Se esta trabajando. Bioseguridad se hizo curso en maestranza., enfermería. No

	Bioseguridad					manejo de residuos patogénicos.
<input type="checkbox"/>	Equidad de género.	x				ok
<input type="checkbox"/>	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		x			No hay

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DE LOBOS

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CLÍNICA	Planificación y Gestión operativa de servicios	Profesionales	No se realiza		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes	Algunos protocolos en proceso – Voluntad de Hacerlos	No esta sistematizado por el hospital		Programa de Evaluación de Tecnologías
	Aborto no punible	Se derivan			
	Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria	Se procesan los datos en estadística	No hay análisis de datos		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	Se realiza en forma general	No se realiza por servicios		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Ateneos	Se realizan de clínica médica en forma semanal,	No se realizan en los demás servicios		Plan estratégico y operativo del Ministerio

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CALIDAD	Incorporación Programa de Garantía de Calidad	si			
	Comité de calidad		Falta hacer disposición		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Acreditación de Residencias, Servicios y el Hospital en su conjunto		No		
	Certificación de Procesos hospitalarios		no		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Comité de Infección		No está creado		
	Comité de Ética		No está creado		
	Comité de Mortalidad (Gral. y Materno infantil)		No está creado		

	Comité de Auditoría de Historias Clínicas		No hay		
	Comité de Tumores		No hay		
	Comité de Evaluación de Tecnología Sanitaria		No hay		
	Estado del sistema de control de calidad de Laboratorio	En implementación			
	Prevención de efectos adversos: Chek list UTI y Quirófano, prevención de escaras, lavado de manos, entre otros.	No			
	Maternidad Segura y centrada en la familia	No			
	Servicios tercerizados	Cocina (bien higiene y seguridad), tubo de gas dentro de la cocina. Mantenimiento y Lavandería			Plan estratégico y operativo del Ministerio

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN PACIENTE	Modelo de internación por Cuidados Progresivos (internación indiferenciada, complejidad creciente, cuidados interdisciplinarios – gestión de camas centralizadas)	Los cuidados progresivos se realizan desde el punto de vista práctico aún en ausencia del área de terapia intensiva. Sala de internación única.	Problema: falta del área de terapia intensiva.		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Nuevas modalidades de Internación y atención: Internación indiferenciada, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinario		Falta implementación de cuidados domiciliarios. Falta formalización de cuidados paliativos (equipo de trabajo).		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de		Poca comunicación formal. Falta		

	atención.		convenio (?)Se realizan con acuerdos verbales.		
	Situación y rol en las Redes de servicios Funcionamiento en Red	Voluntad de mejorarlas Necesidad de optimización y formalización			
	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Se realizan eventualmente,	Falta organizar, y formalizar encuestas periódicas.		
	Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		No cubre necesidad		
	Sistema de turnos telefónicos.	Funciona y cubre las expectativas.			
	Señalética	Tienen, hay necesidad de renovación.			
	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Existe, está en funcionamiento puede ser mejorada.			Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Unidad de atención al usuario		No tiene		
	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada		Comunicaciones abierta impiden un confort (pabellones separados, no se comunican entre sí)		

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ESTRATÉGICO	Organigrama	Existe	Desactualizado. Falta de organigrama en los servicios		Plan estratégico
	Estrategia de comunicación interna y externa	Existen informalmente sistema de comunicación interno.(planillas y protocolos)	No hay área ni plan de comunicación. No hay comunicación externa		

	Gestión de la información. Tablero de Gestión	Decisión de la Dirección para incorporar la gestión de la información.	Falta de carga de datos En el Tablero del Ministerio		
	Estado de información de camas críticas	Están trabajando			
	Sistema de información ministerial		Desconocimiento de los sistemas		
	Desarrollo y funcionamiento de los consejos de Administración		no funciona		
	CATA	Voluntad de realizarlo	Falta de organización		Plan estratégico y operativo del Ministerio.
	Mapa de riesgo		No hay		
	Desarrollo de las cooperadoras con ámbito de trabajo comunitario externo a la organización	Esta creada	Funciona muy bien siendo un apoyo fundamental del hospital		.
	Desarrollo de un Plan Director (obras - equipamiento)	Existe	Conocido solamente por las áreas involucrada en el plan de obra de ampliación nueva	falta de recursos económicos	En ejecución

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Política de Capacitación e Investigación		No hay docencia e investigación, falta un plan		
	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación, control periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.	Vacunación	No se hacen periódicos ni egreso		Creación de la comisión mixta.
	Modalidad guardia 12 hs.		Realizan guardias de 24 hs.	Difícil organización	

	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador	Jornada anual de enfermería, en el último año se realizó reconocimiento o a los trabajadores			Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Política de reconocimientos e incentivos	.	No se implementa		
	Comité mixto de salud y seguridad.		Funciona con deficiencias.		
	Relación con los gremios.	Buena relación			
	Condiciones y medio ambiente de trabajo		La estructura del hospital no contribuye		
	Gestión del ausentismo		No hay		
	Calidad en los concursos		Falta realizar concursos		
	Análisis y planificación de la planta de personal	Se realiza informalmente			
	Violencia en el trabajo (Programa Prevención legal)	Existen algunos registros en diferentes áreas			
	Equidad de género (programa violencia de género)		No hay problemas		

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA-FINANCIERA	Participación en la programación y ejecución presupuestaria	Participan en el pedido de personal e insumos. En programación, la Planificación estratégica es la primera			
	Recaudación por fondos de terceros pagadores (SAMO)	Se está gestionando Puede mejorarse			
	Proyectos FESP		Desconocido y desaprovechado		
	Gestión del Plan Nacer	En ejecución			

	Participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Participan en el análisis de gastos locales no así a nivel central.			
	Manual de procedimientos administrativos.	Sí, pero son mejorables.			
	Gestión del Profe	Sí, pero funciona deficientemente, llega algo			

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

Área de Gestión	Análisis Interno		Análisis Externo	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Estratégica		No hay Consejo de Administración		
	Organigrama establecido para la ley 10471	Falla en difusión de la Estructura Orgánica Funcional .Falta de ampliación y actualización de la estructura Orgánico Funcional para todo el establecimiento.		Algunas Jefatura de servicios sin asumir el cargo por falte de RRHH
		falta de funcionamiento Consejo Administrativo Técnico Asesor CATA		
	Compromiso de la Dirección con el decálogo de Gestión y en mejorar la comunicación y la participación de todos los sectores de la organización	Fallas en la Comunicación Externa e Interna. Problema a resolver. No hay sistema Informatizado Intranet.		
		Hay indicadores, muchos servicios realiza algunas estadísticas. No todos conocen el tablero ni tienen acceso.	Posibilidades de capacitación del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires	
		Se carga los formularios 10, pero faltan diagnósticos en los códigos. Existen problema es el proceso de carga y llenado.		
	Integración en red esta articulada moderadamente con la universidad UBA (medicina), fundación (cursos), y en forma incipiente con instituciones educativas y los servicios	Falta de utilización de indicadores y rendimiento Hospitalario en muchos servicios por fallas en la gestión de información		
		Algunos servicios Utilizan la información propia. No se utiliza sistemáticamente para la toma de decisiones		
		No están habilitadas como UTI para el sistema de Gestión camas críticas. No es centralizada la Admisión		
		SNVS Se carga en estadística con el diagnostico de ingreso que a veces varia. No se carga el sivila. No hay Registro Civil		
	Falla en la actualización en todos los sectores condiciones de mobiliario y equipamiento sanitario			

	Plan de Obras con 2 de 5 etapas aprobadas	Plan Director Hay pero no es conocido. Se realizo con la participación de algunos jefes de servicios. Hay que reactualizarlo e implementarlo.	Se ponga en marcha y completar el plan de Obras	
	Ya plantearon en la región en crecer en emergentología trauma, de adultos y tener Nivel básico Perinatal con referente de complejidad en H A diego de Azul	No está totalmente establecido el Mapa de riesgo. Existe poco contacto con APS y la red local	Planificación Estratégica y Operativa en la Región Sanitaria y redefinir roles de los Hospitales nodos de la Red	
Pacientes	Hay cuidados paliativos	No hay atención por cuidados progresivos.		
		No existe un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con los distintos niveles de Atención	Proyecto de Planificación Estratégica y operativa de Región Sanitaria	
		No existe un correcto funcionamiento de las Redes		
		No hay una planificación sistemática de evaluación de la satisfacción de la comunidad	Programa de Mejora de Atención a la Comunidad Subsecretaría de Planificación de la Salud	que se demoren la terminación de los Hospitales de Cañuelas y Esteban Echeverría y Aumento de la Demanda
	Residencia Geriátrica en el Predio del Hospital	Hay dificultades en el Servicio Social poco RRHH y aumento de la demanda		
		Existe problemas en la accesibilidad a turnos telefónicos		
		Existe libro de quejas en Guardia y Dirección. No existe un sistema de gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Cursos virtuales gratuitos de Atención al Usuario desde la Subsecretaría de Planificación de la Salud	
	No existe Unidad de Atención al Usuario			
	No hay una adecuada accesibilidad para los discapacitados			
	No existe una señalética adecuada a las necesidades			
	Faltan trabajos de pintura y de obra en el establecimiento			

Económico financiero		No hay una participación activa por parte de jefes de servicio en la planificación del presupuesto en la programación y ejecución presupuestaria			
		No hay una adecuada comunicación para todas las áreas del Hospital sobre el análisis de los gastos, compras y costos		Falta de Proveedores por la distancia geográfica	
		Fallas en la recaudación fondos de terceros pagadores			
		No hay un conocimiento del proyecto FESP en sectores del Hospital	Cursos de capacitación sobre Plan Sumar y FESP a nivel central		
		Existe problemas en la implementación desarrollo y aplicación del Plan Nacer y SUMAR			
	Buena colaboración de Cooperadora	Falta de comunicación sobre las actividades y recaudaciones de la Cooperadora y las Fundaciones	Colaboración y Alianzas con otras ONG		
Trabajadores		Falta de una Política sistemática y sistémica de capacitación e investigación en todos los sectores del hospital			
		Falta una política formal de reconocimientos e incentivos			
		No existe un análisis y planificación de la planta del personal en todo el Hospital	Están tramitados por Expedientes Profesionales en áreas críticas	Demoras en el Nombramiento de Profesionales y no Profesionales	
		No hay una gestión sistemática de análisis del ausentismo			
		Participación activa de los gremios. Buena cobertura de Vacunación	No existe una política sistemática y sistémica para el cuidado del trabajador		
			No está implementada la modalidad de guardia de 12 horas por Falta de RRHH y la distancia de residencia de los profesionales		
			No hay una evaluación del clima laboral	Programa de Mejora de Atención a la Comunidad	
		No existen buenas condiciones			

	Está funcionando el comité Mixto de salud y seguridad en el trabajo	y ambiente de trabajo, confort		
		No esta implementado de manera sistemática cursos de bioseguridad adecuados a cada sector	Programa de Prevención de Infecciones Asociada a Cuidado de la Salud	
	Muy buena respuesta de todo el equipo de salud ante emergencias	Falta Trabajo en Equipo en lo programado		
		Existe violencia en la ámbito laboral en algunos servicios con mas exposición	Programa de Prevención Legal en Salud. Dirección Provincial de Hospitales. Ministerio de salud de la Prov. de Buenos	Aumento de la Violencia en la Sociedad
Clínica		No hay una planificación estratégica y operativa en todos los sectores del Hospital	Proyecto PE Y O	
		No está implementado el protocolo de Aborto no punible		
		No existe en todos los servicio protocolos y/o guías de manejo de patologías prevalentes	Programas y Protocolos de Nivel Central	
	Gestión por procesos implementado en el Servicio de Laboratorio	No está implementada una gestión por procesos en todo el hospital	Análisis de Estadía Media en los Hospitales de la provincia realizado en 2011por Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires	
Calidad		No hay una adecuado análisis de la Estadía media en todos los servicio del hospital		
		Desconocimiento del programa de Garantía de Calidad de Atención Médica	Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica de la Subsecretaría de Planificación de la Salud	
		No hay comité de Calidad ni de Investigación		
	Comité en control de infecciones establecido, funcionando, de referencia. Enfermería forma parte integrante del	No existen procesos certificados en el hospital		

Comité Central de CI DPH	Existen problemas de Difusión de las actividades del Comité de Control de Infecciones	Propuesta de curso formación y pasantía de Enfermería en control de infecciones con el aval de CCCI DPH y el Curso del H San Martín	
	No existe un Comité de Mortalidad general		
	No existe un comité de Auditorías de Historias Clínicas y de farmacia		
	Falta un evaluación y planificación para implementar Hospital seguro		
	No hay un control sistematizados de los servicios tercerizados		

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ARTURO MELO”

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CLÍNICA	Planificación y Gestión operativa de servicios	Se encuentra establecido por áreas. (Clínica Médica, Emergencias, Ginecología, Adolescencia, etc.)	Falta en algunas áreas		
	Guías y Protocolos	Se encuentran establecidos protocolos y guías de procedimientos por áreas operativas=asistenciales.			
		Voluntad de hacerlos			
	Gestión por procesos de atención	No constituye un problema.			
	Aborto no punible	Se cuenta con equipo de trabajo establecido. Se está trabajando en el registro de objetores de conciencia. Cuentan con protocolo establecido y se ejecuta.			
	Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria	Existe para programas , Adolescencia, Ginecología, etc.	No se realiza por área específica. No se encuentra sistematizada la entrega de Memoria y balance anual por área.		
Ateneos	Se considera necesario restablecerlo como estrategia de capacitación y actualización.	Falta implementarlos			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CALIDAD	Incorporación Programa de Garantía de Calidad		Falta formalizar acta de adhesión		Plan quinquenal y Decálogo hospitales
	Acreditación de residencias		Es necesario acreditar		Plan de acreditación hospitalaria

	Comité de calidad		No está conformado		Programa de calidad del Ministerio
	Comité de ética		No está creado		
	Comité materno infantil		No está creado		
	Comité de auditoría HC		Sin actividad		
	Comité de tumores		Sin actividad		
	Comité de farmacia y medicamentos	En vías de conformación			
	Comité de evaluación de tecnología sanitaria		No hay		Programa de evaluación de tecnologías del Ministerio
	hospital seguro y seguridad paciente	Necesidad de implementar			Programa de calidad del Ministerio
	Maternidad segura y centrada en la familia				Eje del Plan quinquenal y Decálogo

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN PACIENTE	Modelo de internación por Cuidados Progresivos	El hospital tiene como protocolo que todos los pacientes ingresan a la internación por la guardia (gestión centralizada de camas- Sala única de internación interdisciplinaria.)			
	Nuevas modalidades de Internación y atención	Hay consultorio de demanda espontánea e internación de día.	Todavía no se está trabajando en internación domiciliaria (ha habido casos puntuales).		
	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de	Referencia y contra referencia por vía telefónica.	.		

	atención.				
	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Hay interés en realizarlas. Hay un buzón de sugerencias.	No se hacen todavía.		
	Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento	Hay dos trabajadores sociales. Se considera que se logra cubrir las necesidades.			Se está en contacto con los trabajadores sociales municipales por temas concretos.
	Sistema de turnos telefónicos.	Está implementado el del Ministerio.			
	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Hay un buzón de sugerencias que se implementó hace un mes. Hay un responsable de analizarlas y dar una respuesta personalizada.			
	Unidad de atención al usuario.		Hubo una mesa de información pero no se le dio jerarquía.		
	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	En el proyecto de construcción está contemplada la instalación de rampas. Hay algunas rampas.	No hay ascensores		
	Señalética	Existe – es mejorable			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración	Se plantea la necesidad de crearlo (está dentro de la planificación para este año).	No hay		Plan estratégico
	Organigrama	Existe un organigrama oficial (estructural) y uno de procesos de trabajo (funcional). Es conocido por todos.			

	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).	Se lo considera necesario.	No hay uno formal.		Plan estratégico
	Estrategia de comunicación interna y externa	Recientemente se incorporó un área de comunicación. Comunicación interna: por vía oral, escrita, flujo gramas, teléfonos internos.			
	Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).	Se plantea la necesidad de rever qué indicadores son aplicables a este hospital.			
	Realizan la carga vía web del formulario 10	La utilizan para la toma de decisiones			
	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	Hay un expediente aprobado para la construcción de un piso	por el momento no se está realizando	Problemas con las cooperativas que llevarían adelante la construcción	
	Mapa de riesgo del Área Programática.	El área de emergencias tiene un mapa protocolizado			Hay una persona en el hospital (que depende de la municipalidad) encargada de la referencia y contra referencia.
	Política de uso racional de medicamentos	Programado para ser tratado			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Política de Capacitación e Investigación	Existe Comité de Docencia Existen jornadas anuales.	La continuidad y la planificación son problemas a resolver. Escasa participación y actividades autogestoras por área, sin formalizarlas a través del Comité.		

	Política de reconocimientos e incentivos.	Se encuentran estipulados reconocimientos personales por trayectoria, jubilación, nacimiento, etc. Se otorgan reconocimientos a quienes se capacitan y se facilitan las condiciones laborales para continuar la formación. Se gestionan becas de formación para los trabajadores.			
	Calidad en los Concursos	Los concursos no generaron conflictos. Se contaba con escasa experiencia dados los 12 años sin continuidad en concursos.			
	Análisis y planificación de la Planta de personal		Déficit de recurso humano en áreas con proyectos definidos que impiden su implementación. Falta de reemplazos de las jubilaciones.		
	Gestión del Ausentismo		Constituye un problema. Comprende el ausentismo formal y el falso ausentismo (asistencia sin realizar sus actividades)		
	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		Debe realizarse.		Creación de las comisiones Mixtas
	Modalidad guardia de 12 horas		No están implementadas. Continúan siendo de 24 hs		Prioridad Ministerial

	Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		No están implementadas. No se considera un problema el clima laboral ni las relaciones interpersonales con pares y con los superiores.		
	Confort y medio ambiente de trabajo	No es problema. Cuentan con comité con un Ing. de seguridad e Higiene			
	Relación con los gremios.	No constituye problema.			
	Hospital seguro: Prevención de violencia - Bioseguridad	No constituye problema. Existen todos los protocolos implementados.			
	Equidad de género.	no constituye problema . (ni de equidad ni de diversidad de género)			
	Programa "cuidado del salud del trabajador Jornada anual científica y de reconocimient o de servicios y del trabajador "	Se encuentran establecidas las Jornadas anuales científicas y de reconocimiento a los trabajadores.			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA- FINANCIERA	Participación en la programación y ejecución presupuestaria	Los requerimientos parten del servicio. La farmacéutica hace un informe sobre lo que se recibe.			
	Participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Utilizan el SIPACH. Algunos sectores cargan sus pedidos.			
	Manual de procedimientos administrativos.	Hay en recursos humanos, en compras (reglamento de contrataciones)			
	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO) –	Se ha mejorado la captación de datos pero se puede seguir mejorando. Gran porcentaje de expedientes de PAMI cobrados. Se plantea la necesidad de personal administrativo en la guardia (hay que hacer un análisis costo - beneficio). Prejuicios y desconfianza con respecto al destino de los fondos.	Necesidad de capacitación interna en recupero de costos y de mayor participación de todos los sectores		
	Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica		Necesidad de capacitación		
	Gestión del Plan SUMAR - NACER		Necesidad de capacitación		
	Cooperadoras, fundaciones.	Se considera a la cooperadora importante en algunos aspectos	la Dirección del hospital no concuerda ideológicamente con ella. la cooperadora.		El Hospital recibe subsidios del Ministerio de desarrollo de la Nación. Posibilidad de que algunas empresas de la zona haga donaciones

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

Área de Gestión	Matriz FODA Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Eurnekian			
	Interno		Externo	
	Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Estratégica	Falta la difusión del funcionamiento del consejo de administración			
	Fallas en la difusión del organigrama	Elaborado el Mapa de riesgo Materno infantil y Ginecológico/		
	Fallas en la formalización de las reuniones del CATA			Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires
	Problemas en la comunicación interna y externa	Existe una página web del Hospital Eurnekian		
	No se completa el Tablero de gestión Hospitalaria			
	Fallas en el registro de las patologías según CIE10 (codificación de patologías al egreso del paciente). No se utiliza para la toma de decisiones	Reuniones parciales con jefes de servicio		
	Fallas en los registros en algunas áreas del rendimiento hospitalario (internación, practicas y ambulatorio)	Servicio de maternidad tablero de gestión del servicio. Participación del PICAM		
	Problemas del mobiliario y falta de actualización del y mantenimiento del equipamiento sanitario	Participan de la Mesa de niñez y adolescencia .Realizan en escuelas charlas.		
	Falta Actualización de un Plan de Obras	Planificado un Proyecto de informática con docencia y colegios técnicos. Capacitación informática		
	Problemas en el Uso racional de medicamentos	Realizan actividades coordinadas el Programa materno infantil con el servicio de nutrición del Hospital y el área de deportes del municipio de Ezeiza		
	Fallas de difusión y actualización del mapa de riesgo del área programática			
Pacientes	Falta registro de los datos de los pacientes al ingreso y de su seguimiento.			
	Fallas en el funcionamiento el consultorio de demanda espontanea. No hay Hospital de Día	La internación es por Cuidados indiferenciados		

	Fallas en el sistema de referencia y contrreferencia	En funcionamiento el sistema de referencia y contrarreferencia en el área materno infantil. Actualmente Comienza en el de riesgos cardiovasculares , Nutrición y el área de Ginecología		
	Fallas en el funcionamiento de las redes			
	No hay evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios	Desarrollando el Triage en el servicio de Emergencia / Ateneo		
	Área de trabajo social no acorde a las necesidades del hospital			
	No funciona el sistema de turnos telefónicos			
	No hay un sistema de gestión de quejas, reclamos , sugerencias y agradecimientos			
	No hay Unidad de Atención al Usuario			
	No existe una señalización adecuada para la atención priorizada de las embarazadas y discapacitados			
	Falta actualización de la señalética acorde a las necesidades actuales			
				Cursos Virtuales organizados por la Subsecretaría de Planificación de la Salud
Económico Financiero	Falta unificar el registro de la información de los pacientes con Obra social para completar los datos para la carga.	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la D GA.		
	Desconocimiento del financiamiento de proyectos FESP (Funciones Esenciales de la Salud pública)			
	Falta información para completar los datos para la carga del Plan SUMAR	Hay Participación de los diferentes sectores en los análisis de gastos, compras y costos.	Problemas a nivel central de PROFE	
	Problemas con Cooperadora (Intervenida y suspendida)	Desarrollan las actividades según el Manual de procedimientos administrativos		
	Falta de insumos y elementos de trabajo			
Trabajadores	Falla en la formalización de una política de capacitación e investigación	Existe la Unidad y el Comité de Docencia e Investigación		
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital			
	Fallas en la difusión de las			

	causas y análisis del ausentismo			
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos de todo el personal	Realiza un buen control de la Vacunación a todo el personal Desarrollan los Controles de enfermería del personal con patología oncológica y Diagnóstico por imágenes	Demora en las designaciones de los cargos concursados	
	Fallas en la sistematización en la evaluación del clima laboral	Antecedentes de realización de la primer encuesta de clima laboral año pasado a través de gestión RRHH del Hospital		
	Problemas de confort y medio ambiente en algunos sectores del hospital	Hay un Análisis y planificación de la Planta de personal de enfermería	No hay respuesta a solicitudes faltan RRHH 10430 y especialidades médicas Neo TI Pediatría	
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto	Establecido el Comité mixto de salud y seguridad.		
	Fallas en la implementación de Hospital seguro	Buena relación de los trabajadores con los gremios.		
		Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		
Clínica	Falta la Actualización y difusión de los planes operativos y estratégicos de todos los servicios			
	Los protocolos y guías de atención no están totalmente desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital	Guías de tratamiento por el Comité de Control de Infecciones / protocolos del triage de enfermería en servicio de emergencia/		
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital			
	Faltan desarrollar algunas etapas del protocolo del aborto no punible			
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios			
	No se realizan actualmente ateneos interdisciplinarios generales en el hospital			

	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
Calidad	Falta la difusión del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la Prov de Buenos Aires	Residencia acreditadas de traumatología Pediatria		
	Falta poner en funcionamiento regular al Comité de Ética , de Historias Clínicas de Mortalidad Materno infantil	Esta establecido y en funcionamiento Comité en Control de de Infección		Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud y comité central en control de infecciones
	No hay comité de Calidad ni de tumores	Establecido el Comité de Ética esperando la autorización a nivel central		
	No existen procesos de atención certificados	Desarrollan control de Servicios tercerizados: Cocido y Lavadero		
	Falta de implementación del checklist (lista de verificación) quirúrgico y de UTI en el Hospital	En funcionamiento el sistema de control de calidad de Laboratorio tanto interno como externo		
	Fallas en el control y seguimiento de la gestión de residuos especiales	En pleno funcionamiento la estrategia de Maternidad Segura y centrada en la familia		
		Enfermera en Control de Infecciones: Protocolos de lavado de manos y prevención de escaras		

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. NARCISO LÓPEZ”

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>		
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES	
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Estrategia de comunicación interna y externa	Relación con la cooperadora	Falta de un plan estratégico en años anteriores	Implementación del Plan estratégico.	
	No se realizan reuniones de Consejo Técnico de Administración (CATA).	Prestigio institucional y profesional			Cercanía de centrales nucleares
		Valoración de la salud como un derecho esencial por parte de los trabajadores	Riesgo de accidentes de alto impacto en forma permanente		
		Relación con el Municipio y Sector Privado			
	Estructura orgánico funcional. Carencia de Organigrama	Carga al día de Formulario 10 y utilización del mismo en la gestión	Escasa cobertura de jurisdicciones limítrofes		Enclave geográfico estratégico como factor de posicionamiento
		Información actualizada de formularios de rendimientos y su utilización en la toma de decisiones			
		Gestión de camas críticas	Situaciones de violencia que repercuten en la integridad física de los trabajadores y en el mantenimiento edilicio	Alineamiento de la Dirección para la ejecución del Plan.	
	Consejo de Administración sin implementar	Valorización de los procesos participativos por parte del personal			
	Condiciones deficientes del mobiliario y equipamiento			Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE PACIENTES	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Nuevas modalidades de Interacción y atención: Internación indiferenciada, Cuidados Progresivos	Restricción presupuestaria. Falta de cobertura de planteles mínimos	Estructura edilicia favorable a la gestión de pacientes por cuidados.
	Redes asistenciales deficitarias			
	Sistema de turnos telefónicos.	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	Violencia desde y hacia los trabajadores y usuarios.	
	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos			
	Sistema de referencia y contra referencia con otros niveles de atención	Obras Edilicias en Desarrollo	Resistencia a los cambios.	Cooperación de Instituciones Privadas para obras de mejoramiento edilicio
	Unidad de atención al usuario -			

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	Escasa participación en la programación y ejecución presupuestaria -	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por el nivel central	Restricción financiera presupuestaria	Ampliación de segmento poblacional y valor de prácticas del Plan Sumar
	Escasa participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Relación con Cooperadora y fundaciones		
	Deficiente gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)			
	Deficiente gestión del Plan SUMAR – NACER – Admisión	Se cuenta con Manual de procedimientos administrativos SAMO		

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No se realiza capacitación en bioseguridad	Calidad en los Concursos	Reclamos sindicales con jornadas de inactividad.	Marco Regulatorio de la COMISASEP
	No se realizan jornadas científicas y de reconocimientos del trabajador.			
	Falta de política de capacitación e investigación		Restricción presupuestaria para asignación de cargos	
	No se realiza Gestión del Ausentismo			
	No se realizan exámenes periódicos al personal	Relación con los gremios.	Falta de cobertura de planteles mínimos.	
	No se realizan encuestas de clima laboral		Violencia desde y hacia los usuarios y trabajadores.	
	Falta de motivación en el personal			
	Falta completar concursos áreas ley 10430		Burn Out	
	No se realiza análisis y planificación de la Planta de personal			
	No está implementado el Comité Mixto de Salud y Seguridad			

GESTIÓN CLÍNICA (PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD)	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	Inadecuada Planificación y Gestión operativa de servicios	Mayoría de funciones concursadas	Resistencia al cambio.	Pronta implementación del sistema de turnos y gestión de camas centralizado
	Falta concientización y registro sobre temática de Aborto no punible			
	No se cuenta con guías y protocolos de patologías frecuentes y relevantes	Calidad en los concursos		
	No se realizan Ateneos, de médicos o residentes.	Se cuenta con información sistematizada al día		

GESTIÓN DE LA CALIDAD	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	No existe Comité de calidad	Laboratorio cuenta con sistema de Calidad	Restricción presupuestaria para servicios terciarizados	Posibilidad de Implementación del Plan estratégico.
	No existe Comité de Ética			
	Dificultades en implementación de Maternidad segura y centrada en la familia			
	No se realiza evaluación de servicios terciarizados (comida, lavadero, mantenimiento)	Se realiza check list de quirófano		Desarrollo de un Decálogo para Hospitales
	No se realizan Comités de Mortalidad (Gral. y Materno infantil) de Infecciones , de Tumores, de Tecnología, de Farmacia			

HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACIÓN “DR. JOSÉ MARÍA JORGE”

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
ESTRATÉGICA	<input type="checkbox"/>	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración		x			No hay.-
		Organigrama		x			Deficitario. Hay jefaturas que no lo son, falta armar uno pensado en la visión. No conocido por el personal
	<input type="checkbox"/>	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).	x		x		Constituido; se reúne una vez por mes. Le falta optimizarlo
		Estrategia de comunicación interna y externa		x			Sin área de comunicación, ni plan de comunicación - Página web en proceso de realización
	<input type="checkbox"/>	Gestión de la información: Sistemas : Opinión, Econ. Financ, Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM). Historia Clínica			x		HC unificada, con comité, sin archivo único, la del CPA se guarda aparte.- Falta la unificación de turnos de ambos sectores. Picam: No lo conocen. No cargan Tablero de Gestión
	<input type="checkbox"/>	Tienen información actualizada de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?	x	x			Se carga pero no se analiza
	<input type="checkbox"/>	Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		x			Se trabaja con escuelas, comunidad. Cooperadora en formación. Sin convenios con ONG formales. Pertenece a la Red Federal de

							Rehabilitación
	<input type="checkbox"/>	Condiciones del mobiliario		x			Mal Déficit de sillas y armarios.
	<input type="checkbox"/>	Equipamiento sanitario		x			Falta equipamiento de gimnasio, camillas cuádriceps
	<input type="checkbox"/>	Infraestructura. Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	x	x			Fortaleza: Tienen un plan director de obras aprobado. Debilidad: Con una obra parada básica desde hace dos años, que son los techos. Hay que hacer red de gas nueva, Numerosas pérdidas. Red eléctrica obsoleta. Sin tablero central. Sistema de cloacas mal, es más bajo que la calle. Sale con una bomba.
		Acciones de rehabilitación basada en la Comunidad -		x			No se está haciendo
		Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia		x			Sin comité de farmacia. Sin Farmacéutico. Uso racional de psicofármacos no funciona

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
PACIENTES	<input type="checkbox"/>	Nuevas modalidades de Internación y atención:, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, Inter indiferenciada cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinario. Cuidados progresivos		x			Si hospital de día, Sin cuidados domiciliarios. Planeado progresivos.

	<input type="checkbox"/>	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.	x CPA	x			Déficit en pediatría, gral.CPA bien
	<input type="checkbox"/>	Situación y rol en las Redes de servicios. Funcionamiento en Red	x CPA	x			Integrado a la Red sudeste de la Región, pero con escasa comunicación interna no hace que funcione bien.
		Encuestas de satisfacción a la comunidad		x			No se realizan
		Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		x+			Hay 3 con saturación, les falta tiempo para salir a la comunidad. NO hacen estadísticas en cuanto a calidad
	<input type="checkbox"/>	Sistema de turnos telefónicos.		x			Difícil de aplicar por la necesidad de evaluar la orden
	<input type="checkbox"/>	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos		x			Solo hay libro de quejas. Sin protocolo de seguimiento.
	<input type="checkbox"/>	Unidad de atención al usuario.		x			No hay
		Accesibilidad		x			Difícil acceso de ingreso
		Señalética		x			NO hay

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
ECONÓMICO FINANCIERA		Participación en la programación y ejecución presupuestaria		x			Escasa participación. Por falta de presupuesto
		Participación en los análisis de gastos, compras y costos.		x			Se informa desde la dirección en el cata. Sin participación activa
		Manual de procedimientos administrativos.		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO)	x				Programa del ANSES desactualizado. Admisión Fortaleza. Mejorable si podemos atender PAMI

		Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica)		x			Manejo de residuos patogénicos no gestionado con normas
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Plan SUMAR - NACER		x			En proceso de incorporación
		Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Cooperadoras, fundaciones.		x			Aun no funcionando

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMAS		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	Planificación y Gestión operativa de servicios		x			No se realiza orgánicamente
		Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes		x			Algunos servicios lo hacen como Terapia ocupacional, enfermería, kinesiología, gestión de pacientes.
	<input type="checkbox"/>	Gestión por procesos de atención	x				Admisión, consultas ambulatorias
		Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria		x			Información por servicios, se realizan en internación no en ambulatoria
		Ateneos		x			Se realizan pero no son efectivos.

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
DE LOS TRABAJADORES	<input type="checkbox"/>	Política de Capacitación e Investigación		x	x		Se encuentran en proceso de organización
	<input type="checkbox"/>	Política de reconocimientos e incentivos		x			No existe
	<input type="checkbox"/>	Calidad en los Concursos	x				Sin inconvenientes
		Análisis y planificación de la Planta de personal	x				Se está realizando
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Ausentismo	x				Poco ausentismo controlado
	<input type="checkbox"/>	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		x			Sólo vacunación
	<input type="checkbox"/>	Modalidad guardia de 12 horas		x			No implementada
		Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		x			No se realizan
	<input type="checkbox"/>	Confort y medio ambiente de trabajo		x			Inadecuado espacio para la movilización de los pacientes. Problemas de gas y luz.
		Comité mixto de salud y seguridad.	x				Si trabaja bien
		Relación con los gremios.	x				Buena
	<input type="checkbox"/>	Hospital seguro: Prevención de violencia- Bioseguridad		x			Botón anti pánico queda bajo llave a determinada hora no hay salida de emergencia. No hay capacitación en bioseguridad.
		Equidad de género.	x				Sin inconvenientes
	<input type="checkbox"/>	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		x			Mejorable

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMAS		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
CALIDAD		Incorporación al Programa de Garantía de Calidad		x			No está incorporado
		Comité de calidad		x			No hay
		Acreditación de Residencias, Servicios y el Hospital en su conjunto		x			No hay residencias. No tienen acreditación de servicios no hospital
		Certificación de Procesos hospitalarios		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Infección		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Ética		x			No tienen. Funciona con el Comité de Ética central
	<input type="checkbox"/>	Comité de Mortalidad (Gral. y Materno infantil)		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Auditoría de Historias Clínicas	x				Si tienen funciona bien
	<input type="checkbox"/>	Comité de Evaluación de Tecnología Sanitaria		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Prevención de efectos adversos: Chek list UTI y Quirófano, prevención de escaras, lavado de manos, entre otros.		x			No realizan ningún trabajo en el tema
		Servicios tercerizados (comida)		x			No hay nutricionista - comida y seguridad
		Servicios tercerizados (Residuos)		x			No hay nutricionista - comida y seguridad

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELÉNDEZ”

MATRIZ FODA

ÁREA DE GESTIÓN	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Dirección con liderazgo evidente y actitud proactiva.	Severos problemas estructurales edilicios.	Incorporación al proyecto operativo y estratégico de hospitales del Ministerio de Salud de Buenos Aires	Situación económica adversa.
	Estrategia de comunicación externa y posicionamiento del hospital efectiva.	Ausencia de funcionamiento formal del CATA.		
	Voluntad de participación de los trabajadores	Gestión de la información ineficiente	Organigrama modernizado con estructuras transversal en proyecto de aprobación por ministerio.	Contexto de avances y retrocesos en planes de obra y mantenimiento hospitalario.
	Adecuado funcionamiento de redes y área programática.	Desconocimiento tablero de mando	Comité multidisciplinario de farmacia y uso racional de medicamentos en vías de implementación	
	Sistema de camas críticas con adecuado funcionamiento.	Condiciones de mobiliario y equipamiento deficientes.		
	Compromiso y sentido de pertenencia de la mayoría de los jefes de servicios			Alto costo de servicios de mantenimiento
	DE PACIENTES	Experiencia de Gestión de Referencia y Contrarreferencia y redes con resultados exitosos en salud	Problemas estructurales en mantenimiento y adecuación de la infraestructura Hospitalaria.	Adecuada articulación con red 1er. Nivel de atención
Desconocimiento del sistema de atención tipo Cuidados Progresivo que condiciona dificultades en su implementación				
Gestión de redes con alto nivel de eficiencia.		Ausencia de acciones que promuevan la orientación y el bienestar de los pacientes	Comunidad con buena adhesión a solicitudes para colaborar con necesidades del hospital	

	Área de servicio social con personal insuficiente pero gestión eficiente.	Desconocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios		Aumento constante de la demanda
		Deficiencias estructurales dificultan implementar adecuada señalética	Optima participación de la comunidad en estrategias de prevención y promoción de la salud	
CLÍNICA	Área de docencia e investigación con gestión de alta eficiencia.	Ausencia de Guías y protocolos no formalizados desde dirección.	Articulación con Universidades y sociedades científicas.	Resistencia al cambio del modelo hospitalario Tradicional de Hospital por parte de distintos actores del sistema.
	Existencia de régimen de residencias, actividades docencia pregrado y postgrado	Ausencia de centralización de la información en el hospital de los datos de Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	Participación en jornadas y congresos interdisciplinaria junto con otras instituciones del municipio	
	Alto nivel de compromiso del área de estadísticas Y DE RECURSOS HUMANOS	Análisis Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria no implementada institucionalmente	Gestión por resultados en vías de implementación.	
ECONÓMICA FINANCIERA	Gestión de plan SUMAR eficiente.	Inadecuada gestión de recaudación de fondos por terceros pagadores por problemas en la captación de los pacientes con Obras social.	Proceso de normalización de funcionamiento cooperadora en vías de formalización	Organización ineficiente en Incluir Salud (ex PROFE).
		Ausencia de trabajo en conjunto con asociación cooperadora	Colaboración de instituciones locales para solventar necesidades del hospital.	Situación socioeconómica global y del país que dificulte la asignación y ejecución presupuestaria.
		Falta de participación de los mandos intermedios en la participación y ejecución presupuestaria.		
		Falta de implementación y desconocimiento de Manuales de procedimientos por servicios		

DE LOS TRABAJADORES	Políticas de capacitación y gestión servicio de docencia de alto nivel de eficiencia	Ausencia de política de reconocimientos e incentivos. Desconocimiento clima laboral.	Capacitaciones ofrecidas desde el nivel central a los trabajadores.	Violencia en el ámbito laboral predominantemente en el área de Guardia
	Profesionales altamente calificados	Ausencia de políticas y planificación de recursos humanos, dificultades en definición de plantel que imposibilita la planificación y análisis planta personal	Sindicatos colaboran y participan en capacitación del personal	Excesivas demoras en nombramientos de algunos cargos concursados
	Adecuada relación con gremios	Inexistencia de controles periódicos de los trabajadores.	Capacitaciones a través de IPAP	
		Deficiencias estructurales y edilicias dificultan brindar adecuadas condiciones de trabajo	Comité mixto de Seguridad e higiene en conformado y en vías de funcionamiento,	
CALIDAD	Eficiente gestión del comité de infecciones	Ausencia de incorporación al programa de Garantía de Calidad	Participación en cursos de calidad del el Nivel Central.	Inadecuado funcionamiento de servicios tercerizados por falta de pago
	Control de registros médicos y legales de historias clínicas., próxima conformación comité Historias Clínicas.			Situación edilicia dificulta adecuada implementación de maternidad segura y centrada en la familia
	Fuerte política de prevención de eventos adversos, a partir de comité de infecciones	Inexistencia de comité de evaluación tecnologías sanitarias, calidad y mortalidad general	Participación eficiente de residencias en proceso de acreditación	

HOSPITAL ZONAL DEL TÓRAX “DR. ANTONIO CENTRÁNGOLO”

Área	Matriz FODA Hospital Zonal del Torax "Dr. Antonio Cetrángolo"			
	Análisis Interno		Análisis Externo	
	Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Estratégica	Fallas en la difusión de las actividades del Consejo de Administración	Consejo de Administración establecido y en funcionamiento		Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la pcia de Buenos Aires
	Falta la Actualización consensuada del organigrama			
	Fallas en el funcionamiento del CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo)			
	Problemas en la Comunicación Interna y Externa	Realizan la carga vía web del formulario 10 (codificación de egresos)		
	Desconocimiento del Tablero de Gestión del Hospital y los indicadores de Calidad			
	Fallas en la actualización del registro de los datos del rendimiento hospitalario	Correcto el Estado del sistema de información de camas críticas		
	Falta actualizar el mobiliario y el equipamiento sanitario	Integración y articulación con Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		
	Falta de concreción del Plan de Obras	Política de uso racional de Antibióticos, Programa de Psicofármacos/ Unificación en procesos parciales		
Pacientes	No existe la modalidad de cuidados progresivos	En la internación organizada por camas indiferenciadas		Faltan en la Red estudios de imágenes de alta complejidad
	Problemas en el sistema de referencia y Contrarreferencia			
	Incompleto funcionamiento de la red			
	No se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios/ comunidad			
	No esta acorde a las necesidades el área de servicio social	Comenzaron a dar turnos vía internet		
	Funcionan parcialmente el sistema de turnos telefónicos			
	No existe un sistema de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Hospital de día oncológico e infecto lógico		
	No existe la Unidad de Atención al Usuario	Los cuidadores recibieron capacitación para la comunicación con los		

	<p>hay dificultades para la accesibilidad de los discapacitados y las embarazadas</p> <p>Falta actualización de la señalética</p> <p>Falta de actualización de las obras y su mantenimiento.</p>	Usuarios		
Económico Financiero	Problemas de Difusión de la ejecución presupuestaria	Hay comisión de pre adjudicación	Problemas a nivel central de PROFE	
	Falta completud de las órdenes de prestación en consultorios externos. Falta completud de las historias clínicas en internación que dificulta la recaudación del SAMO	El Ordenamiento de la Administración es según los lineamientos emanados por la D GA.		
	Falta de comunicación sobre la recaudación y ejecución de la Cooperadora.	Utilizan el Manual de procedimientos administrativos.		
Trabajadores	Problemas en la difusión de los logros y de los protocolos de investigación a todo el hospital	Existe la Sala de docencia e investigación. Tres subcomisiones. 1. Docencia 2. Investigación 3. Educación para la salud, Protocolos de investigación RR económicos. Ante Revista hospitalaria. Formación de RRHH, residencias y con rotaciones de RRHH externos, Convenios universitarios	Falta algunos insumos para el cumplimiento completo del programa del Comité en control de Infecciones	
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos, incluidos las Universidades, para todos los sectores del Hospital			
	Falta de planificación y análisis consensuados de la planta del personal			
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal	Se realiza la Vacunación antigripal a todo el personal. Planificación Hepatitis B		
	Problemas con el confort y medio ambiente de trabajo especialmente en sectores			
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores	Programa de bioseguridad en funcionamiento		
	Fallas en el cumplimiento del Programa del Comité de Control de Infecciones.			
Falta de funcionamiento regular del Comité Mixto				
Clínica	Falta de difusión de la planificación estratégica y operativa de los distintos servicios, salas, unidades a todo el hospital			

	Falta elaboración y difusión de algunos protocolos y guías de atención de patologías prevalentes	Se desarrollan ateneos generales. Clínicos, bibliográficos. Oncológicos. Pediatría, Clínica medica, Salud mental ,Nutrición, cirugía , infectología		
	Incompleta la gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital			
	Falta de difusión del análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
Calidad	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires	Adecuado sistema de control de calidad de Laboratorio interno y externo		Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud y comité central en control de infecciones
	No hay comité de Calidad , ni de Ética , ni de Auditoria de Historias Clínicas	Existe Comité de Tumores y de Control de Infecciones		
	No existen procesos de atención certificados	Control del servicio tercerizado de cocido		
	Falta de implementación de algunos chek list (lista de verificación) en el Hospital			

