**INSTITUTO DE ADMINISTRACION PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIAPAS**



PLANEACION ESTRATEGICA

NOVIEMBRE 2014

CATEDRATICO:

DR. ANTONIO PEREZ GOMEZ

EQUIPO X:

MA. DEL CARMEN ESPINDOLA SOTO

CESAR ROBERTO VILLEGAS APODACA

DARIO CUETO REYES

JESUS MARTINEZ VAZQUEZ

LUIS ARTURO AREVALO CARBAJAL

INDICE

PLANEACIÓN ESTRATEGICA

INTRODUCCIÓN 3

ANTECEDENTES 4

JUSTIFICACIÓN 6

CONSTRUCCION DEL ESCENARIO 7

MATRIZ DE CUANTIFICACIÓN 8

MATRIZ DE POSICIONAMIENTO ESTRATEGICO 9

MATRIZ FODA 10

PLAN ESTRATEGICO 11

VISIÓN

          MISIÓN

           VALORES

            POLÍTICAS

            OBJETIVOS

ESTRATEGIAS

            METAS

            TÁCTICAS – INICIATIVAS

            MATRIZ DE PRIORIDADES DE LAS INICIATIVAS.

MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 26

TABLERO DE CONTROL

MAPA DE RIESGOS

PLAN DE CONTINGENCIA

INTRODUCCION

Desde la perspectiva más general, la globalización, la creciente apertura económica y la competitividad, son fenómenos a los que se tienen que enfrentar los hospitales. En la medida que la competitividad sea un elemento fundamental en el éxito de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), los directivos o líderes se esforzarán más para alcanzar altos niveles de productividad y eficiencia.



 En materia de gerencia hospitalaria, los HRAE deben ser la expresión de una nueva cultura organizacional, cuyos directivos estén preparados para comprender que están al frente de organizaciones inmersas en un mundo de permanente cambio, tanto en lo social como en lo político, económico y tecnológico. A diferencia de la administración burocrática antigua, donde algunos directores generales optaban por encerrarse en el marco de sus límites formales, el directivo de los HRAE está formado para impulsar en el hospital una cultura con valores, principios y compromisos institucionales.

La cultura organizacional de los HRAE sirve como marco de referencia a los directivos, médicos, enfermeras, técnicos y operativos de la organización y da las pautas acerca de cómo las personas deben conducirse en ésta. Los HRAE deben ser incluso un ejemplo a seguir por otras instituciones hospitalarias.

Desde el director general hasta el trabajador de apoyo más sencillo del hospital, deben estar conscientes de que forman parte de una organización que, desde su conceptualización, está comprometida con el éxito y abierta a un constante aprendizaje. Esto implica generar condiciones para mantener al hospital en aprendizaje continuo.

El diseño original de los HRAE consideró que contaran con estructuras flexibles al cambio y a las demandas de servicio; estructuras que se ajusten de manera rápida y eficiente a los cambios internos o externos. La filosofía de trabajo que se ha impulsado para los HRAE presenta como compromiso el que se generen las condiciones para promover equipos de alto desempeño, donde el aprendizaje en equipo genera valor al trabajo y más adaptabilidad al cambio con una amplia visión hacia la innovación

ANTECEDENTES

El Gobierno del Estado de Chiapas, en concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001- 2006 y, siguiendo el Modelo Integrado a la Salud, estableció el compromiso de fortalecer y consolidar la infraestructura física necesaria para la atención a la salud de la población chiapaneca, ante el enorme rezago y obsolescencia en los servicios, inmuebles, equipamiento y recursos humanos disponibles en el estado.

Para ello, el Instituto de Salud de Chiapas, siguiendo el esquema de planeación estratégica, definió el Plan Estatal de Salud como marco de referencia para el desarrollo de las acciones a realizar, a efecto de cubrir las demandas de la población, en especial de las enfermedades de alta complejidad diagnóstica terapéutica, en la creación del “Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas” con la construcción de dos nodos: el Hospital Regional de alta Especialidad “Ciudad Salud”, para población adulta; en la ciudad de Tapachula de Córdova y Ordóñez, y el Hospital de Especialidades Pediátricas en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

El 29 de noviembre de 2006 se pública en el Diario Oficial de la Federación del decreto de creación del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud

Con la creación de un centro pediátrico se podrá atender la creciente demanda de atención a la salud de los niños chiapanecos, que muestran elevada mortalidad y morbilidad, superiores a la media nacional y en especial a los padecimientos considerados de alta complejidad y que requieren una estructura para procedimientos considerados de alta especialidad para su resolución.

El “Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas” contará con suficiente capacidad inmobiliaria y avanzada tecnología para responder a las necesidades de atención de alta especialidad de la población adulta y pediátrica en los próximos diez años; en especial para la población sin ningún aseguramiento o con diversos aseguramientos como: Población Socialmente Protegida, Derechohabientes de la Seguridad Social, incluyendo sector privado tanto estatal como regional. También formará parte de una red de servicios para atender los padecimientos de la población en una forma integral, con apoyo a la atención primaria comunitaria en los centros de salud, hospitales comunitarios, generales cuando así lo requieran; aumentando la capacidad resolutiva a este segmento de la población en un 100 %, bajo un esquema efectivo de referencia y contrarreferencia.

Adquiere al mismo tiempo, una rectoría normativa que impulsará permanentemente los esfuerzos de crecimiento, tanto de la capacidad resolutiva como de su calidad, eficacia y trato con sentido humano; al grado que pueda lograr su autosuficiencia en la atención y se convierta en receptor de todos los sectores tanto públicos y privados.

Su Modelo de Atención contempla el método Modular y en Banda Continua, cuyos procesos se encuentran constituidos por tres subprocesos: Recepción, Atención Médica y Conclusión; lo que permitirá que el médico proporcione el diagnóstico integral y resuelva, con un apoyo multidisciplinario, el daño a la salud.

El Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad salud busca la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio, de provisión de servicios de apoyo a familiares, administrativos, jurídico-legales y de vinculación con el sistema de salud, en un esquema de dirección por procesos acordes a la infraestructura física y los recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos necesarios para un desempeño óptimo de los servicios de alta especialidad.

Es un modelo que se encuentra profundamente orientado a la atención del usuario y su familia, que busca obtener logros muy bien definidos en la resolución de problemas de salud catalogados como de alta especialidad, a través de unidad hospitalaria cuya gestión está organizada por procesos, integrada por profesionales de la salud altamente especializados que brindan atención de calidad certificada

JUSTIFICACIÓN:

La Secretaría de Salud siguiendo los lineamientos del plan de desarrollo vigente en materia de salud se dio a la tarea de garantizar la calidad intrínseca de los servicios de salud mediante la reestructuración de las instituciones, entre las que se incluyen la creación de los Hospitales regionales de Alta Especialidad con los cuales pretende desconcentrar de las grandes áreas metropolitanas los servicios médicos de alta especialidad, la investigación significativa y trascendente así como la formación de recursos profesionales de excelencia ubicándolos en los

lugares donde éstos se requieren, con un sentido de regionalización, para utilizar adecuadamente los recursos disponibles, acorde con los esquemas de distribución geográfica por redes de servicios contempladas en el Plan Maestro de Infraestructura, coordinado a nivel federal por esta Secretaría.

Para dar respuesta a este planteamiento se construyó el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, siendo en la región el de mayor capacidad resolutiva; ofrecerá servicios médicos para enfermedades de alta complejidad con la ayuda de tecnología de punta y con cobertura regional y así evitar el desplazamiento de los usuarios a grandes distancias resolviendo la problemática bio-psico-social que esto conlleva.

PLANEACION ESTRATEGICA:

CONSTRUCCION DE ESCENARIO:

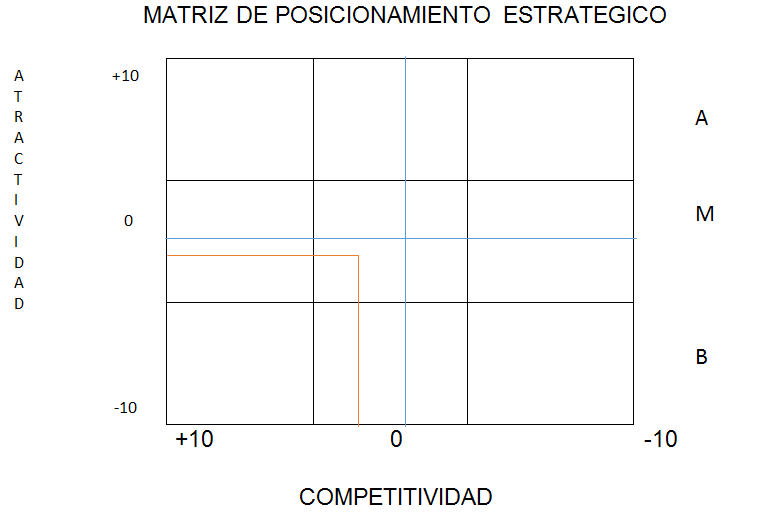
Escenario: Se espera que para el 2018 la población femenina en etapa reproductiva tenga un incremento de enfermedades cancerígenas, se espera un repunte del cáncer de mamá; aunque la detección temprana ha presentado una tasa de recuperación de hasta el 90% a través de la utilización de las nuevas terapias blanco.