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

MATRIZ FODA				
ÁREA DE GESTIÓN	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ESTRATÉGICA	Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia	Falta de compromiso de algunos sectores del personal	Apoyo político ministerial	Falta de Service de equipamiento sanitario tercerizado
	Plan de obras en ejecución para adecuar servicios críticos	Problemas en la Gestión de la información de la Comunicación Interna y Externa	Buena relación con entidades intermedias, ONG y fundaciones locales	Gestión Municipal insuficiente
DE PACIENTES	Hospital de día oncológico y salud mental	Escasa oferta prestacional de pediatría	Plan de obra en ejecución para adecuar servicios críticos	Creciente demanda de servicios de municipios vecinos
	Residencia de asistencia social	No hay unidad de atención al usuario	Confianza en el hospital por parte de la comunidad local	Red de derivación de paciente crítico inadecuada
	Accesibilidad al Medicamento para PROFE	Señalética inadecuada y insuficiente.		
	Sistema de referencia y contra referencia en psicología	Desconocimiento de beneficios del modelo de gestión por cuidados progresivos		
CLÍNICA		Gobierno clínico. Falta elaboración y difusión de algunos de protocolos consensuados de atención		Migración de profesionales capacitados
		Escasa actividad científica		
ECONÓMICA FINANCIERA	Gestión del Plan SUMAR - NACER		Apoyo de entidades intermedias, ONG y fundaciones locales	
	Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)			
	Contacto con Fundaciones y Cooperadoras			
DE LOS TRABAJADORES	Relación con los gremios	Gestión del RRHH en todas sus áreas	Sector privado poco confiable	
	Concursos de cargos	Falta de adecuación de los espacios de trabajo	Plan de obra en ejecución para adecuar servicios	

			críticos	
CALIDAD	Maternidad segura y centrada en la familia	Inactividad de comités asesores	Proyecto de planificación estratégica	Servicio de mantenimiento de electro medicina tercerizado ineficiente

HOSPITAL INTER ZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERÓN”

ÁREA DE GESTIÓN	Matriz FODA Hospital Inter zonal General de Agudos Eva Perón de San Martín			
	Interno		Externo	
	Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
ESTRATÉGICA	Fallas en la Difusión y actualización del la Estructura orgánico funcional	Estado del sistema de información de camas criticas adecuado		
	Falta regularizar (difusión) reuniones de CATA . (Consejo Asesor Técnico Administrativo)	Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la pcia de Buenos Aires
	Problemas de Comunicación Interna y externa			
	No todos los servicios conocen el Tablero de Gestión ni realizan el seguimiento a través de indicadores de calidad			
	Falta de utilización de manera sistemática de la información proporcionado por Formulario 10 para la toma de decisiones			
	No esta sistematizada la comunicación en todos los sectores del rendimiento hospitalario (internación , ambulatorio y prácticas)			
	Fallas en la ejecución del Plan Director de obras		En el Plan de Obras problemas presupuestarios para la continuidad de la construcción	
	Falta la actualización de mobiliario y equipamiento en todo el hospital			
	Fallas en la coordinación de los distintos programas proveedores de medicamentos			
	El mapa de riesgo del área programática no está comunicado ni utilizado por todo el hospital	Tiene establecido y actualizado el mapa de área de riesgo del programática		
PACIENTES	No existe la modalidad de cuidados progresivos			

	Falta de protocolos consensuados en el sistema de referencia y Contrarreferencia con los distintos niveles de atención	Gestión centralizada de camas		
	Fallas en funcionamiento de la Redes sanitarias	Referentes en la Red de Neurocirugía y Cardiovascular regional		
	Falta regularizar el consultorio de Demanda espontanea todos los días en horario extendido	Camas Indiferenciadas en la internación		
	No hay una evaluación sistemática y sistémica de la satisfacción de los Usuarios			
	Existen problemas en la implementación de Turnos telefónicos Fallas en la actualización del Parque Informático			
	No hay una gestión sistemática ni sistémica de las quejas , reclamos y sugerencias de todos los sectores del hospital			
	No esta en funcionamiento la Unidad de Atención al Usuario			
	Fallas en la accesibilidad para embarazadas y discapacitados			
	Señalética insuficiente , no acorde a las necesidades de los usuarios			
	El área de servicio social no es suficiente para las necesidades del establecimiento			
	Faltan algunos trabajos de pintura y obra en el Hospital			
ECONÓMICO FINANCIERO	Problemas en la difusión de la programación y ejecución presupuestaria	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la DGA.		
	Problemas en el análisis de gastos, compras y costos	Utilización del Manual de procedimientos administrativos		
	Fallas en la captación de los pacientes con Obra social	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la DGA.	Problemas a nivel central de PROFE	

	Desconocimiento del proyecto FESP		Falta de presentación de proveedores para algunos insumos	
	Fallas en las estrategias de recaudación de la Cooperadora			
TRABAJADORES	Falta de una Política formal de de Capacitación e Investigación que incluya todos los sectores hospital	Existe Equidad de género en el hospital		
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital	Realización de Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		
	Falta de una gestión y análisis sistemático del ausentismo en todos los sectores			
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal		Demora en las designaciones de los cargos concursados	
	No está implementada totalmente la modalidad de guardia de 12 horas	Antecedentes de participación de pacientes con el equipo de salud " Arte y Salud "		
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores			
	Las condiciones y medio ambiente laboral no son favorables			
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto			
	Problemas en el control de la Higiene hospitalaria en días de paro y los Gremios			
	Problemas en el trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud			
	Fallas en el Seguridad y bioseguridad del Hospital			
CLÍNICA	No existe en todos los servicios la planificación estratégica y operativa			
	Los protocolos y guías de atención no están desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital	Protocolo de Aborto no punible en Implementación adecuada. Es referente en la Red Sanitaria		

	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital			
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios			
	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
	No se realizan actualmente ateneos generales de todo el hospital			
CALIDAD	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires	Comité de Control de Infección en adecuado funcionamiento		
	No hay comité de Calidad ni de Auditoria de Historias Clínicas ni evaluación de tecnología sanitaria			Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud
	No existen procesos de atención certificados	Comité de Mortalidad Materno infantil establecido con adecuado funcionamiento		
	Problemas de compromiso de algunos servicios del Hospital con el Comité de Tumores	El Comité de Tumores esta establecido con funcionamiento		
	Falta de implementación de algunos chek list en el Hospital	El sistema de control de calidad de Laboratorio es externo e interno		
	Fallas en el control y seguimiento de algunos servicios tercerizados			

Tarea 6: Formulación de problemas y acciones de mejora de los trabajadores de cada Hospital

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	78%
Las normas escritas de bioseguridad	86%	73%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	80%	56%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	75%	49%
La comunicación con los pacientes	75%	46%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	75%	47%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	73%	47%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	71%	44%
La organización de las tareas	69%	53%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	66%	46%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	63%	44%
El trabajo en equipo	63%	53%
La definición de roles y responsabilidades	58%	42%
El trato entre el personal	58%	32%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	54%	32%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	51%	15%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	51%	41%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	49%	36%
El trato de los jefes	46%	27%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Se necesita más personal, médicos, enfermeros y de más especialidades.
- ✓ Contratación directa del personal
- ✓ Organización de archivo para expedientes.
- ✓ Realización de cursos de capacitación en general.
- ✓ Mejorar el equipamiento informático
- ✓ Implementación de encuestas de clima laboral.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DE LOBOS

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	96%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	89%	52%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	89%	58%
La definición de roles y responsabilidades	85%	63%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	81%	74%
El " Prestigio" del hospital en la comunidad	81%	44%
La organización de las tareas	78%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	78%	59%
El trato entre el personal	78%	52%
Los elementos y / o insumos de trabajo	75%	70%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	74%	59%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	74%	44%
El trato de los jefes	69%	56%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	68%	48%
La comunicación con los pacientes	68%	52%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	66%	50%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	66%	35%
El trabajo en equipo	63%	48%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	37%	78%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mejorar la seguridad
- ✓ Implementar el sistema de vademécum para poder cumplir con las necesidades del hospital
- ✓ Climatización de todos los ambientes
- ✓ Definición de referentes para una comunicación clara.
- ✓ Jerarquización de las áreas.
- ✓ Unificación del archivo central y definición de circuito de historias clínicas.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	86%	64%
El " Prestigio" del hospital en la comunidad	85%	52%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	82%	45%
Las normas escritas de bioseguridad	81%	48%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	79%	51%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	72%	52%
El trabajo en equipo	70%	52%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	68%	33%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	67%	43%
La definición de roles y responsabilidades	66%	48%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	66%	37%
La organización de las tareas	65%	43%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	62%	27%
El trato entre el personal	59%	32%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	59%	32%
La comunicación con los pacientes	58%	38%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	55%	34%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	55%	23%
El trato de los jefes	53%	31%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Creación de consultorio de demanda espontánea (separado de las verdaderas urgencias).
- ✓ Insumos de calidad
- ✓ Capacitación permanente.
- ✓ Definición de roles y funciones
- ✓ Contar con una mayor dotación de personal
- ✓ Aparatología con impronta accidentalológica

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ARTURO MELO”

<i>TEMA</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	97%	78%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	96%	48%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	89%	63%
El trato entre el personal	89%	58%
La definición de roles y responsabilidades	85%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	82%	52%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	81%	74%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	81%	44%
La organización de las tareas	78%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	78%	59%
Los elementos y / o insumos de trabajo	75%	70%
El trato de los jefes	75%	56%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	74%	59%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	74%	44%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	69%	56%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	69%	50%
La comunicación con los pacientes	68%	52%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	66%	35%
El trabajo en equipo	63%	48%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Tener mayor cantidad de turnos de cada especialidad.
- ✓ Mayor comunicación con los servicios.
- ✓ Reuniones de carácter informativo.
- ✓ Elaboración de instructivos.
- ✓ Cursos o jornadas de capacitación
- ✓ Incentivar a los distintos servicios de acuerdo a la producción.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	100%	86%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	92%	78%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	91%	50%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	87%	65%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	84%	46%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	81%	57%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	75%	51%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	70%	51%
Las normas escritas de bioseguridad	63%	47%
La definición de roles y responsabilidades	61%	44%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	60%	41%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	59%	44%
La organización de las tareas	57%	38%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	57%	22%
El trato entre el personal	57%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	54%	27%
El trabajo en equipo	51%	35%
La comunicación con los pacientes	49%	27%
El trato de los jefes	41%	27%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Fluidez en las relaciones interpersonales.
- ✓ Mejora de elementos e insumos de trabajo.
- ✓ Organizar, establecer roles y tareas para poder supervisar dichas tareas
- ✓ Incentivar y premiar al cumplimiento
- ✓ Estimular la capacitación y la difusión de buenas prácticas

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. NARCISO LÓPEZ”

<i>TEMA</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Los elementos y / o insumos de trabajo	94%	77%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	87%	70%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	86%	62%
Las normas escritas de bioseguridad	86%	57%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	81%	51%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	81%	48%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	80%	44%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	79%	50%
La definición de roles y responsabilidades	77%	51%
La organización de las tareas	74%	51%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	72%	41%
El trabajo en equipo	71%	50%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	70%	37%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	67%	44%
El trato de los jefes	65%	42%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	64%	30%
El trato entre el personal	64%	36%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	64%	36%
La comunicación con los pacientes	61%	34%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Que los directivos tengan una mejor comunicación hacia el personal (mejor escucha).
- ✓ Mejorar la infraestructura para solventar la demanda actual.
- ✓ Aumentar los días de atención de cirugía.
- ✓ Mejorar la obtención de las historias clínicas.
- ✓ Tener internet o por lo menos wifi en todos los servicios.
- ✓ Realizar capacitaciones sobre seguridad e higiene, e invertir en elementos de seguridad necesarios para evitar accidentes laborales.
- ✓ Aporte de nuevas herramientas de trabajo.

HOSPITAL SUB ZONAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACIÓN “DR. JOSÉ MARÍA JORGE”

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	92%	74%
Las normas escritas de bioseguridad	89%	75%
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	74%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	86%	57%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	74%	53%
La organización de las tareas	68%	42%
El trabajo en equipo	66%	47%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	65%	42%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	65%	36%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	62%	39%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	62%	44%
El trato entre el personal	61%	38%
El sentido de pertenencia al hospital	59%	43%
La definición de roles y responsabilidades	57%	38%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	55%	39%
El trato de los jefes	49%	35%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	49%	35%
La comunicación con los pacientes	48%	35%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	48%	26%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mayor reconocimiento y jerarquización de la antigüedad
- ✓ Fortalecer la comunicación en general
- ✓ Organizar espacios de capacitación con continuidad
- ✓ Más residencias y más cargos de profesionales en cada especialidad
- ✓ Mejorar la coordinación en gestión de pacientes
- ✓ Normatizar el plan de trabajo y cada uno cumplir su rol.
- ✓ Capacitación sobre el paciente con adicción en el lugar de trabajo y para todos los cargos y roles.

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELÉNDEZ”

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	97%	91%
Los elementos y / o insumos de trabajo	97%	85%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	93%	79%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	85%	57%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	85%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	81%	63%
La organización de las tareas	73%	60%
El trabajo en equipo	73%	66%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	73%	54%
La definición de roles y responsabilidades	72%	54%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	69%	52%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	69%	57%
La comunicación con los pacientes	67%	46%
El trato entre el personal	67%	49%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	64%	55%
El sentido de pertenencia al hospital	63%	43%
El trato de los jefes	61%	48%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	58%	36%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	54%	33%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mayor presupuesto para arreglos edilicios
- ✓ Realización de talleres lúdicos y de actividades físicas.
- ✓ Mejorar la coordinación y resolución rápida de problemas concretos.
- ✓ Tener más comunicación entre los equipos de salud
- ✓ Talleres de integración
- ✓ Elaboración de manuales de roles y funciones

HOSPITAL ZONAL DEL TÓRAX “DR. ANTONIO CENTRÁNGOLO”

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	93%	89%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	90%	74%
Las normas escritas de bioseguridad	87%	55%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	84%	53%
La organización de las tareas	77%	47%
Las reglas, normas o procedimientos escritos	77%	47%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	72%	51%
La definición de roles y responsabilidades	70%	45%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	68%	28%
Los elementos y / o insumos de trabajo	68%	59%
El trabajo en equipo	67%	48%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	63%	48%
El trato entre el personal	62%	31%
El trato de los jefes	60%	44%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	59%	32%
La comunicación con los pacientes	59%	24%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	55%	20%
El sentido de pertenencia al hospital	55%	30%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	47%	31%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mejorar la organización según la demanda de los pacientes
- ✓ Realizar más cantidad de cursos y charlas
- ✓ Rotación de todos los agentes de enfermería
- ✓ Mejorar la cantidad y calidad de alimentos
- ✓ Sistema de recepción de pacientes a emergencias: Triage y consultorio de demanda espontánea.
- ✓ Implementación de guardias jornales de 8hs. máximo
- ✓ Mejorar la atención y contención de familiares del enfermo

- ✓ Jornadas de capacitación, actualización y nivelación de personal permanente, con permisos de asistencia y sistema de reemplazos para cubrir horas faltantes.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

<i>TEMA</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	100%	83%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	96%	64%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	88%	52%
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	73%
El " Prestigio" del hospital en la comunidad	88%	71%
La definición de roles y responsabilidades	85%	52%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	85%	52%
Las normas escritas de bioseguridad	85%	64%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	85%	64%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	79%	67%
La organización de las tareas	76%	55%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	72%	45%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	69%	39%
El trato entre el personal	66%	39%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	64%	52%
La comunicación con los pacientes	60%	42%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	52%	37%
El trabajo en equipo	52%	64%
El trato de los jefes	51%	33%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mayor comunicación entre los servicios y dirección para mejorar algunos de los problemas mencionados.
- ✓ Realizar cursos y talleres de capacitación para todos los servicios
- ✓ Diseñar manuales de roles y funciones.
- ✓ Más organización según la demanda de los pacientes
- ✓ Mantenimiento de equipos médicos
- ✓ Realizar manuales de procedimientos.

HOSPITAL INTER ZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERÓN”

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Los elementos y / o insumos de trabajo	87%	68%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	85%	71%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	79%	74%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	63%	53%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	59%	44%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	53%	38%
El trabajo en equipo	51%	38%
Las normas escritas de bioseguridad	51%	38%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	51%	32%
La organización de las tareas	50%	35%
La definición de roles y responsabilidades	50%	41%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	50%	34%
El trato entre el personal	46%	28%
La comunicación con los pacientes	43%	28%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	43%	31%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	34%	26%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	32%	22%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	32%	24%
El trato de los jefes	31%	22%

Acciones de mejora propuestas:

- ✓ Mayor participación de los trabajadores en las decisiones (CATA)
- ✓ Políticas de reconocimientos para los trabajadores
- ✓ Mayor confort para los trabajadores
- ✓ Existencia de un Plan de comunicación
- ✓ Organización sistematizada de todos los servicios
- ✓ Mayor accesibilidad a la demanda espontánea
- ✓ Definir roles y responsabilidades.

Tarea 7: Elaboración de la Matriz de identificación de problemas y causas.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Deficiencias en la Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).
	Estado del sistema de información de camas críticas
	Política de uso racional de medicamentos. Comité de Farmacia
	No se cuenta con estrategia de comunicación interna
	Mapa de riesgo programático
	Desactualizada información de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?
	No se cuenta con organigrama. No se conoce Estructura Orgánico – Funcional.
	Deficiente Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	No está conformado Consejo de Administración
	Deficiente comunicación con los paciente
	Fallas en sistema de referencia y contrarreferencia con los distintos niveles de atención
	Fallas en el funcionamiento de la red
	Área de servicio social no acorde a las necesidades del establecimiento.
	Necesidad de gestionar quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos.
	Deficiencias en la atención al usuario
	Encuestas de satisfacción a la comunidad deficientes
	Sistema de turnos telefónicos con fallas en la implementación.
Modelo de internación por cuidados progresivos no implementado	
Nuevas modalidades de Internación y atención, algunas no implementadas	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Escasa participación en la programación y ejecución presupuestaria
	Fallas en la Gestión del plan SUMAR - NACER
	Inexistencia de Manual de procedimientos administrativos.
	Desconocimiento del INCLUIR SALUD (ex PROFE)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Desconocimiento del Proyecto FESP
	Fallas en el trabajo en equipo
	Necesidad de capacitaciones en servicio
	No se realizan encuestas de clima laboral
	Mejorar la capacitación en Bioseguridad y gestión de residuos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Deficiencias en los cuidados del trabajador: examen preocupacional y control periódico de salud
	No se gestiona el ausentismo

	No se realiza la Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador
	Planificación formal para políticas de capacitación e investigación
	Inexistencia de política de reconocimientos e incentivos.
	Actualizar el análisis y planificación de la planta de personal
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Necesidad de implementar Ateneos
	Análisis de la productividad y producción de servicios y hospitalaria
	Necesidad de establecer Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes
	Fallas en la gestión por procesos de atención
	Deficiencias en la planificación y Gestión operativa de servicios
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Fallas en la gestión de controles bromatológicos
	Necesidad de incorporación al programa de garantía de calidad
	Falta de Comité de calidad
	Falta de Comité de infección
	Falta de Comité de ética
	Falta de Comité de mortalidad (Gral. y materno infantil)
	Prevención de efectos adversos: check list, UTI y quirófano
	Déficit en la gestión de residuos patogénicos
	No está implementada "Maternidad segura y centrada en la familia"
	Falta de Comité de auditoria de Historias Clínicas
	Falta de Comité de Tumores
	Necesidad de Certificación de procesos hospitalarios
	Acreditaciones de residencias, servicios y el hospital en su conjuntos.
	Falta de Comité de evaluación de tecnología sanitaria

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DE LOBOS

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	No hay Consejo de Administración
	Organigrama formal desactualizado
	Falta de transmisión de información
	Ausencia de CATA
	Deficiencias en el cálculo de indicadores
	Falta de intranet
	Equipamiento sanitario desactualizado
	Retraso en la ejecución del Plan Director de Obras
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta de Área de Terapia Intensiva
	Problemas en las modalidades de atención de pacientes crónicos
	Insuficiencia en el funcionamiento del sistema Referencia/contra referencia
	Insuficiente integración con la red sanitaria
	Necesidad de Fortalecer la realización de encuestas de satisfacción de la comunidad
	Necesidad de dar mayor seguimiento a la gestión de quejas
	Necesidad de renovación de la señalética
	Deficiencias en la gestión de la Atención al Usuario
Estructura Edilicia que interfiere en la accesibilidad del discapacitado y la embarazada	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Parcial participación en la programación y ejecución presupuestaria por parte de los decisores
	Parcial participación en gastos, compras y costos
	Deficiente recaudación de fondos de terceros pagadores (SAMO)
	Desconocimiento del funcionamiento del FESP
	Escaso funcionamiento del Plan SUMAR
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Deficitario Plan de Capacitación
	Falta de una Política de reconocimientos e incentivos
	Falta concursar cargos
	Deficitaria gestión de ausentismo
	Insuficiente personal
	Inexistencia de controles de salud periódicos
	No existencia de la modalidad guardias de 12hs.
	No existencia de encuestas de Clima Laboral
	Deficientes condiciones del ambiente de trabajo
	Deficiencias en la seguridad de los trabajadores
	No existencia de capacitación en bioseguridad
Existencia de actos de violencia en guardia	
PROBLEMAS EN ÁREA DE	No existencia de planificación por servicios

GESTIÓN CLÍNICA	Falta de análisis de los datos estadísticos
	Falta de Guías Clínicas y protocolos
	Realización parcial de Ateneos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No existencia del Comité de Calidad
	No existencia de Residencias
	Inexistencia de certificación de los procesos hospitalarios
	Algunos comités con débil funcionamiento
	Algunos comités no constituidos
	No existe comité de evaluación de Tecnología Sanitaria
	Servicios terciarizados en general deficientes

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

PROBLEMA	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en la Comunicación interna y Externa
	No está en funcionamiento las reuniones de CATA
	No se utilizan los datos de Rendimiento Hospitalario para toma de decisiones en todos los servicios
	Falta completar la implementación del plan de obras de Infraestructura (reparación y mantenimiento Quirófanos Esterilización UTI y Emergencia)
	Falta de actualización del Organigrama
	Inexistencia del Tablero de Gestión Hospitalaria
	No funciona actualmente Consejo de Administración
	No está totalmente establecido ni difundido el Mapa de Riesgo del Area programática
	Falla en algunos sectores de mobiliario y equipamiento sanitario
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falla el funcionamiento de las redes
	No hay una evaluación sistemática de la satisfacción de la comunidad y los usuarios
	Dificultades en la implementación adecuada de gestión de turnos telefónicos
	Dificultades en la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes
	No existe un sistema unificado de reclamos ,sugerencia y agradecimientos
	Falta la creación de la Unidad de Atención al Usuario
	No esta establecido los cuidados progresivos, ni admisión centralizada ,ni Demanda espontanea
	Problemas en el área de servicio social
	No esta en todos los servicios y áreas planificada la accesibilidad para discapacitados y embarazadas
La señalética es insuficiente e inadecuada	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Fallas en algunos proceso de captación de pacientes con Obras Sociales
	No hay una adecuada participación del análisis de gastos, compras y costos
	Falta de participación en la planificación y ejecución presupuestaria
	Fallas en la implementación plan NACER - SUMAR
	Desconocimiento de los alcances del Programa FESP(Funciones Esenciales de la Salud Publica)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de evaluación sistemática del clima laboral
	Falta de funcionamiento efectivo del Comité Mixto
	falta de análisis y difusión de las causas de ausentismo
	Falta de Hospital seguro y cursos de Bioseguridad
	Falta reactivar la capacitación e investigación

	falta en el control de riesgo ocupacional
	falta de una política formal de reconocimiento e incentivos
	Falta de completar los concursos funciones
	Fallas en algunas áreas de condiciones y ambiente de trabajo
	Falta de jornadas anuales de reconocimiento
	falta de análisis y planificación de la planta del hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta de Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes
	No hay Gestión por procesos de atención
	No se realizan Ateneos
	Fallas en la difusión de la Estadía media por servicio y patologías
	No esta implementado ni establecido el protocolo de aborto no punible
	El análisis de la producción y productividad no se realiza en forma sistemática en todos los servicios del hospital
	Falta de Planificación y Gestión operativa de servicios
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	no hay comité de Farmacia y Medicamentos
	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad
	No hay comité de mortalidad No hay MSCF(Maternidad segura y Centrada en la Familia)
	No hay chek list (Lista de Verificación quirófano)
	No hay Comita de C de Infecciones ACS
	No existe el Comité de Calidad
	No hay comité de auditoría de H CI
	no hay comité de tumores
	No hay control sistemático de servicios tercerizados

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ARTURO MELO”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Inexistencia de Consejo de Administración
	Desconocimiento del organigrama del hospital
	No utilización de indicadores de calidad, falta de relevamiento de qué indicadores son aplicables al hospital
	Deficiencias en la comunicación interna y externa
	Necesidad de mejora en el equipamiento mobiliario
	Falta de un espacio de comunicación y gestión formal participativa (CATA)
	Necesidad de actualización del mapa de riesgo para poder utilizarlo de manera formal
	Plan director demorado
	Deficiencia en el llenado de las planillas e inexistencia de una metodología sistemática para su utilización en la toma de decisiones
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Necesidad de mejoras en la atención al usuario
	No realización de encuestas de satisfacción
	Necesidad de optimización y formalización
	Problemas en la modalidad de atención de pacientes crónicos (pacientes con trastornos psiquiátricos)
	Falta parcial de accesibilidad (ascensores y rampas)
	Necesidad de dar mayor seguimiento a las quejas y reclamos recibidos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Inexistencia de manuales de procedimientos en la mayor parte de las áreas
	Fallas en la captación de datos y de concientización sobre su importancia.
	Falta de alineación ideológica entre la cooperadora y la Dirección del hospital
	No participación en la ejecución presupuestaria por parte de las áreas
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Inexistencia de una política clara relacionada con el reconocimiento del personal y los incentivos
	El Comité no cumple con las funciones para las cuales fue creado, escasa participación y actividades autogestoras por área. Capacitación no acorde con la función de cada empleado.
	Déficit de recurso humano en áreas con proyectos definidos que impiden su implementación. Falta de reemplazos de las jubilaciones.
	Alto ausentismo formal y pseudo ausentismo (asistencia sin realizar sus actividades)

	Falta de implementación de encuestas de clima laboral
	No existencia de la modalidad de guardias de 12 hs.
	Falta de espacio, agravado por la instalación del SIES en el propio espacio del hospital.
	Falta de difusión de las normas escritas de bioseguridad
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	No existen protocolos para todas las áreas
	Falta de análisis de la producción y productividad por áreas específicas. No se encuentra sistematizada la entrega de Memoria y balance anual por parte de todas las áreas.
	Falta de difusión de información referida a la gestión de estadía media por servicio y patología
	No se realizan ateneos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No participación en el programa de garantía de calidad
	No existencia del comité de calidad
	Inexistencia de certificación de procesos hospitalarios
	Algunos comités no constituidos
	Inexistencia de comité de evaluación de nuevas tecnologías
No hay residencias	

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

PROBLEMA	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Falta la difusión del funcionamiento del consejo de administración
	Fallas en la difusión del organigrama
	Fallas en la formalización de las reuniones del CATA
	Problemas en la comunicación interna y externa
	No se completa el Tablero de gestión Hospitalaria
	Fallas en el registro de las patologías según CIE10 (codificación de patologías al egreso del paciente). No se utiliza para la toma de decisiones
	Fallas en los registros en algunas áreas del rendimiento hospitalario (internación, practicas y ambulatorio)
	Problemas del mobiliario y falta de actualización del y mantenimiento del equipamiento sanitario
	Falta Actualización de un Plan de Obras
	Fallas de difusión y actualización del mapa de riesgo del área programática
	Problemas en el Uso racional de medicamentos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta registro de los datos de los pacientes al ingreso y de su seguimiento.
	Fallas en el funcionamiento el consultorio de demanda espontanea. No hay Hospital de Día
	Fallas en el sistema de referencia y contra referencia
	Fallas en el funcionamiento de las redes
	No hay evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios
	Área de trabajo social no acorde a las necesidades del hospital
	No funciona el sistema de turnos telefónicos
	No hay un sistema de gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos
	No hay Unidad de Atención al Usuario
	No existe una señalización adecuada para la atención priorizada de las embarazadas y discapacitados
	Falta actualización de la señalética acorde a las necesidades actuales
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Falta unificar el registro de la información de los pacientes con Obra social para completar los datos para la carga.
	Desconocimiento del financiamiento de proyectos FESP (Funciones Esenciales de la Salud pública)
	Falta información para completar los datos para la carga del Plan SUMAR
	Problemas con Cooperadora (Intervenida y suspendida)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS	Falla en la formalización de una política de capacitación e investigación
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital

TRABAJADORES	Fallas en la difusión de las causas y análisis del ausentismo
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos de todo el personal
	Fallas en la sistematización en la evaluación del clima laboral
	Problemas de confort y medio ambiente en algunos sectores del hospital
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto
	Fallas en la implementación de Hospital seguro
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta la Actualización y difusión de los planes operativos y estratégicos de todos los servicios
	Los protocolos y guías de atención no están totalmente desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	Faltan desarrollar algunas etapas del protocolo del aborto no punible
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios
	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
	No se realizan actualmente ateneos interdisciplinarios generales en el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta la difusión del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	Falta poner en funcionamiento regular al Comité de Ética , de Historias Clínicas de Mortalidad Materno infantil
	No hay comité de Calidad ni de tumores
	No existen procesos de atención certificados
	Falta de implementación del chek list (lista de verificación) quirúrgico y de UTI en el Hospital
	Fallas en el control y seguimiento de la gestión de residuos especiales

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. NARCISO LÓPEZ”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Ausencia de comunicación int y ext
	Organigrama desactualizado y no difundido
	no existe un mapa de riesgo
	Consejo de administración inactivo
	Se desconoce la producción hospitalaria
	Desconocimiento del Tablero de Mando.
	Falta de participación y difusión de las reuniones del cata
	Perdida del prestigio como hospital
	Plan director de obra desconocido
	Déficit en mobiliario insumos y equipamiento
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta integrar a todo el hospital en la prioridad para embarazada y discapacitado
	No existe la unidad de atención del usuario
	Déficit en la referencia y contra referencia con el primer nivel de atención
	No se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios
	Internación indiferenciada. Modelo de cuidados progresivos: falta optimizar la funcionalidad integral de los diferentes profesionales.
	Déficit y des actualización de la señalética
	Falta de gestión integral de queja y reclamo
	Respuesta inadecuada a la derivación de pacientes complejos
	Falta optimizar el desarrollo de modelos de atención (Cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios y cuidados paliativos)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Desconocimiento del FESP
	Necesidad de iniciar un proceso de mejora en el plan sumar
	Falta mayor captación y seguimiento de pacientes ambulatorios con cobertura social
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta control y supervisión de los servicios.
	No hay comité de ética
	Falta conocimiento general del hospital sobre maternidad segura y centrada en la familia
	No está formado el comité de mortalidad general e infantil
	Falta certificación de proceso hospitalarios
	No existe comité de infecciones
	No hay check list quirúrgico. En prevención de escaras no hay sistematización ni procedimientos. Falta aplicar política del lavado de manos
	Desconocimiento del Programa de Calidad
	No cuenta con comité de calidad

	No hay comité de auditoria de Historia clínica
	No funciona comité de tecnología sanitaria
	No funciona comité de tumores
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Faltan guías y protocolos. Falta profundizar su implementación.
	Falta avanzar en implementar la planificación de los servicios
	No esta funcionando el protocolo de aborto punible
	No esta sistematizado el proceso de análisis de productividad hospitalaria
	Necesidad de hacer ateneos
	Necesidad de conocer el modelo de gestión por proceso
	Necesidad de llevar adelante el indicador de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No hay política de control periódico y riesgo del trabajador.
	No existe gestión del ausentismo
	No esta planteada una política de reconocimientos e incentivos
	No esta formalizado la política de capacitación y de investigación.
	Planta de personal sin planificación
	No hay evaluación de clima laboral
	La bioseguridad es una debilidad.
	Implementación problemática de la guardia de 12 hs.
	Violencia externa
	Necesidad de implementar la jornada científica anual y de reconocimiento para el trabajador
	Falta planificar el funcionamiento de la comisión mixta
	Falta adecuar espacios confortables

HOSPITAL SUB ZONAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACIÓN “DR. JOSÉ MARÍA JORGE”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Falta de Comunicación del funcionamiento del Consejo de Administración
	Necesidad de una estrategia integral comunicacional interna y externa
	Falta de comunicación en tablero de Gestión, indicadores de calidad (PICAM)
	Actualización de Organigrama
	Desconocimiento del Área Programática
	Escaso registro de los sistemas de vigilancia nacionales
	Falta de funcionamiento del consejo del CATA
	Des actualización del sistema de camas críticas
	Equipamiento Sanitario antiguo
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS PACIENTES	Falta de formalización de las redes de derivación
	Ausencia de medición de satisfacción del usuario o beneficiario del hospital
	Necesidad de desarrollar el área de atención al usuario
	Ausencia de nuevos modelos de gestión de pacientes
	Debilidad del Sistema de referencia y Contrarreferencia
	Falta de accesibilidad a la embarazada y discapacitado
	Necesidad de avanzar en modelos de gestión de camas, (cuidados progresivos), internación domiciliaria, cirugía ambulatoria.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONOMICO FINANCIERA	Necesidad en la participación en la programación y ejecución presupuestaria
	Ausencia de manuales de procedimientos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de jornadas anual científica y de reconocimientos de servicios y del trabajador
	Necesidad de mejorar el alto porcentaje de ausentismo
	Falta de una política de reconocimiento e incentivos formalmente implementada.
	Necesidad de mejorar el Comité Mixto de Salud y Seguridad
	Falta de análisis y Planificación de la planta del personal
	Falta de gestión en políticas de Capacitación e Investigación
PROBLEMAS EN ÁREA DE LA GESTIÓN CLÍNICA	Falta de Formalización en planificación por servicios
	Necesidad de sistematizar la gestión de procesos asistenciales
	Falta de análisis y productividad de servicios hospitalarios
	Falta de gestión de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE	Falta de Comité de E.T.S.

GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta de incorporación al programa de garantía de calidad
	Necesidad de Acreditación de Residentes, Servicios y el hospital en su conjunto
	Ausencia de Comité de Calidad
	Necesidad de trabajar en Certificación de procesos Hospitalarios

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELÉNDEZ”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Insuficiente gestión de la información: Tablero de Mando desactualizado, desconocimiento de indicadores.
	Ausencia de gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios.
	Organigrama desactualizado y no difundido a todos los servicios
	Ausencia del consejo de administración.
	Comunicación interna deficiente
	Dificultad de carga del formulario 10 (deficiencias informáticas) y su utilización para la toma de decisiones
	Funcionamiento CATA no formalizado institucionalmente
	Falta de actualización y adecuación a necesidades del Plan Director de Obras
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Deficiencias edilicias y de equipamiento hospitalario
	Desconocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios
	Señalética inadecuada (deficiencias edilicias)
	Ausencia de sistema de turnos telefónicos
	Área de servicio social insuficiente en cuanto a rrhh para satisfacer demanda en cantidad y en complejidad
	Accesibilidad embarazada y discapacitado deficiente (deficiencias estructurales)
	Deficiencias en pintura y obra.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Modelo de cuidados progresivos no implementado.
	Escasa participación en el análisis de los gastos, compras y costos
	Escasa de participación de los servicios en la programación y ejecución presupuestaria
	Ausencia de trabajo en conjunto con asociación cooperadora y nivel central hospital
	Falta de implementación y desconocimiento de Manuales de procedimientos por servicios
	Recaudación de fondos por terceros y obra social insuficiente
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Deficiente implementación del Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica) y SUMAR
	Ausencia de política institucional explícita de reconocimientos e incentivos.
	Gestión deficiente del ausentismo, registros no informatizados dificultan la gestión del mismo.
	Ausencia de implementación de comité mixto y de seguridad
	Ausencia de evaluación del clima laboral.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Gestión ineficiente de los recursos humanos (ausencia de plantel definido e imposibilidad de planificación y análisis planta personal)

	Inexistencia de controles periódicos. Fallas en adecuado control de la salud y riesgo de todo el personal
	Falta una política sistemática de investigación para todos los sectores del hospital
	Condiciones y medio ambiente de trabajo deficientes.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Inexistencia de Ateneos Hospitalarios formalizados
	Planificación y gestión operativa de servicios no implementada institucionalmente
	Análisis de la producción y productividad de servicios y hospitalaria no implementada institucionalmente.
	Ausencia de centralización de la información en el hospital de los datos de Gestión de Estadía Media por servicios y patologías
	Guías y protocolos del manejo de patologías del Hospital no cumplen con los pasos formales para su aplicación.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Inexistencia de comité de calidad
	Inexistencia del comité de evaluación de tecnología sanitaria
	Ausencia de adhesión al programa de garantía de calidad
	Ausencia de acreditación en la totalidad de los servicios del hospital.
	Inexistencia de procesos hospitalarios certificados

HOSPITAL ZONAL DEL TÓRAX “DR. ANTONIO CENTRÁNGOLO”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en el funcionamiento del CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo)
	Problemas en la Comunicación Interna y Externa
	Fallas en la actualización del registro de los datos del rendimiento hospitalario
	Falta actualizar el mobiliario y el equipamiento sanitario
	Fallas en la difusión de las actividades del Consejo de Administración
	Desconocimiento del Tablero de Gestión del Hospital y los indicadores de Calidad
	Falta de concreción del Plan de Obras
	Falta la Actualización consensuada del organigrama
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	No existe la Unidad de Atención al Usuario
	Funcionan parcialmente el sistema de turnos telefónicos
	No se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios/ comunidad
	Incompleto funcionamiento de la red
	No existe un sistema de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos
	No esta acorde a las necesidades el área de servicio social
	Problemas en el sistema de referencia y Contrarreferencia
	Falta de actualización de las obras y su mantenimiento.
	No existe la modalidad de cuidados progresivos
	Falta actualización de la señalética
	hay dificultades para la accesibilidad de los discapacitados y las embarazadas
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Falta de comunicación sobre la recaudación y ejecución de la Cooperadora.
	Problemas de Difusión de la ejecución presupuestaria
	Falta completud de las órdenes de prestación en consultorios externos. Falta completud de las historias clínicas en internación que dificulta la recaudación del SAMO
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Problemas en la difusión de los logros y de los protocolos de investigación a todo el hospital
	Problemas con el confort y medio ambiente de trabajo especialmente en sectores
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos, incluidos las Universidades , para todos los sectores del Hospital
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores
	Falta de planificación y análisis consensuados de la planta del personal
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal

	Falta Funcionamiento regular del Comité mixto
	Fallas en el cumplimiento del Programa del Comité de control de Infecciones
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta de difusión de la planificación estratégica y operativa de los distintos servicios, salas, unidades a todo el hospital
	Falta de difusión del análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
	Incompleta la gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	Falta elaboración y difusión de algunos protocolos y guías de atención de patologías prevalentes
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	No hay comité de Calidad , ni de Ética , ni de Auditoria de Historias Clínicas
	No existen procesos de atención certificados
	Falta de implementación de algunos checklist (lista de verificación) en el Hospital

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Ausencia de comunicación int y ext
	Organigrama desactualizado y no difundido
	No existe un mapa de riesgo
	Consejo de administración inactivo
	Se desconoce la producción hospitalaria
	Desconocimiento del Tablero de Mando.
	Falta de participación y difusión de las reuniones del cata
	Perdida del prestigio como hospital
	Plan director de obra desconocido
	Déficit en mobiliario insumos y equipamiento
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta integrar a todo el hospital en la prioridad para embarazada y discapacitado
	No existe la unidad de atención del usuario
	Déficit en la referencia y contra referencia con el primer nivel de atención
	No se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios
	Internación indiferenciada. Modelo de cuidados progresivos: falta optimizar la funcionalidad integral de los diferentes profesionales.
	Déficit y desactualización de la señalética
	Falta de gestión integral de queja y reclamo
	Respuesta inadecuada a la derivación de pacientes complejos
Falta optimizar el desarrollo de modelos de atención (Cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios y cuidados paliativos)	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Desconocimiento del FESP
	Necesidad de iniciar un proceso de mejora en el plan sumar
	Falta mayor captación y seguimiento de pacientes ambulatorios con cobertura social
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta control y supervisión de los servicios.
	No hay comité de ética
	Falta conocimiento general del hospital sobre maternidad segura y centrada en la familia
	No esta formado el comité de mortalidad general e infantil
	Falta certificación de proceso hospitalarios
	No existe comité de infecciones
	No hay check list quirúrgico. En prevención de escaras no hay sistematización ni procedimientos. Falta aplicar política del lavado de manos

	Desconocimiento del Programa de Calidad
	No cuenta con comité de calidad
	No hay comité de auditoria de Historia clínica
	No funciona comité de tecnología sanitaria
	No funciona comité de tumores
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Faltan guías y protocolos. Falta profundizar su implementación.
	Falta avanzar en implementar la planificación de los servicios
	No esta funcionando el protocolo de aborto punible
	No esta sistematizado el proceso de análisis de productividad hospitalaria
	Necesidad de hacer ateneos
	Necesidad de conocer el modelo de gestión por proceso
	Necesidad de llevar adelante el indicador de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No hay política de control periódico y riesgo del trabajador.
	No existe gestión del ausentismo
	No esta planteada una política de reconocimientos e incentivos
	No esta formalizado la política de capacitación y de investigación.
	Planta de personal sin planificación
	No hay evaluación de clima laboral
	La bioseguridad es una debilidad.
	Implementación problemática de la guardia de 12 hs.
	Violencia externa
	Necesidad de implementar la jornada científica anual y de reconocimiento para el trabajador
	Falta planificar el funcionamiento de la comisión mixta
	Falta adecuar espacios confortables

HOSPITAL INTER ZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERÓN”

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en la Difusión y actualización del la Estructura orgánico funcional
	Falta regularizar (difusión) reuniones de CATA. (Consejo Asesor Técnico Administrativo)
	Problemas de Comunicación Interna y externa
	No todos los servicios conocen el Tablero de Gestión ni realizan el seguimiento a través de indicadores de calidad
	Falta de utilización de manera sistemática de la información proporcionado por Formulario 10 para la toma de decisiones
	No esta sistematizada la comunicación en todos los sectores del rendimiento hospitalario (internación , ambulatorio y prácticas)
	Fallas en la ejecución del Plan Director de obras
	Falta la actualización de mobiliario y equipamiento en todo el hospital
	Fallas en la coordinación de los distintos programas proveedores de medicamentos
	El mapa de riesgo del área programática no está comunicado ni utilizado por todo el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	No existe la modalidad de cuidados progresivos
	Falta de protocolos consensuados en el sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención
	Fallas en funcionamiento de la Redes sanitarias
	Falta regularizar el consultorio de Demanda espontanea todos los días en horario extendido
	No hay una evaluación sistemática y sistémica de la satisfacción de los Usuarios
	Existen problemas en la implementación de Turnos telefónicos
	No hay una gestión sistemática ni sistémica de las quejas , reclamos y sugerencias de todos los sectores del hospital
	No esta en funcionamiento la Unidad de Atención al Usuario
	Fallas en la accesibilidad para embarazadas y discapacitados
	Señalética insuficiente , no acorde a las necesidades de los usuarios
	El área de servicio social no es suficiente para las necesidades del establecimiento
	Faltan algunos trabajos de pintura y obra en el Hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Problemas en la difusión de la programación y ejecución presupuestaria
	Problemas en el análisis de gastos, compras y costos
	Fallas en la captación de los pacientes con Obra social
	Desconocimiento del proyecto FESP
	Fallas en las estrategias de recaudación de la Cooperadora

PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de una Política formal de de Capacitación e Investigación que incluya todos los sectores hospital
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital
	Falta de una gestión y análisis sistemático del ausentismo en todos los sectores
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal
	No está implementada totalmente la modalidad de guardia de 12 horas
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores
	Las condiciones y medio ambiente laboral no son favorables
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto
	Problemas en el control de la Higiene hospitalaria en días de paro y los Gremios
	Problemas en el trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Fallas en el Seguridad y bioseguridad del Hospital
	No existe en todos los servicios la planificación estratégica y operativa
	Los protocolos y guías de atención no están desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios
	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No se realizan actualmente ateneos generales de todo el hospital
	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	No hay comité de Calidad ni de Auditoria de Historias Clínicas ni evaluación de tecnología sanitaria
	No existen procesos de atención certificados
	Problemas de compromiso de algunos servicios del Hospital con el Comité de Tumores
	Falta de implementación de algunos cheklist en el Hospital
Fallas en el control y seguimiento de algunos servicios tercerizados	

Tarea 8: Formulación de Objetivos Estratégicos

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Evaluar la atención con un tablero de gestión que nos informe los Indicadores de calidad

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar la relación con los pacientes y tender al hospital seguro

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Optimizar la gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Contar con personal comprometido en trabajo en equipo

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Fomentar la capacitación profesional

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Contar con un manual de procedimientos bromatológicos que garantice un sistema adecuado de gestión.

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DE LOBOS

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Normalizar los tiempos del plan director

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Aumentar la complejidad prestacional del hospital

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la recaudación del plan sumar

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Mejorar la bioseguridad hospitalaria - capacitar

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Mejorar la información para la toma de decisiones (mejorar el análisis de datos estadísticos)

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Garantizar la calidad de la atención de la salud-incorporar el comité de calidad

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la Comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar el funcionamiento de las redes sanitarias

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la Participación en análisis de gastos, compras y costos

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Evaluar sistemáticamente el clima laboral.

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Establecer Protocolización de Patologías Prevalentes

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Fomentar la Participación en Comité no clínicos

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ARTURO MELO”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Garantizar una gestión de la información y la comunicación adecuada

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Garantizar la atención integral y de calidad para toda la comunidad

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Promover la gestión administrativa participativa, eficiente y eficaz

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Garantizar el número del recurso humano necesario para brindar las prestaciones que la comunidad y el sistema necesitan

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Promover acciones tendientes a mejorar la producción y la productividad

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Promover acciones tendientes a mejorar la calidad

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa.

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar la accesibilidad. Priorizar a embarazadas y discapacitados.

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Promover acciones para capacitar y mejorar el registros y seguimiento de los pacientes con obra social

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Establecer una política de cuidado para el trabajador. Control de salud y riesgos del personal

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Desarrollar protocolos y guías de atención Evaluando efectividad y eficiencia

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Implementar sistemas de prevención de riesgos

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. NARCISO LÓPEZ”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Desarrollar un mapa de riesgo

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Actualización de la señalética

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la gestión del paciente PROFE

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Analizar clima laboral

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Implementar los protocolos del Aborto no Punible

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Poner en funcionamiento el comité de infecciones

HOSPITAL SUB ZONAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACIÓN “DR. JOSÉ MARÍA JORGE”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Contar con una unidad de atención al usuario

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Confeccionar Manuales de procedimientos administrativos.

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Conocer el grado de compromiso de los trabajadores y sus opiniones

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Continuar incorporando procesos de atención

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Optimizar el rendimiento del servicio de Comida

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELÉNDEZ”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Optimizar gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Garantizar la atención integral y de calidad para la comunidad

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Fomentar participación en la programación y ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Fomentar política institucional explícita de reconocimientos e incentivos

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación entre los servicios, promover la organización y participación en ateneos hospitalarios.

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Generar y fortalecer ámbitos de participación de los trabajadores en la definición de las necesidades del hospital

HOSPITAL ZONAL DEL TÓRAX “DR. ANTONIO CENTRÁNGOLO”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Implementar la Unidad de Atención al Usuario

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la difusión de la ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Fomentar la investigación. Comunicar los protocolos de investigación establecidos y cada logro a todo el hospital

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Comunicar la planificación estratégica y operativa de todos los servicios, salas y Unidades

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Establecer Comités de participación interdisciplinarias

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Priorizar la accesibilidad a embarazadas y discapacitados

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Difusión del proyecto FESP

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Establecer una política de cuidado para el trabajador

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Implementar Guías y protocolos para el manejo de patologías prevalentes

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Desarrollo control y seguimiento de los servicios tercerizados

HOSPITAL INTER ZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERÓN”

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Gestionar teniendo en cuenta mapa de riesgo del área programática

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Evaluar sistemáticamente la satisfacción de los Usuarios

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la difusión de la programación y ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Implementar estrategias para mejorar el trato de los pacientes y su familia al equipo de salud

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Establecer la planificación estratégica y operativa en todos los servicios del hospital

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Establecer Comités Asesores participativos interdisciplinarios

Tarea 9: Formulación de las líneas de acción – Plan Operativo

Tarea 10: Generación de los Planes Estratégicos y Operativos, líneas de acción y metas de los hospitales del Proyecto.

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

“DR. HORACIO CESTINO”

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. HORACIO CESTINO”

Director Ejecutivo

Dr. Roque

Directores Asociados

Dra. Esteves Mariana

Trabajadores del Hospital

Aléssi Luciano, Antimi Rivera María Gracia, Balogna Alejandro, Bruni Vanesa, Bruschi María A., Caporal Mónica, Carbonari María Alejandra, Cardoso Claudio, Carrizo María Candela, Constante Silvia, Contreras María Alejandra, De Prado Leandro, Dittlar Fernando, Donot Ricardo A., Fantuzzi Gabriel, Fulle Mariela, Ibarra Sandra Rosa, Lamarque Adrián, Llarull Carolina, Mc Carthy Antonio, Mondino Alberto, Monteiro Marisa, Nievas Mónica, Ovelar José, Rolandelli Silvia Cristina, Sanchez Ana María, Scebba Diana, Stagnaro Plâghos Alba, Trombetta Patricia, Lozano

Equipo de Asistencia Técnica

Carlos Bacigalup, Silvina Fontana. Residentes: Baldoni Melina, Cardenas Castro Gladys.

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ MISIÓN:

Es ser un Hospital Zonal General de Agudos, de complejidad media. Integrado a la red de atención primaria y la red provincial de salud. Destinado a brindar a la población de su área programática los Cuidados de la salud a través de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos. Tanto dentro del hospital como en la comunidad.

Es un hospital integrado al sistema universitario, que realiza docencia de pre y posgrado.

❖ VISIÓN:

Ser un Hospital con personal comprometido y sentido de pertenencia, que realice su trabajo en equipo y bajo normas, protocolos y guías. Que trabaje en post de lograr la formación de un recurso humano propio, a través de los distintos recursos de capacitación que cuenta el hospital. Mediante un Departamento Docencia e Investigación que aspire a una Capacitación continúa.

Lograr la satisfacción de los pacientes a través del uso eficiente de los recursos, bajo un modelo de calidad de atención. Centrado en la seguridad de los pacientes y los trabajadores.

Lograr que el paciente tenga empatía y respeto con el Hospital.

❖ VALORES:

- ✓ Respeto
- ✓ Compromiso
- ✓ Voluntad de trabajo
- ✓ Solidaridad
- ✓ Compañerismo
- ✓ Ética
- ✓ Honestidad
- ✓ Empatía
- ✓ No ser hipócrita

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F	D	O	A		
ESTRATÉGICA	✓	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración		x			No cumplimiento de la resolución correspondiente
		Organigrama		x			Deficiente difusión del mismo
	✓	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).		x			Falta de reglamento
		Estrategia de comunicación interna y externa		x			Ausencia de un programas de comunicación interna y externa
	✓	Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).		x			Ausencia de indicadores que determinen la calidad y rendimiento. No se cargan desde la reapertura
		Realizan la carga vía web del formulario 10 (codificación de egresos)?	x				Si se carga
		¿La utilizan para la toma de decisiones?		x			Falta de conocimiento del resto de los servicios sobre el. Lo discuten bimestralmente funcionamiento del hospital.
	✓	Tienen información actualizada de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?		x			idem ant
		¿La utilizan para la toma de decisiones?	x				Si
	✓	Estado del sistema de información de camas críticas		x			No lo realizan
		Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.	x				Si
	✓	Condiciones del mobiliario y equipamiento sanitario	x				Si
	✓	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	x				Si
	✓	Mapa de riesgo del Área Programática.		x			Ausencia de difusión de la misma
	Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia		x			Ausencia de políticas del uso de medicamentos	

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F		O			
PACIENTES	<input type="checkbox"/>	Modelo de internación por Cuidados Progresivos (internación indiferenciada, complejidad creciente, cuidados interdisciplinarios – gestión de camas centralizadas)		x			No cuenta ni se realizó un estudio de factibilidad
	<input type="checkbox"/>	Nuevas modalidades de Internación y atención: Internación indiferenciada, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinarios.		x			No hay Hospital de día, no hay cirugía ambulatoria, no hay cuidados domiciliarios.
	<input type="checkbox"/>	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.		x			Ausencia de un sistema difundido
	<input type="checkbox"/>	Situación y rol en las Redes de servicios. Funcionamiento en Red		x			Deficiente
		Encuestas de satisfacción a la comunidad		x			No se realizan
		Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		x			Si, es mejorable
	<input type="checkbox"/>	Sistema de turnos telefónicos.		x			Si. Se usa parcialmente No se implemento el del ministerio
	<input type="checkbox"/>	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos		x			Falta de gestión de queja y reconocimientos
	<input type="checkbox"/>	Unidad de atención al usuario.		x			No existe
		Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	x				Hay
		Señalética	x				Hay
	<input type="checkbox"/>	Trabajos de pintura y obra en el establecimiento	x				Hay

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTRNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F	D	O	A		
ECONÓMICO FINANCIERA		Participación en la programación y ejecución presupuestaria		x			Es muy baja la participación; faltan reuniones integradas para priorizar. Las necesidades se plantean en la dirección. Es mejorable. Participación en la programación, pero no en la ejecución. Se trabaja en la urgencia.
		Participación en los análisis de gastos, compras y costos.		x			No hay
		Manual de procedimientos administrativos.		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO) –	x				Funciona bien, hay recaudación plena en internación. Se pierden las atenciones en consultorios externos y guardia.
		Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica)		x			No lo conocen
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Plan SUMAR - NACER		X			Se trabaja, hay recaudación pero se podría mejorar con personal. Es mejorable.
		Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Cooperadoras, fundaciones.	x				Hay cooperadora del hospital y fundaciones que cooperan

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones	
		F	D	O	A		
CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	Planificación y Gestión operativa de servicios		x			Se hicieron concursos, presentaron planificación. Están en proceso de trabajo con planificación en algunos Servicios. No se mantiene actualizada la planificación y no se analizan
		Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes		x			Se utilizan en cirugía, pediatría y clínica. Falta unificar guías. No están visadas desde dirección.
	<input type="checkbox"/>	Gestión por procesos de atención		x			No se hace
	<input type="checkbox"/>	Aborto no punible	x			x	Se trató. 100% profesionales con objeción de conciencia Incertidumbre ante protocolo.
		Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria		x			Se hace, indicadores básicos de producción, administrativo. Falta análisis epidemiológico. Faltan sistemas informáticos.
		Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	x				Se hace. Estadística funciona muy bien.
		Ateneos		x			Se hacen por servicio, no a nivel interdisciplinario. En clínica utilizan espacio para protocolizar. (hacer ateneos específicos x ej. Morbi-mortalidad)

ÁREA DE GESTIÓN		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
		F	D	O	A	
CALIDAD			x			No están incorporados.
			x			No está constituido.
			x			No
			x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
	<input type="checkbox"/>		x			No
			x			si
	<input type="checkbox"/>			x+		Están organizando desde jefatura quirófanos
	<input type="checkbox"/>			x+		No están incorporados completamente
				x		No tienen excepto residuos
				x		No hay

ÁREA DE GESTIÓN			ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
DE LOS TRABAJADORES	<input type="checkbox"/>	Política de Capacitación e Investigación		x			Facilidades desde dirección para asistir a cursos, congresos. No hay una planificación formal. Está pedido dentro estructura docencia e investigación. Hay un responsable seleccionado, pero no tiene dedicación exclusiva.
	<input type="checkbox"/>	Política de reconocimientos e incentivos		x			Reconocimientos informales. No se hace jornadas de reconocimiento o incentivo formal.
	<input type="checkbox"/>	Calidad en los Concursos	x				Muy buenos. Se realizaron adecuadamente.
	<input type="checkbox"/>	Análisis y planificación de la Planta de personal		x			Se hace análisis y planificación, no tienen asignación de recursos desde nivel central. Se realizó análisis completo de la planta., debería actualizarse.
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Ausentismo		x			Se pide parte de inasistencia diario, algunos sectores que no lo cumplen, o hay datos inadecuados. Escasa colaboración. Se lleva un adecuado registro de licencias, etc.
	<input type="checkbox"/>	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		x			Se hace vacunación. Preocupacional y Control periódico no. Vestimenta oficial se hizo año pasado. (Se asignaron uniformes diferenciados por servicios., no se utilizó. Luego compraron todos iguales, no se retiraron).
	<input type="checkbox"/>	Modalidad guardia de 12 horas	x				En pediatría se hace. Desde dirección se incentiva la modalidad. Es difícil de implementar.
	<input type="checkbox"/>	Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		x			Se hizo una vez.
	<input type="checkbox"/>	Confort y medio ambiente de trabajo	x				Adecuado. Quedan pendientes algunos ser
	<input type="checkbox"/>	Comité mixto de salud y seguridad.	x				ok
	<input type="checkbox"/>	Relación con los gremios.	x				Adecuada.
	<input type="checkbox"/>	Hospital seguro: Prevención de violencia-		x			Se esta trabajando. Bioseguridad se hizo curso en maestranza., enfermería. No

	Bioseguridad					manejo de residuos patogénicos.
<input type="checkbox"/>	Equidad de género.	x				ok
<input type="checkbox"/>	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		x			No hay

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 59 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	78%
Las normas escritas de bioseguridad	86%	73%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	80%	56%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	75%	49%
La comunicación con los pacientes	75%	46%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	75%	47%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	73%	47%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	71%	44%
La organización de las tareas	69%	53%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	66%	46%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	63%	44%
El trabajo en equipo	63%	53%
La definición de roles y responsabilidades	58%	42%
El trato entre el personal	58%	32%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	54%	32%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	51%	15%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	51%	41%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	49%	36%
El trato de los jefes	46%	27%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Deficiencias en la Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).
	Estado del sistema de información de camas críticas
	Política de uso racional de medicamentos. Comité de Farmacia
	No se cuenta con estrategia de comunicación interna
	Mapa de riesgo programático
	Desactualizada información de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?
	No se cuenta con organigrama. No se conoce Estructura Orgánico – Funcional.
	Deficiente Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA)
	No está conformado Consejo de Administración
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Deficiente comunicación con los paciente
	Fallas en sistema de referencia y contrarreferencia con los distintos niveles de atención
	Fallas en el funcionamiento de la red
	Área de servicio social no acorde a las necesidades del establecimiento.
	Necesidad de gestionar quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos.
	Deficiencias en la atención al usuario
	Encuestas de satisfacción a la comunidad deficientes
	Sistema de turnos telefónicos con fallas en la implementación.
	Modelo de internación por cuidados progresivos no implementado
	Nuevas modalidades de Internación y atención, algunas no implementadas
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Escasa participación en la programación y ejecución presupuestaria
	Fallas en la Gestión del plan SUMAR - NACER
	Inexistencia de Manual de procedimientos administrativos.
	Desconocimiento del INCLUIR SALUD (ex PROFE)
	Desconocimiento del Proyecto FESP
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Fallas en el trabajo en equipo
	Necesidad de capacitaciones en servicio
	No se realizan encuestas de clima laboral
	Mejorar la capacitación en Bioseguridad y gestión de residuos
	Deficiencias en los cuidados del trabajador: examen preocupacional y control periódico de salud
	No se gestiona el ausentismo

	No se realiza la Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador
	Planificación formal para políticas de capacitación e investigación
	Inexistencia de política de reconocimientos e incentivos.
	Actualizar el análisis y planificación de la planta de personal
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Necesidad de implementar Ateneos
	Análisis de la productividad y producción de servicios y hospitalaria
	Necesidad de establecer Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes
	Fallas en la gestión por procesos de atención
	Deficiencias en la planificación y Gestión operativa de servicios
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Fallas en la gestión de controles bromatológicos
	Necesidad de incorporación al programa de garantía de calidad
	Falta de Comité de calidad
	Falta de Comité de infección
	Falta de Comité de ética
	Falta de Comité de mortalidad (Gral. y materno infantil)
	Prevención de efectos adversos: check list, UTI y quirófano
	Déficit en la gestión de residuos patogénicos
	No está implementada "Maternidad segura y centrada en la familia"
	Falta de Comité de auditoria de Historias Clínicas
	Falta de Comité de Tumores
	Necesidad de Certificación de procesos hospitalarios
	Acreditaciones de residencias, servicios y el hospital en su conjuntos.
	Falta de Comité de evaluación de tecnología sanitaria

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Evaluar la atención con un tablero de gestión que nos informe los Indicadores de calidad

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar la relación con los pacientes y tender al hospital seguro

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Optimizar la gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Contar con personal comprometido en trabajo en equipo

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Fomentar la capacitación profesional

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Contar con un manual de procedimientos bromatológicos que garantice un sistema adecuado de gestión.

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015	Metas Año 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	ANUAL	ANUAL	Responsables
Evaluar la atención con un tablero de gestión que nos informe los indicadores de calidad	Contactarse con el área de asistencia técnica para capacitar al personal involucrado	100% de Personal involucrado capacitado y comprometido 1° trimestre del 2015			Directora - Mariana Esteves
	Determinar las personas encargadas del envío de datos	Contar con los responsables del envío de la información 1° trimestre del 2015			Directora - Mariana Esteves
	Poner en funcionamiento nuevamente el tablero de gestión	Tablero de gestión y PICAM operativo 1° trimestre del 2015			Directora - Mariana Esteves
Dotar a la autoridad competente de la información sobre las camas críticas disponibles	Realizar un Manual de Procedimientos de la carga y envío de camas críticas	Contar con Manual de procedimientos operativo y funcionando 1° trimestre del 2015			Dra. Nievas - Dr Gavazzi
	Sistematizar la carga	Contar con los equipos informáticos en línea que permita la carga e información 1° trimestre del 2015			Dirección
Contar con un Comité de Farmacia que trabaje en post del uso racional de medicamentos	Creación del comité	Comité creado 1° trimestre del 2015			Dirección
	Designar integrantes	Integrantes designados 1° trimestre del 2015			Dirección
	Crear un reglamento de trabajo y plan operativo del comité	Comité normatizado y funcionando 1° trimestre del 2015			Comité
Mejorar la comunicación entre el personal y con la comunidad	Encargar a la Lic. en RRPP la creación de un Plan de Comunicación interna para el Hospital	Creación de un plan de comunicación interna para el 1° trimestre del 2015			Lic. En RRPP Cecilia

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015	Metas Año 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	ANUAL	ANUAL	Responsables
Mejorar la relación con los pacientes y tender al hospital seguro	Elaboración de Manual de procedimiento de atención del paciente	Mejorar la calidad de Atención y Disminuir las situaciones violentas 1° trimestre del 2015.			Cata - Comité Mixto
	Capacitar al personal en derechos de los pacientes	Contar con el 100% del personal capacitado y que conozca los derechos de los pacientes antes de fin de año 1° trimestre del 2015			Cata - Comité Mixto
	Realizar un manual de procedimientos sobre maternidad centrada en la familia.	Contar con una uniformidad de criterio para actuar al respecto 1° trimestre del 2015			Servicio de Ginecología y Obstetricia, Pediatría
	Realizar un análisis proyectado para hacer las modificaciones estructurales que permitan aplicar "Maternidad centrada en la familia".	Dar cumplimiento a la norma correspondiente de acuerdo a los plazos que determine el análisis 1° trimestre del 2015			Comité Mixto Gineco - Obstetricia
Organizar el sistema de referencia y Contrarreferencia del sistema	Convocar al área programática para elaborar un manual de procedimiento	Contar con un manual de procedimiento. Adecuado. 1° trimestre del 2015			Dirección
	Convocar a la RS XI para elaborar un manual de procedimiento	Contar con un manual de procedimiento. Adecuado. 1° trimestre del 2015			Dirección
Consolidar y normatizar el funcionamiento de la red de la cual el Hospital forma parte	Convocar mayor participación de RS XI	Documentarlo 1° trimestre del 2015			Dirección
Contar con un área de servicios sociales capaz de dar respuesta a la mayor parte de las	Análisis situacional de necesidad de personal	Conocer las necesidades concretas del servicio 1° trimestre del 2015			Dirección - Cata -Servicio Social

necesidades	Análisis funcional y de las entidades responsables de actuar	Conocer las necesidades de uso concretas de la sociedad objetivo 1° trimestre del 2015		Dirección - Cata -Servicio Social
-------------	--	--	--	-----------------------------------

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015	Metas Año 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	ANUAL	ANUAL	Responsables
Optimizar la gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios. Para poder optimizar las compras, costos y gastos.	Capacitar a los jefes de servicio y sala, en la carga de la información y rendimiento	Que el 100% de los jefes conozcan los alcances de los datos estadísticos que se cargan de rendimiento hospitalario. 1° trimestre del 2015			Dirección Ejecutiva
		Contar con los datos adecuados para poder tomar decisiones en las compras. 1° trimestre del 2015			CATA
	Establecer en la orden del día del cata la periodicidad del análisis de los datos obtenidos	Poder deliberar periódicamente en el ámbito del CATA en forma mensual, todos los jefes de servicio sobre el rendimiento y las compras. 1° trimestre del 2015			CATA
Optimizar y Mejorar la facturación proveniente del SUMAR	Solicitar instalar la red informática	Contar PC en red en las áreas estratégicas administrativas 1° trimestre del 2015			Dirección Ejecutiva
	Contactarse con SUMAR y Ministerio por lentitud del sistema	Poder tener una respuesta de cómo optimizar la carga en tiempo real sin demoras			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración. Dirección Ejecutiva
	Evaluar incorporar una persona a cargar	Contar con un administrativo exclusivo para la carga de datos 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración. Dirección Ejecutiva
Optimizar y Mejorar la gestión proveniente del INCLUIR	Contactarse con los responsables del Programa Incluir en el Ministerio	Conocer los alcances del Programa 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración. Dirección Ejecutiva

	Poner en marcha el Programa dentro del Hospital	Poder obtener los beneficios de este Programa 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración. Dirección Ejecutiva
Optimizar y Mejorar la gestión Administrativa	Normatizar el Área de Compras	Área de Compras Ordenada y Optimizada Antes 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración.
	Normatizar el uso de Programas Nacionales	Área de Programas Nacionales Ordenada y Optimizada 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración.
	Normatizar el uso del Depósito	Área del Depósito Ordenada y Optimizada 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración.
	Realizar un Análisis Estadístico del consumo del Hospital	Contar con un Análisis estadísticos del consumo 1° trimestre del 2015			Patricia Trombetta Jefa Dto. De SAMO y Administración.

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015	Metas Año 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	ANUAL	ANUAL	Responsables
Fomentar la capacitación profesional	Establecer Ateneos por servicio	Que cada servicio comunique a docencia la frecuencia y fechas de sus ateneos con al menos uno al mes			Dto. De Docencia + Representante de cada servicio
	Realizar Ateneos Conjuntos de Servicios	Contar con al menos un ateneo conjunto una vez al mes			Dto. De Docencia + Representante de cada servicio
	Organizar una Jornada anual Institucional	Contar cada año con una Jornada que permita mostrar las principales actividades docentes y poder realizar los incentivos y reconocimientos anuales del Hospital			Dto. De Docencia
	Realizar Cursos de RCP a todo el personal	Contar con el 100% de personal capacitado antes de 1º trimestre del 2015			Dto. De Docencia
Analizar periódicamente la productividad y producción por servicios hospitalarios	Incorporar en la orden del día del cata con una periodicidad de una vez al mes el tratamiento de producción por servicios e informes de los comité correspondientes relacionados a la producción y calidad	contar con la información adecuada para la toma de decisiones			CATA y comités correspondientes

Contar con guías y protocolos de patologías frecuentes y relevantes	Capacitar a los servicios para la elaboración de Normas Guías y Protocolos.	Contar con los servicios capacitados y una unificación de cómo realizar las normas , guías y protocolos			Dto. De Docencia + Representante de cada servicio
	Determinar cada servicio la prioridad de temas a realizar normas, guías o protocolos	Contar con al menos 2 Normas, guías o protocolos más necesarios por servicio antes de fin de año y 5 por servicio para el 2015			Dto. De Docencia + Representante de cada servicio
Contar con procesos de atención	Contactarse con el área correspondiente del Ministerio para poder armar un área de atención al Usuario	Crear unidad de atención al usuario 1º trimestre del 2015			Dirección Ejecutiva
	Establecer procesos de atención al usuario	Contar con un proceso escrito para el funcionamiento de la Unidad de atención al Usuario 1º trimestre del 2015			CATA Y Dirección Ejecutiva

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015	Metas Año 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	ANUAL	ANUAL	Responsables
Contar con personal comprometido en trabajo en equipo	Identificar situaciones para realizar simulacros de emergencias con la colaboración de todo el personal interviniente	Realización de capacitación conjunta en emergencias para distribuir los roles en las mismas. Con al menos un simulacro trimestral. Desde 1º trimestre del 2015			Docencia e investigación (comité)
	Definición de roles del personal, jerarquizando los puestos	Que cada trabajador al cabo de un año de capacitación. Conozca su función en su puesto de trabajo. 1º trimestre del 2015			CATA - Docencia e investigación a través de los Jefes de Servicio
	Creación de ateneos conjuntos entre profesionales y auxiliares	Facilitar la integración del personal. En al menos un ateneo trimestral. 1º trimestre del 2015			Docencia e investigación (comité)
	Creación del comité de docencia	Contar con comité formado 1º trimestre del 2015			Dirección ejecutiva
	Determinación de problemas que impiden el trabajo en equipo y determinar líneas de acción para resolverlo(Comité)	Resolver un problema por trimestre desde el 1º trimestre del 2015			Docencia e investigación (comité)
Tener personal capacitado e idóneo en cada puesto de trabajo	Evaluar y Definir necesidades de capacitación	Establecer en cada servicio las necesidades de capacitación a fin que dentro de los próximos 12 meses se cuente con el personal capacitado			CATA - Docencia e investigación
	Hacer una evaluación anual en cada servicio unidad o área de trabajo de todo el personal	Tener un informe anual de estado de cada trabajador y su rendimiento en diciembre de cada año			CATA - Docencia e investigación

	Redistribución y/o capacitación del personal de acuerdo al análisis realizado	Tener el personal distribuido de acuerdo a sus capacidades antes de los 12 meses			Dirección Ejecutiva Y CATA
Contar con mecanismos que nos permitan evaluar el clima laboral	Evaluaciones de clima	Realizar encuestas al personal una vez al año. 1º trimestre del 2015			CATA - Personal
	Hacer una evaluación anual en cada servicio unidad o área de trabajo de todo el personal	Tener un informe anual de estado de cada trabajador y su rendimiento en diciembre de cada año			CATA - Personal
Optimizar la capacitación en bioseguridad y gestión de residuos	Determinar capacitaciones periódicas en bioseguridad	100 % del personal capacitado 1º trimestre del 2015			Docencia - Comité mixto
	Elaboración de norma de manipulación de residuos	Contar con Norma escrita y personal capacitado 2º trimestre del 2015			Dirección ejecutiva

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015	Metas o 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	Anual	Anual	Responsables
Contar con un manual de procedimientos que garantice un sistema adecuado de gestión de bromatología	Elaborar el manual de normas de gestión del servicio	Contar con un manual antes de fin de año y su implementación para Disminuir los riesgos para el 1º trimestre del 2015			Jefe del área cocina y Dirección Ejecutiva
	Realizar autoevaluación para determinar posibilidad de certificación	Estar en condiciones de acreditar el servicio antes del 2016			Jefe del área cocina y Dirección Ejecutiva
Contar con un comité de infecciones	Identificar el personal competente	Contar con los miembros comité antes de 3º trimestre 2015			Dirección
	Creación del Comité	Comité creado y funcionando antes del 4º trimestre 2015			Dirección
	Elaborar reglamento	reglamento operativo funcionando antes de fin de año			Comité y Dirección

Contar con un comité de calidad e Incorporarse al Programa de Garantía de Calidad	Incorporarse al Programa de Garantía de calidad de la Provincia	Cumplir con el requisito del Programa de Garantía de Calidad 1º trimestre del 2015			Dirección
	Crear comité	Comité creado y funcionando antes del 4º trimestre			Dirección
	Crear reglamento de trabajo	reglamento operativo funcionando, antes del 4º trimestre			Comité de Garantía de Calidad
	Elaborar un plan	Contar con un Plan de calidad anual antes de cada fin de año			Comité de Garantía de Calidad
Realizar una correcta gestión de residuos patogénicos	Elaboración de norma de manipulación de residuos	Contar con Norma escrita y personal capacitado antes de fin de año			Comité de Infección y Dirección
Implementar lista de verificación de las áreas que lo permitan	Contacto con programa de calidad para elaboración de check list	Chek List funcionando antes del 3º trimestre			Dirección y CATA
	Evaluar diferentes listados	Elaborar 2 al año			Dirección y CATA
Contar con un comité de mortalidad	Identificar el personal competente	Contar con los miembros comité 1º trimestre del 2015			Dirección
	Creación del Comité	Comité creado y funcionando a 1º trimestre del 2015			Dirección
	Elaborar reglamento	reglamento operativo funcionando 1º trimestre del 2015			Comité y Dirección
Contar con comité de ética	Identificar el personal competente	Contar con los miembros comité 1º trimestre del 2015			Dirección
	Creación del Comité	Comité creado y funcionando 1º trimestre del 2015			Dirección

	Elaborar reglamento	reglamento operativo funcionando 1º trimestre del 2015			Comité y Dirección
--	---------------------	--	--	--	--------------------

Hospital Zonal General de Agudos de Lobos

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

DE LOBOS

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DE LOBOS”

Director Ejecutivo

Dr. Giavino, Leonardo Carlos

Director Asociado

Dr. Nigro, Fabián Dionel

Trabajadores del Hospital que participaron activamente los talleres

Aggollia Guillermina; Albano Susana ; Alvarez Franco; Arbel Susana; Arias Susana; Barcellini Dora Elsa; Bersair, María E.; Blanco Javier; Cionco Romina; Córdoba Gisela; Del Barrio Ezequiel; Duarte Graciela; Fernandez Rosa ; Ghiglioni Marisa; Giavino Leonardo; Giglio Rebeca; Giovachini Belén; Giulano Daniela; Herbolejo Germán; Mansilla Andrea; Marquioni Soledad; Nigro Fabián; Peci Mónica Susana; Piersantolini Liliana; Ramallo, Carmen; Romanlli Martín; Ruiz Mónica; Estrada, Jorge

Equipo de asistencia técnica:

Eduardo Martinez, Juan P. Cocozzella. Residentes: Cabrera Facundo, Colombatto, Mariana

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos y Crónicos, sin cobertura de Cuidados intensivos. Que trabaja comprometido con la comunidad, realizando acciones de Promoción y prevención. Con acciones de capacitación en enfermería, ateneos mensuales en Clínica, procesos de capacitación tanto para su personal como para la comunidad y Docencia Universitaria de Grado para prácticas hospitalarias.

❖ **VISIÓN:**

Queremos ser un Hospital que realice todas las especialidades de la internación con Servicios formalmente constituidos. Contribuir a la formación de profesionales de la salud siendo sede de Residencias de Clínica médica. Con un alto sentido de pertenencia, siendo al mismo tiempo un Nodo de red que cumpla eficientemente con las prestaciones que su nivel le determinan.

Crecer como Hospital Escuela de formación, formalizando el comité de Docencia e Investigación.

Ser ediliciamente un Hospital Zonal moderno que cumpla con las necesidades de la comunidad en los tiempos actuales

❖ **VALORES:**

- ✓ Respeto
- ✓ Calidad
- ✓ Paciencia
- ✓ Capacitación
- ✓ Equidad
- ✓ Igualdad
- ✓ Comprensión
- ✓ Empatía
- ✓ Compromiso
- ✓ Transparencia
- ✓ Solidaridad.

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CLÍNICA	Planificación y Gestión operativa de servicios	Profesionales	No se realiza		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes	Algunos protocolos en proceso – Voluntad de Hacerlos	No esta sistematizado por el hospital		Programa de Evaluación de Tecnologías
	Aborto no punible	Se derivan			
	Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria	Se procesan los datos en estadística	No hay análisis de datos		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Gestión de Estadía Media por servicios y patologías	Se realiza en forma general	No se realiza por servicios		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Ateneos	Se realizan de clínica médica en forma semanal,	No se realizan en los demás servicios		Plan estratégico y operativo del Ministerio

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CALIDAD	Incorporación Programa de Garantía de Calidad	si			
	Comité de calidad		Falta hacer disposición		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Acreditación de Residencias, Servicios y el Hospital en su conjunto		No		
	Certificación de Procesos hospitalarios		no		Plan estratégico y operativo del Ministerio

	Comité de Infección		No está creado		
	Comité de Ética		No está creado		
	Comité de Mortalidad (Gral. y Materno infantil)		No está creado		
	Comité de Auditoría de Historias Clínicas		No hay		
	Comité de Tumores		No hay		
	Comité de Evaluación de Tecnología Sanitaria		No hay		
	Estado del sistema de control de calidad de Laboratorio	En implementación			
	Prevención de efectos adversos: Chek list UTI y Quirófano, prevención de escaras, lavado de manos, entre otros.	No			
	Maternidad Segura y centrada en la familia	No			
	Servicios tercerizados	Cocina (bien higiene y seguridad), tubo de gas dentro de la cocina. Mantenimiento y Lavandería			Plan estratégico y operativo del Ministerio

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN PACIENTE	Modelo de internación por Cuidados Progresivos (internación indiferenciada, complejidad creciente, cuidados interdisciplinarios – gestión de camas	Los cuidados progresivos se realizan desde el punto de vista práctico aún en ausencia del área de terapia intensiva. Sala de internación única.	Problema: falta del área de terapia intensiva.		Plan estratégico y operativo del Ministerio

	centralizadas)				
	Nuevas modalidades de Internación y atención: Internación indiferenciada, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinario		Falta implementación de cuidados domiciliarios. Falta formalización de cuidados paliativos (equipo de trabajo).		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.		Poca comunicación formal. Falta convenio (?)Se realizan con acuerdos verbales.		
	Situación y rol en las Redes de servicios Funcionamiento en Red	Voluntad de mejorarlas Necesidad de optimización y formalización			
	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Se realizan eventualmente,	Falta organizar, y formalizar encuestas periódicas.		
	Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		No cubre necesidad		
	Sistema de turnos telefónicos.	Funciona y cubre las expectativas.	.		
	Señalética	Tienen, hay necesidad de renovación.			

	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Existe, está en funcionamiento puede ser mejorada.			Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Unidad de atención al usuario		No tiene		
	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada		Comunicaciones abierta impiden un confort (pabellones separados, no se comunican entre sí)		

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ESTRATÉGICO	Organigrama	Existe	Desactualizado . Falta de organigrama en los servicios		Plan estratégico
	Estrategia de comunicación interna y externa	Existen informalmente sistema de comunicación interno.(planillas y protocolos)	No hay área ni plan de comunicación. No hay comunicación externa		
	Gestión de la información. Tablero de Gestión	Decisión de la Dirección para incorporar la gestión de la información.	Falta de carga de datos En el Tablero del Ministerio		
	Estado de información de camas críticas	Están trabajando			
	Sistema de información ministerial		Desconocimiento de los sistemas		
	Desarrollo y funcionamiento de los consejos de Administración		no funciona		
	CATA	Voluntad de realizarlo	Falta de organización		Plan estratégico y operativo del Ministerio.

	Mapa de riesgo		No hay		
	Desarrollo de las cooperadoras con ámbito de trabajo comunitario externo a la organización	Esta creada	Funciona muy bien siendo un apoyo fundamental del hospital		.
	Desarrollo de un Plan Director (obras - equipamiento)	Existe	Conocido solamente por las áreas involucrada en el plan de obra de ampliación nueva	falta de recursos económicos	En ejecución

FODA	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Política de Capacitación e Investigación		No hay docencia e investigación, falta un plan	
	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación, control periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.	Vacunación	No se hacen periódicos ni egreso	Creación de la comisión mixta.
	Modalidad guardia 12 hs.		Realizan guardias de 24 hs.	Difícil organización
	Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador	Jornada anual de enfermería, en el último año se realizó reconocimiento a los trabajadores		Plan estratégico y operativo del Ministerio
	Política de reconocimientos e incentivos	.	No se implementa	
	Comité mixto de salud y seguridad.		Funciona con deficiencias.	
	Relación con los gremios.	Buena relación		
	Condiciones y medio ambiente de trabajo		La estructura del hospital no contribuye	
	Gestión del ausentismo		No hay	

	Calidad en los concursos		Falta realizar concursos		
	Análisis y planificación de la planta de personal	Se realiza informalmente			
	Violencia en el trabajo (Programa Prevención legal)	Existen algunos registros en diferentes áreas			
	Equidad de género (programa violencia de género)		No hay problemas		

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA-FINANCIERA	Participación en la programación y ejecución presupuestaria	Participan en el pedido de personal e insumos. En programación, la Planificación estratégica es la primera			
	Recaudación por fondos de terceros pagadores (SAMO)	Se esta gestionando Puede mejorarse			
	Proyectos FESP		Desconocido y desaprovechado		
	Gestión del Plan Nacer	En ejecución			
	Participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Participan en el análisis de gastos locales no así a nivel central.			
	Manual de procedimientos administrativos.	Si, pero son mejorables.			
	Gestión del Profe	Si, pero funciona deficientemente, llega algo			

Priorización de Problemas:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 27 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	96%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	89%	52%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	89%	58%
La definición de roles y responsabilidades	85%	63%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	81%	74%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	81%	44%
La organización de las tareas	78%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	78%	59%
El trato entre el personal	78%	52%
Los elementos y / o insumos de trabajo	75%	70%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	74%	59%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	74%	44%
El trato de los jefes	69%	56%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	68%	48%
La comunicación con los pacientes	68%	52%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	66%	50%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	66%	35%
El trabajo en equipo	63%	48%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	37%	78%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	No hay Consejo de Administración
	Organigrama formal desactualizado
	Falta de transmisión de información
	Ausencia de CATA
	Deficiencias en el cálculo de indicadores
	Falta de intranet
	Equipamiento sanitario desactualizado
	Retraso en la ejecución del Plan Director de Obras
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta de Área de Terapia Intensiva
	Problemas en las modalidades de atención de pacientes crónicos
	Insuficiencia en el funcionamiento del sistema Referencia/contra referencia
	Insuficiente integración con la red sanitaria
	Necesidad de Fortalecer la realización de encuestas de satisfacción de la comunidad
	Necesidad de dar mayor seguimiento a la gestión de quejas
	Necesidad de renovación de la señalética
	Deficiencias en la gestión de la Atención al Usuario
Estructura Edilicia que interfiere en la accesibilidad del discapacitado y la embarazada	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Parcial participación en la programación y ejecución presupuestaria por parte de los decisores
	Parcial participación en gastos, compras y costos
	Deficiente recaudación de fondos de terceros pagadores (SAMO)
	Desconocimiento del funcionamiento del FESP
	Escaso funcionamiento del Plan SUMAR
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Deficitario Plan de Capacitación
	Falta de una Política de reconocimientos e incentivos
	Falta concursar cargos
	Deficitaria gestión de ausentismo
	Insuficiente personal
	Inexistencia de controles de salud periódicos
	No existencia de la modalidad guardias de 12hs.
	No existencia de encuestas de Clima Laboral
	Deficientes condiciones del ambiente de trabajo
	Deficiencias en la seguridad de los trabajadores
	No existencia de capacitación en bioseguridad
Existencia de actos de violencia en guardia	
PROBLEMAS EN ÁREA DE	No existencia de planificación por servicios

GESTIÓN CLÍNICA	Falta de análisis de los datos estadísticos
	Falta de Guías Clínicas y protocolos
	Realización parcial de Ateneos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No existencia del Comité de Calidad
	No existencia de Residencias
	Inexistencia de certificación de los procesos hospitalarios
	Algunos comités con débil funcionamiento
	Algunos comités no constituidos
	No existe comité de evaluación de Tecnología Sanitaria
	Servicios terciarizados en general deficientes

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Normalizar los tiempos del plan director

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Aumentar la complejidad prestacional del hospital

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la recaudación del plan sumar

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Mejorar la bioseguridad hospitalaria - capacitar

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Mejorar la información para la toma de decisiones (mejorar el análisis de datos estadísticos)

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Garantizar la calidad de la atención de la salud-incorporar el comité de calidad

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATEGICA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Normalizar los tiempos del plan director	1° tomar conocimiento del plan director -cata	3°trimestre					Jefes de servicios -
Actualizar el equipamiento sanitario	Tratar en CATA	2° trimestre					Jefes de servicios -
Optimizar el cálculo de indicadores	Capacitación con el sis. capacitación de los usuarios	2° trimestre					Estadística
Mejorar la comunicación interna (instalar intranet)	Concretar la instalación de intranet	2°trimestre					Dirección
Crear y organizar el cata	Realizar un llamado a jefes de servicio para integrar el CATA	1° TRIMESTRE 2015					DIRECTOR

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Aumentar la complejidad prestacional del hospital - implementar terapia intensiva	Implementar Terapia Intensiva	realizada para 1 trimestre 2015					Dirección

Mejorar la atención de los pacientes crónicos de la institución	Complementar servicios de int. Dom - cuidados paliativos-complementar servicios con los CAPS	4° trimestre 2015					Dirección
Mejorar el funcionamiento de las redes de servicios	reunión redes locales	4° trimestre 2015					Dra. Susana Albano y Soledad Marchioni
Mejorar el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencias	redes locales	4° trimestre 2015					Dirección - Jefaturas

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la bioseguridad hospitalaria - capacitar	Organizar y solicitar curso bioseguridad	3ª y 4ª trimestre de 2015					CATA y Dirección
Mejorar el clima laboral - recabar información para ello.	Realizar talleres y encuestas sobre diversos temas relacionados con el clima laboral (Susana Alonso)	3ª y 4ª trimestre de 2015					Comité Mixto

Generar estrategias de prevención de la violencia en la guardia del hospital	Talleres de concientización - formación para el personal.	4 ^a trimestre de 2015					Dirección y Comité Mixto
Mejorar los procesos de capacitación del personal	Generar Plan de Capacitación anual	1 ^a trimestre de 2015					Jefes de área y servicios y docencia e investigación
Disminuir la tasa de ausentismo - mejorar la gestión de ausentismo	Generar espacio de concertación- generar seguimiento de carpetas de ausentismo	3 ^a y 4 ^a trimestre de 2015					CATA , Dirección y personal

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la recaudación del plan sumar	Centralizar el proceso de ingreso	4° trimestre del 2015					Dirección - CATA
Aumentar la participación en la ejecución y planificación presupuestaria	Generar procesos de medición de resultados - normatizar procesos de atención y conocer costos de resultados	1° trimestre del 2015					Estadística, SAMO y CATA
Mejorar la recaudación de fondos de terceros pagadores (samo)	Informar distribución del samo- concientizar - centralizar ingreso	4° trimestre del 2015					Cata y Dirección

Mejorar la participación de los jefes de servicios en gastos, compras y costos	Generar procesos de medición de resultados - normatizar procesos de atención y conocer costos de resultados	4° trimestre del 2015					CATA
--	---	-----------------------	--	--	--	--	------

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la información para la toma de decisiones (mejorar el análisis de datos estadísticos)	Conocer valores y gastos	1° trimestre del año 2015					Estadística y jefes de serv.
Mejorar la seguridad en la atención de los pacientes (incorporar guías clínicas y protocolos)	Normatizar a través del uso de guías la patología prevalente de cada servicio o área	1° trimestre del año 2015					Dirección y CATA
Incorporar mejoras en los procesos de los servicios, (generar planificación en los servicios)	Aplicar las técnicas de la planificación estratégica en los servicios	1° trimestre del año 2015					Dirección y CATA
Mejorar los procesos de capacitación en servicio -	Incorporar ateneos	4° cuatrimestre del 2015					Área de docencia e investigación y jefes de servicios

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Garantizar la calidad de la atención de la salud-incorporar el comité de calidad.	Crear comité de calidad	3° trimestre del 2015					Marisa Ghiglioni
Ampliar las capacitaciones de postgrado -incorporar residencias	Crear comité de Docencia e Investigación	4° trimestre del 2015					Marisa Ghiglioni
Garantizar la calidad de la atención de la salud-incorporar comités de trabajo	Comité de HC	1° trimestre del 2015					Comité de Calidad
Dar garantía a la comunidad de los procesos del hospital (certificación)	Generar procesos de autoevaluación	3° trimestre del 2015					Comité de Calidad

Hospital Zonal General de Las Flores

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE

LAS FLORES

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE LAS FLORES

Director Médico

Dr. Adrian Rubén Decundo

Directora Asociada

Dra. Elena Urdinez

Trabajadores del Hospital

Abeliza Viviana Ametano Nora, Arrua Pablo, Bastien Julieta, Bossa Ana Beatriz, Carpinetti Gabriela, Castella Pablo, Cazeaux Liliana, Colavino Esteban Luis, Confeggi Carolina, Espoindola Daniela, Fait Roxana, Fernández Diana, Forconi Xenia, Goyeneche Victoria , González Ricardo, Gopar F Marión , Juarez Rodolfo ,Kazandjian Verónica ,Labolita Luciano, Lamas Liliana ,Lisazo Zulma, Lujan Gonzalo, Manzo Paolo, Márquez Micaela, Martínez Blanca , Murray Maria Laura, Musali Shoshy, Pardo Raul, Patronelli Mario, Pérez Liliana, Recalde Miguel A, Rios Ordoñez Dolores, Rosas Silvia ,Sandoval Adrian, Suarez Ernesto, Svendsen Fabiana, Urruchua Julio E, Vilela Victoria Fernández Roberto, Giménez Mónica, Benavidez Nilda, Muñiz Mariela , Orellana Alexia, Laspiur Alejandro, Serafini Tulio, Navazio Paula, Biscay Rosana, Dubar Romina

Equipo de asistencia técnica:

Juan Coll Martinoia, Walter Gómez. Residentes: Corbat Noemi, Dietrich Laura

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Zonal General de Agudos ubicado en la zona centro de la Provincia de Buenos Aires. Brindamos Atención integral: Promoción, Prevención, Asistencia, Recuperación y Rehabilitación, en las especialidades básicas para la demanda ambulatoria programada, no programada, y en internación con prevalencia de accidentología y trauma.

Desarrollamos internación domiciliaria y cuidados paliativos. Integrados con la Red Sanitaria local y Regional.

Realizamos actividades de Capacitación y Docencia.

Desde lo social brindamos cuidados a los adultos mayores de una Residencia Geriátrica ubicada en el predio del Hospital

❖ **VISIÓN:**

Ser reconocidos como un Hospital Zonal competente con especialidades y disciplinas básicas, orientado a la atención emergentológica y de adultos, para cubrir las necesidades de la comunidad y la región. Asegurando la calidad, equidad y accesibilidad en la red local

Lograr trabajar en forma interdisciplinaria con recursos, infraestructura y tecnología acorde a las necesidades de la Red sanitaria Regional.

VALORES: Los valores institucionales compartidos son :

- ✓ compromiso
- ✓ responsabilidad
- ✓ trabajo en equipo
- ✓ calidad
- ✓ ética
- ✓ competencia
- ✓ capacitación
- ✓ equidad
- ✓ respeto

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

Área de Gestión	Análisis Interno		Análisis Externo	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Estratégica		No hay Consejo de Administración		
	Organigrama establecido para la ley 10471	Falla en difusión de la Estructura Orgánica Funcional .Falta de ampliación y actualización de la estructura Orgánico Funcional para todo el establecimiento.		Algunas Jefatura de servicios sin asumir el cargo por falta de RRHH
		falta de funcionamiento Consejo Administrativo Técnico Asesor CATA		
	Compromiso de la Dirección con el decálogo de Gestión y en mejorar la comunicación y la participación de todos los sectores de la organización	Fallas en la Comunicación Externa e Interna. Problema a resolver. No hay sistema Informatizado Intranet.		
		Hay indicadores, muchos servicios realiza algunas estadísticas. No todos conocen el tablero ni tienen acceso.	Posibilidades de capacitación del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires	
		Se carga los formularios 10, pero faltan diagnósticos en los códigos. Existen problema es el proceso de carga y llenado.		
	Integración en red esta articulada moderadamente con la universidad UBA (medicina), fundación (cursos), y en forma incipiente con instituciones educativas y los servicios	Falta de utilización de indicadores y rendimiento Hospitalario en muchos servicios por fallas en la gestión de información		
		Algunos servicios Utilizan la información propia. No se utiliza sistemáticamente para la toma de decisiones		
		No están habilitadas como UTI para el sistema de Gestión camas críticas. No es centralizada la Admisión		
		SNVS Se carga en estadística con el diagnostico de ingreso que a veces varia. No se carga el sivila. No hay Registro Civil		
	Falla en la actualización en todos los sectores condiciones de mobiliario y equipamiento sanitario			

	Plan de Obras con 2 de 5 etapas aprobadas	Plan Director Hay pero no es conocido. Se realizo con la participación de algunos jefes de servicios. Hay que reactualizarlo e implementarlo.	Se ponga en marcha y completar el plan de Obras	
	Ya plantearon en la región en crecer en emergentología trauma, de adultos y tener Nivel básico Perinatal con referente de complejidad en H A diego de Azul	No está totalmente establecido el Mapa de riesgo. Existe poco contacto con APS y la red local	Planificación Estratégica y Operativa en la Región Sanitaria y redefinir roles de los Hospitales nodos de la Red	
Pacientes	Hay cuidados paliativos	No hay atención por cuidados progresivos.		
		No existe un adecuado sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de Atención	Proyecto de Planificación Estratégica y operativa de Región Sanitaria	
		No existe un correcto funcionamiento de las Redes		
		No hay una planificación sistemática de evaluación de la satisfacción de la comunidad	Programa de Mejora de Atención a la Comunidad Subsecretaría de Planificación de la Salud	que se demoren la terminación de los Hospitales de Cañuelas y Esteban Echeverría y Aumento de la Demanda
	Residencia Geriátrica en el Predio del Hospital	Hay dificultades en el Servicio Social poco RRHH y aumento de la demanda		
		Existe problemas en la accesibilidad a turnos telefónicos		
		Existe libro de quejas en Guardia y Dirección. No existe un sistema de gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Cursos virtuales gratuitos de Atención al Usuario desde la Subsecretaría de Planificación de la Salud	
	No existe Unidad de Atención al Usuario			
	No hay una adecuada accesibilidad para los discapacitados			
	No existe una señalética adecuada a las necesidades			
	Faltan trabajos de pintura y de obra en el establecimiento			

Económico financiero		No hay una participación activa por parte de jefes de servicio en la planificación del presupuesto en la programación y ejecución presupuestaria			
		No hay una adecuada comunicación para todas las áreas del Hospital sobre el análisis de los gastos, compras y costos		Falta de Proveedores por la distancia geográfica	
		Fallas en la recaudación fondos de terceros pagadores			
		No hay un conocimiento del proyecto FESP en sectores del Hospital	Cursos de capacitación sobre Plan Sumar y FESP a nivel central		
		Existe problemas en la implementación desarrollo y aplicación del Plan Nacer y SUMAR			
	Buena colaboración de Cooperadora	Falta de comunicación sobre las actividades y recaudaciones de la Cooperadora y las Fundaciones	Colaboración y Alianzas con otras ONG		
Trabajadores		Falta de una Política sistemática y sistémica de capacitación e investigación en todos los sectores del hospital			
		Falta una política formal de reconocimientos e incentivos			
		No existe un análisis y planificación de la planta del personal en todo el Hospital	Están tramitados por Expedientes Profesionales en áreas críticas	Demoras en el Nombramiento de Profesionales y no Profesionales	
		No hay una gestión sistemática de análisis del ausentismo			
		Participación activa de los gremios. Buena cobertura de Vacunación	No existe una política sistemática y sistémica para el cuidado del trabajador		
			No está implementada la modalidad de guardia de 12 horas por Falta de RRHH y la distancia de residencia de los profesionales		
			No hay una evaluación del clima laboral	Programa de Mejora de Atención a la Comunidad	
		No existen buenas condiciones			

	Está funcionando el comité Mixto de salud y seguridad en el trabajo	y ambiente de trabajo, confort		
		No esta implementado de manera sistemática cursos de bioseguridad adecuados a cada sector	Programa de Prevención de Infecciones Asociada a Cuidado de la Salud	
	Muy buena respuesta de todo el equipo de salud ante emergencias	Falta Trabajo en Equipo en lo programado		
		Existe violencia en la ámbito laboral en algunos servicios con mas exposición	Programa de Prevención Legal en Salud. Dirección Provincial de Hospitales. Ministerio de salud de la Prov. de Buenos	Aumento de la Violencia en la Sociedad
Clínica		No hay una planificación estratégica y operativa en todos los sectores del Hospital	Proyecto PE Y O	
		No está implementado el protocolo de Aborto no punible		
		No existe en todos los servicio protocolos y/o guías de manejo de patologías prevalentes	Programas y Protocolos de Nivel Central	
	Gestión por procesos implementado en el Servicio de Laboratorio	No está implementada una gestión por procesos en todo el hospital	Análisis de Estadía Media en los Hospitales de la provincia realizado en 2011 por Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires	
Calidad		No hay una adecuado análisis de la Estadía media en todos los servicio del hospital		
		Desconocimiento del programa de Garantía de Calidad de Atención Médica	Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica de la Subsecretaría de Planificación de la Salud	
		No hay comité de Calidad ni de Investigación		
	Comité en control de infecciones establecido, funcionando, de referencia. Enfermería forma parte integrante del	No existen procesos certificados en el hospital		

Comité Central de CI DPH	Existen problemas de Difusión de las actividades del Comité de Control de Infecciones	Propuesta de curso formación y pasantía de Enfermería en control de infecciones con el aval de CCCI DPH y el Curso del H San Martín	
	No existe un Comité de Mortalidad general		
	No existe un comité de Auditorías de Historias Clínicas y de farmacia		
	Falta un evaluación y planificación para implementar Hospital seguro		
	No hay un control sistematizados de los servicios tercerizados		

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 67 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	86%	64%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	85%	52%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	82%	45%
Las normas escritas de bioseguridad	81%	48%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	79%	51%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	72%	52%
El trabajo en equipo	70%	52%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	68%	33%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	67%	43%
La definición de roles y responsabilidades	66%	48%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	66%	37%
La organización de las tareas	65%	43%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	62%	27%
El trato entre el personal	59%	32%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	59%	32%
La comunicación con los pacientes	58%	38%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	55%	34%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	55%	23%
El trato de los jefes	53%	31%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMA	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en la Comunicación interna y Externa
	No está en funcionamiento las reuniones de CATA
	No se utilizan los datos de Rendimiento Hospitalario para toma de decisiones en todos los servicios
	Falta completar la implementación del plan de obras de Infraestructura (reparación y mantenimiento Quirófanos Esterilización UTI y Emergencia)
	Falta de actualización del Organigrama
	Inexistencia del Tablero de Gestión Hospitalaria
	No funciona actualmente Consejo de Administración
	No está totalmente establecido ni difundido el Mapa de Riesgo del Área programática
	Falla en algunos sectores de mobiliario y equipamiento sanitario
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falla el funcionamiento de las redes
	No hay una evaluación sistemática de la satisfacción de la comunidad y los usuarios
	Dificultades en la implementación adecuada de gestión de turnos telefónicos
	Dificultades en la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes
	No existe un sistema unificado de reclamos ,sugerencia y agradecimientos
	Falta la creación de la Unidad de Atención al Usuario
	No esta establecido los cuidados progresivos, ni admisión centralizada ,ni Demanda espontanea
	Problemas en el área de servicio social
	No esta en todos los servicios y áreas planificada la accesibilidad para discapacitados y embarazadas
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	La señalética es insuficiente e inadecuada
	Fallas en algunos proceso de captación de pacientes con Obras Sociales
	No hay una adecuada participación del análisis de gastos, compras y costos
	Falta de participación en la planificación y ejecución presupuestaria
	Fallas en la implementación plan NACER - SUMAR
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Desconocimiento de los alcances del Programa FESP(Funciones Esenciales de la Salud Publica)
	Falta de evaluación sistemática del clima laboral
	Falta de funcionamiento efectivo del Comité Mixto
	falta de análisis y difusión de las causas de ausentismo
	Falta de Hospital seguro y cursos de Bioseguridad

	falta en el control de riesgo ocupacional
	falta de una política formal de reconocimiento e incentivos
	Falta de completar los concursos funciones
	Fallas en algunas áreas de condiciones y ambiente de trabajo
	Falta de jornadas anuales de reconocimiento
	falta de análisis y planificación de la planta del hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta de Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes
	No hay Gestión por procesos de atención
	No se realizan Ateneos
	Fallas en la difusión de la Estadía media por servicio y patologías
	No esta implementado ni establecido el protocolo de aborto no punible
	El análisis de la producción y productividad no se realiza en forma sistemática en todos los servicios del hospital
	Falta de Planificación y Gestión operativa de servicios
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	no hay comité de Farmacia y Medicamentos
	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad
	No hay comité de mortalidad No hay MSCF(Maternidad segura y Centrada en la Familia)
	No hay chek list (Lista de Verificación quirófano)
	No hay Comita de C de Infecciones ACS
	No existe el Comité de Calidad
	No hay comité de auditoría de H CI
	no hay comité de tumores
	No hay control sistemático de servicios tercerizados

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la Comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar el funcionamiento de las redes sanitarias

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la Participación en análisis de gastos, compras y costos

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Evaluar sistemáticamente el clima laboral.

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Establecer Protocolización de Patologías Prevalentes

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Fomentar la Participación en Comité no clínicos

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Mejorar la Comunicación interna y externa	Planificar reuniones Programadas con referentes de áreas/ servicios / procesos periódicamente	Tener realizadas 3 reuniones con registro en 3° trim 2015						Urdinez Elena Viviana Abeliza Luciano Labolita Adrian Sandoval
		Confeccionar un Mailing 3° trim 2015						Mario Patronelli
	Formalización de la Información externa para difusión a la comunidad publica	TICS implementados para comunicación externa por Responsable de Direcciona partir de 3° trim 2015						Blanca Martinez Patronelli Mario
	Fortalecer Comunicación Externa	Crear pag web 4° trim 2015						
	Fortalecer comunicación entre Equipo de salud	Restablecer sistemática de pase de Sala de pacientes internados en equipo 1 o 2 veces por semana y de Guardia ponerlo avalado con difusión interna 1er. Trimestre 2015 en adelante						Decundo Adrian Sandoval Adrian
Implementar el funcionamiento, registro y difusión de reuniones del CATA	Implementar el adecuado funcionamiento del CATA	formalizar reuniones con registro un jueves x mes						Dirección Musali shoshi

<p>Actualizar y difundir el Plan Director de Obras e impulsar las obras de mejoras en infraestructura</p>	<p>Difundir el Plan de Obras en reunión de CATA</p>	<p>2° Trimestre 2015</p>						<p>Dirección Musali shoshi Biscay Roxana Arrua Pablo</p>
<p>Sistematizar la comunicación del rendimiento hospitalario para la toma de decisiones en todos los sectores</p>	<p>Difundir en reunión de CATA</p>	<p>1° Trimestre 2015</p>						<p>Fabiana Svendsen</p>

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Mejorar el funcionamiento de las Redes Sanitarias	Planificar Reuniones con Responsable de Región Sanitaria(CRS) ampliada a otras RS Red Trauma ,Perinatal ,CV	Concretar reuniones entre una comisión del Hospital con referentes de la región y los distintos nodos de la Red x 1 o 2 redes a partir del 2er Trim 2015						Decundo Adrian R Legal Paolo Manzo Emerg UTI
	Planificar Reunión Red local Emer 107, Defensa Civil , Bombero 108						Arrua Pablo ,Paolo Manzo ,Adrian Decundo, Juaraz Rodolfo	
	Diagramar una Red de Prestadores y logística de derivación OS IOMA PAMI							
Implementar una sistemática evaluación de satisfacción a los Usuarios y comunidad	Capacitación en Atención al Usuario	a partir del 2° trimestre 2015						Labolita Luciano Svendsen Fabiana Liliana Cazeaux
	Realizar encuestas de satisfacción de los Usuarios / Comunidad	Evaluación de dos servicios a partir del 3° Trimestre 2015						
Mejorar accesibilidad a la consulta ambulatoria programada. Turnos telefónicos	Diagnostico de situación Mejorar la gestión turnos	Propuestas para la mejora en 1° tm 2015						Arrua Pablo Cazeaux Liliana
	Capacitación en atención Telefónica en el Hospital y desde CAPS	A partir de 1° tm 2015.						

Perfeccionar el sistema de referencia y Contrarreferencia con los distintos niveles de atención	Establecer comunicación fluida con diferentes áreas del 1° Nivel de Atención Reuniones	Reuniones periódicas con responsable 1° Nivel APS a partir 1° Trim. 2015						Arrua Pablo ,Paolo Manzo ,Adrian Decundo, Juaraz Rodolfo
		Planificación e Implementación de estrategia de R y CR a partir del 2015						

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Mejorar la captación de pacientes con Obra Social	Concientizar a los profesionales y agentes	Reuniones con responsables de los procesos involucrados , comenzar 1° tm 2015						Esteban Colavino Pablo Castella Viviana Abeliza Zulma Liasazo
	Crear una mesa de admisión ambulatoria SAMO	a partir 1° tm 2015						
	Confeccionar instructivo con datos básicos a registrar para los responsables de proceso	En 1° trimestre 2015						Esteban Monzón
Mejorar la Participación en el análisis de gastos, compras y costos	Conformar un comité asesor para compra y avalado x los jefes	a partir del 1° Trimestre 2015,						Viviana Abeliza Carolina Confeggi Roxana Biscay
Promover acciones de mejora en la Participación de la planificación y ejecución presupuestaria	Planificar presentación en Reunión de CATA y cada responsable con la Información	En reuniones de CATA a partir del 1° tm 2015						Esteban Colavino Rosana Biscay

Fortalecer la implementación del Plan Nacer y Sumar	Completar capacitación en Plan SUMAR Difusión del Plan SUMAR	1° trimestre 2015						Pablo Arrua Eliana Suarez
	Consolidar el equipo responsable de gestión de los programas Nacer y SUMAR	2° Trimestre 2015						

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trim	2° Trim	3° Trim	4° Trim	ANUAL	
Evaluar sistemáticamente el clima laboral	Formación y Capacitación en evaluación del Clima Laboral a través del Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad (PMAC)	Realizar una encuesta en dos servicios o áreas de Clima laboral						Goyeneche victoria Pablo Castella Ana Bossa Luciano Labolita
Poner en funcionamiento efectivo el Comité Mixto	Poner en funcionamiento eficaz Comité Mixto	Tener registro de dos reuniones en 1° trimestre 2015						Decundo Adrian Goyeneche victoria Pablo Castella Ana Bossa Luciano Labolita
	Planificar cronograma de actividades	Elaborar un diagnóstico de situación en función de Riesgo Salud Seguridad Ocupacional a partir del 1° trim 2015						
Mejorar la Gestión del Ausentismo	Analizar y gestionar sistemáticamente y difusión de las causas de ausentismo	Plantear en un CATA con los gremios						Decundo Adrian Goyeneche victoria Paolo Manzo Luciano Labolita

Promover acciones para ser Hospital seguro	Capacitación en Bioseguridad	Curso Taller a todo el personal de Bioseguridad realizado en CDI CCI Servicios críticos a partir del 1° tm 2015						Sandoval Adrian Rosas Silvia Confeggi Carolina CCIACS
	Implementar Hospital seguro	Revisión e implementación de Protocolo de H Seguro (Ingreso , circulación ,cámaras ,Botón Antipático en Emergencia funcionando) Referentes :Cuidadores , Enfermería , Emergencia y Dirección 1° tm2015						Adrian Decundo, Paolo Manzo, Labolita Liciano, Lisazo Zulma, Julio Urruchua
		Elaboración de un plan de acción en evacuación c DC Seguridad e HIGIENE Bomberos 1 trim 2015						Elena Urdinez Lisazo Zulma Sandoval Adrian

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Lograr Protocolización de Patologías Prevalentes	Diseñar Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes	Protocolos implementados una patología prevalente por servicio a partir 1° trim 2015						Decundo Sandoval Paolo Gonzalo Lujan Bossana Ana Dubor Romina Dolores Rios Ordoñez

Implementar Gestión por procesos de atención	Capacitación en Gestión por procesos	Cursos realizados por decisores y jefes en SSPS 2° trim 2015						Rubén Decundo Adrian Sandoval
Difusión de la información sobre Estadía media por servicio y patologías	Evaluación y análisis de estadía media (EM) de las patologías prevalente por servicio	Establecer análisis de causas de desvíos de EM de una patología por servicio a partir de 1° trim 2015						Svendsen Fabiana Bossa Pablo Micaela Marquez Roberto Fernandez Zulma Lizazo
Fomentar la realización de Ateneos Hospitalarios	Concientizar y estimular a todo el Equipo de Salud sobre la importancia del desarrollo de Ateneos	Realizar un ateneo para último trimestre de cada año						Julieta Bastien Romina Llazpiur Adrioan Sandoval Arrua Pablo

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Participación en Comité no clínicos	Formalizado x disposición Comité Docencia e Investigación y Comité en Control de Infecciones	Creados y funcionando 1° tm 2015						Bossa Ana Khazandjian Veronica Micaela Marquez Julieta Bastien Carolina Confeggi Pablo Arrua Adrian Sandoval Silvia Rosas
Fortalecer el control de Infecciones y el Uso Racional de Medicamentos	Conformar Comité de Control de Infecciones ACS	Creado y funcionando 1° tm 2015						Confeggi Carolina Silvia Rosas Amitarano Nora Vivana Beliza Tulio Serafini
Mejorar la seguridad en Quirófano	Implementar chek list (Lista de Verificación quirófano)	Capacitación 2° tm 2015						Laspiur, Blundo Ametrano
Mejorar la Comunicación entre Jefes Dirección y Personal de los servicios	Reunión Comités de Enfermería y Jefes , Recorrida de sala y hospital , reuniones de CATA	Definir un día para reunión de jefes cada 15 días 2° trim 2015						
Disponer de Normas de Bioseguridad	Contactarse con comité central CCIACS DPH ver recomendaciones o Normas de Seguridad	Diseñar Normas escritas de Seguridad adecuadas para el Hospital a partir del 1° trim 2015						Rosas Silvia Confeggi Carolina CCIACS
	Consensuar recomendaciones y estrategias con integrantes CCIACS Local	Difusión y distribución en los servicios a partir del 1 trim 2015						Rosas Silvia Confeggi Carolina CCIACS
Mejorar la imagen y el	En equipo Comités	Concretar tres						Decunco Adrian

Prestigio	Comunicación y conectarse con ONG y Redes Intersectorial	reuniones a partir del 2° trim 2015						Urdinez Elena
Asegurar la Gestión para la provisión de insumos y elementos de trabajo	Concientizar, Evaluación Diagnóstica del uso de insumos y elementos	Implementar una planilla Registro de Uso de elementos/ insumo por sector a partir de 1 trim de 2015						Rosas Silvia Confeggi Carolina CCIACS

Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS

“ARTURO MELO”

HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS “ARTURO MELO”

Director Ejecutivo

Dr. Mario Rubén Pérez

Director asociado:

Dr Gustavo Mario Cesa

Trabajadores del Hospital que participaron activamente los talleres

Amarante Carlos, Anani Adriana, Aranda María Inés, Arce Lucía, Castro Guillermo Adolfo, Celhay Alejandro, D'Agostino Eduardo, Farruggio Liliana, Fernández Luciana, Fernández Liliana, Fichman Mario, Gandola Sergio, Gonzalez Liliana, Gonzalez Maite, Herrera Graciela, Iglesias M. Fernanda, Iglesias Fernando, Lemlich Marina, Lima Cristian, Martín Jorge, Metz Rita E. N., Milano Rosana, Montes Flavia, Nakada Alejandra, Niz Nilda, Ojeda Néstor, Olivera Virginia, Palacios Vilma, Perez Stella Maris, Peticari Patricia, Pinat Andrés, Rami Graciela, Ramirez Verónica, Ramírez Carolina, Rassetto Carlos, Rodríguez Edgardo, Rodriguez Norma, Rojas Miguez Constanza, Sanchez Marta, Sapas Patricia, Saranite Yanina, Tolosa Vilma, Valiente Luisa, Villarreal Zulma, Zarza Diego, Zito Sara.

Equipo de asistencia técnica:

Daniel Soldi, Sanchez Viamonte Julián. Residentes: Chechile Gabriela, Flores Danisa.

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **VISIÓN:**

Llegar a ser un Hospital Subzonal General de Agudos y Crónicos, que brinde cirugías programadas, manteniendo prestaciones generales de baja y mediana complejidad, fortaleciendo la red de derivación, incrementado las prácticas diagnósticas acordes a la complejidad del Hospital. Ser un Hospital de formación que brinde capacitaciones de pre y post-grado relacionado con distintas Universidades. Llegar a ser reconocidos como centro oftalmológico de referencia.

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Local General de Agudos y Crónicos con capacidad para optimizar prestaciones generales de baja complejidad, en el marco de un modelo medico asistencial basado en la atención primaria de la salud y en el trabajo en red. Sostenemos el paradigma de la atención integral de las personas, concibiendo la salud como derecho y estableciéndola como compromiso.

❖ **VALORES:**

- ✓ Solidaridad
- ✓ Calidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Universalidad
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Humanización
- ✓ Equidad
- ✓ Respeto

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CLÍNICA	Planificación y Gestión operativa de servicios	Se encuentra establecido por áreas. (Clínica Médica, Emergencias, Ginecología, Adolescencia, etc.)	Falta en algunas áreas		
	Guías y Protocolos	Se encuentran establecidos protocolos y guías de procedimientos por áreas operativas=asistenciales.			
		Voluntad de hacerlos			
	Gestión por procesos de atención	No constituye un problema.			
	Aborto no punible	Se cuenta con equipo de trabajo establecido. Se está trabajando en el registro de objetores de conciencia. Cuentan con protocolo establecido y se ejecuta.			
	Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria	Existe para programas , Adolescencia, Ginecología, etc.	No se realiza por área específica. No se encuentra sistematizada la entrega de Memoria y balance anual por área.		
Ateneos	Se considera necesario restablecerlo como estrategia de capacitación y actualización.	Falta implementarlos			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN CALIDAD	Incorporación Programa de Garantía de Calidad		Falta formalizar acta de adhesión		Plan quinquenal y Decálogo hospitales
	Acreditación de residencias		Es necesario acreditar		Plan de acreditación hospitalaria
	Comité de calidad		No está conformado		Programa de calidad del

				Ministerio
	Comité de ética		No está creado	
	Comité materno infantil		No está creado	
	Comité de auditoría HC		Sin actividad	
	Comité de tumores		Sin actividad	
	Comité de farmacia y medicamentos	En vías de conformación		
	Comité de evaluación de tecnología sanitaria		No hay	Programa de evaluación de tecnologías del Ministerio
	hospital seguro y seguridad paciente	Necesidad de implementar		Programa de calidad del Ministerio
	Maternidad segura y centrada en la familia			Eje del Plan quinquenal y Decálogo

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN PACIENTE	Modelo de internación por Cuidados Progresivos	El hospital tiene como protocolo que todos los pacientes ingresan a la internación por la guardia (gestión centralizada de camas- Sala única de internación interdisciplinaria.)			
	Nuevas modalidades de Internación y atención	Hay consultorio de demanda espontánea e internación de día.	Todavía no se está trabajando en internación domiciliaria (ha habido casos puntuales).		
	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.	Referencia y contra referencia por vía telefónica.	.		

	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Hay interés en realizarlas. Hay un buzón de sugerencias.	No se hacen todavía.		
	Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento	Hay dos trabajadores sociales. Se considera que se logra cubrir las necesidades.			Se está en contacto con los trabajadores sociales municipales por temas concretos.
	Sistema de turnos telefónicos.	Está implementado el del Ministerio.			
	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	Hay un buzón de sugerencias que se implementó hace un mes. Hay un responsable de analizarlas y dar una respuesta personalizada.			
	Unidad de atención al usuario.		Hubo una mesa de información pero no se le dio jerarquía.		
	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	En el proyecto de construcción está contemplada la instalación de rampas. Hay algunas rampas.	No hay ascensores		
	Señalética	Existe – es mejorable			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración	Se plantea la necesidad de crearlo (está dentro de la planificación para este año).	No hay		Plan estratégico
	Organigrama	Existe un organigrama oficial (estructural) y uno de procesos de trabajo (funcional). Es conocido por todos.			
	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).	Se lo considera necesario.	No hay uno formal.		Plan estratégico

	Estrategia de comunicación interna y externa	Recientemente se incorporó un área de comunicación. Comunicación interna: por vía oral, escrita, flujo gramas, teléfonos internos.			
	Gestión de la información: Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM).	Se plantea la necesidad de rever qué indicadores son aplicables a este hospital.			
	Realizan la carga vía web del formulario 10	La utilizan para la toma de decisiones			
	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	Hay un expediente aprobado para la construcción de un piso	por el momento no se está realizando	Problemas con las cooperativas que llevarían adelante la construcción	
	Mapa de riesgo del Área Programática.	El área de emergencias tiene un mapa protocolizado			Hay una persona en el hospital (que depende de la municipalidad) encargada de la referencia y contra referencia.
	Política de uso racional de medicamentos	Programado para ser tratado			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Política de Capacitación e Investigación	Existe Comité de Docencia Existen jornadas anuales.	La continuidad y la planificación son problemas a resolver. Escasa participación y actividades autogestoras por área, sin formalizarlas a través del Comité.		

	Política de reconocimientos e incentivos.	Se encuentran estipulados reconocimientos personales por trayectoria, jubilación, nacimiento, etc. Se otorgan reconocimientos a quienes se capacitan y se facilitan las condiciones laborales para continuar la formación. Se gestionan becas de formación para los trabajadores.			
	Calidad en los Concursos	Los concursos no generaron conflictos. Se contaba con escasa experiencia dados los 12 años sin continuidad en concursos.			
	Análisis y planificación de la Planta de personal		Déficit de recurso humano en áreas con proyectos definidos que impiden su implementación. Falta de reemplazos de las jubilaciones.		
	Gestión del Ausentismo		Constituye un problema. Comprende el ausentismo formal y el falso ausentismo (asistencia sin realizar sus actividades)		
	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		Debe realizarse.		Creación de las comisiones Mixtas
	Modalidad guardia de 12 horas		No están implementadas. Continúan siendo de 24 hs		Prioridad Ministerial

	Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		No están implementadas. No se considera un problema el clima laboral ni las relaciones interpersonales con pares y con los superiores.		
	Confort y medio ambiente de trabajo	No es problema. Cuentan con comité con un Ing. de seguridad e Higiene			
	Relación con los gremios.	No constituye problema.			
	Hospital seguro: Prevención de violencia - Bioseguridad	No constituye problema. Existen todos los protocolos implementados.			
	Equidad de género.	no constituye problema . (ni de equidad ni de diversidad de género)			
	Programa "cuidado del salud del trabajador Jornada anual científica y de reconocimient o de servicios y del trabajador "	Se encuentran establecidas las Jornadas anuales científicas y de reconocimiento a los trabajadores.			

FODA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA- FINANCIERA	Participación en la programación y ejecución presupuestaria	Los requerimientos parten del servicio. La farmacéutica hace un informe sobre lo que se recibe.			
	Participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Utilizan el SIPACH. Algunos sectores cargan sus pedidos.			
	Manual de procedimientos administrativos.	Hay en recursos humanos, en compras (reglamento de contrataciones)			
	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO) –	Se ha mejorado la captación de datos pero se puede seguir mejorando. Gran porcentaje de expedientes de PAMI cobrados. Se plantea la necesidad de personal administrativo en la guardia (hay que hacer un análisis costo - beneficio). Prejuicios y desconfianza con respecto al destino de los fondos.	Necesidad de capacitación interna en recupero de costos y de mayor participación de todos los sectores		
	Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica		Necesidad de capacitación		
	Gestión del Plan SUMAR - NACER		Necesidad de capacitación		
	Cooperadoras, fundaciones.	Se considera a la cooperadora importante en algunos aspectos	la Dirección del hospital no concuerda ideológicamente con ella. la cooperadora.		El Hospital recibe subsidios del Ministerio de desarrollo de la Nación. Posibilidad de que algunas empresas de la zona haga donaciones

Priorización de Problemas:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 27 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	97%	78%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	96%	48%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	89%	63%
El trato entre el personal	89%	58%
La definición de roles y responsabilidades	85%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	82%	52%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	81%	74%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	81%	44%
La organización de las tareas	78%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	78%	59%
Los elementos y / o insumos de trabajo	75%	70%
El trato de los jefes	75%	56%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	74%	59%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	74%	44%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	69%	56%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	69%	50%
La comunicación con los pacientes	68%	52%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	66%	35%
El trabajo en equipo	63%	48%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Inexistencia de Consejo de Administración
	Desconocimiento del organigrama del hospital
	No utilización de indicadores de calidad, falta de relevamiento de qué indicadores son aplicables al hospital
	Deficiencias en la comunicación interna y externa
	Necesidad de mejora en el equipamiento mobiliario
	Falta de un espacio de comunicación y gestión formal participativa (CATA)
	Necesidad de actualización del mapa de riesgo para poder utilizarlo de manera formal
	Plan director demorado
	Deficiencia en el llenado de las planillas e inexistencia de una metodología sistemática para su utilización en la toma de decisiones
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Necesidad de mejoras en la atención al usuario
	No realización de encuestas de satisfacción
	Necesidad de optimización y formalización
	Problemas en la modalidad de atención de pacientes crónicos (pacientes con trastornos psiquiátricos)
	Falta parcial de accesibilidad (ascensores y rampas)
	Necesidad de dar mayor seguimiento a las quejas y reclamos recibidos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Inexistencia de manuales de procedimientos en la mayor parte de las áreas
	Fallas en la captación de datos y de concientización sobre su importancia.
	Falta de alineación ideológica entre la cooperadora y la Dirección del hospital
	No participación en la ejecución presupuestaria por parte de las áreas
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Inexistencia de una política clara relacionada con el reconocimiento del personal y los incentivos
	El Comité no cumple con las funciones para las cuales fue creado, escasa participación y actividades autogestoras por área. Capacitación no acorde con la función de cada empleado.
	Déficit de recurso humano en áreas con proyectos definidos que impiden su implementación. Falta de reemplazos de las jubilaciones.
	Alto ausentismo formal y pseudo ausentismo (asistencia sin realizar sus actividades)

	Falta de implementación de encuestas de clima laboral
	No existencia de la modalidad de guardias de 12 hs.
	Falta de espacio, agravado por la instalación del SIES en el propio espacio del hospital.
	Falta de difusión de las normas escritas de bioseguridad
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	No existen protocolos para todas las áreas
	Falta de análisis de la producción y productividad por áreas específicas. No se encuentra sistematizada la entrega de Memoria y balance anual por parte de todas las áreas.
	Falta de difusión de información referida a la gestión de estadía media por servicio y patología
	No se realizan ateneos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No participación en el programa de garantía de calidad
	No existencia del comité de calidad
	Inexistencia de certificación de procesos hospitalarios
	Algunos comités no constituidos
	Inexistencia de comité de evaluación de nuevas tecnologías
No hay residencias	

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Garantizar una gestión de la información y la comunicación adecuada

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Garantizar la atención integral y de calidad para toda la comunidad

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Promover la gestión administrativa participativa, eficiente y eficaz

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Garantizar el número del recurso humano necesario para brindar las prestaciones que la comunidad y el sistema necesitan

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Promover acciones tendientes a mejorar la producción y la productividad

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Promover acciones tendientes a mejorar la calidad

Planificación Operativa - Líneas de Acción y metas

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la comunicación interna y externa de la institución	Completar intranet en todo el hospital, concretar la base de datos con los mails de cada uno	1 er. Trimestre 2015					Comunicación
Mejorar el proceso de comunicación a través del conocimiento del organigrama	Utilizar los distintos medios de comunicación para dar a conocer el organigrama	2 trimestre 2015					Comunicación
Generar un mejor confort para el trabajador de la institución y sus pacientes (equipamiento mobiliario)	Formalizar los pedidos a la Dirección, hacer un relevamiento de las necesidades de mobiliario	2r trimestre 2015					Responsables de área y Dirección
Establecer mecanismos formales de participación (cata)	Llamado a constitución del CATA	2 trimestre 2015					Dirección

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la calidad (modalidad) de atención de los pacientes	Continuar y profundizar el modelo integral. Gestionar nuevos modelos de atención	Desde 1er trimestre 2015					Dirección, guardia y servicios
Mejorar la calidad de atención de los pacientes a través del conocimiento de su satisfacción por medio de encuestas	Se encuentra en desarrollo por el área de comunicación. Tratamiento de no conformidades	desde el 2trimestre de 2015 en adelante					Comunicación
Formalizar y optimizar la red de servicios que integra la institución	Difundir la información del funcionamiento de la red que integra la institución. Consensuar con la red el nodo del hospital	Desde el 2 trimestre de 2015 en adelante					
Mejorar la atención al usuario	De acuerdo al proyecto propuesto por la institución, generación de talleres de sensibilización en mejora de la atención al usuario. Detectar las áreas que necesitan capacitación	desde el 1 trimestre de 2015 en adelante					Dirección y CATA

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Contar con el número correcto de recurso humano en áreas con proyectos definidos	Definir el requerimiento en base al análisis de la producción.	1°trimestre					CATA y Dirección
Contar con el espacio necesario para brindar las prestaciones de salud a los pacientes	Relevamiento de las necesidades de espacio vs. Horas de trabajo	1° trimestre 2015					CATA y Dirección
Optimizar las funciones del comité de docencia e investigación	Optimización y reglamentación de funciones del Comité y sus miembros.	2° trimestre 2015					Dirección / Comité de Docencia e Investigación
Fortalecer la realización de exámenes ocupacionales y pre-ocupacionales , control de ausentismo y control de riesgos	Creación de una comisión hospitalaria que supervise los exámenes, con participación de enfermero/a epidemiólogo/a dependiente de la comisión mixta	Comisión creada y funcional antes de finalización del segundo trimestre.					Comité mixto y Departamento de gestión de RRHH

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Mejorar la participación de las distintas áreas de la institución en la ejecución presupuestarias	Valerse del CATA para mejorar la participación. Optimizar en cada servicio su gasto en función de resultado.	2° trimestre 2015					CATA y Jefes de áreas/ servicios
Optimizar el funcionamiento de las distintas áreas de la Institución a través de la generación de manuales de procedimiento.	Formalizar la creación de manuales de procedimientos por área.	2° trimestre 2015					Jefes de servicio/área
Mejorar la captación de datos	Informar y concientizar a las áreas sobre la importancia del registro para recupero de costos.	3° trimestre 2015					Dirección/ jefaturas de áreas o servicios/Área administrativo-contable

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	RESPONSABLES
Mejorar la calidad de la atención a través de la instauración de protocolos	Elegir y adaptar guías de práctica clínica y protocolos de atención para los servicios del hospital	1ª trimestre de 2015					Jefes de áreas y servicios
Realizar análisis de la producción y productividad por áreas	ver económico-financiero	2ª trimestre de 2015					
Mejorar la comunicación de información para la toma de decisiones (estadía media por servicio y patología)	Reajustar la contabilización de estadía media y por patología.	3ª trimestre de 2015					Admisión y jefes de áreas y servicios.

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	Responsables
Comité de ética	Comité de ética subrogado a través del comité del Hosp. Narciso López	Formalizar un acuerdo con el Hospital Narciso López para 1ª trimestre 2015					Dirección y Docencia e Investigación
Constituir un comité de Calidad	De acuerdo a lo programado, formalización del comité	2ª trimestre de 2015					Dirección
Constituir un comité de auditorías de Historia Clínica	Crear comisión dependiendo del comité de calidad	3ª trimestre de 2015					Dirección y comité de calidad

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

DR. ALBERTO EURNEKIAN

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. ALBERTO EURNEKIAN”

Director Ejecutivo

Dra. Graciela Sorrentino

Director Médico

Dra Marta Suarez.

Director Asociado

Dr.Sergio Ottaviano

Trabajadores del Hospital

Agudo Marcela, Alvarez Mariana, Amedolar Juan Alberto, Antonini Marcelo Daniel, Barco Borgeat ,M Soledad, Bergantiños , Becerra , Susana, Billordo L Nicolas , Bustos Ana Maria, Cano Maria del Carmen, Canteros Celia, Cecchini Lauras, Chavez Graciela Liliana, Dezzutto Ricardo, Diodati M Fernana, Farinella Maria Eugenia, Ferrer Emiliana, García Susana, García Susana, Godoy Cristina, Gonzalez Liliana, Grecco Alfonso, Jones Federico, Kasaza Karian, Lineira Adriana, Llanas Adriana, Maciel Nancy, Magliano Yamila, Martinez Chiclana Yamila, Martinez Oscar Rodolfo, Mayo Raul, Mazzarella Silvina, Miguel Figueroa, Naftal , Ottaviano Sergio, Pebe Florian Silvia, Peker Beatriz, Peñaranda O. Guadalupe, Petrone Daniel, Reboratti Silvia, Roa Marcela, Robles Urquiza Laura, Rodriguez adani Maria, Romero Fabio, Romero Lorena, Ruiz Diaz Ana , Sayago Ernesto Omar, Seijas paula, Sorrentino Graciela, Sosa Amarilla monica, Sosa Lilian , Sosa Sara, Isabel, Suarez Marta, Tarikura Samuel, Testa Martin, Tisminetzky Alberto, Vera Angela Fabiana, Vicente Maria Azucena, Zamudio Cesar Osvaldo, Zapata Gabriel , Zarate Jorge

Equipo de asistencia técnica:

Rosana Acheme, Sebastián Marotz. Residentes: Nadeff Martín, Negrelli Yanina.

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

MISIÓN:

Somos un hospital zonal general de agudos en nuestra área programática se encuentra la Unidad penitenciaria Aeropuerto, el Centro Atómico y el Aeropuerto Internacional de Ezeiza. Cercano a la estación ferroviaria y cruce de autopista lo que garantiza la accesibilidad de los pacientes del partido y alrededores. Realizamos actividades de prevención promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la Salud, con orientación Materno Infantil y politraumas por siniestros en la vía pública.

Formamos parte del sistema de Red local articulando con centros de atención primaria salud CAPS, red sanitaria regional coordinando a través Región Sanitaria VI con el resto de la provincia. Somos un hospital abierto a la comunidad y propiciamos la participación de todos los actores que intervienen en los procesos de atención.

Realizamos capacitación brindando formación a RRHH. propio y externo en servicio. Estamos asociados a la Universidad UBA (Unidad Docente Hospitalaria) , llevamos adelante la Tecnicatura Superior de Enfermería , Carreras de especialidades profesionales en RED y las residencias médicas . Realizamos Investigación Básica y educación a la comunidad

❖ *VISIÓN:*

Ser un Hospital de excelencia, de referencia abierto a la comunidad integrado en red sanitaria eficiente. Satisfacer las necesidades reales de la comunidad hospitalaria y de los pacientes. La atención que ofrezca sea de calidad en la asistencia sanitaria tanto como en la seguridad laboral y de la comunidad. Ser centro de referencia Materno-Infantil y Trauma con modelos de atención centrada en paciente con abordaje y organización interdisciplinaria Promover la educación continua intra y extramuros de alta calidad Ser destacado en la formación de las personas que lo integran y la investigación biomédica

VALORES: Los valores compartidos son:

- ✓ Compromiso
- ✓ Respeto
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Reconocimientos del otro
- ✓ Humanización
- ✓ Comunicación
- ✓ Identidad
- ✓ Compañerismo

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

Área de Gestión	Matriz FODA Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Eurnekian			
	Interno		Externo	
	Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Estratégica	Falta la difusión del funcionamiento del consejo de administración			
	Fallas en la difusión del organigrama	Elaborado el Mapa de riesgo Materno infantil y Ginecológico/		
	Fallas en la formalización de las reuniones del CATA			Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires
	Problemas en la comunicación interna y externa	Existe una página web del Hospital Eurnekian		
	No se completa el Tablero de gestión Hospitalaria			
	Fallas en el registro de las patologías según CIE10 (codificación de patologías al egreso del paciente). No se utiliza para la toma de decisiones	Reuniones parciales con jefes de servicio		
	Fallas en los registros en algunas áreas del rendimiento hospitalario (internación, prácticas y ambulatorio)	Servicio de maternidad tablero de gestión del servicio. Participación del PICAM		
	Problemas del mobiliario y falta de actualización del y mantenimiento del equipamiento sanitario	Participan de la Mesa de niñez y adolescencia .Realizan en escuelas charlas.		
	Falta Actualización de un Plan de Obras	Planificado un Proyecto de informática con docencia y colegios técnicos. Capacitación informática		
	Problemas en el Uso racional de medicamentos	Realizan actividades coordinadas el Programa materno infantil con el servicio de nutrición del Hospital y el área de deportes del municipio de Ezeiza		
	Fallas de difusión y actualización del mapa de riesgo del área programática			
Pacientes	Falta registro de los datos de los pacientes al ingreso y de su seguimiento.			
	Fallas en el funcionamiento el consultorio de demanda espontanea. No hay Hospital de Día	La internación es por Cuidados indiferenciados		

	Fallas en el sistema de referencia y contra referencia	En funcionamiento el sistema de referencia y contra referencia en el área materno infantil. Actualmente Comienza en el de riesgos cardiovasculares , Nutrición y el área de Ginecología		
	Fallas en el funcionamiento de las redes			
	No hay evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios	Desarrollando el Triage en el servicio de Emergencia / Ateneo		
	Área de trabajo social no acorde a las necesidades del hospital			
	No funciona el sistema de turnos telefónicos			
	No hay un sistema de gestión de quejas, reclamos , sugerencias y agradecimientos			
	No hay Unidad de Atención al Usuario			
	No existe una señalización adecuada para la atención priorizada de las embarazadas y discapacitados			
	Falta actualización de la señalética acorde a las necesidades actuales			
				Cursos Virtuales organizados por la Subsecretaría de Planificación de la Salud
Económico Financiero	Falta unificar el registro de la información de los pacientes con Obra social para completar los datos para la carga.	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la D GA.		
	Desconocimiento del financiamiento de proyectos FESP (Funciones Esenciales de la Salud pública)			
	Falta información para completar los datos para la carga del Plan SUMAR	Hay Participación de los diferentes sectores en los análisis de gastos, compras y costos.	Problemas a nivel central de PROFE	
	Problemas con Cooperadora (Intervenida y suspendida)	Desarrollan las actividades según el Manual de procedimientos administrativos		
	Falta de insumos y elementos de trabajo			
Trabajadores	Falla en la formalización de una política de capacitación e investigación	Existe la Unidad y el Comité de Docencia e Investigación		
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital			
	Fallas en la difusión de las			

	causas y análisis del ausentismo			
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos de todo el personal	Realiza un buen control de la Vacunación a todo el personal Desarrollan los Controles de enfermería del personal con patología oncológica y Diagnóstico por imágenes	Demora en las designaciones de los cargos concursados	
	Fallas en la sistematización en la evaluación del clima laboral	Antecedentes de realización de la primer encuesta de clima laboral año pasado a través de gestión RRHH del Hospital		
	Problemas de confort y medio ambiente en algunos sectores del hospital	Hay un Análisis y planificación de la Planta de personal de enfermería	No hay respuesta a solicitudes faltan RRHH 10430 y especialidades médicas Neo TI Pediatría	
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto	Establecido el Comité mixto de salud y seguridad.		
	Fallas en la implementación de Hospital seguro	Buena relación de los trabajadores con los gremios.		
		Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador		
Clínica	Falta la Actualización y difusión de los planes operativos y estratégicos de todos los servicios			
	Los protocolos y guías de atención no están totalmente desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital	Guías de tratamiento por el Comité de Control de Infecciones / protocolos del triage de enfermería en servicio de emergencia/		
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital			
	Faltan desarrollar algunas etapas del protocolo del aborto no punible			
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios			
	No se realizan actualmente ateneos interdisciplinarios generales en el hospital			

	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
Calidad	Falta la difusión del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la Prov de Buenos Aires	Residencia acreditadas de traumatología Pediatria		
	Falta poner en funcionamiento regular al Comité de Ética , de Historias Clínicas de Mortalidad Materno infantil	Esta establecido y en funcionamiento Comité en Control de de Infección		Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud y comité central en control de infecciones
	No hay comité de Calidad ni de tumores	Establecido el Comité de Ética esperando la autorización a nivel central		
	No existen procesos de atención certificados	Desarrollan control de Servicios tercerizados: Cocido y Lavadero		
	Falta de implementación del checklist (lista de verificación) quirúrgico y de UTI en el Hospital	En funcionamiento el sistema de control de calidad de Laboratorio tanto interno como externo		
	Fallas en el control y seguimiento de la gestión de residuos especiales	En pleno funcionamiento la estrategia de Maternidad Segura y centrada en la familia		
		Enfermera en Control de Infecciones: Protocolos de lavado de manos y prevención de escaras		

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 37 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	100%	86%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	92%	78%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	91%	50%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	87%	65%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	84%	46%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	81%	57%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	75%	51%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	70%	51%
Las normas escritas de bioseguridad	63%	47%
La definición de roles y responsabilidades	61%	44%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	60%	41%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	59%	44%
La organización de las tareas	57%	38%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	57%	22%
El trato entre el personal	57%	41%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	54%	27%
El trabajo en equipo	51%	35%
La comunicación con los pacientes	49%	27%
El trato de los jefes	41%	27%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMA	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Falta la difusión del funcionamiento del consejo de administración
	Fallas en la difusión del organigrama
	Fallas en la formalización de las reuniones del CATA
	Problemas en la comunicación interna y externa
	No se completa el Tablero de gestión Hospitalaria
	Fallas en el registro de las patologías según CIE10 (codificación de patologías al egreso del paciente). No se utiliza para la toma de decisiones
	Fallas en los registros en algunas áreas del rendimiento hospitalario (internación, practicas y ambulatorio)
	Problemas del mobiliario y falta de actualización del y mantenimiento del equipamiento sanitario
	Falta Actualización de un Plan de Obras
	Fallas de difusión y actualización del mapa de riesgo del área programática
	Problemas en el Uso racional de medicamentos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta registro de los datos de los pacientes al ingreso y de su seguimiento.
	Fallas en el funcionamiento el consultorio de demanda espontanea. No hay Hospital de Día
	Fallas en el sistema de referencia y contra referencia
	Fallas en el funcionamiento de las redes
	No hay evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios
	Área de trabajo social no acorde a las necesidades del hospital
	No funciona el sistema de turnos telefónicos
	No hay un sistema de gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos
	No hay Unidad de Atención al Usuario
	No existe una señalización adecuada para la atención priorizada de las embarazadas y discapacitados
Falta actualización de la señalética acorde a las necesidades actuales	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Falta unificar el registro de la información de los pacientes con Obra social para completar los datos para la carga.
	Desconocimiento del financiamiento de proyectos FESP (Funciones Esenciales de la Salud pública)
	Falta información para completar los datos para la carga del Plan SUMAR
	Problemas con Cooperadora (Intervenida y suspendida)
PROBLEMAS EN	Falla en la formalización de una política de capacitación e investigación

ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital
	Fallas en la difusión de las causas y análisis del ausentismo
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos de todo el personal
	Fallas en la sistematización en la evaluación del clima laboral
	Problemas de confort y medio ambiente en algunos sectores del hospital
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto
	Fallas en la implementación de Hospital seguro
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta la Actualización y difusión de los planes operativos y estratégicos de todos los servicios
	Los protocolos y guías de atención no están totalmente desarrolladas, difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	Faltan desarrollar algunas etapas del protocolo del aborto no punible
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios
	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
	No se realizan actualmente ateneos interdisciplinarios generales en el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta la difusión del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	Falta poner en funcionamiento regular al Comité de Ética, de Historias Clínicas de Mortalidad Materno infantil
	No hay comité de Calidad ni de tumores
	No existen procesos de atención certificados
	Falta de implementación del chek list (lista de verificación) quirúrgico y de UTI en el Hospital
	Fallas en el control y seguimiento de la gestión de residuos especiales

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa.

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Mejorar la accesibilidad. Priorizar a embarazadas y discapacitados.

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Promover acciones para capacitar y mejorar el registros y seguimiento de los pacientes con obra social

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Establecer una política de cuidado para el trabajador. Control de salud y riesgos del personal

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Desarrollar protocolos y guías de atención Evaluando efectividad y eficiencia

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Implementar sistemas de prevención de riesgos

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trim	2° Trim	3° Trim	4° Trim	ANUAL	Responsables
Mejorar la accesibilidad. Priorizar a embarazadas y discapacitados. Señalizar	Formalizar la señalética de priorización de embarazadas y discapacitados	1° Trimestre 2015						Liliana Chavez
	Evaluar la señalética actual por servicio y área para establecer Plan de acción.	2° trimestre 2015						Liliana Chavez
Mejorar el funcionamiento de turnos telefónicos	Implementar la accesibilidad a través del Turno telefónico. Reactivar 0800. Planificar otros Tics	a partir del 3° trimestre 2015						Ernesto Virgili/ Naftale
	Solicitar un diagnostico de situación Área de Informática central del ministerio de salud.	2° Trimestre 2015						Dezzutto Ricardo
Establecer una adecuada gestión de quejas reclamos , sugerencias y agradecimientos	Diseñar un formulario para el registro de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos	1° Trimestre 2015						Verónica Vivas
	Analizar y clasificar cada reclamo , quejas, sugerencia y agradecimiento por servicio / área	a partir del 1° trimestre 2015						Marta Suarez
Mejorar funcionamiento de la Red sanitaria	Elaborar un diagnostico de situación sobre situación de cada Red sanitaria	Reuniones periódicas red local y regional a partir del 1° trimestre 2015						Marta Suarez

	Conocer cada nodo de la Redes	Difundir los nodos de cada red a partir 2° Trimestre 2015						Marta Suarez/ Comité de Comunicación
	Elaborar Planes de acción conjunta consensuados con Secretaria de Salud y Región Sanitaria por sectores	a partir del 1° Trimestre 2015						Marta Suarez
Establecer mecanismos de evaluación de satisfacción de la comunidad	Elaborar encuestas de satisfacción	Capacitación a través del Curso Virtual PMAC a partir 1° trimestre 2015						María del Carmen Cano
	Realizar las encuesta de satisfacción a los usuarios en los servicios de : Clínica Medica . Farmacia. UTI	4° trimestre 2015						Liliana González ,Farinella María Eugenia, Adriana Llanas
Implementar la Unidad de Atención al Usuario	Formalizar el área de atención al usuario. En la estructura orgánico funcional y el espacio físico dentro del Hospital	1° Trimestre 2015						Mariana Álvarez
	Capacitar en Atención al Usuario .Curso virtual PMAC	2 Trimestre 2015						María del Carmen Cano

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Promover acciones para capacitar y mejorar el registro y seguimiento de los pacientes con obra social	Concientizar y capacitar a los profesionales para el adecuado registro de los pacientes con obra social	Implantación del Formulario de ingreso y hoja de egreso del paciente en internación 1° trimestre 2015						Beatriz Peker / comité Comunicación
	Difundir los Formulario para el registro de los datos del paciente en el ingreso y egreso	2° Trimestre 2015						Mariana Álvarez
Difundir los proyectos de las FESP	Difundir los proyectos financiados por FESP	2° Trimestre 2015						Rodríguez Alberto
Mejorar el desarrollo del Plan Sumar	Capacitar en Plan SUMAR al personal a cargo de la gestión	Plan Sumar Implementados 2° Trimestre 2015						Laura Fernández
Mejorar la utilización de insumos	Mejorar la comunicación entre el Comité de pre adjudicación y los servicios	Reuniones con referentes de cada sector y el Comité de pre adjudicación a partir del 1° trimestre 2015						Becerra y Ana Bustos
	Ampliar el Comité de Pre adjudicación	Comité ampliado y en funcionamiento en el 2° trimestre 2015						

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Meta 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	ANUAL	
Establecer una política de cuidado para el trabajador. Control de salud y riesgos del personal	Establecer circuitos técnicos, público y espacios comunes para evitar situaciones de violencia. Resguardando al trabajador	Restablecer espacios públicos y técnicos 1° trimestre 2015						Comité mixto
	Elaborar diagnóstico de situación para mejorar demanda espontanea en el Servicio de Emergencias para disminuir situaciones de violencia	2° Trimestre 2015						Comité mixto
Implementar la gestión adecuada del ausentismo. Difundir las causas y su análisis	Elaborar diagnóstico estadístico de las causas de ausentismo	2° trimestre 2015						Azucena Vicente
	Analizar y Difundir las causas del ausentismo	2° trimestre 2015						Azucena Vicente
Desarrollar herramientas para evaluar el clima laboral	Realizar la capacitación en evolución del clima laboral	2 Trimestre 2015						Comité mixto
	Evaluar clima laboral con Comité mixto .comenzando por Área de Estadística Consultorios externos	1° Trimestre 2015						Yamila Magliano /Naftal / Celia Cantero
Implementar una política formal de reconocimientos e incentivos	Establecer la distribución , según méritos, de bauchers para congresos , cenas u otros por servicio / sala/ unidad	a partir del 1° trimestre 2015						María Eugeni Farinella
	Planificar Festejos de eventos efemérides con resumen de actividades anuales de cada sector	a partir del 1° Trimestre 2015						Comité de Comunicación

GESTION ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Mejorar la comunicación interna y externa	Establecer una Comisión de comunicación y difusión	Disposición y en funcionamiento 2° trimestre 2015						Silvia Pebe, Ana Bustos, Susana Garcia , Marta Suarez , Fabio Romero , Maria del Carmen Cano. Dezzutto Ricardo
	Organizar los canales de comunicación : a) las carteleras para difundir información .b) Elaborar mailing de los agentes del Hospital para ser utilizado por el Comité de comunicación	2° Trimestre 2015						Comisión de Comunicación
	Articular el Comité Comunicación y Difusión con la responsable actual de la implementación de la pagina web del Hospital	2° trimestre 2015						Comisión de comunicación
Promover acciones para mejorar los registros del rendimiento hospitalario	Capacitar y concientizar en la confección correcta de todos los registros , comenzando con las historias clínicas	a partir 1° trimestre 2015						Comité de Historia Clínicas
	Evaluar mecanismos para centralizar información importante de cada paciente	Reuniones periódicas con responsables de cada área 1° trimestre 2015						Sergio Ottaviano

Difundir la estructura orgánica funcional a todos los sectores del hospital	Difundir la estructura orgánica-funcional a todo el Hospital, a través del Comité de Comunicación	1° trimestre 2015						Comité de comunicación
Formalizar las reuniones del CATA	Establecer formalmente el CATA.	CATA en funcionamiento regular a partir del 1° Trimestre 2015						Sergio Ottaviano
	Establecer un reglamento interno para el funcionamiento y la difusión de los informes del CATA	1° trimestre 2015						Sergio Ottaviano

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Desarrollar protocolos y guías de atención Evaluando efectividad y eficiencia	Elaborar protocolos de 5 enfermedades prevalentes por servicio	2° trimestre 2015 en los Servicios de Pediatría. Clínica Médica y Área programática						Lilian Sosa , María Eugenia Farinell / María del Carmen Cano
Implementar todos los criterios del protocolos de aborto no punible	Implementar el protocolo de aborto no punibles	Reuniones con los responsables de cada sector para consensuar implementación a partir 1° Trimestre 2015						Pebe Silvia / Peker Beatriz/ Sivo Victor
Sistematizar la gestión por procesos en todo el hospital	Capacitar en gestión de procesos a los distintos servicios del hospital	Comenzar con la capacitación a partir del 2° trimestre 2015						Mariela Roa
Imprimir ateneos interdisciplinarios	Implementar dos ateneos interdisciplinarios por año	Ateneos implementados a partir del 1° trimestre 2015						Rodríguez Alberto/ Martín Testa /Lilian Sosa
	Sostener los ateneos mensuales por servicio	Ateneos mensuales por servicios a partir 1° Trimestre 2015						Marta Suarez

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Difundir el Programa de Garantía de calidad de Atención Médica	Difundir el Programa de Garantía de Calidad a través del Comité Comunicación	1° trimestre 2015						Comité de Comunicación
Implementar sistemas de prevención de riesgos. Check list quirúrgico , en UTI	Implementar Chek list . Lista de Verificación en UTI	a partir del 1° trimestre 2015						Adriana Llanas
	Implementar check list. Lista de verificación quirúrgico	a partir del 1° Trimestre 2015						Alfonso Grecco
Regularizar el funcionamiento de Comité de Ética de Historias Clínicas y de Mortalidad Materno infantil	Regularizar comité de bioética. Capacitar	Comité en funcionamiento a partir del 1° trimestre 2015						Rodríguez Alberto
	Establecer el funcionamiento regular del Comité de Historia Clínica	a partir del 2° trimestre 2015						Marta Suarez

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Narciso López”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

“DR. NARCISO LOPEZ”

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS “DR. NARCIZO LOPEZ”

Director Ejecutivo

Dr. Antonio Brunetti

Director Asociado

Dr. Juan Moretti

Director Asociado

Dr. Alfredo Mocoora

Trabajadores del Hospital

Abregu, Nora; Arnol, Karina; Benavidez, Analía; Carson, Gustavo, Celhay, Juan Carlos; Ciochi Cecilia; Cirino Jorge; Cónsole Gisela; D'elia Dina; Di lauro José Gabriel; Fernández Cristina; Fernández Jorge; Ferreyra Claudia; Forlano Alberto; Fraga Santamaria Silvina; Franco Estela; Irusta Etelvina; Leandro Ana Maria; Ledesma Viviana; Malara Marisa; Manoni Daniel; Matesín Omar; Mazzucco Mariela; Mendez Silvia; Meza Ramón; Naya Carolina; Niro Miguel; Poliscchio Marcela; Pozo Rosa; Ratti Gladys; Rios Veronica; Rojas Graciela; Rosón Claudio; Sanabria Milciades; Scarlato Ana; Stroia José Luis; Tamanaha Alberto; Teseyra Mariela; Vilariño Enrique; Zakour Sara; Zanettini Patricia; Zapetini Silvia; Zuazquita Angela.

Equipo de asistencia técnica:

Pablo Costa, Ricardo Quinteros. Residentes: Pacini Cintia, Sanchez Mariana

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal de Agudos de segundo nivel, con una impronta clínico quirúrgico y materno infantil, con respuesta en trauma y emergencia de manera integral; con actividades de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. Brinda atención bajo un modelo de cuidados progresivos.

Es referente para la comunidad que abarca el área programática, caracterizado por su accesibilidad, dando atención oportuna, ordenada y con respeto al paciente; complementado con un sistema de referencia y contra referencia y un adecuado trabajo en red.

Se realiza tarea de docencia en pre y posgrado con un trabajo de capacitación y educación permanente para la comunidad y el equipo de salud.

❖ **VISIÓN:**

Ser un Hospital público renovado y moderno, con inclusión de nueva tecnología y con personal calificado, suficiente y motivado, adecuado a las necesidades reales de la comunidad con integración y bienestar de todos sus trabajadores y fortalecido en su trabajo en red.

Lograr un equipo de trabajo con motivación, siendo proactivos y generando mayor credibilidad interna y externa de sus servicios, con capacitación de su recurso humano para el logro de una cultura de pertenencia, en pos de lograr una atención digna, respetuosa y equitativa del ciudadano.

Desarrollar un hospital accesible, amigable, equitativo, ético, sin violencia institucional, que brinde respuesta a la demanda con calidad y profesionalismo.

❖ **VALORES:**

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Solidaridad
- ✓ Idoneidad
- ✓ Empatía
- ✓ Sensibilidad

ANÁLISIS INTERNO FODA

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Estrategia de comunicación interna y externa	Relación con la cooperadora	Falta de un plan estratégico en años anteriores	Implementación del Plan estratégico.
	No se realizan reuniones de Consejo Técnico de Administración (CATA).	Prestigio institucional y profesional	Cercanía de centrales nucleares	
		Valoración de la salud como un derecho esencial por parte de los trabajadores		
		Relación con el Municipio y Sector Privado		
	Estructura orgánico funcional. Carencia de Organigrama	Carga al día de Formulario 10 y utilización del mismo en la gestión	Escasa cobertura de jurisdicciones limítrofes	Enclave geográfico estratégico como factor de posicionamiento
		Información actualizada de formularios de rendimientos y su utilización en la toma de decisiones		
		Gestión de camas críticas		
	Consejo de Administración sin implementar	Carga del sistema nacional de Vigilancia en Salud SNVS – Registro civil	Situaciones de violencia que repercuten en la integridad física de los trabajadores y en el mantenimiento edilicio	Alineamiento de la Dirección para la ejecución del Plan.
	Condiciones deficientes del mobiliario y equipamiento	Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)		Valorización de los procesos participativos por parte del personal

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE PACIENTES	Encuestas de satisfacción a la comunidad	Nuevas modalidades de Interacción y atención: Internación indiferenciada, Cuidados Progresivos	Restricción presupuestaria. Falta de cobertura de planteles mínimos	Estructura edilicia favorable a la gestión de pacientes por cuidados.
	Redes asistenciales deficitarias			
	Sistema de turnos telefónicos.	Accesibilidad al discapacitado y a la embarazada	Violencia desde y hacia los trabajadores y usuarios.	
	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos			
	Sistema de referencia y contra referencia con otros niveles de atención	Obras Edilicias en Desarrollo	Resistencia a los cambios.	Cooperación de Instituciones Privadas para obras de mejoramiento edilicio
	Unidad de atención al usuario -			

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	Escasa participación en la programación y ejecución presupuestaria -	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por el nivel central	Restricción financiera presupuestaria	Ampliación de segmento poblacional y valor de prácticas del Plan Sumar
	Escasa participación en los análisis de gastos, compras y costos.	Relación con Cooperadora y fundaciones		
	Deficiente gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)			
	Deficiente gestión del Plan SUMAR – NACER – Admisión	Se cuenta con Manual de procedimientos administrativos SAMO		

	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No se realiza capacitación en bioseguridad	Calidad en los Concursos	Reclamos sindicales con jornadas de inactividad.	Marco Regulatorio de la COMISASEP
	No se realizan jornadas científicas y de reconocimientos del trabajador.			
	Falta de política de capacitación e investigación		Restricción presupuestaria para asignación de cargos	
	No se realiza Gestión del Ausentismo			
	No se realizan exámenes periódicos al personal	Falta de cobertura de planteles mínimos.		
	No se realizan encuestas de clima laboral	Violencia desde y hacia los usuarios y trabajadores.		
	Falta de motivación en el personal			
	Falta completar concursos áreas ley 10430		Burn Out	
	No se realiza análisis y planificación de la Planta de personal			
	No está implementado el Comité Mixto de Salud y Seguridad			
		Relación con los gremios.		

GESTIÓN CLÍNICA (PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD)	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	Inadecuada Planificación y Gestión operativa de servicios	Mayoría de funciones concursadas	Resistencia al cambio.	Pronta implementación del sistema de turnos y gestión de camas centralizado
	Falta concientización y registro sobre temática de Aborto no punible			
	No se cuenta con guías y protocolos de patologías frecuentes y relevantes	Calidad en los concursos		
	No se realizan Ateneos, de médicos o residentes.	Se cuenta con información sistematizada al día		

GESTIÓN DE LA CALIDAD	<u>ANÁLISIS INTERNO</u>		<u>ANÁLISIS EXTERNO</u>	
	DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	No existe Comité de calidad	Laboratorio cuenta con sistema de Calidad	Restricción presupuestaria para servicios terciarizados	Posibilidad de Implementación del Plan estratégico.
	No existe Comité de Ética			
	Dificultades en implementación de Maternidad segura y centrada en la familia			
	No se realiza evaluación de servicios terciarizados (comida, lavadero, mantenimiento)	Se realiza check list de quirófano		Desarrollo de un Decálogo para Hospitales
	No se realizan Comités de Mortalidad (Gral. y Materno infantil) de Infecciones , de Tumores, de Tecnología, de Farmacia			

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 122 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	94%	77%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	87%	70%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	86%	62%
Las normas escritas de bioseguridad	86%	57%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	81%	51%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	81%	48%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	80%	44%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	79%	50%
La definición de roles y responsabilidades	77%	51%
La organización de las tareas	74%	51%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	72%	41%
El trabajo en equipo	71%	50%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	70%	37%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	67%	44%
El trato de los jefes	65%	42%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	64%	30%
El trato entre el personal	64%	36%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	64%	36%
La comunicación con los pacientes	61%	34%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Ausencia de comunicación int y ext
	Organigrama desactualizado y no difundido
	no existe un mapa de riesgo
	Consejo de administración inactivo
	Se desconoce la producción hospitalaria
	Desconocimiento del Tablero de Mando.
	Falta de participación y difusión de las reuniones del cata
	Pérdida del prestigio como hospital
	Plan director de obra desconocido
	Déficit en mobiliario insumos y equipamiento
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta integrar a todo el hospital en la prioridad para embarazada y discapacitado
	No existe la unidad de atención del usuario
	Déficit en la referencia y contra referencia con el primer nivel de atención
	No se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios
	Internación indiferenciada. Modelo de cuidados progresivos: falta optimizar la funcionalidad integral de los diferentes profesionales.
	Déficit y des actualización de la señalética
	Falta de gestión integral de queja y reclamo
	Respuesta inadecuada a la derivación de pacientes complejos
	Falta optimizar el desarrollo de modelos de atención (Cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios y cuidados paliativos)
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Desconocimiento del FESP
	Necesidad de iniciar un proceso de mejora en el plan sumar
	Falta mayor captación y seguimiento de pacientes ambulatorios con cobertura social
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta control y supervisión de los servicios.
	No hay comité de ética
	Falta conocimiento general del hospital sobre maternidad segura y centrada en la familia
	No está formado el comité de mortalidad general e infantil
	Falta certificación de proceso hospitalarios
	No existe comité de infecciones
	No hay check list quirúrgico. En prevención de escaras no hay sistematización ni procedimientos. Falta aplicar política del lavado de manos
	Desconocimiento del Programa de Calidad
No cuenta con comité de calidad	

	No hay comité de auditoria de Historia clínica
	No funciona comité de tecnología sanitaria
	No funciona comité de tumores
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Faltan guías y protocolos. Falta profundizar su implementación.
	Falta avanzar en implementar la planificación de los servicios
	No esta funcionando el protocolo de aborto punible
	No esta sistematizado el proceso de análisis de productividad hospitalaria
	Necesidad de hacer ateneos
	Necesidad de conocer el modelo de gestión por proceso
	Necesidad de llevar adelante el indicador de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No hay política de control periódico y riesgo del trabajador.
	No existe gestión del ausentismo
	No esta planteada una política de reconocimientos e incentivos
	No esta formalizado la política de capacitación y de investigación.
	Planta de personal sin planificación
	No hay evaluación de clima laboral
	La bioseguridad es una debilidad.
	Implementación problemática de la guardia de 12 hs.
	Violencia externa
	Necesidad de implementar la jornada científica anual y de reconocimiento para el trabajador
	Falta planificar el funcionamiento de la comisión mixta
	Falta adecuar espacios confortables

Objetivos Estratégicos

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Desarrollar un mapa de riesgo

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Actualización de la señalética

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la gestión del paciente PROFE

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Analizar clima laboral

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Implementar los protocolos del Aborto no Punible

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Poner en funcionamiento el comité de infecciones

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Mejorar la comunicación interna y externa del hospital	Elaboración de boletín informativo con formato digital Quincenal	Comenzar para 2 trimestre 2015 con la entrega						Gisela Console (Área de Comunicación), Silvina Fraga, Claudia Ferreira, Carolina Naya
	Conformar una red de referentes comunicacionales internos de las diferentes áreas y servicios.	Tener un referente por servicio/área para el tercer trimestre						
	Mejora de la comunicación de los profesionales hacia los pacientes.	Prioritariamente en los servicios de maternidad, clínica médica, pediatría, UTI y emergencia para mediados del 2015						
	Interrelación del área de comunicación del hospital con instituciones barriales	Formalizar vínculos con ONG e instituciones intermedias representativas del "barrio" para finales del 2015						
Reactivar el CATA	Definir las funciones del CATA y comunicarlos al personal del hospital	Informarse y comunicar a los jefes y responsables de área del funcionamiento y objetivo del CATA para 1 trimestre del 2015						Dr Roson Claudio. Dr Manoni Daniel.
	Establecer los mecanismos del funcionamiento del CATA, con reglamentación de los procesos del mismo	Reglamentar su funcionamiento en el Hospital para 1er. Trimestre 2015						Dra Pozo Rosa. Dr Dilauro Gabriel

Desarrollar un mapa de riesgo	Comenzar la planificación del mapa de riesgo del hospital	Realizar reunión con Municipio y Secretaría de salud para formalizar planificación para 2 tri. 2015						Diego Mirra
Plan de mejora de mobiliario y equipamiento	Diagnóstico situacional del mobiliario y equipamiento.	Informe de la Dirección del Hospital del resultado del diagnóstico entregado al cata para el tercer trimestre del 2015						jefaturas de áreas y servicios
	Planificación según prioridades de los diferentes servicios para la mejora.	Concretar las mejoras según prioridades establecidas por la dirección en conjunto con el CATA 2 trim. 2015						jefaturas de áreas y servicios

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Optimizar la derivación de pacientes complejos	Coordinación de la derivación de las embarazadas de alto riesgo con los Centros privados cuando el paciente tiene obra social	Establecer protocolo interno de derivación para la embarazada de alto riesgo con cobertura social para inicios del 2015						
	Optimización del "traslado" de los pacientes desde los diferentes niveles según complejidad como cordón sanitario uniendo necesidad y recurso	Reunión con RSVI para coordinar y optimizar los traslados inter hospitalarios para 2do. trim. 2015						
Promover acciones para mejorar el sistema de referencia y Contrarreferencia	Concreción de reuniones con equipo Municipal sanitario junto con referentes del Hospital	Formalizar reuniones tanto en periodicidad como en continuidad priorizando lo "ambulatorio" para 2do. trim. 2015						Dr Jorge Fernández, Dr Diego Mirra
	Fortalecimiento de las estructuras del hospital tanto dentro como con el 1ª nivel de atención con respecto a la referencia y Contrarreferencia	Formalizar y comunicar internamente el sistema de referencia y Contrarreferencia para fines del 2015						Dr Jorge Fernández, Dr Diego Mirra
Establecer mecanismos de evaluación de satisfacción de la comunidad	Conocimiento y difusión de la encuesta ya realizada en 2012 y 2013 de los pacientes internados	Difundir a todo el hospital de la encuesta realizada 2 tri. 2015						Área de Comunicación

	Mejoría en la gestión de reclamos, agradecimientos y sugerencias a cargo del área de atención al ciudadano	Implementar un buzón de reclamos y sugerencias en el área de atención al ciudadano para 3er. Trim. 2015						Área de atención al ciudadano
Actualización de la señalética	Diagnostico del déficit de la señalética actual	Informe al cata del relevamiento realizado para 2 trim. 2015						Área de Comunicación
	Mejora y actualización de la señalética	Plan de adecuación de la señalética para mediados del 2015						

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	responsable
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Promover acciones para captar y mejorar el seguimiento de los pacientes con obra social	Mejorar el funcionamiento del área de recupero de costos en los diferentes servicios y áreas del hospital	Incorporar personal administrativo en diferentes servicios para 1tri. 2015						Jorge Fernández
	Capacitación del personal administrativo para su posterior incorporación	Realizar un curso de capacitación desde el IPAP para el 2015						rosa pozo
	Incorporar áreas al proceso de recupero de costos y estandarizar procedimientos para cada sector.	incorporar la guardia para 2do. Trim. 2015						
Mejorar la gestión del	Gestionar ante el Ministerio la	Nota o documento que						

paciente PROFE	cobertura de los pacientes desde el punto de vista de la atención y la responsabilidad legal médica.	manifiesta su responsabilidad externa sobre este punto para 2 trim. 2015						
Promover acciones para optimizar el desarrollo del Plan Sumar	Asignar recursos humanos administrativos	Asignar un responsable en cada área para fines del 2015						

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Establecer una política de cuidado para el trabajador	Lineamientos a plantear desde la Comisión Mixta sobre los cuidados del trabajador.	Presentar los lineamientos a la dirección para su conocimiento para 2 trim. 2015						Comisión Mixta
	Análisis retrospectivo de accidentes laborales de los últimos 5 años para su futura mejora y prevención	Informe de resultados del análisis para fines del 2015						Comisión Mixta
Analizar clima laboral	Análisis de situación actual del clima laboral en los diferentes servicios y áreas con elaboración de informe	realizar una encuesta común para los diferentes servicios para su posterior análisis estadístico 1trim. 2015						Área de Comunicación
	Realización de actividades de capacitación por medio del IPAP	Un curso por semestre en forma continua						

Avanzar en la mejora sobre bioseguridad	Realización de cursos de capacitación (lavado de manos, recolección de residuos patogénicos, prevención de accidentes)	2 cursos para el 2015						Área de docencia
	Revisión del manual de Bioseguridad	Actualización y difusión del manual de bioseguridad del hospital para mediados del 2015						Comisión Mixta
Generar políticas de acción ante la violencia externa	Generar políticas de prevención de violencia en el área de guardia General y de Maternidad	Concretar encuentro del personal con la Dra. Cecilia Pozzo "durante las jornadas anuales 2015 del Hospital"						Dr Alfredo Mocoora

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Implementar los protocolos del Aborto no punible	Definición de problemáticas éticas según semana de embarazo (19-22) con el comité de bioética del hospital	Realizar informe de decisión del comité sobre la temática para 2 trim. 2015						
	Formalizar el libro de objetores de conciencia	Implementar el libro de objetores de conciencia para 2 trim. 2015						
Establecer la planificación estratégica y operativa de todos los servicios	Capacitación en planificación estratégica de áreas y servicios.	Realizar encuentro con referente de la Dirección de Planificación Estratégica de la DCPS para inicio del 2015						Área de docencia
	Presentación de la planificación de los servicios por los jefes de servicios que adquirieron sus cargos por concursos.	Informe y presentación en el cata de la planificación por servicio para 2 trim. 2015						CATA
Conocer la gestión por procesos	Presentación de procesos en los servicios por los jefes de servicios que adquirieron sus cargos por concursos.	establecer un proceso por servicios para fines del 2015						

	Capacitación con respecto a gestión por procesos	Realizar encuentro con referente de la Dirección de Planificación Estratégica de la DCPS para inicio del 2015						Área de docencia
--	--	---	--	--	--	--	--	------------------

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Establecer comités de participación de mortalidad general	Conformar el comité de mortalidad general	Definir estructura del comité para 1er. Trim. 2015						diego mirra
	Reglamentación y puesta en funcionamiento	reglamento e inicio de reuniones mensuales para primer semestre del 2015						diego mirra
Poner en funcionamiento o el comité de infecciones	Reestructuración	Definir estructura del comité para inicio 2015						
	Reglamentación y puesta en funcionamiento	reglamento e inicio de reuniones mensuales para primer semestre del 2015						
Poner en funcionamiento o el comité de tumores	Reestructuración	Definir estructura del comité para 2do. Trim. 2015						Graciela rojas
	Reglamentación y puesta en funcionamiento	reglamento e inicio de reuniones mensuales para primer semestre del 2015						
Desarrollar la gestión sobre seguridad del paciente	Desarrollar guías clínicas por servicio	Elaborar una guía clínica por servicio por patología prevalente para fines del 2015						

	Implementar el check list de cirugía	Conformar el check list de servicios quirúrgicos para mediados del 2015					
--	--------------------------------------	---	--	--	--	--	--

Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACIÓN

“DR. JOSE MARÍA JORGE”

Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”

Director Ejecutivo

Dr José Espolidoro

Trabajadores del Hospital

Adam, Nancy; Aisum, Claudia Liliana; Alesevicius, Eduardo; Armesto, Analía; Broz, Cecilia; Cacciavillani, María Fabiana; Cano, Sonia; Casagrande, Leonardo; Casagrande, Maximiliano; Castro, Nora; Centurión, Antonio; Comté, Matías; Cuello, María Gabriela; Curas, Adriana; Noemí; Curcio, Andrea G. ; Escajal, Magdalena; Espinosa, Silvia; Fernandez Martel, Silvia; Gallo, Roxana; García, Joaquín; Gonzalez, Sonia; Goya, María Elisa; Hilbring, Karina; Larrieur, María; Leal, Gisela; Luna, María Alejandra; Mármora, Silvia; Marzo, Horacio; Masciantonio, Laura; Moura, Carolina; Patricio, Alejandro; Prada, María Cecilia; Rago, Florencia; Ranieri, Marta; Rodriguez, Leonardo; Sosa, Ana Elisa ; Spolidoro, José; Suarez, María Inés; Veglio, Silvia; Verdes, Crisitna; Vilas, M. Fabiana; Villa, Silvia Cristina; Villanueva Andrea; Villanueva Daniela; Villareal, Maximiliano; Fernandez Daniel

Equipo de asistencia técnica

Scala Evelina, Silicani Ana María. Residentes: Ana Paula Forguieri, Lasca Trenado Virginia

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación neurológica, motora y del uso problemático de sustancias que recibe derivación de toda la provincia de Buenos Aires, que atiende en forma integral pacientes crónicos y sub agudos clínicamente estables pasibles de recibir un proceso de rehabilitación tanto en forma derivada como de demanda espontánea. Con atención de pacientes sin distinción de edad. En las modalidades de consultorios externos, hospital de día e internación exclusivamente de adultos, que realiza actividades de docencia de grado y postgrado. Realiza investigación. Tiene interacción comunitaria e institucional en la zona. Articula institucionalmente con otras dependencias gubernamentales y no gubernamentales. Designado para la sede de emisión de certificados único de discapacidad en primera instancia con domicilio en el distrito de Almirante Brown y de segunda instancia para otros municipios. Integrante de la red de la región sudeste de la región sexta.

❖ **VISIÓN:**

Queremos ser un Hospital Interzonal especializado en rehabilitación neurológica, motora y del uso problemático de sustancias.

Ampliar la oferta de atención de pacientes con uso problemático de sustancias de modo de mejor encuadrarla en el espíritu de la nueva ley de salud mental.

Continuando con las actividades de docencia, se aspira a ser sede de residencias de las especialidades que brinda el hospital.

Incrementar el número de investigaciones, para lo cual será necesario la creación del comité de ética. Poder ofrecer la mejor complejidad posible a fin de responder a los requerimientos de las redes que integra y la propia comunidad con la más alta calidad posible. Satisfacer la demanda de internación en pediatría y adolescente. Dar una respuesta precoz al paciente sub agudo.

Poder Adecuar la institución a un sistema de cuidados progresivos e Indiferenciado en rehabilitación.

Hacer una rehabilitación integral que tenga como objetivo la reinserción del paciente en la comunidad

❖ **VALORES:**

- ✓ Compromiso
- ✓ Calidad
- ✓ Equidad
- ✓ Transparencia
- ✓ Eficiencia
- ✓ Paciencia Amabilidad y cordialidad

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
ESTRATÉGIC A	<input type="checkbox"/>	Desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Administración		x			No hay.-
		Organigrama		x			Deficitario. Hay jefaturas que no lo son, falta armar uno pensado en la visión. No conocido por el personal
	<input type="checkbox"/>	Funcionamiento del Consejo Técnico de administración (CATA).	x		x		Constituido; se reúne una vez por mes. Le falta optimizarlo
		Estrategia de comunicación interna y externa		x			Sin área de comunicación, ni plan de comunicación - Página web en proceso de realización
	<input type="checkbox"/>	Gestión de la información: Sistemas: Opinión, Econ. Financ, Tablero de Gestión, Indicadores de Calidad (PICAM). Historia Clínica		x			HC unificada, con comité, sin archivo único, la del CPA se guarda aparte.- Falta la unificación de turnos de ambos sectores. Picam: No lo conocen. No cargan Tablero de Gestión
	<input type="checkbox"/>	Tienen información actualizada de los formularios de rendimiento hospitalario (internación, ambulatorio y práctica)?	x	x			Se carga pero no se analiza

	<input type="checkbox"/>	Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		x			Se trabaja con escuelas, comunidad. Cooperadora en formación. Sin convenios con ONG formales. Pertenece a la Red Federal de Rehabilitación
	<input type="checkbox"/>	Condiciones del mobiliario		x			Mal Déficit de sillas y armarios.
	<input type="checkbox"/>	Equipamiento sanitario		x			Falta equipamiento de gimnasio, camillas cuádriceps
	<input type="checkbox"/>	Infraestructura. Desarrollo de un Plan Director (Obras – equipamiento)	x	x			Fortaleza: Tienen un plan director de obras aprobado. Debilidad: Con una obra parada básica desde hace dos años, que son los techos. Hay que hacer red de gas nueva, Numerosas pérdidas. Red eléctrica obsoleta. Sin tablero central. Sistema de cloacas mal, es más bajo que la calle. Sale con una bomba.
		Acciones de rehabilitación basada en la Comunidad -		x			No se está haciendo
		Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia		x			Sin comité de farmacia. Sin Farmacéutico. Uso racional de psicofármacos no funciona

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
PACIENTES	<input type="checkbox"/>	Nuevas modalidades de Internación y atención:, Consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día, Inter indiferenciada cuidados domiciliarios, cuidados paliativos, cuidados interdisciplinario. Cuidados progresivos		x			Si hospital de día, Sin cuidados domiciliarios. Planeado progresivos.
	<input type="checkbox"/>	Sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención.	x CPA	x			Déficit en pediatría, gral.CPA bien
	<input type="checkbox"/>	Situación y rol en las Redes de servicios. Funcionamiento en Red	x CPA	x			Integrado a la Red sudeste de la Región, pero con escasa comunicación interna no hace que funcione bien.
		Encuestas de satisfacción a la comunidad		x			No se realizan
		Área de servicio social acorde a las necesidades del establecimiento		x+			Hay 3 con saturación, les falta tiempo para salir a la comunidad. NO hacen estadísticas en cuanto a calidad
	<input type="checkbox"/>	Sistema de turnos telefónicos.		x			Difícil de aplicar por la necesidad de evaluar la orden
	<input type="checkbox"/>	Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos		x			Solo hay libro de quejas. Sin protocolo de seguimiento.
	<input type="checkbox"/>	Unidad de atención al usuario.		x			No hay
		Accesibilidad		x			Difícil acceso de ingreso
		Señalética		x			NO hay

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
ECONÓMICO FINANCIERA		Participación en la programación y ejecución presupuestaria		x			Escasa participación. Por falta de presupuesto
		Participación en los análisis de gastos, compras y costos.		x			Se informa desde la dirección en el cata. Sin participación activa
		Manual de procedimientos administrativos.		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Recaudación por Fondos de terceros pagadores (SAMO)	x				Programa del ANSES desactualizado. Admisión Fortaleza. Mejorable si podemos atender PAMI
		Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica)		x			Manejo de residuos patogénicos no gestionado con normas
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Plan SUMAR - NACER		x			En proceso de incorporación
		Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)		x			No hay
	<input type="checkbox"/>	Cooperadoras, fundaciones.		x			Aun no funcionando

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMAS		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	Planificación y Gestión operativa de servicios		x			No se realiza orgánicamente
		Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes		x			Algunos servicios lo hacen como Terapia ocupacional, enfermería, kinesiología, gestión de pacientes.

	□	Gestión por procesos de atención	x				Admisión, consultas ambulatorias
		Análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria		x			Información por servicios, se realizan en internación no en ambulatoria
		Ateneos		x			Se realizan pero no son efectivos.

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMA		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
DE LOS TRABAJADORES	<input type="checkbox"/>	Política de Capacitación e Investigación		x	x		Se encuentran en proceso de organización
	<input type="checkbox"/>	Política de reconocimientos e incentivos		x			No existe
	<input type="checkbox"/>	Calidad en los Concursos	x				Sin inconvenientes
		Análisis y planificación de la Planta de personal	x				Se está realizando
	<input type="checkbox"/>	Gestión del Ausentismo	x				Poco ausentismo controlado
	<input type="checkbox"/>	Cuidados del trabajador: examen pre ocupacional, vacunación del personal, control de salud periódico, control del riesgo, vestimenta oficial.		x			Sólo vacunación
	<input type="checkbox"/>	Modalidad guardia de 12 horas		x			No implementada
		Compromiso del Trabajador - Encuestas de clima laboral – (Mecanismos para que el persona exprese sus opiniones.)		x			No se realizan
	<input type="checkbox"/>	Confort y medio ambiente de trabajo		x			Inadecuado espacio para la movilización de los pacientes. Problemas de gas y luz.
		Comité mixto de salud y seguridad.	x				Si trabaja bien
		Relación con los gremios.	x				Buena
	<input type="checkbox"/>	Hospital seguro: Prevención de violencia- Bioseguridad		x			Botón anti pánico queda bajo llave a determinada hora no hay salida de emergencia. No hay capacitación en bioseguridad.
		Equidad de género.	x				Sin inconvenientes
	<input type="checkbox"/>	Jornada anual científica y de reconocimiento de		x			Mejorable

	servicios y del trabajador				
--	----------------------------	--	--	--	--

ÁREA DE GESTIÓN	PROBLEMAS		ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO		Observaciones
			F	D	O	A	
CALIDAD		Incorporación al Programa de Garantía de Calidad		x			No está incorporado
		Comité de calidad		x			No hay
		Acreditación de Residencias, Servicios y el Hospital en su conjunto		x			No hay residencias. No tienen acreditación de servicios no hospital
		Certificación de Procesos hospitalarios		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Infección		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Ética		x			No tienen. Funciona con el Comité de Ética central
	<input type="checkbox"/>	Comité de Mortalidad (Gral. y Materno infantil)		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Comité de Auditoría de Historias Clínicas	x				Si tienen funciona bien
	<input type="checkbox"/>	Comité de Evaluación de Tecnología Sanitaria		x			No tienen
	<input type="checkbox"/>	Prevención de efectos adversos: Chek list UTI y Quirófano, prevención de escaras, lavado de manos, entre otros.		x			No realizan ningún trabajo en el tema
		Servicios tercerizados (comida)		x			No hay nutricionista - comida y seguridad
		Servicios tercerizados (Residuos)		x			No hay nutricionista - comida y seguridad

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 77 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	92%	74%
Las normas escritas de bioseguridad	89%	75%
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	74%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	86%	57%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	74%	53%
La organización de las tareas	68%	42%
El trabajo en equipo	66%	47%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	65%	42%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	65%	36%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	62%	39%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	62%	44%
El trato entre el personal	61%	38%
El sentido de pertenencia al hospital	59%	43%
La definición de roles y responsabilidades	57%	38%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	55%	39%
El trato de los jefes	49%	35%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	49%	35%
La comunicación con los pacientes	48%	35%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	48%	26%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Falta de Comunicación del funcionamiento del Consejo de Administración
	Necesidad de una estrategia integral comunicacional interna y externa
	Falta de comunicación en tablero de Gestión, indicadores de calidad (PICAM)
	Actualización de Organigrama
	Desconocimiento del Área Programática
	Escaso registro de los sistemas de vigilancia nacionales
	Falta de funcionamiento del consejo del CATA
	Des actualización del sistema de camas críticas
	Equipamiento Sanitario antiguo
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS PACIENTES	Falta de formalización de las redes de derivación
	Ausencia de medición de satisfacción del usuario o beneficiario del hospital
	Necesidad de desarrollar el área de atención al usuario
	Ausencia de nuevos modelos de gestión de pacientes
	Debilidad del Sistema de referencia y Contrarreferencia
	Falta de accesibilidad a la embarazada y discapacitado
	Necesidad de avanzar en modelos de gestión de camas, (cuidados progresivos), internación domiciliaria, cirugía ambulatoria.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONOMICO FINANCIERA	Necesidad en la participación en la programación y ejecución presupuestaria
	Ausencia de manuales de procedimientos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de jornadas anual científica y de reconocimientos de servicios y del trabajador
	Necesidad de mejorar el alto porcentaje de ausentismo
	Falta de una política de reconocimiento e incentivos formalmente implementada.
	Necesidad de mejorar el Comité Mixto de Salud y Seguridad
	Falta de análisis y Planificación de la planta del personal
	Falta de gestión en políticas de Capacitación e Investigación
PROBLEMAS EN ÁREA DE LA GESTIÓN CLÍNICA	Falta de Formalización en planificación por servicios
	Necesidad de sistematizar la gestión de procesos asistenciales
	Falta de análisis y productividad de servicios hospitalarios
	Falta de gestión de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE	Falta de Comité de E.T.S.

GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta de incorporación al programa de garantía de calidad
	Necesidad de Acreditación de Residentes, Servicios y el hospital en su conjunto
	Ausencia de Comité de Calidad
	Necesidad de trabajar en Certificación de procesos Hospitalarios

Objetivos Estratégicos:

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Contar con una unidad de atención al usuario

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Confeccionar Manuales de procedimientos administrativos.

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Conocer el grado de compromiso de los trabajadores y sus opiniones

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Continuar incorporando procesos de atención

Área de Gestión de la calidad

Objetivo Estratégico: Optimizar el rendimiento del servicio de Comida

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Lograr una buena y fluida relación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.	Completar la creación de una cooperadora	Contar con una cooperadora del hospital. Antes del último trimestre del año						Dirección Ejecutiva
	Acompañar el proceso de gestión para el acuerdo de la asociación de cooperadora de cooperadoras	Contar con una cooperadora regional del partido. Para fin del 2015						Dirección Ejecutiva
	Contactarse con los cursos de capacitación docente del Min de Educación	Poder integrar los cuerpos docente y procesos de capacitación entre escuelas y hospitales, antes de fin de año						Dirección Ejecutiva Docencia e Investigación
	Establecer contactos con escuelas e instituciones de desarrollo social para informar de los alcances de la discapacidad, incapacidad, pensión , etc.	Poder Educar a la población sobre el tema. Comenzarlo antes de fin de año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)
		Elaborar Proyecto antes del último trimestre del año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)
	Establecer una agenda electrónica de comunicación con las instituciones de la región	Mejorar la comunicación con las Inst. de la región antes de fin de año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)

Mejorar el equipamiento sanitario	Realizar relevamiento de equipamiento necesario	Contar con el relevamiento necesario dentro del 1 trimestre del 2015						Cada Jefe de Servicio y Director Ejecutivo
	Priorizar las necesidades	Tener priorizadas las necesidades dentro del 1 trimestre del 2015						Cata
	Gestionar el Financiamiento	Poder concretar las compras priorizadas desde el último trimestre del año						Dirección Ejecutiva
Mejorar la Gestión Integral de toda la información del Hospital	Armar con la gente de informática el sistema de internación y uno nuevo de atención por módulos	Contar con un tablero de mando propio del Hospital. Dentro del 3° trimestre del 2015						Gestión de Pacientes con Informática
	analizar la integración al PICAM	Definir su integración o no al mismo. Dentro del 3° trimestre del 2015						CATA
	Implementar la HC unificada con acceso en tiempo real, contemplando la HC ambulatoria	Contar con el acceso a la información integral del paciente desde el 1 trim. 2015						Comité de HC - CATA
Contar con información del rendimiento hospitalario a fin de poder analizarlo	Establecer en la orden del día en forma trimestral el análisis de la información de rendimiento hospitalario	Conocer el rendimiento del hospital en conjunto. Dentro del 2° trimestre del 2015						CATA y Eduardo
Fortalecer el CATA	Crear reglamento	Contar con un funcionamiento orgánico. Dentro del 2° trimestre del 2015						Dirección Ejecutiva y CATA

Mejorar la Comunicación	Crear comité de comunicación (a través del cambio de nombre del de pág. web)	Contar con un plan de comunicación interna y externa antes de fin de año						Actual comité de pág. web y servicios sociales
-------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Contar con una unidad de atención al usuario	Concluir la implementación de la creación de la Unidad de Atención al Usuario a través del programa. de la subsecretaría de Planificación	Contar con una unidad de atención al usuario, antes del 1er. Trimetre 2015						Alejandra Luna de Servicios Sociales, Salud Mental y enfermería
	Asimilar sistema de ref. y contra a la Unidad de Atención al Usuario	Contar con una unidad de atención al usuario integrada, antes de fin de año						Alejandra Luna de Servicios Sociales, Salud Mental y enfermería
	Asimilar los turnos telefónicos centralizados a la Unidad de Atención al Usuario							Alejandra Luna de Servicios Sociales, Salud Mental y enfermería
Contar con señalética en todo el hospital	Realizar el relevamiento de necesidades	Contar con una planificación de las necesidades, antes de 2 trim 2015						Comunicación
	Tomar contacto con señalética del Ministerio	Tener el asesoramiento del ministerio en función de las necesidades del hospital,						Comunicación

	Conseguir financiamiento y ejecución	Contar con el financiamiento para su ejecución dentro del primer trimestre del 2015						Dirección Ejecutiva
Contar con un sistema de turnos centralizado	Asimilarlo a Atención al usuarios	Contar con una unidad de atención al usuario integrada, antes de 2 trim. 2015						Alejandra Luna de Servicios Sociales, Salud Mental y enfermería
	Elaborar un manual de procedimiento de los turnos	Contar con manual de procedimientos antes del último trimestre del 2015						Alejandro + Eduardo + Antonio
Contar con un sistema de referencia y contra referencia eficiente	Crear el área y Asimilarlo a Atención al usuarios	Contar con una unidad de atención al usuario integrada, antes de fin de año						Alejandra Luna y Dirección Y Silvina Fernández
	Elaborar un manual de procedimiento de referencia y de contra referencia	Contar con manual de procedimientos dentro del primer trimestre del 2015						Silvina Fernandez, Alejandra y Dirección Dra. Marmora
	Realizar los contactos personales con los distintos establecimientos derivantes y la publicación en la página web del hospital.	Tener difundido los requisitos de referencia dentro del 1° trimestre del 2015						Comunicación Y referencia y contra referencia

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Contar con un manual de Procedimientos Administrativos	Convocar al CATA para comenzar el proceso por las distintas áreas administrativas	Determinar los principales procesos que se deben realizar los manuales.						Dirección Ejecutiva
	Solicitar al PGC La metodología y las planillas para poder realizar las mismas	Contar con la metodología y el material adecuado						Dirección Ejecutiva
	Realizar los manuales	Contar con manual de procesos escritos de al menos el 50% requeridos de los principales procesos en los seis meses						Jefes de área
Lograr una buena y fluida relación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.	Completar la creación de una cooperadora	Contar con una cooperadora del hospital. Antes del último trimestre del año						Dirección Ejecutiva
	Acompañar el proceso de gestión para el acuerdo de la asociación de cooperadora de cooperadoras	Contar con una cooperadora regional del partido. Para fin del 2015						Dirección Ejecutiva

	Contactarse con los cursos de capacitación docente del Min de Educación	Poder integrar los cuerpos docente y procesos de de capacitación entre escuelas y hospitales, antes de fin de año						Dirección Ejecutiva Docencia e Investig
	Establecer contactos con escuelas e instituciones de desarrollo social para informar de los alcances de la discapacidad, incapacidad, pensión , etc.	Poder Educar a la población sobre el tema. Comenzarlo antes de fin de año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)
		Elaborar Proyecto antes del último trimestre del año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)
	Establecer una agenda electrónica de comunicación con las instituciones de la región	Mejorar la comunicación con las instituciones de la región antes de fin de año						Gestión de Pacientes (Antonio Centurión) y Servicios Sociales (Alejandra Luna)
Mejorar la gestión del FESP	Tomar contacto con el FESP de la Provincia	Conocer los alcances que pueden usarse en el Hospital						Matias Compte y Dirección Ejecutiva
	Implementar los programas adaptables al hospital	Mejorar la calidad de gestión y obtener las gratificaciones que da el FESP						Matias Compte y Dirección Ejecutiva
Mejorar la Gestión del SUMAR	Completar las acciones para poner en funcionamiento del SUMAR	Poder hacer uso del SUMAR antes 2 trim. 2015						Matias Compte y Dirección Ejecutiva

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Conocer el grado de compromiso de los trabajadores y sus opiniones	Ponerse en contacto con el Programa de mejora de Atención al Usuario	Obtener el material adecuado para realizar las encuestas antes del 1 trimestre del 2015						Silvia Espinosa - Alejandra Luna - Magdalena Escajal
	Establecer la frecuencia de realización	Contar con la información en forma periódica antes de fin de año						Silvia Espinosa - Alejandra Luna - Magdalena Escajal
	Realizar encuestas de clima laboral	Conocer la opinión de los trabajadores y el clima laboral, con al menos una encuesta anual						Silvia Espinosa - Alejandra Luna - Magdalena Escajal
Contar con una política de Incentivos y Reconocimientos para el personal	Determinar las acciones a incentivar o reconocer	Elaborar las acciones de reconocimientos e incentivos						Dirección Ejecutiva - CATA
	Elaborar un plan de reconocimientos e incentivos	Tener activo y funcionando el plan de reconocimientos e incentivos desde comienzo del año 2015						Dirección Ejecutiva - CATA
Mejorar el Confort para el personal	Hacer un Relevamiento de las necesidades	Contar con un informe de las áreas a mejorar. Antes de fin de año						Dirección Ejecutiva - Comisión Mixta
	Analizar lo establecido en el Plan Director	Ver lo determinado en el mismo en relación al confort						
	Realizar la Priorización de los problemas	Poder Gestionar los fondos para ir resolviendo las falencias en el 2015						

Capacitar en bioseguridad a todo el personal.	Capacitar al personal en bioseguridad	Contar con el 100% del personal capacitado antes de fin de año						Docencia e Investigación / Comité Mixto
	Comunicar las normas	Contar con las normas difundidas antes de fin de año						Docencia e Investigación / Comité Mixto
	Realizar un curso anual de capacitación	Tener actualizado los conocimientos del personal						Docencia e Investigación / Comité Mixto
Contar con los elementos e insumos adecuados de trabajo	Relevamiento de las necesidades	Contar con un listado de necesidades antes de fin de año						Cata y Dirección Ejecutiva
	Priorización de las necesidades	Poder determinar el orden en que se puedan ir realizando las compras antes de fin de año						Cata y Dirección Ejecutiva
	Gestionar la Obtención de fondos para la compra de los insumos	Comprar los insumos necesarios						Comité Mixto y Dirección
Poder llegar al régimen de guardias de 12 hs	Convocar a Médicos y Operadores para establecer el régimen de 12 hs	Disminuir una de las causas de efector adversos en forma transicional antes del 2016						Dirección Ejecutiva

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Continuar incorporando procesos de atención	Determinar los procesos de atención a protocolizar que se realizan actualmente	Contar con un informe de cada jefe de los procesos a incorporar. Antes de fin de año e implementarlos dentro del 2015						CATA
	Determinar los procesos que se deben incorporar	Contar con un informe de cada jefe con los procesos a incorporar. Antes de fin de año e implementarlos dentro del 2015						CATA
Establecer un régimen de ateneos	Determinar los ateneos Por servicio con cronograma de los mismos	Establecer la frecuencia de los mismos con cada jefe de servicio, para ejecutarlos desde el 1er. Trim. 2015						Docencia y CATA
	Determinar ateneos generales con cronogramas	Determinar con el cata, para ejecutarlos desde el 1er. Trim. 2015						Docencia y CATA
	Establecer un Ateneo integral con todo el personal del Hospital	Determinar con el cata para ejecutarlos desde el 1 trimestre del 2015						Docencia y CATA
Contar con el análisis de producción y productividad de servicios	Establecer en la orden del día del CATA. Para tratar con periodicidad	Establecerlo para 1er. Trimestre 2015						CATA
	Rever el proceso de gestión del registro de producción y el procesos de atención de pacientes	Antes de fin de año						CATA

Contar con guías de patologías frecuentes y relevantes	Determinar cada servicio las patologías más frecuente	Antes de fin de año						Jefes de cada servicio
	Protocolizar o adaptar las mismas	Antes de julio del 2015 para realizarlas						Cata lo valida con dirección ejecutiva

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Optimizar el rendimiento del servicio de Comida	Establecer contacto con la nutricionista del Meléndez para protocolizar el tipo de dietas y calorías especiales	Contar con una serie de dietas especiales para el Hospital. Jorge						Silvina Fernández Martel
	Contactarse con el ministerio para incorporar el tipo de dietas especiales del Jorge	Incluir en la licitación de comida las necesidades puntuales del Jorge						Dirección Ejecutiva
Incorporarse al Programa de Garantía de Calidad	Contactarse con el PGC	Obtener la información necesaria para incorporarse al programa en el 2° trimestre 2015						Dirección Ejecutiva
	Crear el Comité	Tener creado el comité antes de 3 trim 2015						Dirección Ejecutiva
Establecer normas y Procedimientos que tiendan a evitar o disminuir los efectos adversos	Investigar los efectos adversos que se pueden producir en el Hospital	Tomar las medidas de capacitación para determinar las barreras que impidan o disminuyan los mismos desde el 2015						Cata y Comité de calidad

	Crear las barreras para disminuir los eventos adversos	Tomar las medidas para crear las mismas desde 2015						Cata y Comité de calidad
Mejorar la Gestión de los Residuos	Crear normas	Difundir las normas						CATA Comité Mixto y Calidad
	Gestionar cambios	Gestionar las necesidades para poder implementar las normas						CATA Comité Mixto y Calidad
	Gestionar en el ministerio contrato directo	Para inicio del 2015						Dirección Ejecutiva

Hospital Zonal de Agudos “Lucio Meléndez”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

“DR. LUCIO MELENDEZ ”

HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS “LUCIO MELENDEZ”

Director Ejecutivo

Dra. Carolina Rocca

Director Asociado Asistencial

Dr. Juan Carlos Raffa

Director Asociado de Servicios generales y Área Programática

Dra. Claudia Rodríguez

Director Asociado Gestión Administrativa

Lic. Viviana Calleghi

Trabajadores del Hospital

Alvarez M. Silvia, Bacha Nora Maria, Balbo Sebastian, Balmaceda Sebastian, Becena Wilmar, Benegas Elsa, Calegih Viviana, Colombo Fanny, Contreras Vera Victor, Cora Nicolas Javier, Corti Julian Patricio, Custodio Susana B., De Muria Marta, Di Luca Maria A, Dieterle Aida T., Donati Gustavo, Espinillo Liliana, Fiestas Jose, Frawk Elda, Frias Liliana, Frontera Raquel, Frusso Adriana, Garcia Cambon, Garcia Jorge Daniel, Gauna Mauricio, Giorlando Sonia, Gonzalez Nelida, Gonzalez Teresa, Heevel Viviana, Helou Graciela, La Fuente Cristina, Lara Vilma, Longa Julio, Lopez Alicia, Lupis María Alejandra, Mansilla R. Alberto, Mendoza Marco, Mitolo María, Ouviaña Jorge, Picarel Anibal, Quiroga Sandra, Raffa Juan Carlos, Rios Beatriz
Robilotte Analía, Rocca Carolina, Rodriguez Claudia, Rosa Mariano, Russo Alicia, San Pelegrini Gaston, Saroppo Nestor, Sieiro Alicia, Spann Susana, Tesoreiro Ernesto, Vago Carla Mariana

Equipo de asistencia técnica:

Andrea Zavala, Rodriguez Mariana. Residentes: Richiusa Marcela, Lluy María Jose

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos, polivalente, que brinda servicios de promoción, prevención, rehabilitación, asistencia y atención integral de la salud, bajo un concepto universal de atención, centrado en la comunidad y trabajando en red con los distintos niveles de atención.

Ponderamos la formación y desarrollo de los recursos humanos del equipo de salud en pre y post grado., la capacitación en servicio y la educación para la comunidad.

❖ **VISIÓN:**

Constituirnos como hospital Moderno con estructura edilicia y tecnología adecuada, comprometido, responsable, solidario, asistiendo con equidad y propendiendo a lograr la satisfacción del usuario, y tendiendo al bienestar de la comunidad.

Constituirnos en un hospital con sistema de gestión centralizada, con un nivel organizacional que garantice el buen trato y comunicación intra e interinstitucional.

Formar recurso humano en salud de excelencia, con valores morales y principios éticos, fortaleciendo las actividades de docencia e investigación, desarrollando normativas y protocolización, siempre en busca de la mejora continua

❖ **VALORES:**

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Compromiso
- ✓ Solidaridad
- ✓ Compañerismo
- ✓ Equidad
- ✓ Empatía
- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Universalidad

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

MATRIZ FODA				
ÁREA DE GESTIÓN	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Dirección con liderazgo evidente y actitud proactiva.	Severos problemas estructurales edilicios.	Incorporación al proyecto operativo y estratégico de hospitales del Ministerio de Salud de Buenos Aires	Situación económica adversa.
	Estrategia de comunicación externa y posicionamiento del hospital efectiva.	Ausencia de funcionamiento formal del CATA.		
	Voluntad de participación de los trabajadores	Gestión de la información ineficiente	Organigrama modernizado con estructuras transversal en proyecto de aprobación por ministerio.	Contexto de avances y retrocesos en planes de obra y mantenimiento hospitalario.
	Adecuado funcionamiento de redes y área programática.	Desconocimiento o tablero de mando	Comité multidisciplinario de farmacia y uso racional de medicamentos en vías de implementación	
	Sistema de camas críticas con adecuado funcionamiento.	Condiciones de mobiliario y equipamiento deficientes.		
	Compromiso y sentido de pertenencia de la mayoría de los jefes de servicios			Alto costo de servicios de mantenimiento
	DE PACIENTES	Experiencia de Gestión de Referencia y Contrarreferencia y redes con resultados exitosos en salud	Problemas estructurales en mantenimiento y adecuación de la infraestructura Hospitalaria.	Adecuada articulación con red 1er. Nivel de atención
Desconocimiento o del sistema de atención tipo Cuidados Progresivo que condiciona dificultades en				

		su implementación		
	Gestión de redes con alto nivel de eficiencia.	Ausencia de acciones que promuevan la orientación y el bienestar de los pacientes	Comunidad con buena adhesión a solicitudes para colaborar con necesidades del hospital	Aumento constante de la demanda
	Área de servicio social con personal insuficiente pero gestión eficiente.	Desconocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios		
			Deficiencias estructurales dificultan implementar adecuada señalética	Optima participación de la comunidad en estrategias de prevención y promoción de la salud
CLÍNICA	Área de docencia e investigación con gestión de alta eficiencia.	Ausencia de Guías y protocolos no formalizados desde dirección.	Articulación con Universidades y sociedades científicas.	Resistencia al cambio del modelo hospitalario Tradicional de Hospital por parte de distintos actores del sistema.
	Existencia de régimen de residencias, actividades docencia pregrado y postgrado	Ausencia de centralización de la información en el hospital de los datos de Gestión de Estadía Media por servicios y patologías		
	Alto nivel de compromiso del área de estadísticas Y DE RECURSOS HUMANOS	Análisis Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria no implementada institucionalmen	Gestión por resultados en vías de implementación.	

		te		
ECONÓMICA FINANCIERA	Gestión de plan SUMAR eficiente.	Inadecuada gestión de recaudación de fondos por terceros pagadores por problemas en la captación de los pacientes con Obras social.	Proceso de normalización de funcionamiento cooperadora en vías de formalización	Organización ineficiente en Incluir Salud (ex PROFE).
		Ausencia de trabajo en conjunto con asociación cooperadora	Colaboración de instituciones locales para solventar necesidades del hospital.	Situación socioeconómica global y del país que dificulte la asignación y ejecución presupuestaria.
		Falta de participación de los mandos intermedios en la participación y ejecución presupuestaria.		
		Falta de implementación y desconocimiento de Manuales de procedimientos por servicios		
DE LOS TRABAJADORES	Políticas de capacitación y gestión servicio de docencia de alto nivel de eficiencia	Ausencia de política de reconocimientos e incentivos. Desconocimiento o clima laboral.	Capacitaciones ofrecidas desde el nivel central a los trabajadores.	Violencia en el ámbito laboral predominantemente en el área de Guardia
			Sindicatos colaboran y participan en capacitación del personal	
	Profesionales altamente calificados	Ausencia de políticas y planificación de recursos humanos, dificultades en definición de plantel que	Capacitaciones a	Excesivas demoras en nombramientos de algunos cargos concursados

		imposibilita la planificación y análisis planta personal	través de IPAP	
	Adecuada relación con gremios	Inexistencia de controles periódicos de los trabajadores.		
		Deficiencias estructurales y edilicias dificultan brindar adecuadas condiciones de trabajo	Comité mixto de Seguridad e higiene en conformado y en vías de funcionamiento,	
CALIDAD	Eficiente gestión del comité de infecciones	Ausencia de incorporación al programa de Garantía de Calidad	Participación en cursos de calidad del el Nivel Central.	Inadecuado funcionamiento de servicios tercerizados por falta de pago
	Control de registros médicos y legales de historias clínicas., próxima conformación comité Historias Clínicas.			Situación edilicia dificulta adecuada implementación de maternidad segura y centrada en la familia
	Fuerte política de prevención de eventos adversos, a partir de comité de infecciones	Inexistencia de comité de evaluación tecnologías sanitarias, calidad y mortalidad general	Participación eficiente de residencias en proceso de acreditación	

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 67 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	97%	91%
Los elementos y / o insumos de trabajo	97%	85%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	93%	79%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	85%	57%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	85%	63%
Las normas escritas de bioseguridad	81%	63%
La organización de las tareas	73%	60%
El trabajo en equipo	73%	66%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	73%	54%
La definición de roles y responsabilidades	72%	54%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	69%	52%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	69%	57%
La comunicación con los pacientes	67%	46%
El trato entre el personal	67%	49%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	64%	55%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	63%	43%
El trato de los jefes	61%	48%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	58%	36%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	54%	33%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Insuficiente gestión de la información: Tablero de Mando desactualizado, desconocimiento de indicadores.
	Ausencia de gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios.
	Organigrama desactualizado y no difundido a todos los servicios
	Ausencia del consejo de administración.
	Comunicación interna deficiente
	Dificultad de carga del formulario 10 (deficiencias informáticas) y su utilización para la toma de decisiones
	Funcionamiento CATA no formalizado institucionalmente
	Falta de actualización y adecuación a necesidades del Plan Director de Obras
	Deficiencias edilicias y de equipamiento hospitalario
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Desconocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios
	Señalética inadecuada (deficiencias edilicias)
	Ausencia de sistema de turnos telefónicos
	Área de servicio social insuficiente en cuanto a rrhh para satisfacer demanda en cantidad y en complejidad
	Accesibilidad embarazada y discapacitado deficiente (deficiencias estructurales)
	Deficiencias en pintura y obra.
	Modelo de cuidados progresivos no implementado.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Escasa participación en el análisis de los gastos, compras y costos
	Escasa de participación de los servicios en la programación y ejecución presupuestaria
	Ausencia de trabajo en conjunto con asociación cooperadora y nivel central hospital
	Falta de implementación y desconocimiento de Manuales de procedimientos por servicios
	Recaudación de fondos por terceros y obra social insuficiente
	Deficiente implementación del Proyecto FESP (Funciones esenciales de Salud Publica) y SUMAR
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Ausencia de política institucional explícita de reconocimientos e incentivos.
	Gestión deficiente del ausentismo, registros no informatizados dificultan la gestión del mismo.
	Ausencia de implementación de comité mixto y de seguridad

	Ausencia de evaluación del clima laboral.
	Gestión ineficiente de los recursos humanos (ausencia de plantel definido e imposibilidad de planificación y análisis planta personal)
	Inexistencia de controles periódicos. Fallas en adecuado control de la salud y riesgo de todo el personal
	Falta una política sistemática de investigación para todos los sectores del hospital
	Condiciones y medio ambiente de trabajo deficientes.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Inexistencia de Ateneos Hospitalarios formalizados
	Planificación y gestión operativa de servicios no implementada institucionalmente
	Análisis de la producción y productividad de servicios y hospitalaria no implementada institucionalmente.
	Ausencia de centralización de la información en el hospital de los datos de Gestión de Estadía Media por servicios y patologías
	Guías y protocolos del manejo de patologías del Hospital no cumplen con los pasos formales para su aplicación.
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Inexistencia de comité de calidad
	Inexistencia del comité de evaluación de tecnología sanitaria
	Ausencia de adhesión al programa de garantía de calidad
	Ausencia de acreditación en la totalidad de los servicios del hospital.
	Inexistencia de procesos hospitalarios certificados

Objetivos Estratégicos:

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Optimizar gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Garantizar la atención integral y de calidad para la comunidad

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Fomentar participación en la programación y ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Fomentar política institucional explícita de reconocimientos e incentivos

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación entre los servicios, promover la organización y participación en ateneos hospitalarios.

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Generar y fortalecer ámbitos de participación de los trabajadores en la definición de las necesidades del hospital

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Optimizar gestión de la información y rendimientos hospitalarios para la toma de decisiones en los servicios	Definir normas y procedimientos sobre rendimientos de producción hospitalaria, y adecuación por servicios	Elaboración de manual de procedimiento hospitalario para el 1. Trimestre 2015						Dirección cata
	Capacitar a jefes de servicio sobre gestión de la información	Por lo menos 1 capacitación para jefes de servicio al 2. Trimestre 2015						Sonia Giorlando - Docencia
	Capacitación de administrativos de servicios sobre gestión de la información.	Por lo menos 1 capacitación para administrativos al 2 Trimestre 2015						Sonia Giorlando Docencia
	Elaborar y difundir indicadores de producción	50 % servicios con información y carga actualizada para 2 trimestre 2015						Dirección cata
	Capacitación sobre tablero de mando	1 Capacitación sobre tablero para agosto 2015						Dirección cata
	Proporcionar a la dirección datos para cumplimentar tablero en tiempo y forma	Tablero de mando actualizado						Dirección
	Elaborar y operativizar tableros de mando por servicio	60% de los servicios con tableros de gestión operativos						Dirección cata
	Mejorar mecanismos de	Mejorar canales de comunicación	Actualización bases de datos					

comunicación	interna. mail, notas, mensaje texto	Puesta en funcionamiento canales de comunicación por mail, notas, y mensajes de texto						Julio Longa
	Generar espacios de fortalecimiento de institucional.	1 reunión equipo por servicio bimensual a partir de 3 trimestre 2015						Sonia Giorlando
	Jornadas y talleres de capacitación en comunicación, manejo de equipos,	Realizar planificación temática y agenda de jornadas						Sonia Giorlando. Julio Longa
		Desarrollar por lo menos 2 Jornadas por año						Sonia Giorlando. Julio Longa
		Difundir propuestas de integración del hospital y la comunidad a través de carcerías, web etc.						Jorge Ouviaña
Mejorar la gestión participativa	Mejorar el nivel de conocimiento de la estructura formal del hospital Constitución formal del organigrama	Organigrama definido para el 1 trimestre 2015					Dirección	
		Difusión hospitalaria del organigrama para el segundo trimestre 2015					Dirección	
		Elevar a comunicación interna los roles y responsabilidades según organigrama.					Dirección- Julio Longa	
	Institucionalizar conformación y funcionamiento del CATA	Establecer reglamento interno, funcionamiento CATA					Dirección. Carolina Rocca	
		Sistematizar reuniones mensuales de cata a partir de 1					Dirección. Carolina Rocca	

		trimestre 2015						
		Realizar informe de resultado de Cata y difusión por correo electrónico.						Dirección. Julio Longa
Mejorar condiciones de Infraestructura y confort.	Actualizar plan director de obras	Elevar a nivel central plan director de obras con necesidades urgentes en 2do. Semestre 2015.						Dirección
	Elaborar plan de implementación por etapas	Propuesta elaborada y enviada a consideración nivel central en segundo semestre 2015.						Dirección

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Garantizar la atención integral y de calidad para la comunidad	Constituir al comité de calidad como organismo organizador de atención integral de la comunidad	Guía de procedimiento para la valoración satisfacción comunidad elaborada y difundida desde comité de calidad para 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando/ Marta de muria.
	Planificar mecanismo de encuestas y posterior análisis y puesta en marcha	Elaborar proyecto de 2 encuestas anuales. Constituir equipo para análisis resultados y difusión de los mismos.						Sonia Giorlando/Marta de muria.

	Planificar capacitación al personal en contacto con usuarios	Realizar una capacitación para todo el personal pertinente para 1 trimestre de 2015						Sonia Giorlando/Marta de muria.
	Elaboración encuestas	Puesta en funcionamiento y análisis encuestas. 2 durante 2015, 2 2016						Sonia Giorlando/Marta de muria.
Mejorar servicios y fortalecer relaciones con la comunidad	Relevamiento y diagnóstico situacional actual de estado y necesidades de señalética.	Informe situacional elaborado y difundido para 1 trimestre 2015						Julio
	Implementar proyecto de señalética sectores por colores	Elaboración de proyecto de señalética según colores para 2 trimestre 2015						Julio
	Gestionar recursos propios para comprar pintura.	Contar con recursos económicos para compra materiales necesarios para 3er. Trim. 2015						Julio
	Implementación señalética	Sistema señalética por colores para 1 trimestre 2015						Dirección y Julio Longa
	Capacitar personal turnos en comunicación. (of. Admisión)	Capacitar 100 % personal de Admisión para 1 trimestre 2015						Sonia
	Gestionar recuperación 0800 con nivel central	Asignación 0800 para segundo trimestre 2015						Dirección
	Realizar talleres para la comunidad sobre discapacidad, para tratar en	Realizar 2 talleres para el 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando/ Nora Bacha

	forma conjunta problemática.							
	Capacitar cuidadores para priorizar atención discapacitados.	Capacitar 100 % personal Cuidadores hospitalarios para 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando/ Nora Bacha
Promover acciones para mejorar el servicio social	Realizar informe actividad y producción área de servicio social para gestionar recursos humanos.	Elevar informe a Dirección Hospital para 2 trimestre 2015.						Área servicio social Sonia Giorlando
	Solicitar incorporación de residencia en servicio social	Elevar informe a Dirección de Capacitación para solicitud formal para primer trimestre 2015						Sonia Giorlando Servicio Social Dirección

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2015	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Mejorar los procedimientos administrativos.	Conformar comité para la realización de manuales de procedimientos. Convocar enfermería, jefatura servicio, área contable y farmacia.	Conformar comité en áreas críticas y quirúrgicas para 1 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
	Capacitación sobre procedimientos de gestión administrativa	Realizar 1 capacitación para el 100 % personal para 1 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
	Elaborar manuales de procedimientos por servicio.	Manual de procedimientos administrativos elaborados para 2 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
	Difundir los manuales de procedimientos por servicio	Realizar difusión de Manuales y circuitos administrativos en reuniones de Cata y en cada servicio. En 2 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
Fomentar participación en la programación y ejecución presupuestaria	Conformar equipo de trabajo para programación y ejecución presupuestaria.	Convocar inicialmente áreas críticas y quirúrgicas para la participación en la formulación presupuestaria para 1 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora

	Capacitación sobre planificación gasto en base a producción	Realizar una capacitación para todas las jefaturas de servicio y áreas para 1 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
	Formular manuales de procedimientos para la gestión de compras y análisis de gastos por servicios.	Manual formulado para 2 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
	Difundir los manuales de procedimientos por servicio	Manual de procedimientos administrativos elaborados para 2 trimestre 2015						jefaturas de serv, farm, enfermería contadora
Mejorar la recaudación de fondos por terceros y obra social	Reforzar recursos humanos administrativos	Designar personal administrativo para área de admisión para 1 trimestre 2015						Dirección. Espinillo Liliana
	Capacitación al personal administrativo sobre procedimientos de recuperación de costos	Realizar por lo menos una capacitación al personal involucrado para 1 trimestre 2015. Formular jornadas anuales de capacitación a partir de 2016.						Russo Alicia
	Incorporar residencia de administración hospital	Elevar informe a Dirección de Capacitación para solicitud formal.						
	Mejorar el recupero de costos	Incrementar la facturación en un 30 % para segundo trimestre 2015						Contadoras y Sonia Giorlando

Adecuar el funcionamiento de la cooperadora según reglamentación legal y decálogo ministerial	Formalizar reglamento de trabajo de cooperadora	Elaborar y difundir reglamento de funcionamiento de cooperadora para segundo trimestre 2015						Dirección
	Formalizar manual de procedimientos para funcionamiento y gestión de compras por cooperadoras.	Elaborar y difundir manual de procedimiento para gestión de compras por cooperadora para segundo trimestre 2015						Dirección
	Desarrollar acciones para comunicar actividades y recaudaciones de la cooperadora del Hospital	Formalizar jornadas de rendición de cuenta en reuniones de CATA para tercer trimestre 2015						Dirección
Incorporar nuevas fuentes de financiamiento para el Hospital	Contactarse con área correspondiente del Ministerio para su implementación-	Definir reunión con referente FESP antes 1 trimestre 2015						Dirección
	Obtener financiación proyectos a través FESP.	Planificar incorporación a por lo menos 1 proyecto FESP para 1 trimestre 2015						Dirección

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Fomentar política institucional explícita de reconocimientos e incentivos.	Conformar comité para selección de reconocimientos e incentivos.(por meritos por antigüedad)	Constituir comité para 1 trimestre 2015 Incorporación congreso reconocimientos						Dr. Balmaceda Sebastian y dirección
	Definir procedimientos para determinar política de incentivos y reconocimientos.	Manual de procedimientos para determinación de reconocimientos e incentivos elaborado para 2 trimestre 2015						Dr. Balmaceda Sebastian y dirección.
	Reconocimiento en jornadas anuales	Primer reconocimiento a realizarse en congreso anual octubre 2015 y en eventos académicos a formularse posteriormente.						Sonia Giorlando y dirección.
	Gestionar inscripciones a cursos y congresos como incentivos por meritos.	Gestionar becas en diferentes áreas para primer trimestre 2015						Sonia Giorlando y dirección.
		Asignación becas según meritos y manual de procedimientos						Comité de reconocimientos y dirección.
	Planificar asignación de nombres de personalidades a áreas hospitalarias.	Asignación de nombres de personalidades relevantes del hospital a áreas hospitalarias para 2015						Comité de reconocimientos y dirección.

	Difundir por canales formales los reconocimientos al desempeño laboral, cumpleaños (cartelera, web) a partir del 4 trimestre 2014.	Difusión activa en diferentes canales formales para el a partir de 4 trimestre 2015.						Espinillo Liliana y Julio Longa.
Incorporar políticas de planificación de recursos humanos	Optimizar sistema de reconocimientos médicos para licencias por enfermedad.	Aumentar en un 50 % los reconocimientos médicos por enfermedad para segundo trimestre 2015						Espinillo Liliana y Dirección.
	Elevar proyecto a Ministerio y U.R. para puesta en funcionamiento área de reconocimientos por enfermedad regional.	Proyecto elevado ante autoridades pertinentes para 2 trimestre 2015						Espinillo Liliana y Dirección.
	Optimizar sistema de reconocimiento pre ocupacional.	Contar con exámenes pre ocupacionales para personal ingresante para a partir del 3 trimestre 2015						Espinillo Liliana y Dirección.
	Elaborar proyecto a nivel central para cumplimiento de exámenes pre ocupacionales.	Contar con área de reconocimiento pre ocupacionales por regiones sanitarias para 4 trimestre 2015						Dirección. Cata. Comisión mixta
	Promover el desarrollo laboral y el bienestar de los trabajadores	Elaboración proyecto para instalar programa medico obligatorio para sector de salud.	Proyecto elevado ante autoridades pertinentes para 2 trimestre 2015					

Gestionar con nivel central procedimientos para respuesta a demandas que establecidas saludes personales. (obra social)	Manual de procedimientos para trabajo con O. Social para atención personal hospitalario.						Dirección. Cata. Comisión mixta
Capacitación para encuesta laboral	Solicitar a programa de atención usuario capacitación sobre encuesta clima laboral en segundo semestre 2015						Dirección
Realizar encuesta laboral	Realizar encuesta de clima laboral en áreas seleccionadas para marzo 2015.						Dirección
Sistematización del análisis de datos y difusión	Difundir en reuniones de Cata resultados de 1ra. Encuesta en 2do. Trimestre 2015.						Dirección
	Realizar planificación para búsqueda de mejoras de acuerdo a resultados 2 trimestre 2015.						Dirección
Realizar análisis situacional y priorización de necesidades y requerimientos para mejorar ambiente de trabajo.	Informe elaborado para 2do. Trimestre 2015						Dirección

	Elevar a Ministerio planificación de requerimientos de mejoras edilicias y de equipamiento.	Solicitud de mejoras edilicias, gestionado en nivel central.						Dirección
	Jornadas de capacitación interdisciplinarias.	Definir agenda de capacitación anual						Sonia Giorlando
	Gestionar. Capacitación en coaching	Capacitar al 50 % del personal semestralmente en 2015						Sonia Giorlando Marta Di Muria.
Establecer una Política de Capacitación e investigación para todo el personal	Reglamentar dentro del hospital la investigación, de acuerdo a legislación vigente.	Difundir reglamentación vigente para trabajos de investigación en hospitales prov. Buenos Aires. Ley nº 11044 para segundo trimestre 2015						Dirección, Sonia Giorlando Comité de ética
	Elaborar normas de procedimiento para gestión de trabajos de investigación.	Manual de procedimientos elaborado y difundido a la totalidad de áreas para 3 trimestre 2015						Dirección, Sonia Giorlando Comité de ética
	Fomentar la realización de trabajos anuales por servicio.	Realizar por lo menos 1 trabajo de investigación en áreas seleccionadas para 2016.						Dirección, Sonia Giorlando Comité de ética
	Difusión de trabajos de investigación en jornadas y congresos.	Difusión por canales formales actividades de investigación realizadas .						Dirección, Sonia Giorlando Comité de ética
Fortalecer las políticas de Hospital seguro para el trabajador	Convocatoria y selección personal para constituir comité.	Comité constituido para el 2do trimestre 2015						Administrador

	Capacitación integrante comité	Asistencia a por lo menos 1 capacitación para 2do. Trimestre 2015						Julio Longa. Alejandra Lupiz
	Mantener un canal de comunicación fluido de actividades comité con el personal	Difusión de actividades en forma permanente a partir de 2do. semestre 2015						Julio Longa. Alejandra Lupiz

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Mejorar la comunicación entre los servicios, promover la organización y participación en ateneos hospitalarios.	Instituir formalmente el ateneo central hospitalario	Convocar a diferentes servicios para formalizar actividades de ateneos hospitalarios. Para 2 trimestre 2015-						Sonia Giorlando De Muria Marta Dirección
	Formalizar cronograma anual de actividades	Planificar y difundir programa de Ateneos Hospitalarios a partir primer trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta Dirección
	Difundir desde cata proyecto de ateneos.	Difundir y asignar desde las reuniones de CATA, las fechas a cada servicio en 1 trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta Dirección
		Realizar 1 ateneo por cada servicio a partir de marzo 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta Dirección

	Capacitación en gestión. Capacitación en análisis producción y productividad, manuales de procedimiento. Difusión en reuniones de cata	Capacitación en gestión clínica en segundo trimestre 2015						Sonia 2014. curso para abril
Implementación de un modelo de gestión clínica	Establecer un sistema de análisis de la producción y productividad de cada servicio.	Diseño de sistema de control de gestión para servicios (Tablero) a partir de 3 trimestre 2015						Dirección
		Desarrollar planificación por servicios. Definir indicadores específicos y establecer metas a para 3 trimestre 2015						Dirección
		Monitoreo y difusión en Cata de evolución de los indicadores a partir de 3 trimestre 2015, con periodicidad mensual						Dirección
	Constituir comité para formulación de protocolos (ETS)	Comité formalmente constituido para 2 trimestre 2015.						Sonia Giorlando Dirección
Implementación de un modelo de gestión clínica	Capacitación en estandarización de procesos asistenciales por programa ETS	Capacitar al 100% de jefaturas de servicio y comité para segundo trimestre 2015.						Comité ETS Sonia Giorlando Dirección

Implementación de un modelo de gestión clínica	Revisión de protocolos existentes y evaluación de necesidades protocolización por servicios.	Revisión de 100% de protocolos existentes y definición de necesidades en servicios clínicos y quirúrgicos para 2 trimestre 2015.						Comité ETS Sonia Giorlando Dirección
Implementación de un modelo de gestión clínica	Elevar protocolos para validación por dirección. Difusión en servicios y áreas correspondientes.	Validación de protocolos existentes y de por lo menos 1 protocolo nuevo por área clínica para 3 trimestre 2015						Comité ETS Sonia Giorlando Dirección

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Generar y fortalecer ámbitos de participación de los trabajadores en la definición de las necesidades del hospital	Designar integrantes por cada área hospitalaria	Formalizar documento con integrantes y funciones del comité 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta
	Formalizar funcionamiento comité	Elaborar organigrama de reuniones y temarios a desarrollar para el 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta
	Difusión en cata conformación y funcionamiento comité	Presentar en orden del día de reuniones de CATA alcances y logros del comité a partir de 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta
	Designar integrantes por cada área hospitalaria	Formalizar documento con integrantes y funciones del comité 2 trimestre 2015						Dirección
	Formalizar funcionamiento comité	Elaborar organigrama de reuniones y temarios a desarrollar para el 2 trimestre 2015						Dirección

	Difusión en cata conformación y funcionamiento comité	Presentar en orden del día de reuniones de CATA alcances y logros del comité a partir de 2 trimestre 2015						Dirección
	Contactar con programa ETS	Coordinar con ETS capacitación de referentes hospitalarios para segundo trimestre 2015						Dirección
		Coordinar trabajo en conjunto con programa ETS para la elaboración de protocolos para segundo trimestre 2015						Dirección
	Adherir al programa de garantía de calidad	Elevar solicitud de incorporación programa de garantía de calidad						Sonia Giorlando De Muria Marta
		Incorporación formal al programa para 2 trimestre 2015						Sonia Giorlando De Muria Marta
Desarrollo de procesos orientados a la mejora de la calidad	Completar requerimientos para la acreditación de residencias de acuerdo a lineamientos	Cumplir requisitos y acreditar residencia de pediatría 2 semestre 2015						Sonia Giorlando y Nicolás Cora

	dirección de capacitación,	Cumplimentar requisitos acreditación de residencias para resto de servicios involucrados para fines 2015					Sonia Giorlando jefaturas de servicio
--	----------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------------------

Hospital Zonal Del Tórax “Dr. Antonio Centrángolo”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL

HOSPITAL ZONAL DEL TORAX

“DR. ANTONIO CETRÁNGOLO”

HOSPITAL ZONAL DEL TORAX “DR. ANTONIO CETRÁNGOLO”

Director Ejecutivo

Dr. Eduardo Giugno

Director Médico

Dr. Salvador Pace

Director Administrativo

Dr. Daniel Enciso

Trabajadores del Hospital

Abramson Horacio, Alonso Viviana, Bergna Miguel, Boim Clarisa, Bracco Ricardo, Cairo Valeria, Castillo Liliana, Cevasco Alicia, Chirico Cristina ,Coppola María Pia ,Cuervo Silvia, Enciso Daniel, Fernández Ubaldo Nestor,Gagneten Juan ,Girola Enrique ,Giordano Silvia ,
González Moreno Carlos ,Grambicka Georgina ,Guida Roxana, Giugno Eduardo ,Guiqu Gladys, Guiraldes Luis, Herrera Jorge, Jiménez Adriana, Laborde Gabriela ,López Araoz Alberto,López Jove Orlando ,Malamud Patricia, Marcati Fabiana,Marcati Fabiana,Marella Ariel,Marina Marquez, Michieli Carlos,Morcillo Nora,Ocampo Luis ,Orquera Carlos Rosalino , Otero Vidal Luis, Pace Salvador, Palmucci Martin ,Pardo Gabriel, Paredes Luciana,Pregelj Leandro, Sarubbi Augusto, Scarinci Mirta, Schneider Claudia, Tartara Silvina, Villanueva Gladys, Visentin Daniela

Equipo de asistencia técnica

María Cristina Martinez, Forsetti, Laura. Residentes: Diaz Karina, Farías M. Romina

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Especializado en patologías crónicas y agudas dedicado a la atención de la salud: prevención, promoción, asistencia, rehabilitación de enfermedades respiratorias, torácicas e infecciosas. Desarrollando actividades docentes de pre y postgrado, educación hacia la comunidad e investigación; siendo referente en la provincia de Buenos Aires.

❖ **VISIÓN:**

Ser un Hospital de excelencia de agudos y crónicos altamente especializado en medicina respiratoria y torácica tanto para niños como adultos, alcanzando los mayores estándares de calidad y satisfacción. Ser referente a nivel nacional e internacional aplicando la mejora continua en los procesos contando con la infraestructura y tecnología adecuada para dar respuesta a la red, con capacitación permanente de todo su personal.

Posicionándose con marcado liderazgo en la áreas de docencia e investigación en la especialidad

❖ **VALORES:** Los valores institucionales compartidos son:

- ✓ Ética
- ✓ Eficacia
- ✓ Sensibilidad social
- ✓ Compromiso
- ✓ Equidad
- ✓ Tolerancia
- ✓ Calidad
- ✓ Vocación
- ✓ Respeto.
- ✓ Liderazgo, constancia, esfuerzo , comunicación, esfuerzo , sentido común

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

Matriz FODA Hospital Zonal del Tórax "Dr. Antonio Cetrángolo"				
Área	Análisis Interno		Análisis Externo	
	Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Estratégica	Fallas en la difusión de las actividades del Consejo de Administración	Consejo de Administración establecido y en funcionamiento		Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
	Falta la Actualización consensuada del organigrama			
	Fallas en el funcionamiento del CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo)			
	Problemas en la Comunicación Interna y Externa	Realizan la carga vía web del formulario 10 (codificación de egresos)		
	Desconocimiento del Tablero de Gestión del Hospital y los indicadores de Calidad			
	Fallas en la actualización del registro de los datos del rendimiento hospitalario	Correcto el Estado del sistema de información de camas críticas		
	Falta actualizar el mobiliario y el equipamiento sanitario	Integración y articulación con Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		
	Falta de concreción del Plan de Obras	Política de uso racional de Antibióticos, Programa de Psicofarmos/ Unificación en procesos parciales		
Pacientes	No existe la modalidad de cuidados progresivos	En la internación organizada por camas indiferenciadas		Faltan en la Red estudios de imágenes de alta complejidad
	Problemas en el sistema de referencia y Contrarreferencia			
	Incompleto funcionamiento de la red			
	No se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios/ comunidad			
	No esta acorde a las necesidades el área de servicio social	Comenzaron a dar turnos vía internet		
	Funcionan parcialmente el sistema de turnos telefónicos			
	No existe un sistema de quejas, reclamos, sugerencias y	Hospital de día oncológico e infectológico		Cursos Virtuales organizados

	agradecimientos			por la Subsecretaria de Planificación de la Salud
	No existe la Unidad de Atención al Usuario	Los cuidadores recibieron capacitación para la comunicación con los Usuarios		
	hay dificultades para la accesibilidad de los discapacitados y las embarazadas			
	Falta actualización de la señalética			
	. Falta de actualización de las obras y su mantenimiento.			
Económico Financiero	Problemas de Difusión de la ejecución presupuestaria	Hay comisión de pre adjudicación	Problemas a nivel central de PROFE	
	Falta completud de las órdenes de prestación en consultorios externos. Falta completud de las historias clínicas en internación que dificulta la recaudación del SAMO	El Ordenamiento de la Administración es según los lineamientos emanados por la DGA.		
	Falta de comunicación sobre la recaudación y ejecución de la Cooperadora.	Utilizan el Manual de procedimientos administrativos.		
Trabajadores	Problemas en la difusión de los logros y de los protocolos de investigación a todo el hospital	Existe la Sala de docencia e investigación. Tres subcomisiones. 1. Docencia 2. Investigación 3. Educación para la salud, Protocolos de investigación RR económicos. Antecedentes Revista hospitalaria. Formación de RRHH, residencias y con rotaciones de RRHH externos, Convenios universitarios	Falta algunos insumos para el cumplimiento o completo del programa del Comité en control de Infecciones	
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos, incluidos las Universidades, para todos los sectores del Hospital			
	Falta de planificación y análisis consensuados de la planta del personal	Se realiza la Vacunación antigripal a todo el personal. Planificación Hepatitis B		
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal			
	Problemas con el confort y medio ambiente de trabajo especialmente en sectores			
No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores	Programa de bioseguridad en funcionamiento			

	Fallas en el cumplimiento del Programa del Comité de Control de Infecciones.			
	Falta de funcionamiento regular del Comité Mixto			
Clínica	Falta de difusión de la planificación estratégica y operativa de los distintos servicios, salas, unidades a todo el hospital			
	Falta elaboración y difusión de algunos protocolos y guías de atención de patologías prevalentes	Se desarrollan ateneos generales. Clínicos, bibliográficos. Oncológicos . Pediatría, Clínica medica, Salud mental ,Nutrición, Cirugía , infectología		
	Incompleta la gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital			
	Falta de difusión del análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
Calidad	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires		Adecuado sistema de control de calidad de Laboratorio interno y externo	Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud y comité central en control de infecciones
No hay comité de Calidad , ni de Ética , ni de Auditoria de Historias Clínicas	Existe Comité de Tumores y de Control de Infecciones			
No existen procesos de atención certificados	Control del servicio tercerizado de cocido			
Falta de implementación de algunos cheklist (lista de verificación) en el Hospital				

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 73 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	93%	89%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	90%	74%
Las normas escritas de bioseguridad	87%	55%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	84%	53%
La organización de las tareas	77%	47%
Las reglas, normas o procedimientos escritos	77%	47%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	72%	51%
La definición de roles y responsabilidades	70%	45%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	68%	28%
Los elementos y / o insumos de trabajo	68%	59%
El trabajo en equipo	67%	48%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	63%	48%
El trato entre el personal	62%	31%
El trato de los jefes	60%	44%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	59%	32%
La comunicación con los pacientes	59%	24%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	55%	20%
El sentido de pertenencia al hospital	55%	30%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	47%	31%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en el funcionamiento del CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo)
	Problemas en la Comunicación Interna y Externa
	Fallas en la actualización del registro de los datos del rendimiento hospitalario
	Falta actualizar el mobiliario y el equipamiento sanitario
	Fallas en la difusión de las actividades del Consejo de Administración
	Desconocimiento del Tablero de Gestión del Hospital y los indicadores de Calidad
	Falta de concreción del Plan de Obras
	Falta la Actualización consensuada del organigrama
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	No existe la Unidad de Atención al Usuario
	Funcionan parcialmente el sistema de turnos telefónicos
	No se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los Usuarios/ comunidad
	Incompleto funcionamiento de la red
	No existe un sistema de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos
	No esta acorde a las necesidades el área de servicio social
	Problemas en el sistema de referencia y Contrarreferencia
	Falta de actualización de las obras y su mantenimiento.
	No existe la modalidad de cuidados progresivos
	Falta actualización de la señalética
hay dificultades para la accesibilidad de los discapacitados y las embarazadas	
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Falta de comunicación sobre la recaudación y ejecución de la Cooperadora.
	Problemas de Difusión de la ejecución presupuestaria
	Falta completud de las órdenes de prestación en consultorios externos. Falta completud de las historias clínicas en internación que dificulta la recaudación del SAMO
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Problemas en la difusión de los logros y de los protocolos de investigación a todo el hospital
	Problemas con el confort y medio ambiente de trabajo especialmente en sectores
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos, incluidos las Universidades , para todos los sectores del Hospital
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores
	Falta de planificación y análisis consensuados de la planta del personal
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el

	personal
	Falta Funcionamiento regular del Comité mixto
	Fallas en el cumplimiento del Programa del Comité de control de Infecciones
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Falta de difusión de la planificación estratégica y operativa de los distintos servicios, salas, unidades a todo el hospital
	Falta de difusión del análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
	Incompleta la gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	Falta elaboración y difusión de algunos protocolos y guías de atención de patologías prevalentes
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	No hay comité de Calidad , ni de Ética , ni de Auditoria de Historias Clínicas
	No existen procesos de atención certificados
	Falta de implementación de algunos checklist (lista de verificación) en el Hospital

Objetivos Estratégicos:

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Implementar la Unidad de Atención al Usuario

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la difusión de la ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Fomentar la investigación. Comunicar los protocolos de investigación establecidos y cada logro a todo el hospital

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Comunicar la planificación estratégica y operativa de todos los servicios, salas y Unidades

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Establecer Comités de participación interdisciplinarias

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016		
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trim	2° Trim	3° Trim	4° Trim	ANUAL	Responsables	
Mejorar la comunicación interna y externa	Establecer canales de comunicación interna efectivos	Solicitar el diagnóstico de situación parque Informático a nivel central para mejorar la informática(intranet) 1° Trimestre 2015						Eduardo Giugno	
		Elaborar el mailing de todos los agentes del Hospital para ser utilizados como canal de información / comunicación en el 2° Trimestre 2015						Cristina Chirico	
	Implementar actividades para mejorar Comunicación Externa: con la Comunidad y con los Hospitales Derivantes	Conectarse , coordinar actividades para mejorar y extender la información en la pagina web del Hospital a partir del 1° Trimestre 2015							Eduardo Giugno
		Elaborar Plan de Telemedicina a partir del 3° Trimestre 2015							Mirta Rivera // Liliana Castillo/Cristina Chirico
Promover acciones para mejorar el funcionamiento del CATA	Establecer cronograma de reunión de CATA	Cronograma de reuniones ordinarias de CATA elaborado y consensuado en el 2° trimestre 2015						Salvador Pace	
	Implementar la difusión del cronograma y el resumen de cada reunión del CATA por mailing	Cronograma de reuniones de Cata difundido y Establecido la comunicación de los informes del mismo a A partir del 2° Trimestre 2015						Liliana Castillo	
Actualizar el mobiliario y equipamiento sanitario	Solicitar a cada jefe de servicio el relevamiento del equipamiento actual y recomendacio	Actualización del diagnostico del mobiliario y equipamiento por cada jefe de servicio / área. 2° trimestre 2015						Salvador Pace /Noemi Cardozo	

	nes del equipamiento deseado							
Analizar y difundir el rendimiento hospitalario	Difundir el rendimiento Hospitalario	Difundir el rendimiento hospitalario a cada jefe de servicio / sector A partir del 2° trimestre 2015						Marquez Marina
	Analizar el rendimiento hospitalario	Analizar el rendimiento hospitalario por servicio a Partir 1° trimestre 2015						Gladys Villanueva/ Augusto Sarubbi

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Implementar la Unidad de Atención al Usuario	Capacitación al personal en Atención al Usuario	Capacitar al personal. Cursos Virtuales de la Subsecretaria de Planificación de la salud a partir del 1° trimestre 2015						Cristima Chirico
	Difundir las funciones de la Unidad de Atención al Usuarios (UAU) a todo el personal	Difundir los procesos involucrados en la UAU en 2° Trimestre 2015						
Mejorar el sistema de turnos telefónicos ,TICs	Capacitar en Comunicación al personal de turnos telefónicos	Personal a cargo de Turnos telefónicos capacitado ,a través de cursos de comunicación de la subsecretaria de planificación de la salud 3° trimestre 2015						Chirico Cristina
	Evaluar la utilización de los tics para mejorar la accesibilidad a los turnos de atención.	Elaborar diagnóstico de situación del funcionamiento de los tics para obtención de turnos. 2° Trimestre 2015						Salvador Pace
Evaluar sistemáticamente la satisfacción de los Usuario / comunidad	Implementar gradualmente evaluaciones de la Satisfacción de la Comunidad	Realización de "Encuestas de satisfacción de los Usuarios" en los servicios a partir del 1°						Nora Morcillo / Marina Marquez

	de los general a lo particular	trimestre 2015						
Mejorar funcionamiento de la Red sanitaria y Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Conocer y difundir el Convenio Marco entre Ministerio de Salud del provincia Buenos Aires y el intendente municipal de Vicente López para mejorar logística de traslados	Convenio Marco conocido y analizado para diagrama logísticas de 1° Trimestre 2015						Giugno Eduardo
	Establecer cronograma de reuniones con las distintos nodos de cada Red, con la Región Sanitaria V Para delimitar problemas y soluciones consensuadas	Reuniones periódicas consensuando su planificación y contenido con cada nodo de cada red y la Región Sanitaria V A partir del 2015						Salvador Pace

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Mejorar la difusión de la ejecución presupuestaria	Difundir en las reuniones de CATA	Ejecución presupuestaria difundida en los CATA semestralmente a partir del 1° Trimestre 2015						Daniel Enciso
	Difundir por mailing de los jefes	Ejecución presupuestaria difundida por mail a los jefes de cada servicio / área a partir del 1° trimestre 2015						
Promover acciones para establecer la completud de los registros de los pacientes con Obra social	Mejorar la manera de completar la historia clínicas	Historia clínica con datos filiatorios mínimos registrados a partir del 2° trimestre 2015						Alicia Cevalco
	Garantizar a través de evaluaciones de cada jefe de servicio ,la completud de los registros de su competencia	Historias clínicas revisados su completud por cada jefe de servicio en un 70% 2° Trimestre 2015 Luego evaluar semestralmente						
Comunicar eficazmente las recaudaciones de la Cooperadora	Reuniones de la Cooperadora en el CATA para la difundir la recaudación de la Cooperadora	Implementar reuniones de CATA con presencia de los responsables de la Cooperadora a partir del 1° trimestre 2015						Salvador Pace
Mejorar la utilización de Insumos	Establecer un registro adecuado de la utilización de insumos	Registros de la utilización de insumos por cada servicio a partir del 2° trimestre 2015						Daniel Enciso

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Comunicar los protocolos de investigación establecidos y sus logros a todo el hospital	Fomentar la investigación en las Residencias	Desarrollar un área de investigación en la Sala de Docencia e investigación para los residentes a partir del 1° trimestre 2015						Cristina Chirico
	Presentación de los protocolos y los logros y su Publicación en la pagina web , en las Carteleras y en las Jornadas anuales del Hospital	Presentación de los trabajos de investigación a partir del 2° trimestre 2015						
Mejorar el confort y medio ambiente de trabajo	Priorizar las necesidades de mejora por área	Elaborar priorizaciones a partir del 2° Trimestre 2015						Eduardo Giugno
	Ejecutar el Plan de mejoras planificado	Plan de mejoras de infraestructura comenzando su ejecución a partir 3° trimestre 2015						
Establecer una política formal de reconocimiento e incentivos.	Establecer un mecanismo para determinar la disposición del dinero de la lectura de los protocolo por la Sala de Docencia e	Reglamento Interno establecido , consensado y difundido 1° Trimestre 2015						Cristina Chirino

	investigación y con Evaluación del Comité de Ética							
Evaluar sistemáticamente el Clima Laboral	Capacitar en curso virtual del Programa de Mejora al personal de las diferentes áreas	Personal interesado , capacitado en la evaluación del clima laboral 2° trimestre 2015						Cristina Chirico
	Evaluación del clima laboral en etapas por área/ servicio	Encuesta de clima laboral en dos servicios por semestre a partir del 2° trimestre 2015						Gladys Villanueva

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Comunicar la planificación estratégica y operativo de los distintos servicio , salas, unidades	Comunicar a través de una Jornada los proyectos presentados en los concursos de los distintos servicio, sala, unidad.	Jornada de presentación de la planificación estratégica y operativa de cada servicio en el 1° Trimestre 2015						Eduardo Giugno/ Salvador Pace / /Daniel Enciso
	Difundir cada proyecto de planificación estratégica y operativa presentado en los concursos de funciones en reuniones interdisciplinarias con la Dirección , para su adecuación	Comunicar los proyectos de planificación y adecuarlos por consenso ,en reuniones periódicas interdisciplinarias , con la Dirección del Hospital a partir del el 2° Trimestre 2015						

Establecer y difundir el análisis sistemático de la producción y productividad hospitalaria	Establecer mecanismo de comunicación a los jefes de servicio sobre la producción hospitalaria	Difundir la producción hospitalaria a los jefes de servicio por mail a partir del 2° Trimestre 2015							Leandro Pregelj
	Garantizar la entrega en tiempo y forma de cada jefe de servicio de su producción	Entrega de la producción de cada servicio al área de Estadística antes del día 3 de cada mes a partir del 1° Trimestre 2015							Leandro Pregelj
Implementar la gestión por procesos en el Hospital	Capacitar en "gestión por procesos"	Solicitar la capacitación a la Subsecretaria de Planificación de la salud en el 2° Trimestre 2015							Cristina Chirico
	Planificar implementar la gestión por procesos	Personal profesional y no profesional interesado en el tema capacitado en gestión por procesos a partir del 1° Trimestre 2015. para planificar la gestión por procesos en su área o servicio.							
Establecer e implementar protocolos y guía de atención de las patologías prevalentes	Actualizar los protocolos y guías de atención de las patologías prevalentes por servicio	Entrega a la Dirección de los protocolos actualizados de las enfermedades prevalentes por cada servicio en el 2° Trimestre 2015							Salvador Pace

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Difundir el Programa de Garantía de Calidad	Difundir el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica	Difundir el Programa de Garantía de Calidad 1° Trimestre 2015						Maria Pia Copolla / Viviana Alonso/ Nora Morcillo
Establecer Comités de participación interdisciplinarias: de Calidad. y de Ética Bioética.	Establecer el Comité de Calidad del Hospital : Morcillo , Gladys Villanueva/ Sarubbi Augusto/ Ariel Marrella / Jiménez Adriana	Comité de Calidad con Disposición de la Dirección y en funcionamiento en el 1° Trimestre 2015						Giugno Eduardo / Salvador Pace
	Establecer el Comité Etica y bioética del Hospital Integrantes comprometidos : Mariano Fernández Acquier/ Carlos Gonzalez / Orlando Lopez Jove/ Jimenez Adriana/ ariel Marrella	Comité de Ética y Bioética con disposición formal de la Dirección y en funcionamiento a partir del 1° Trimestre 2015						Eduardo Guigno / Salvador Pace
Implementar listas de verificación : Check List quirúrgico	Implementar la Lista de Verificación : Check list quirúrgico	Check List quirúrgico implementado a partir del 1° trimestre 2015						Habramson
Acreditación de residencias	Acreditar la Residencia Neumonología	Residencia de Neumonología acreditada en el 1° Trimestre 2015						Eduardo Giugno

Hospital General de Agudos Blas Dubarry

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

BLAS DUBARRY

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BLAS DUBARRY

Director Ejecutivo

Dr. Principi Rodolfo Eduardo

Director Asociado

Dr. Higinio Garcia Aloisio

Trabajadores del Hospital

Abraham Paula, Acuña Susana, Albornoz Cintia, Alvarez Martin, Arceluz Edith Ethel Berrastro Stella, Bezada Patricia, Borthelle Natalia, Branchini Daniel, Cartelli Andres, Castro Monica, Colombo Ignacio, España Jimena, Fernandez Claudio A., Flores Stella maris, Gallo Carlos, Garcia Aloisio Higinio, Garcia Patricia, Garcia Maria Marta, Gil Liliana Mabel, Giuliano Silvana, Gortari Ana, Gutierrez Cintia, Hollmann Damian, Landriel Amanda, Lilo Maria sofia, Lopez Juan, Luna Daniel, Maldonado Mansilla Maria C., Martinez Roberto, Milla Patricia, Miraglia laura, Miranda Liliana, Mivero Hernan, Navarro Maria Marta, Novo Anabella, Orellano Eve, Pagano maricel Pitaro Ana Maria, Ratto Alicia, Rivero Hermont, Rodriguez Maria N., Rodriguez Maria L. Sanchez Pacheco E., Sellaro Yanina, Serrano Alejandra, Setula Felix, Silva Mirta Graciela, Suarez Marisela, Sukich Silvina P., Vega Silvia Dora, Vezzoso Erica, Viera Ofelia, Vitta Susana, Zunino Graciela.

Equipo de asistencia técnica:

Barbis Elizabeth, Adrian Zelayeta. Residentes: Urruty Valeria, Moreno M. Lucía

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

❖ **MISIÓN:**

Es un Hospital Zonal General de Agudos que brinda atención a la comunidad articulado a la red local y regional. Desarrolla actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Realiza docencia de pre y posgrado.

❖ **VISIÓN:**

Ser referente regional caracterizado por la excelencia y la calidad de atención en un Hospital donde el trabajador se sienta con compromiso y pertenencia para con la comunidad y el equipo de trabajo.

❖ **VALORES:**

- ✓ Respeto
- ✓ Compañerismo
- ✓ Compromiso
- ✓ Ética
- ✓ Solidaridad
- ✓ Idoneidad
- ✓ Pertenencia
- ✓ Honestidad

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

MATRIZ FODA				
ÁREA DE GESTIÓN	ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ESTRATÉGICA	Política de uso racional de medicamentos – Comité de Farmacia	Falta de compromiso de algunos sectores del personal	Apoyo político ministerial	Falta de Service de equipamiento sanitario tercerizado
	Plan de obras en ejecución para adecuar servicios críticos	Problemas en la Gestión de la información de la Comunicación Interna y Externa	Buena relación con entidades intermedias, ONG y fundaciones locales	Gestión Municipal insuficiente
DE PACIENTES	Hospital de día oncológico y salud mental	Escasa oferta prestacional de pediatría	Plan de obra en ejecución para adecuar servicios críticos	Creciente demanda de servicios de municipios vecinos
	Residencia de asistencia social	No hay unidad de atención al usuario	Confianza en el hospital por parte de la comunidad local	Red de derivación de paciente crítico inadecuada
	Accesibilidad al Medicamento para PROFE	Señalética inadecuada y insuficiente.		
	Sistema de referencia y contra referencia en psicología	Desconocimiento de beneficios del modelo de gestión por cuidados progresivos		
CLÍNICA		Gobierno clínico. Falta elaboración y difusión de algunos de protocolos consensuados de atención		Migración de profesionales capacitados
		Escasa actividad científica		
ECONÓMICA FINANCIERA	Gestión del Plan SUMAR - NACER		Apoyo de entidades intermedias, ONG y fundaciones locales	
	Gestión del Incluir Salud (Ex PROFE)			
	Contacto con Fundaciones y Cooperadoras			

DE LOS TRABAJADORES	Relación con los gremios	Gestión del RRHH en todas sus áreas	Sector privado poco confiable	
	Concursos de cargos	Falta de adecuación de los espacios de trabajo	Plan de obra en ejecución para adecuar servicios críticos	
CALIDAD	Maternidad segura y centrada en la familia	Inactividad de comités asesores	Proyecto de planificación estratégica	Servicio de mantenimiento de electromedicina tercerizado ineficiente

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 33 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

<i>TEMA</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema</i>	<i>Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.</i>
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	100%	83%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	96%	64%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	88%	52%
Los elementos y / o insumos de trabajo	88%	73%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	88%	71%
La definición de roles y responsabilidades	85%	52%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	85%	52%
Las normas escritas de bioseguridad	85%	64%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	85%	64%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	79%	67%
La organización de las tareas	76%	55%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	72%	45%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	69%	39%
El trato entre el personal	66%	39%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	64%	52%
La comunicación con los pacientes	60%	42%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	52%	37%
El trabajo en equipo	52%	64%
El trato de los jefes	51%	33%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Ausencia de comunicación int y ext
	Organigrama desactualizado y no difundido
	No existe un mapa de riesgo
	Consejo de administración inactivo
	Se desconoce la producción hospitalaria
	Desconocimiento del Tablero de Mando.
	Falta de participación y difusión de las reuniones del cata
	Perdida del prestigio como hospital
	Plan director de obra desconocido
	Déficit en mobiliario insumos y equipamiento
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	Falta integrar a todo el hospital en la prioridad para embarazada y discapacitado
	No existe la unidad de atención del usuario
	Déficit en la referencia y contra referencia con el primer nivel de atención
	No se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios
	Internación indiferenciada. Modelo de cuidados progresivos: falta optimizar la funcionalidad integral de los diferentes profesionales.
	Déficit y desactualización de la señalética
	Falta de gestión integral de queja y reclamo
	Respuesta inadecuada a la derivación de pacientes complejos
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Falta optimizar el desarrollo de modelos de atención (Cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios y cuidados paliativos)
	Desconocimiento del FESP
	Necesidad de iniciar un proceso de mejora en el plan sumar
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Falta mayor captación y seguimiento de pacientes ambulatorios con cobertura social
	Falta control y supervisión de los servicios.
	No hay comité de ética
	Falta conocimiento general del hospital sobre maternidad segura y centrada en la familia
	No esta formado el comité de mortalidad general e infantil
	Falta certificación de proceso hospitalarios
	No existe comité de infecciones
No hay check list quirúrgico. En prevención de escaras no hay sistematización ni procedimientos. Falta aplicar política del lavado de manos	

	Desconocimiento del Programa de Calidad
	No cuenta con comité de calidad
	No hay comité de auditoria de Historia clínica
	No funciona comité de tecnología sanitaria
	No funciona comité de tumores
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Faltan guías y protocolos. Falta profundizar su implementación.
	Falta avanzar en implementar la planificación de los servicios
	No esta funcionando el protocolo de aborto punible
	No esta sistematizado el proceso de análisis de productividad hospitalaria
	Necesidad de hacer ateneos
	Necesidad de conocer el modelo de gestión por proceso
	Necesidad de llevar adelante el indicador de estadía media
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	No hay política de control periódico y riesgo del trabajador.
	No existe gestión del ausentismo
	No esta planteada una política de reconocimientos e incentivos
	No esta formalizado la política de capacitación y de investigación.
	Planta de personal sin planificación
	No hay evaluación de clima laboral
	La bioseguridad es una debilidad.
	Implementación problemática de la guardia de 12 hs.
	Violencia externa
	Necesidad de implementar la jornada científica anual y de reconocimiento para el trabajador
	Falta planificar el funcionamiento de la comisión mixta
	Falta adecuar espacios confortables

Objetivos Estratégicos:

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Mejorar la comunicación interna y externa

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Priorizar la accesibilidad a embarazadas y discapacitados

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Difusión del proyecto FESP

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Establecer una política de cuidado para el trabajador

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Implementar Guías y protocolos para el manejo de patologías prevalentes

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Desarrollo control y seguimiento de los servicios tercerizados

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Mejorar la comunicación interna y externa	Conformación de un comité de comunicación y difusión	3er trimestre 2015						Edison Sánchez Pacheco - Martin Álvarez
	Establecer ordenamiento de la cartelera de comunicación y difusión a través de un instructivo generado desde la comisión de comunicación.	4to trimestre 2015						Martin Álvarez - Anabela Novo - Sofía Lilo - Paula Abraham
	Difundir el instructivo a todo el hospital a través de los canales de comunicación existentes y los que se generen a partir de este plan	1ro trimestre 2015						Martin Álvarez - Anabela Novo - Sofía Lilo - Paula Abraham
	Generar un mailing institucional	4to trimestre 2015						Martin Álvarez
Actualización y difusión del organigrama institucional	Difusión del organigrama actual en reunión de CATA y por mailing	3er trimestre 2015						Dr. Higinio
	Proceso de Actualización del organigrama	4to trimestre 2015						Dr. Higinio

Gestionar según mapa de riesgo	Conocer el mapa de riesgo	Reuniones con la Sec. De Salud a partir del 3er trimestre						Dr. Higinio
Conocer el rendimiento hospitalario	Establecer la difusión de los datos de rendimiento hospitalario en planillas a cada servicio	3er trimestre 2015						Silvana Giuliano

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Priorizar la accesibilidad a embarazadas y discapacitados	Concientizar a los servicios de la política de priorización para la Embarazada y Discapacitado en Reuniones con los distintos servicios	3er trimestre 2015						Liliana Gil - Martin Álvarez - Jimena España
	Establecer Señalética de priorización con defensoría del pueblo	4to trimestre 2015						Comité de comunicación
Promover acciones para mejorar el sistema de referencia y Contrarreferencia	Generar reuniones de análisis interno los servicios de clínica , toco ginecología	4to trimestre 2015						Dra. Pitaro Ana - Felix Setula
	Generar reuniones con los referentes municipales del primer nivel de atención	4to trimestre 2015						Dra. Pitaro Ana - Felix Setula - Dr. Higinio
Establecer mecanismos de evaluación de Satisfacción de	Diseño de encuesta de satisfacción	4to trimestre 2015						Liliana Gil

la comunidad	Elaborar una metodología de implementación de la encuesta	4to trimestre 2015						Comité de comunicación
Crear la Unidad de Atención al Usuario	Capacitación virtual a través del Programa de mejora a la atención a la comunidad	4to trimestre 2015						
	Planificación de actividades de implementación	2do trimestre 2015						

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Promover acciones para captar y mejorar el seguimiento de los pacientes con obra social	Solicitud software de registro sobre cobertura social al samo central	4to trimestre 2015						Sofia Lilo
	Verificar los circuitos actuales de captación ambulatoria para detectar los puntos críticos a través del análisis del proceso actual	4to trimestre 2015						Sofia Lilo
	Definir las acciones que mejoren los puntos críticos detectados	1er trimestre 2015						Sofia Lilo
Difusión del proyecto del FESP	Difundir que proyectos financia FESP	4to trimestre 2015						comité de comunicación
	Gestionar un proyecto del hospital según la línea de financiamiento abierta	1er trimestre 2015						comité de comunicación

Promover acciones para optimizar el desarrollo del Plan Sumar	Difusión de resultados de la gestión del Plan en el hospital a través del Comité de Comunicación	1er. trimestre 2015						comité de comunicación
---	--	---------------------	--	--	--	--	--	------------------------

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Establecer una política de cuidado para el trabajador	Programar cronograma de reuniones de la comisión mixta	3er trimestre 2015						Roberto Martínez - Mónica Castro
	Diagnostico de situación del estado de salud del trabajador	1er trimestre 2015						Roberto Martínez - Mónica Castro
Establecer políticas de reconocimientos e incentivos	Identificar los métodos de reconocimiento	4to trimestre 2015						Dr. Higinio
	Implementación de reconocimientos por servicio, área o unidad.	2do trimestre 2015						Dr. Higinio
Desarrollar una política formal de capacitación para el equipo de salud	Solicitar a instancias del CATA la necesidad de conocer las prioridades de capacitación	1er trimestre 2015						Felix Setula - liliana Gil

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Implementar los protocolos del Aborto no punible	Difundir internamente su implementación en el hospital	3 trimestre 2015						
Establecer la planificación estratégica y operativa de todos los servicios	Difundir el PEO del hospital a todos los jefes de servicios	4to trimestre 2015						Dr. Higinio García
	Realizar la Planificación operativa de cada servicio	1er trimestre 2015						Dr. Higinio García
Implementar guías y protocolos para el manejo de patologías prevalentes	Establecer un protocolo por servicio	4to trimestre 2015						Dr. Higinio García
	Solicitud de asesoramiento al Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria	3er trimestre 2015						Comité de comunicación
Sistematizar el proceso de análisis de productividad hospitalaria	Difundir la productividad hospitalaria a cada servicio desde el área de Estadística del Hospital	4to trimestre 2015						Silvana Giuliano
	Solicitud de diagnóstico situacional del parque informático al área de Informática central del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires	3er trimestre 2015						Miguel Ross

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	Responsables
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	
Desarrollar control y seguimiento de los servicios tercerizados	Formalizar para cada servicio tercerizado las áreas involucradas en el control y seguimiento	2do trimestre 2015						Dirección Ejecutiva
	Elaborar informes mensuales desde las áreas de control y seguimiento	2ro trimestre 2015						Dirección Ejecutiva
Difundir la estrategia de maternidad segura centrada en la familia	Informar al comité de comunicación el alcance de la estrategia de maternidad segura centrada en la familia	4to trimestre 2015						Comité de comunicación
Establecer comité de bioética	Reactivar el comité	4to trimestre 2015						Serrano, Alejandra - Ana Pitaro - Ofelia Viera

Hospital Inter zonal General de Agudos “Eva Perón”

PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

“EVA PERON”

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS “EVA PERON”

Director Ejecutivo

Dr. Ricardo Algranati

Director Médico

Dr. Raúl Sayour

Trabajadores del Hospital

Aballay Walter ,Acciaresi Margarita, Alazraqui Hugo, Algranati Ricardo, Alpino Mariano
Avalle Jorge Azocar, Jorge Barbone , Felix Burger, Carlos Carelli Roberto, Carreras
Anahí ,De León Elena , Esposito Marta, Fernández Cortes Gastón, Ferrari Jorge ,
Figuroa Silvia, Florencio Tomas Guerrero, Franchi Amelia, Fusalba Sergio, García
María Inés, Giacone Marcela, Gil Cristina, Grecco Alejandra, Grecco Mancebo , Lara
Silvia, Llois Susana, López Valeria, Manrique Jorge, Martegani, Gisela, Martin Mónica
Graciela, Mazzuocolo Luis, Méndez Graciela, Mizrahi Laura, Molina Pablo, Moral
Claudio, Morel Julliez Gastón, Morelli Alejandro, Osorio Mabel, Oyola Hernán Diego,
Ozan Raúl, Pallone Elida, Pataro Sergio, Pelisch Andres, Perroni Nancy, Pierdom
Patricia, Poch Jaime, Risso Juan, Rodríguez Mirta, Rosso Mabel, Rufoch Daniel, Saied
Alejandro, Schiavone Augusto, Sergio Fusalba , Sayour Raúl, Sorin Irene , Sosa
Graciela, Terebiznik Marcelo, Vaca Laura, Velázquez Gloria, Winberg Ruth, Zappone
Maria del Carmen, Zuazo Claudia

Equipo de equipamiento:

Juliana Fernandez Motta, losquin Cecilia Berta. Residentes: Gonzalez Cifre Agustina,
Longinotti Luciana.

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico y Operativo fue confeccionado en el marco del Plan Quinquenal de Salud y de los Decálogos de Gestión hospitalaria 2010 y 2012. La elaboración del mismo fue coordinado por el grupo de asistencia técnica del nivel central (GATC) y grupos de asistencia técnica en terreno (GATT). Quienes, junto al aporte de múltiples actores del Hospital, definieron la misión, visión y valores, la situación actual (FODA), los principales problemas, los objetivos estratégicos y el plan operativo del Hospital.

El Plan fue construido sobre la base de seis áreas de gestión: Gestión Estratégica, Gestión de Pacientes, Gestión Clínica, Gestión de los Trabajadores, Gestión Económica Financiera y Gestión de la Calidad.

.

❖ **MISIÓN:**

Somos un Hospital Interzonal General de Agudos de alta complejidad. Integramos una red Sanitaria brindando Atención local, regional y Provincial en todos sus niveles, garantizando el derecho y el acceso a la salud en equidad tanto en la prevención, como en la promoción, asistencia, recuperación y rehabilitación de la salud de la población. Gestionamos Procesos Asistenciales, Diagnósticos, Terapéuticos, de contra referencia y derivación oportuna de pacientes, fortaleciendo el concepto de ventana de oportunidad.

Brindamos formación de pregrado, grado y pos grado, siendo hospital escuela y universitario, con inclusión de la comunidad y de investigación.

❖ **VISIÓN:**

Ser hospital de referencia provincial, nacional e internacional, tanto en atención, formación e investigación abocado al paciente en forma integral e integrada. Maximizando la producción de alta complejidad dentro de la red sanitaria con eficiencia y eficacia. Como política de estado.

Ser un Centro de excelencia, en la atención, cuidado y seguridad del paciente, con los recursos humanos competentes y tecnológicos eficientes y necesarios para garantizar la atención Desarrollando herramientas para afrontar variaciones demográficas, avances tecnológicos y patologías emergentes.

Promover un ámbito laboral amigable de respeto, solidario y seguro.

❖ **VALORES:**

- ✓ Calidad
- ✓ Sensibilidad social
- ✓ Honrar la misión
- ✓ Compromiso
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Respeto a los derechos humanos
- ✓ Solidaridad
- ✓ Pertenencia
- ✓ Honestidad
- ✓ Vocación
- ✓ Respeto

Análisis Interno y Externo – Matriz FODA

Matriz FODA Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón			
Interno		Externo	
Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Fallas en la Difusión y actualización del la Estructura orgánico funcional	Estado del sistema de información de camas criticas adecuado		
Falta regularizar (difusión) reuniones de CATA. (Consejo Asesor Técnico Administrativo)	Integración y articulación con Fundaciones, Cooperadoras, Establecimientos educativos y otros agentes sociales.		Cursos virtuales gratuitos a nivel central del Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires
Problemas de Comunicación Interna y externa			
No todos los servicios conocen el Tablero de Gestión ni realizan el seguimiento a través de indicadores de calidad			
Falta de utilización de manera sistemática de la información proporcionado por Formulario 10 para la toma de decisiones			
No esta sistematizada la comunicación en todos los sectores del rendimiento hospitalario (internación , ambulatorio y prácticas)			
Fallas en la ejecución del Plan Director de obras		En el Plan de Obras problemas presupuestarios para la continuidad de la construcción	
Falta la actualización de mobiliario y			

equipamiento en todo el hospital		
Fallas en la coordinación de los distintos programas proveedores de medicamentos		
El mapa de riesgo del área programática no está comunicado ni utilizado por todo el hospital	Tiene establecido y actualizado el mapa de área de riesgo del programática	
No existe la modalidad de cuidados progresivos		
Falta de protocolos consensuados en el sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención	Gestión centralizada de camas	
Fallas en funcionamiento de la Redes sanitarias	Referentes en la Red de Neurocirugía y Cardiovascular regional	
Falta regularizar el consultorio de Demanda espontanea todos los días en horario extendido	Camas Indiferenciadas en I internación	
No hay una evaluación sistemática y sistémica de la satisfacción de los Usuarios		
Existen problemas en la implementación de Turnos telefónicos Fallas en la actualización del Parque Informático		
No hay una gestión sistemática ni sistémica de las quejas , reclamos y sugerencias de todos los sectores del hospital		
No esta en funcionamiento la Unidad de Atención		

al Usuario		
Fallas en la accesibilidad para embarazadas y discapacitados		
Señalética insuficiente , no acorde a las necesidades de los usuarios		
El área de servicio social no es suficiente para las necesidades del establecimiento		
Faltan algunos trabajos de pintura y obra en el Hospital		
Problemas en la difusión de la programación y ejecución presupuestaria	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la D GA.	
Problemas en el análisis de gastos, compras y costos	Utilización del Manual de procedimientos administrativos	
Fallas en la captación de los pacientes con Obra social	Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados por la D GA.	Problemas a nivel central de PROFE
Desconocimiento del proyecto FESP		Falta de presentación de proveedores para algunos insumos
Fallas en las estrategias de recaudación de la Cooperadora		
Falta de una Política formal de de Capacitación e Investigación que incluya todos los sectores hospital	Existe Equidad de género en el hospital	
Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital	Realización de Jornada anual científica y de reconocimiento de servicios y del trabajador	
Falta de una gestión y análisis sistemático del ausentismo en todos los sectores		

No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal		Demora en las designaciones de los cargos concursados
No está implementada totalmente la modalidad de guardia de 12 horas	Antecedentes de participación de pacientes con el equipo de salud " Arte y Salud "	
No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores		
Las condiciones y medio ambiente laboral no son favorables		
Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto		
Problemas en el control de la Higiene hospitalaria en días de paro y los Gremios		
Problemas en el trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud		
Fallas en el Seguridad y bioseguridad del Hospital		
No existe en todos los servicios la planificación estratégica y operativa		
Los protocolos y guías de atención no están desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital	Protocolo de Aborto no punible en Implementación adecuada. Es referente en la Red Sanitaria	
No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital		
No se analiza la Estadía media por patología en todos		

los servicios			
No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital			
No se realizan actualmente ateneos generales de todo el hospital			
Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires	Comité de Control de Infección en adecuado funcionamiento		
No hay comité de Calidad ni de Auditoria de Historias Clínicas ni evaluación de tecnología sanitaria			Cursos gratuitos a nivel Central del Ministerio de Salud
No existen procesos de atención certificados	Comité de Mortalidad Materno infantil establecido con adecuado funcionamiento		
Problemas de compromiso de algunos servicios del Hospital con el Comité de Tumores	El Comité de Tumores esta establecido con funcionamiento		
Falta de implementación de algunos chek list en el Hospital	El sistema de control de calidad de Laboratorio es externo e interno		
Fallas en el control y seguimiento de algunos servicios tercerizados			

Problemas Priorizados:

Este trabajo se realizó a través de una herramienta de priorización donde se enumeraron los problemas identificados, por un lado a través de una encuesta (test de percepción) a los trabajadores (participaron 68 agentes) y por otro los surgidos de los talleres de análisis FODA. Luego, se los calificó en función de determinadas variables (gravedad, frecuencia, valoración social y factibilidad) que permitieron construir el IPP (Índice de priorización de problemas).

1. Resultados del “Test de percepción de problemas” realizado a los trabajadores:

TEMA	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es un problema	Proporción del total de encuestados que consideran que el tema es importante y de urgente resolución.
Los elementos y / o insumos de trabajo	87%	68%
Las políticas de incentivos, reconocimiento y desarrollo.	85%	71%
El Ambiente físico. El confort para el personal en el lugar de trabajo.	79%	74%
El trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud.	63%	53%
El “ Prestigio” del hospital en la comunidad	59%	44%
Las reglas , normas o procedimientos escritos	53%	38%
El trabajo en equipo	51%	38%
Las normas escritas de bioseguridad	51%	38%
La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios	51%	32%
La organización de las tareas	50%	35%
La definición de roles y responsabilidades	50%	41%
La comunicación entre el personal de los diferentes servicios	50%	34%
El trato entre el personal	46%	28%
La comunicación con los pacientes	43%	28%
El sentido de <u>pertenencia</u> al hospital	43%	31%
La participación en comités/comisiones internas, etc.	34%	26%
La capacitación para cumplir con la función que tiene	32%	22%
Hay Resistencia a la innovación y al cambio. (Al aporte de ideas nuevas)	32%	24%
El trato de los jefes	31%	22%

2. Listado de problemas y causas

PROBLEMAS	CAUSAS
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA	Fallas en la Difusión y actualización del la Estructura orgánico funcional
	Falta regularizar (difusión) reuniones de CATA. (Consejo Asesor Técnico Administrativo)
	Problemas de Comunicación Interna y externa
	No todos los servicios conocen el Tablero de Gestión ni realizan el seguimiento a través de indicadores de calidad
	Falta de utilización de manera sistemática de la información proporcionado por Formulario 10 para la toma de decisiones
	No esta sistematizada la comunicación en todos los sectores del rendimiento hospitalario (internación , ambulatorio y prácticas)
	Fallas en la ejecución del Plan Director de obras
	Falta la actualización de mobiliario y equipamiento en todo el hospital
	Fallas en la coordinación de los distintos programas proveedores de medicamentos
	El mapa de riesgo del área programática no está comunicado ni utilizado por todo el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE PACIENTES	No existe la modalidad de cuidados progresivos
	Falta de protocolos consensuados en el sistema de referencia y contra referencia con los distintos niveles de atención
	Fallas en funcionamiento de la Redes sanitarias
	Falta regularizar el consultorio de Demanda espontanea todos los días en horario extendido
	No hay una evaluación sistemática y sistémica de la satisfacción de los Usuarios
	Existen problemas en la implementación de Turnos telefónicos
	No hay una gestión sistemática ni sistémica de las quejas , reclamos y sugerencias de todos los sectores del hospital
	No esta en funcionamiento la Unidad de Atención al Usuario
	Fallas en la accesibilidad para embarazadas y discapacitados
	Señalética insuficiente , no acorde a las necesidades de los usuarios
	El área de servicio social no es suficiente para las necesidades del establecimiento
	Faltan algunos trabajos de pintura y obra en el Hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA	Problemas en la difusión de la programación y ejecución presupuestaria
	Problemas en el análisis de gastos, compras y costos
	Fallas en la captación de los pacientes con Obra social
	Desconocimiento del proyecto FESP
	Fallas en las estrategias de recaudación de la Cooperadora

PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES	Falta de una Política formal de de Capacitación e Investigación que incluya todos los sectores hospital
	Falta de una política formal de reconocimientos e incentivos para todos los sectores del Hospital
	Falta de una gestión y análisis sistemático del ausentismo en todos los sectores
	No existe un adecuado control de salud y de riesgos del todo el personal
	No está implementada totalmente la modalidad de guardia de 12 horas
	No existe una evaluación sistemática del clima laboral en todos los sectores
	Las condiciones y medio ambiente laboral no son favorables
	Fallas en la difusión del funcionamiento del Comité Mixto
	Problemas en el control de la Higiene hospitalaria en días de paro y los Gremios
	Problemas en el trato de los pacientes y su familia hacia el equipo de salud
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA	Fallas en el Seguridad y bioseguridad del Hospital
	No existe en todos los servicios la planificación estratégica y operativa
	Los protocolos y guías de atención no están desarrolladas , difundidas y evaluada su eficiencia en todos los sectores del hospital
	No existe una gestión por procesos sistematizada en todo el Hospital
	No se analiza la Estadía media por patología en todos los servicios
	No se realiza un análisis sistemático de la producción y productividad de los servicios y hospitalaria en todo el hospital
PROBLEMAS EN ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	No se realizan actualmente ateneos generales de todo el hospital
	Desconocimiento del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de salud de la pcia de Buenos Aires
	No hay comité de Calidad ni de Auditoria de Historias Clínicas ni evaluación de tecnología sanitaria
	No existen procesos de atención certificados
	Problemas de compromiso de algunos servicios del Hospital con el Comité de Tumores
	Falta de implementación de algunos cheklist en el Hospital
Fallas en el control y seguimiento de algunos servicios tercerizados	

Objetivos Estratégicos:

Área de Gestión Estratégica

Objetivo Estratégico: Gestionar teniendo en cuenta mapa de riesgo del área programática

Área de Gestión de los Pacientes

Objetivo Estratégico: Evaluar sistemáticamente la satisfacción de los Usuarios

Área de Gestión Económica Financiera

Objetivo Estratégico: Mejorar la difusión de la programación y ejecución presupuestaria

Área de Gestión de los Trabajadores

Objetivo Estratégico: Implementar estrategias para mejorar el trato de los pacientes y su familia al equipo de salud

Área de Gestión Clínica

Objetivo Estratégico: Establecer la planificación estratégica y operativa en todos los servicios del hospital

Área de Gestión de la Calidad

Objetivo Estratégico: Establecer Comités Asesores participativos interdisciplinarios

Planificación operativa - Tablero de Gestión

GESTIÓN ESTRATÉGICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Gestionar teniendo en cuenta mapa de riesgo del área programática	Difundir el Mapa de riesgo del área programática	Mapa de riesgo difundido a los servicio del Hospital a partir del 4° Trimestre 2015						. Amelia Franchi
	Fortalecer perfil de complejidad. Red Regional. Red Provincial.	Solicitar Incrementar las camas de mayor complejidad para la región y la provincia en el del 1° Trimestre 2015						Director ejecutivo : Dr.Ricardo Algranati
Promover acciones para difundir las reuniones del CATA , sus conclusiones	Difundir las conclusiones a los jefes de servicio por mails.	Difundir por correo electrónico a todos los jefes las conclusiones de cada CATA a partir del 1° Trimestre 2015						
Mejorar la comunicación Interna y Externa	Comunicación Interna : Establecer un Comité de Comunicación Alejandro Saied Amelia Franchi . Ruben Fusalva . Silvia Figoroa . Aide Perez.	Comité de Comunicación establecido a partir del 2° Trimestre 2015						Comité de Comunicación
		Diario Boletín informativo mensual de comunicación interna elaborado. Soporte informático y Formato papel . Utilización de carteleras .A partir del 2° Trimestre 2015						

	Comunicación Externa : Utilización de Tics : Facebook oficial	Mejorar la comunicación externa en el facebook oficial a partir del 1° trimestre 2015						
Difundir el Tablero de Gestión y promover la utilización de indicadores de calidad para el seguimiento de los procesos hospitalarios	Difundir el Tablero de Gestión del Hospital al CATA y al Comité de Comunicación	Difusión del Tablero de Gestión a través de los CATA. y en soporte informático A partir 1° trimestre 2015						Farias Norma
	Difundir los indicadores de calidad internos de cada servicio	Elaborar y difundir indicadores de calidad de cada servicio a partir 2015						Silvia Figueroa
Activar la implementación del Plan de Obras	Difundir la actualización del Plan Director por el CATA	En reuniones de CATA difundir la actualización del Plan de Obras a partir del 1° trimestre 2015						Director Ejecutivo
	Establecer Orden prioridades consensuado sobre el Plan de Obras de Infraestructura Hospitalaria	Elaborar una orden de prioridades consensuado del Plan de Obras de Infraestructura Hospitalaria en las reuniones del CATA a partir del 1° trimestre 2015						

GESTIÓN DE PACIENTES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Establecer la gestión sistemática y sistémica de las quejas , reclamos, sugerencias y agradecimientos	Diseñar un formulario único para la de recepción de reclamos , quejas , sugerencias y agradecimientos	Formulario de reclamos , quejas , sugerencias y agradecimientos elaborado y difundido en los distintos servicios a partir del 1° trimestre 2015						Amelia Franci
	Capacitación en sistema de reclamos , quejas , sugerencias y agradecimientos	Asegurarse la capacitación del personal en el sistema de quejas , reclamos y agradecimientos a partir 2° trimestre 2015						Silvia Figueroa / Morel Gastón/
Evaluar sistemáticamente la satisfacción de los Usuarios	Capacitación en Comunicación y Atención al Usuario / Comunidad	Realizar los cursos virtuales del Programa de Mejora de Atención a la Comunidad al personal en contacto con los usuarios . A partir del 1° trimestre 2015						Mabel Osorio
	Evaluación de la satisfacción de los Usuarios en los servicios de :Obstetricia Consultorios externos / Consultorios externos de Cardiología /Enfermería en internación/ Cirugía cardíaca/ Servicio de medicina preventiva	Realización de Encuestas de satisfacción a la comunidad en cinco servicios a partir del 2° trimestre 2015 periódicamente						Alejandro Saied
Mejorar el consultorio de demanda espontánea	Diagnóstico de situación sobre funcionamiento del consultorio de demanda espontanea	Diagnóstico de situación elaborado sobre el funcionamiento y problemática del consultorio de Demanda espontánea en el 1° Trimestre 2015						Elena Deleon

	Planificar mejoras y extensión horaria según el análisis del consultorio de Demanda espontánea	Mejora y extensión horario del Consultorios de Demanda espontánea a partir del 1° trimestre 2015. Medición semestral						
Priorizar la accesibilidad para los discapacitados	Elaborar un plan alternativo según diagnóstico de situación de la problemática de accesibilidad por la infraestructura del Hospital	Plan elaborado para mejorar la accesibilidad a los discapacitados para 2° Trimestre 2015.						Alejandro Saied
Implementar la Unidad de Atención al Usuario	Comenzar creando el área de " Informes" a la entrada del Hospital para facilitar accesibilidad	Área de Informes en funcionamiento para del 1° trimestre 2015,						Valeria López
Mejorar la señalética dentro del Hospital	Diagnostico de situación actual sobre las características de la señalética dentro del hospital.	Diagnóstico de situación elaborado Acciones para mejorar y adecuar la señal ética del hospital a las necesidades de los Usuarios a partir del 2° trimestre 2015						Elena Deleon/ Juan Carlos Greco
Implementar cuidados progresivos	Planificar la implementación de los cuidados progresivos	Elaborar diagnostico de situación para la implementación adecuada de cuidados progresivos. Capacitar a los sectores involucrados. A partir del 1° trimestre 2015						
Utilizar protocolos consensuados con los distintos niveles para referencia y Contrarreferencia	Revisión y actualización de los distintos protocolos de diagnóstico y/o tratamiento compartidos.	Difundir los protocolos consensuados para del 1° trimestre 2015						Comité de Comunicación Interna
		Difundir a los distintos servicios funcionamiento de los programas provinciales y nacionales compartidos entre los niveles de atención para del 2° Trimestre						Amelia Franchi

		2015						
Mejorar el funcionamiento de las redes sanitarias	Conocer y difundir todos los nodos de cada una de las Redes (Materno infantil- Neuroquirúrgica- Cardiovascular- Diagnóstico por imágenes- exámenes de Laboratorio- Hemoterapia- Onco hematología	Reuniones periódicas con Región Sanitaria V para las etapas de reconocimiento y conocimiento de las distintas redes a partir del 4° trimestre 2015						Amelia Franchi
	Difundir en Consultorios externo, en servicio de Emergencias y Demanda espontánea los diferentes nodos de la Red para la adecuada gestión de los pacientes.	Difusión de los nodos de las distintas Redes en Consultorios externos. Servicio de Emergencia y Demanda espontánea a partir del 1° Trimestre 2015						
Planificar acciones para mejorar la accesibilidad a través de turnos telefónicos	Mejorar la gestión de los turnos a través del 0800	Solicitar al Ministerio de Salud la posibilidad de obtener el 0800 para los turnos telefónicos en el 1° Trimestre 2015						Valeria López
	Mejora y actualización de la Central telefónica	Central telefónica del Hospital mejorada a para el 2° Trimestre 2015						Valeria López
	Capacitar al RRHH en dación de Turnos telefónico	Capacitación efectivizada en dación de turnos telefónicos a para el 2° trimestre 2015						Rubén Fusalva
	Mejorar el Sistema informático	Solicitar al Ministerio de Salud el Diagnostico del Sistema Informático del Hospital en el 1° Trimestre 2015.						Valeria López

GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Difundir el FESP	Comunicarse con FESP Ministerio	Comunicación efectiva con representante del FESP del Ministerio de Salud en el 2° Trimestre 2015						Amelia Franch
	Elaborar un proyecto según requisitos de la FESP para su financiamiento	Proyecto elaborado y en funcionamiento a partir del 1° Trimestre 2015						Silvia Figueroa
Mejorar la difusión de la programación y ejecución presupuestaria	Difundir la ejecución presupuestaria en reuniones de CATA	Difundir la programación y ejecución presupuestaria a través de los CATA a partir del 2015						Valeria López
Establecer acciones tendientes a mejorar la captación de los pacientes con Obra social	Capacitar en el mecanismo para captación	Elaboración de un Programa de capacitación para mejorar la captación de los pacientes con Obra social a partir del 1° trimestre 2015						Abregu Valeria/ Juan Greco
	Concientizar al personal sobre la necesidad de captación y correcto registros de los pacientes con Obra Social	Concientizar a todo el personal, comenzando con los residentes y jefes de área / servicio de la necesidad de mejorar la captación de los pacientes con Obra social comunicación personalizada, a partir del 1° Trimestre 2015						Juan Carlos Grecco

Analizar gastos , compras y costos	Difundir el mecanismo de análisis de gastos y costos	Comité de pre adjudicación en funcionamiento asegurando la correcta difusión del análisis de gastos y compras a partir del 1° trimestre 2015					Valeria López
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------

GESTIÓN DE LOS TRABAJADORES			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Implementar estrategias para mejorar el trato de los pacientes y su familia al equipo de salud	Diagnostico de Situación actualizado. Evaluar y concientizar sobre la importancia de los Registros pertinentes	Diagnostico de situación elaborado sobre los registros de los incidentes con el equipo de salud , los pacientes y su familia y Difundido a partir del 1° Trimestre 2015						Dr. Zabala Comité Mixto
Concientizar, capacitar el personal de higiene y limpieza hospitalaria sobre la pertinencia e importancia de sus actividades para la adecuada atención de los pacientes	Talleres de concientización al personal// Organizar con los gremios guardias mínima	Reuniones con los gremios y la Dirección periódicas para establecer pautas consensuadas a partir del 1° trimestre 2015						Valeria Abregu
	Proyecto de tecnicatura en Higiene Hospitalaria Universidad de San Martin	Efectivizar la Tecnicatura en Higiene Hospitalaria en el Hospital a partir 2015						Director Ejecutivo.
Establecer una política formal de reconocimiento s e incentivos para todos los sectores del hospital	Identificar mecanismos de reconocimiento. Difundirlos	Difundir mecanismos de reconocimiento a los distintos sectores del Hospital a través del Comité de Comunicación a partir del 1° trimestre 2015. Para ser						Comité de comunicación

		implementados por cada jefe						
Establecer un sistema para el adecuado control de salud y riesgo de todo el personal	Realizar un diagnostico de situación sobre la salud y riesgo del personal del Hospital	Diagnostico de situación sobre la salud y riesgo del personal del hospital elaborado a partir del 2° trimestre 2015						Comité Mixto
	Establecer el control de salud por la ART	Solicitar y efectivizar los controles de salud a los trabajadores por la ART 2° trimestre 2015						Comité mixto

GESTIÓN CLÍNICA			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Establecer la planificación estratégica y operativa en todos los servicios del hospital	Actualizarla planificación estratégica y operativa (PEO) en los servicios de : Enfermería .Laboratorio. Neurocirugía Medicina Preventiva y luego extenderla a resto de los servicios	Actualización de la PEO en cinco servicios para en 1° trimestre 2015						Elena Deleon Silvia Figueroa
	Difundir las actualizaciones a todo el hospital a través de reuniones	Reuniones periódicas para difundir la actualización de la planificación estratégica y operativa a partir del 2015.						Director ejecutivo
Desarrollar , difundir y evaluar la eficiencia de los protocolos y guías de atención	Elaborar protocolos y guías de atención para Todos los servicios: Comenzar con el protocolo de la indicación de la vacunación Antitetánica tanto en internación	Protocolo del Uso de Antitetánica. Elaborado y Difundido en el 3° trimestre 2015						Amelia Franchi

	como ambulatorio.							
	Difundir los protocolos de atención elaborados y en ejecución de los distintos servicios del Hospital. Comenzar con 1° Área Neurología	Difundir los protocolos existentes a partir del 1° trimestre 2015						Osorio
	Identificar las patologías prevalentes de cada servicio	Patologías prevalentes identificados primero en cuatro servicios y luego en todos sucesivamente a partir del 1° Trimestre 2015						Amelia Franchi / Norma Farías
Implementar ateneos generales	Implementar dos ateneos anuales generales	Ateneos implementados a partir del 2° Trimestre del 2015 de periodicidad bianual						Dela Rosa

GESTIÓN DE LA CALIDAD			Metas 2015				Metas 2016	
Objetivos	Línea de acción	Metas	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	4° Trimestre	ANUAL	Responsables
Difundir el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica	Difundir el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica	PGCAM difundido para 1. Trimestre 2015						Elena Deleon / Comité de Comunicación
Establecer Comités : de Calidad, de auditoría de historias clínicas y de evaluación de tecnología sanitaria	Disponer Comité de Historias Clínicas	Comité de Auditoría de Historias Clínicas establecido y en funcionamiento a apartir del 1° trimestre 2015						Silvia Conde
Mejorar el compromiso de algunos servicio para el adecuado funcionamiento del Comité de tumores	Mejorar la convocatoria con representantes de servicios clínico quirúrgico a través de reuniones con cada servicio	Funcionamiento completo del Comité de Tumores a partir del 1° Trimestre 2015						Dr. Zabala

CONCLUSIONES

Luego de la implementación del Proyecto “Planes Estratégicos y Operativos en Hospitales Provinciales 2014”, en los Hospitales: H.Z.G.A “Dr. Horacio Cestino”, H.Z.G.A de Lobos, H.Z.G.A. General de Las Flores, H.L.G.A. “Dr. Arturo Melo”, H.Z.G.A. “Dr. Alberto Eurnekian”, H.Z.G.A. “Dr. Narciso López”, H.S.E.R “Dr. José María Jorge”, H.Z.G.A. “Dr. Lucio Meléndez”, H.Z. del Tórax “Dr. Antonio Cetrángolo”, H.Z.G.A “Blas Dubarry” e H.I.G.A. “Eva Perón”; concluimos que:

1. Los principales valores votados por los trabajadores de los Hospitales fueron: Compromiso, Calidad, Respeto, Solidaridad, Equidad, Responsabilidad, Trabajo en Equipo, Compañerismo, Honestidad, Ética.
2. Los temas de problemas u oportunidades de mejora priorizadas fueron:
 - a. La Medición de la satisfacción a la comunidad (calidad percibida).
 - b. La Estrategia de comunicación interna y externa.
 - c. La utilización de Guías y protocolos de manejo de patologías frecuentes y relevantes.
 - d. La participación de los trabajadores a través de Comités.
 - e. El análisis de la Producción y Productividad de servicios y Hospitalaria.
3. Los problemas de mayor ponderación detectados a través de las encuestas realizadas a toda la población hospitalaria fueron:
 - a. Los elementos y / o insumos de trabajo
 - b. Las normas escritas de bioseguridad
 - c. La comunicación entre el nivel directivo y el personal de los servicios
 - d. El trabajo en equipo
 - e. La capacitación para cumplir con la función que tiene

4. Para evaluar el impacto de la elaboración de los Planes Estratégicos y Operativos se realizaron 190 encuestas y se demostró el éxito de la implementación del Proyecto considerando que:
- a. El 95% de los participantes de los talleres han calificado al mismo como de alta y muy alta importancia y utilidad.
 - b. El 86% de los participantes de los talleres han calificado que los mismos otorgan mayor participación y mayor conocimiento del Hospital.
 - c. El 93% de los participantes de los talleres han determinado que es un modelo de gestión que puede ser sustentable y replicado dentro de la Organización.
 - d. El 98% de los participantes de los talleres han calificado a los equipos de trabajo como muy buenos y buenos.

ANEXOS

Decálogo de Gestión Hospitalaria 2010

Marco Conceptual

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE HOSPITALES

LÍNEAS DE ACCIÓN

El Sr. Ministro ha establecido los lineamientos estratégicos ¹ que guiarán la política hospitalaria durante la gestión 2010 – 2011. Estos lineamientos formarán parte del compromiso de gestión que cada uno de los hospitales firmará con el Ministerio y buscarán impactar centralmente en mejorar la calidad de atención percibida en los pacientes atendidos, mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y mejorar la capacidad de gestión de los niveles de conducción hospitalaria.

Todas estas acciones tienen como objetivo central recuperar la mística, la cultura del trabajo y la excelencia del hospital público como organización social destinada a recuperar la salud de la población.

Para obtener un impacto sobre **los pacientes que asisten al hospital**, se desarrollarán acciones que mejoren la calidad percibida en la atención:

- a) Pintura de hospitales; frentes, pasillos de circulación, ámbitos de atención
- b) Adquisición de Mobiliario de Internación: camas, mesas de comer, mesas de luz
- c) Adquisición de Mobiliario de Salas de Espera: sillas, bancos, televisores
- d) Adquisición de elementos de Iluminación y Climatización de Ambientes de Atención
- e) Adquisición de Equipamiento para la atención: camillas de transporte, sillas de ruedas, sillones de parto, sillones de diálisis, sillones de tratamientos endovenosos
- f) Implementación de mejoras en la gestión de pacientes: Oficinas de Atención al Usuario, Oficinas de Referencia y Contra referencia, Oficinas de Gestión de

¹ El Ministro las denomina "Decálogo": Conjunto de normas o consejos que, aunque no sean diez, son básicos para el desarrollo de cualquier actividad. (diccionario de la Real Academia Española)

Quejas y Reclamos, Turnos telefónicos, Seguridad de los pacientes (quirófanos, maternidades)

En el sector de los **trabajadores de la salud del hospital**, se desarrollarán aquellas acciones que mejoran las condiciones laborales:

- a) Cuidado de la Salud: vacunación obligatoria controlada, control de salud pre ocupacional, control de salud periódico, control de riesgos (radiaciones, etc.).
- b) Nuevas modalidades de organización del trabajo: guardias de 12 horas
- c) Adquisición de Ropa de Trabajo: ambos, guardapolvos, calzado para enfermería, ropa de seguridad, calzado de seguridad
- d) Adquisición de Elementos de Trabajo: kit enfermería, kit médico, kit docencia, instrumental quirúrgico

Hacia **los equipos de conducción de los hospitales**, se desarrollarán acciones que mejoren la capacidad de gestión:

- a) Ámbitos de Capacitación: Cursos de Gestión para Directores de Establecimientos, para Jefes de Servicio, para Jefes de Departamento
- b) Ámbitos de Participación en la Gestión: Comité Asesor de la DPH , Área Técnica de Enfermería, Nuevas Comisiones Centrales (Farmacia, Infectología, etc.) con un rol más activo en la elaboración de normativas y protocolos
- c) Ámbitos Académicos:, Congreso Provincial de Hospitales Públicos
- d) Ámbitos para Incentivar y Motivar: Jornadas de Promoción del Trabajo Hospitalario, Premio Hospitales Bonaerenses a nuevas modalidades de gestión, calidad, seguridad del paciente e innovaciones; Publicación Hospitales Bonaerenses

Todos los lineamientos previamente establecidos formarán parte del Compromiso de Gestión 2010 – 2011 que firmará cada establecimiento con el nivel central y que deberá traducirse en metas e indicadores para monitorear su cumplimiento.

El ministro ha establecido además **Acciones Rectoras para los Directores** de los establecimientos que deberán priorizarse, a saber:

- a) Desarrollo de los Consejos de Administración
- b) Desarrollo de las nuevas Estructuras Hospitalarias

- c) Desarrollo de las Cooperadoras con ámbito de trabajo comunitario, externo a la organización
- d) Ordenamiento de la Administración según los lineamientos emanados de la DGA
- e) Utilización adecuada de los sistemas de información ministeriales de estadística de producción y rendimiento hospitalario, gestión de camas críticas, gestión de recursos humanos y gestión de compras.
- f) Mejoramiento de la recaudación por fondos de terceros pagadores (IOMA, PAMI, OS NACIONALES Y SSS)
- g) Mejoramiento de la gestión del PLAN NACER
- h) Mejoramiento del control de ausentismo, sobre todo durante las medidas de fuerza gremial
- i) Seguimiento a distancia de las salas de espera de guardia
- j) Jornadas Científicas en cada hospital
- k) Desarrollo de nuevas modalidades de gestión hospitalaria: cuidados progresivos, consultorios de demanda espontánea u orientación, hospital de día para patologías crónicas, cirugía ambulatoria, cuidados domiciliarios, etc.
- l) Integración a las redes de servicios: neuroquirúrgica, cardiovascular, diabetes, maternoinfantil

Estas acciones de rectoría serán controladas a través de capacitación, asesoramiento y auditorías desde el nivel central, con el objeto de acompañar los procesos de mejora y lograr el cumplimiento de los objetivos.

Decálogo de Gestión Hospitalaria 2012

DECÁLOGO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

DEFINICIÓN:

Conjunto de normas o consejos que, aunque no sean diez, son básicos para el desarrollo de cualquier actividad (diccionario de la Real Academia Española)

OBJETIVOS:

Afianzar el rol del hospital público como bien social dedicado a garantizar el derecho a la salud de la población e insertado en una red integral de servicios de salud de gestión regionalizada.

EJES

- ✓ **Comunidad:** Mejoras en la gestión que garanticen el Derecho a la Salud
- ✓ **Trabajadores:** Mejoras en la gestión que garanticen las Condiciones de Salud y Seguridad en el trabajo.
- ✓ **Organización:** Mejoras en la gestión que garanticen la inserción en Redes Regionales de Servicios de Salud.

EJE COMUNIDAD

Definición: La cultura de derechos es un componente indispensable de la gestión de calidad, que fomenta la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. El derecho humano a la salud, personalísimo e inalienable exige de la gestión hospitalaria su absoluto reconocimiento, como así también el de otros derechos que se relacionan con el respeto de la dignidad de las personas en su calidad de pacientes.

Derechos a garantizar:

Asistencia Integral de la Salud,

Trato Digno y Respetuoso,

Intimidad,

Confidencialidad,

Autonomía de la Voluntad,

Información Sanitaria,

Inter consulta Médica,

Consentimiento Informado,

Accesibilidad a Prácticas Priorizadas (aborto no punible, ligadura de trompas, vasectomía, atención a violencia de género)

Metas 2012

- Intimidación en áreas de Ginecología y Maternidad (junio)
- Consentimiento Informado (diciembre)
- Accesibilidad a Prácticas Priorizadas (diciembre)

EJE TRABAJADORES

Definición: Los trabajadores del equipo de salud son el núcleo central de los hospitales. Se trata de diseñar acciones positivas tendientes a procurar el efectivo cumplimiento de los derechos de los miembros del equipo de salud en su calidad de trabajadores hospitalarios

Derechos a garantizar:

Cuidado de la Salud,

Condiciones y Medio Ambiente Laboral

Elementos y Ropa de Trabajo,

Ámbitos de Participación,

Equidad de género,

Ámbitos de Capacitación,

Reconocimientos e Incentivos,

Ingreso y Acceso a Funciones por Méritos

Metas 2012

- Comisiones de Salud y Seguridad en el Trabajo (junio)

- Control Anual de Salud, Historia Clínica y Vacunación (diciembre)
- Concursos de Ley 10430 y 10471
- Control de Agua de Consumo, Esterilización por óxido de etileno y Radiaciones junio)

EJE ORGANIZACIÓN

Definición: El Hospital es una organización compleja cuyo proceso central es la atención de la salud; basada en el conocimiento y el trabajo coordinado de los integrantes del equipo de salud. Se trata del desarrollo de un modelo de gestión que garantice la inserción de los hospitales en las redes regionales de servicios de salud.

Requisitos organizacionales:

Consejos de Administración,

Planificación Estratégica,

Planes Operativos Anuales,

Gestión Participativa por Objetivos y Procesos,

Política de Gestión del Recurso Humano,

Política de Gestión del Equipamiento,

Política de Gestión de la Infraestructura,

Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria,

Admisión Centralizada,

Atención Ambulatoria Programada Matutina y Vespertina,

Atención de Emergencias y Urgencias en regímenes de hasta 12 horas, Turnos Telefónicos,

Organización por cuidados progresivos con internación indiferenciada, desarrollo de los niveles de hospital de día y cuidado domiciliario,

Altas referenciadas,

Maternidad Segura y Centrada en la Familia,

Regionalización de la internación en áreas críticas por nivel de complejidad, Regionalización de los servicios clínicos y quirúrgicos de alta complejidad por nivel de complejidad, Integración activa a las Redes Regionales

Metas 2012

- Admisión Centralizada (junio)
- Atención Ambulatoria Programada Matutina y Vespertina (diciembre)
- Atención de Emergencias y Urgencias en regímenes de hasta 12 horas (diciembre)
- Turnos Telefónicos (junio)
- Internación indiferenciada (junio)
- Hospital de Día (diciembre)
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia (diciembre)
- Regionalizaciones de Neonatología, UTI Adultos, UTI Pediátrica, Neurocirugía (diciembre)

**Implementar el nuevo modelo de Hospital Descentralizado Articulado en Red –
PLAN QUINQUENAL DE SALUD**

Objetivo

Implementación del Hospital Descentralizado Articulado en Red.

Objetivos específicos

Definir las organizaciones públicas y privadas que conforman cada **red local y regional**, así como las **carteras de servicios**.

Identificar **nominadamente la población a cargo** de Hospitales y redes.

Diseñar e implementar procesos formales eficientes de atención integrada de los pacientes (**referencia y contrarreferencia**).

Atención Vespertina, tanto en los consultorios externos hospitalarios como en los CAPS.

Establecer la **asignación centralizada de turnos** (call center con un 0800), para facilitar la accesibilidad a los servicios del primer nivel de atención (consultorios tanto de los CAPS como de los hospitales).

Establecer la asignación de **turnos de especialistas hospitalarios desde los CAPS**.

Mejorar la atención pre-hospitalaria de las **urgencias**

Establecer **turnos de trabajo no mayores de 12 horas** continuas.

Instalar **Consultorios de Atención de Demanda Espontánea** (Orientación Médica).

Establecer procesos de **triage**.

Establecer un **programa de atención socio-sanitario**. Este programa dará respuesta a las necesidades de asistencia domiciliaria, ambulatoria y de internación a personas mayores con pluri-patología, diverso grado de trastornos de la conciencia e

incapacidad para valerse por sus propios medios (dependencia), enfermos en fase terminal y enfermos crónicos con dependencia.

Líneas de acción

La red de hospitales de la Provincia de Buenos Aires es la más importante del país tanto por la cantidad de efectores como por la producción asistencial de los mismos.

Para hacer frente a la transformación pensada, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires presenta en el Plan Quinquenal 2011/2015 un programa de reformas tendientes a instalar el modelo de Hospital Descentralizado Articulado en Red. Programa que tiene como objetivo general reorientar las acciones de los hospitales más hacia las necesidades de la comunidad que a las necesidades como proveedores, guiándolos hacia un nuevo paradigma de equilibrio entre el protagonismo médico y el protagonismo comunitario.

Este cambio habrá de transcurrir por cuatro ejes estratégicos:

- Cultural
- Organizacional
- Prestacional
- Gestión

1) Cultural

Actitud frente a la comunidad

De considerarla como sujeto pasivo de las acciones sanitarias, a promover intensamente su participación, tanto en la planificación, como en la organización, operación y control de la utilización de los recursos destinados al sector salud, con creciente empoderamiento y construcción constante de ciudadanía.

Conocimiento y la consideración de la población de derecho

De considerar la población de derecho a aquella que se acerca al hospital requiriendo prestaciones, a conocer cuantitativamente, nominalizadamente y

cualitativamente, la población de la cual se es responsable del cuidado de la salud; su ubicación geográfica así como sus necesidades y demandas en términos de salud.

Actitud frente al público

De considerarlo un paciente, a definirlo como una persona a satisfacer; evaluando permanentemente las nuevas necesidades de cuidado de la salud, el nivel de accesibilidad, la calidad de la atención y el impacto sanitario y social de las acciones que se realizan. De considerarlo un beneficiario pasivo a reconocerlo como ciudadano activo con derechos activos, cuya opinión debe ser tomada en cuenta.

- **Actitud del funcionario público**

De cumplir normas y procedimientos, a gerenciar proyectos con evaluación por resultados, planificando las alternativas para el logro de las metas.

2) Organizacional

- **Orientación de la oferta**

De una oferta basada en peso relativo de cada servicio, a una oferta guiada por la necesidad y demanda de la población, que es conocida nominalmente y segmentada según riesgo.

- **Estructura de poder y asignación de responsabilidades**

De baja representación de la sociedad civil en los niveles de gobierno, a un creciente acceso de ésta al efectivo ejercicio de evaluación y control de las actividades, en pos de favorecer la gobernancia hospitalaria.

De la centralización y estructura jerárquica, a la descentralización operativa y complementación entre las diversas unidades de servicio, eliminando la compartimentación y fomentando la comunicación y cooperación horizontal.

- **Estructura organizacional**

De estructuras matriciales donde la doble dependencia jerárquica que genera conflictos y conductas oportunistas (según las tareas o especialidad, traumatología

por ejemplo, se tiene una dependencia vertical con un determinado superior, pero a su vez por estar en la línea de producción de otro “servicio”, como por ejemplo emergencias, se tiene dependencia funcional de otro superior), a estructuras por procesos, donde, a pesar de conservarse aspectos matriciales, es asignada a un solo responsable la resolución de toda una línea de producto (Ejemplo: el jefe del servicio de cirugía es íntegramente responsable de la asistencia de los pacientes quirúrgicos en consultorios externos, en quirófano, en internación y en urgencias).

3) Prestacional

- **Paradigma de modelo de atención**

De un modelo hospitalocéntrico y con hegemonía médica, a un modelo basado en la estrategia de APS y la conformación de equipos multidisciplinarios de trabajo. De un modelo fraccionado y discontinuo, a una atención con prestaciones integrales y continuas. De esperar que los pacientes enfermos lleguen al hospital, a participar pro activamente (provocando el cambio) no sólo para facilitar la accesibilidad y que las necesidades sanitarias se expresen en demanda, sino además para formar parte de todo espacio local que contribuya a la educación para la salud, la promoción de entornos y hábitos de vida saludables y la prevención de las enfermedades.

Comunicación de servicios y prestaciones.

De una baja comunicación de la cartera de servicios y prestaciones que brinda el centro sanitario, a una amplia comunicación formal, interna y externa, de cuáles son los servicios y las prestaciones por los cuales se es responsable (misión).

Articulación con otros prestadores.

De ser un prestador aislado y desentendido del funcionamiento de los demás, a formar parte de una red de prestadores, comprometidos entre sí, con mecanismos explícitos y formales de referencia y contrarreferencia.

4) Gestión

Objeto de la gestión

De la gestión por normas y procedimientos con aprobación de partidas de gastos, a gestión por objetivos y resultados.

Definición de objetivos y responsabilidades

De una escasa definición de objetivos, a una clara definición de metas, incluyendo responsables, volumen, origen y naturaleza de los recursos físicos y financieros a utilizar, acciones a llevar a cabo, calidad y volúmenes de los bienes y servicios intermedios y finales a obtener.

Política de recursos humanos

De escasa definición de las competencias necesarias para cada puesto (conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes), a una precisa definición de éstas, que, junto con el concurso de oposición y el compromiso de gestión, pasan a convertirse en el mecanismo de ingreso a un cargo o función. De escaso conocimiento acerca del compromiso y responsabilidad del RRHH con los objetivos y el destino de la organización a un monitoreo sistemático del desempeño y productividad. De bajo nivel de capacitación y falta de incentivos a capacitación polivalente e incentivos por productividad y calidad.

Política de conservación y mantenimiento

De una baja consideración por los procesos, procedimientos y acciones de conservación y mantenimiento, tanto de la infraestructura edilicia como del equipamiento de uso médico, a una completa profesionalización de todas las unidades funcionales del área de conservación y mantenimiento.

Incorporación de la tecnología

De estar sometido acriticamente a la presión de la oferta tecnológica, a definir perfiles tecnológicos trabajando conjuntamente con comités de expertos en uso racional de tecnologías según evidencia científica.

Utilización de herramientas de gestión

De baja utilización de instrumentos de gestión a una generalizada utilización de las modernas herramientas de la gestión sanitaria:

- a) Planificación estratégica.
- b) Planificación anual de actividades por servicio (actividades asistenciales, de docencia y de investigación).
- c) Reingeniería de los procesos críticos.
- d) Tablero comando (existencia de por lo menos dos indicadores para las cuatro perspectivas tradicionales tanto para el máximo nivel de conducción, como para las conducciones intermedias).
- e) Contabilidad analítica.
- f) Plan de calidad con metas, indicadores y responsables.
- g) Programa de vigilancia epidemiológica de infecciones hospitalarias.
- h) Programa de mejora de atención al público con medición sistemática de la satisfacción de éstos.
- i) Guías de diagnóstico y tratamiento para las principales patologías (por frecuencia y costo) de cada servicio.
- j) Compromisos de gestión por equipos de trabajo.
- k) Presencia de los siguientes comités de apoyo a la gestión: docencia e investigación, mortalidad, infecciones; HHCC, ética y medicamentos.
- l) Plan de comunicación interno y externo.

Operación del sistema de información

Desde una operación de abajo hacia arriba tubular, acrítica y sin procesamiento, a una operación en forma piramidal, confluyendo la información desde los niveles operativos, agregando datos y construyendo indicadores válidos para la toma de decisiones, en los distintos niveles de la organización.

Asignación de recursos presupuestarios

De asignación basada en la oferta de servicios, a una asignación basada en la producción relacionada con la demanda.

Sistema de costos

De un sistema de aplicación de gastos, a un sistema de costos integrado al presupuestario, con definición de centros de costos y productos, para el costeo de los bienes y servicios finales e intermedios.

Sistema de evaluación de gestión

De un control cuantitativo en el logro de metas físicas, a un sistema de evaluación periódico específico por unidad de servicio, que analice la eficiencia, la efectividad y la calidad, comparando contra estándares.

Líneas de acción

Desarrollar un programa de categorización y acreditación de los hospitales públicos bonaerenses.

Desarrollar la planificación estratégica en los hospitales públicos provinciales.

Definir el rol del efector en los corredores de Politrauma, Cirugía Cardiovascular Central y Periférica, Perinatología, Pediatría y Diagnóstico por Imágenes.

Implementar los corredores sanitarios en cada red de servicios. Cada corredor tendrá un equipo básico de trabajo, un coordinador regional, un sistema de indicadores de evaluación y monitoreo.

Difundir ampliamente la cartera de servicios de los hospitales públicos bonaerenses.

Implementar la digitalización del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) y el sistema de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales públicos provinciales.

Desarrollar la planificación anual operativa en los hospitales públicos provinciales.

Desarrollar contabilidad de costos en los hospitales públicos provinciales.

Desarrollar planes de calidad en los hospitales públicos provinciales.

Extender a todos los hospitales públicos provinciales las Unidades de Atención al Público.

Desarrollar programas de prevención de riesgos en los hospitales públicos provinciales.

Profesionalizar las conducciones hospitalarias.

- Mejorar la capacidad de gestión de los niveles de conducción de todos los hospitales provinciales: generar ámbitos de capacitación: cursos de gestión para Directores de Establecimientos, para Jefes de Servicio, para Jefes de Departamento

Implementar contratos de gestión entre los Hospitales, los Consejos Regionales de Salud y la Dirección Provincial de Hospitales.

Implementar contratos de gestión para las conducciones intermedias de los hospitales públicos provinciales.

Implementar guías de práctica clínica.

Formalizar, en los hospitales públicos provinciales, los principales procesos asistenciales y no asistenciales.

Implementar incentivos por cumplimiento de objetivos.

Definir y completar los planteles de recursos humanos (RRHH) de los hospitales públicos provinciales, según los perfiles requeridos para brindar sus respectivas carteras de servicios.

Sistematizar y optimizar los tiempos de gestión para la incorporación del personal. Los hospitales contarán con mecanismos administrativos adecuados para reemplazar al personal en las diferentes licencias permitidas por ley y podrán incorporar en un lapso no mayor de 60 días el reemplazo del personal jubilado y/o fallecido.

Planificar e implementar la capacitación en servicio adecuada para cada colectivo de trabajadores de la salud. Los planes operativos anuales de cada establecimiento deberán establecer un programa de capacitación en servicio para cada uno de los agrupamientos de personal, con créditos obligatorios a cumplir por año.

Mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo. Implementar encuestas de clima laboral y generar ámbitos de participación de los trabajadores en la definición de las necesidades de cada establecimiento hospitalario. Conformar en cada establecimiento las comisiones de salud y seguridad en el trabajo.

Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud de todos los hospitales provinciales. Vacunación obligatoria controlada, control de salud pre-ocupacional, control de salud periódico, control de riesgos (radiaciones, etc.);

implementar nuevas modalidades de organización del trabajo: guardias de 12 horas; adquirir ropa de trabajo: ambos, guardapolvos, calzado para enfermería, ropa de seguridad, calzado de seguridad; adquirir elementos de trabajo: kit enfermería, kit médico, instrumental quirúrgico, etc. Descentralizar en forma progresiva las partidas presupuestarias de insumos y servicios. Se procederá a modificar los montos delegados para compras directas, licitaciones privadas y licitaciones públicas de manera de descentralizar lo más posible la gestión del presupuesto. Los hospitales confeccionarán el presupuesto anual para presentar al nivel central.

Sistematizar y reducir los tiempos de gestión de los trámites administrativos de incumbencia del nivel central.

Propiciar la gestión de compras y contrataciones de manera descentralizada a través de un sistema único de gestión electrónica de las mismas.

Generar ámbitos de Participación en la Gestión: Comité Asesor de la Dirección Provincial de Hospitales (DPH), Área Técnica de Enfermería, Nuevas Comisiones Centrales (Farmacia, Infectología, etc.) con un rol más activo en la elaboración de normativas y protocolos

Optimizar la gestión de las comisiones de laboratorio, hemoterapia, nutrición e imágenes. Serán comisiones de asesoramiento y asistencia técnica en la gestión de los servicios de la especialidad y construirán con los servicios la planificación y el crecimiento de los mismos.

Trabajar con Comités de Expertos para promover el uso racional de tecnologías según evidencia científica. Será un paso previo a la conformación de una agencia provincial de evaluación de tecnología.

Desarrollar los procesos de cirugía ambulatoria, hospital de día para pacientes crónicos, internación domiciliaria y telemedicina. Rediseñar los procesos de admisión y egresos, consulta ambulatoria programada, cirugías programadas, internación por cuidados progresivos y altas referenciadas.

Implementar los Comités hospitalarios de Mortalidad Materno Infantil con la participación del primer nivel municipal.

Desarrollar planes de mantenimiento preventivo del equipamiento hospitalario.

Planificar el reemplazo programado de equipamiento.

Conformar una base de datos informatizada de todo el equipamiento de uso médico de todos los hospitales provinciales, a partir de la “ficha de inventario”, que permita conocer el perfil tecnológico, así como el grado de obsolescencia.

Equipar los hospitales en función del perfil y del rol en los corredores sanitarios, teniendo en cuenta el recurso humano necesario para la puesta en funcionamiento. En el ámbito regional se discutirán las prioridades de inversión para los corredores sanitarios y en función de ello, cada hospital confeccionará el plan anual.

Desarrollar una estrategia de comunicación social para cada establecimiento en función de un plan de comunicación ministerial. Se determinarán los procesos que brindan la identidad a los hospitales provinciales de acuerdo a su misión, y sobre ellos, se desarrollará una imagen que caracterice a cada uno de ellos.

Mejorar el confort y las amenidades en todos los hospitales provinciales. Pintar frentes, pasillos de circulación, ámbitos de atención; adquirir mobiliario de internación: camas, mesas de comer, mesas de luz; adquirir mobiliario de salas de espera: sillas, bancos, televisores; adquirir elementos de iluminación y climatización de ambientes de atención; adquirir equipamiento para la atención: camillas de transporte, sillas de ruedas, sillones de parto, sillones de diálisis, sillones de tratamientos endovenosos; implementar mejoras en la gestión de pacientes: Oficinas de Atención al Usuario, Oficinas de Referencia y Contrarreferencia, Oficinas de Gestión de Quejas y Reclamos, Turnos telefónicos, Seguridad de los pacientes (quirófanos, maternidades).

Generar ámbitos académicos: Congreso Provincial de Hospitales Públicos.

Generar ámbitos para incentivar y motivar: Jornadas de Promoción del Trabajo Hospitalario, Premio Hospitales Bonaerenses a nuevas modalidades de gestión, calidad, seguridad del paciente e innovaciones; Publicación Hospitales Bonaerenses.

Ampliar la participación de la comunidad y su representatividad en la conducción.

Gestión – Gobierno Clínico

¿Qué es la Gestión?

Gestionar es conducir, dirigir, administrar los recursos, alcanzar objetivos y metas y analizar los resultados para solucionar los problemas. Además significa coordinar y motivar a las personas que trabajan en una organización. También es hacer el mejor uso de los recursos de que se disponen, asumiendo la responsabilidad de lo que se consume y de los resultados que se logren.

La gestión en el ámbito de los servicios de salud puede dividirse en 3 grandes niveles que van desde lo general a lo particular:

- La Macro-Gestión – Política Sanitaria.
- La Meso - Gestión o Gestión de establecimientos.
- La Micro – Gestión o gestión de áreas o servicios.

La macro-gestión implica la participación del Estado, quien decide qué políticas de salud se aplican al sector, en el marco de: equidad, accesibilidad, ética, universalidad y eficiencia.

La meso-gestión se fundamenta en la administración de los establecimientos sanitarios, comprende la coordinación y motivación del equipo de salud. Pone especial énfasis en la articulación interna entre servicios y externa entre niveles de atención y la comunidad.

La micro-gestión implica directamente al equipo de salud en su relación con los usuarios, figuras clave en el proceso de atención médica y quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes.

Gobierno Clínico

Es un proceso de profundización del cambio organizativo y cultural de los Hospitales marcado por la participación y el compromiso de la comunidad hospitalaria, la **descentralización** de las decisiones técnicas, administrativas, del gasto y la producción hacia los responsables de los servicios del hospital.

El Gobierno Clínico, incorpora los principios más avanzados de la gestión de las organizaciones. Requiere la alineación de los profesionales con los valores, objetivos y políticas de la organización.

El Gobierno clínico es un marco que favorece la mejora continua de la calidad y la satisfacción de los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios; a través de cambios en la organización, en la tecnología y en la gestión, orientados a fomentar las buenas prácticas médicas y asistenciales.

El Gobierno clínico identifica 6 áreas de Gestión Hospitalarias:

- Gestión Estratégica
- Gestión de Pacientes
- Gestión de los Trabajadores
- Gestión Clínica
- Gestión Económica financiera
- Gestión de la calidad