El cáncer de mama es una patología considerada como catastrófica la cual se absorbe a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos ya que requiere de tratamiento de muy alto costo con un desgaste familiar económico, psicológico y estructural, y es a través de este programa que se espere el no desgaste de la economía familiar, esta patología se presenta en población general, sin predisposición por factores sociales. Se espera lograr lo anterior con la aplicación de las nuevas políticas gubernamentales en salud; producto de la Reforma a la Ley General de Salud aprobada por la H. Cámara de Diputados y Senadores de la República Mexicana; lo cual origino que el Hospital se certificara por el Consejo de Salubridad General bajo los criterios homologados de la Join Comission, lo cual permite que los procesos sean estandarizados y óptimos para la atención de los pacientes, tomando como prioridad la seguridad de los mismos.

Organización: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD.

**MATRIZ DE CUANTIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORTALEZA | IMPORTANCIA | PONDERACION | RESULTADO | DEBILIDADES | IMPORTANCIA | PONDERCIÓN | RESULTADO |
| Personal altamente capacitado | 9 | .5 | 4.5 | El hospital se encuentra ubicado fuera de la zona urbana de Tapachula | 7 | 1 | 7 |
| Tecnología de vanguardia | 10 | .9 | 9 | Proceso de aceptación demasiado burocrático | 9 | 1 | 9 |
| Infraestructura optima | 10 | .9 | 9 | Ausentismo del personal | 6 | .9 | 5.4 |
| Asignación de recurso federal para la continuidad de procesos de atención | 10 | 1 | 10 | Envió de pacientes en etapa avanzada de enfermedad | 10 | 1 | 10 |
| Tratamientos de vanguardia | 10 | 1 | 10 | Baja ocupación hospitalaria | 5 | .9 | 4.5 |
|  |  |  |  | Poca recuperación por cuotas | 10 | 1 | 10 |
|  |  |  |  | Paternalismo sindical | 8 | .7 | 5.6 |
| PROMEDIO |  |  | 8.5 |  |  |  | 7.35 |
| COMPETITIVIDAD |  |  |  |  |  |  | 1.15 |
| OPORTUNIDADES | IMPACTO | PROBABLIDAD DE OCURRENCIA | RESULTADO | AMENZAS | IMPACTO | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA | RESULTADO |
| Concientización del personal | 9 | 1 | 9 | Factores ambientales adversos | 10 | .5 | 5 |
| Mejorar los trámites de referencia de pacientes | 10 | .7 | 7 | Falta de un albergue para los familiares de pacientes foráneos | 10 | 1 | 10 |
| Profesionalización del personal | 9 | .5 | 4.5 | Incapacidad para creación de áreas muy especializadas para tratamiento de enfermedades de reciente diagnostico (ebola) | 10 | 1 | 10 |
| Educación de la población | 10 | 1 | 10 | Giro a hospital de segundo nivel | 9 | 1 | 9 |
| Ser el único hospital de alta especialidad en el estado y/o región | 8 | .9 | 7.2 | Renuncia del personal calificado | 10 | .8 | 8 |
| Relación con los Institutos nacionales de Salud para referencia de pacientes | 9 | .9 | 8.1 |  |  |  |  |
| Asesoría, capacitación de personal, telemedicina diagnóstica, docente} | 9 | .9 | 8.1 |  |  |  |  |
| Creación de convenios internacionales para intercambio de personal de salud | 8 | .7 | 5.6 |  |  |  |  |
| PROMEDIO |  |  | 7.43 |  |  |  | 8.4 |
| ATRACTIVIDAD |  |  |  |  |  |  | -0.97 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |



A través de esta matriz y analizando la información obtenida, podemos concluir que tenemos un nivel de Atractividad bajo, con una competitividad de igual forma no muy alta, nos encontramos en un nivel de mantenimiento, debido a que nuestras fortalezas se ven debilitadas por nuestras debilidades. A nivel externo nuestras amenazas suelen verse neutralizadas por nuestras oportunidades.

**MATRIZ FODA**

FORTALEZA (F) DEBILIDADES (D)

OPORTUNIDADES F1O1, F1O3, F1O4, F1O8 D2O2

 (O) F2O5, F2O7 D4O2

F3O5 D5O2

F4O2, F4O3, F4O5, F4O7, F4O8 D6O5

F5O3, F5O5, F5O7, F5O8 D7O1, D7O3, D7O7

AMENAZAS F1A4, F1A5 D1A2

1. F2A4 D5A5

F3A1, F3A2, F3A3 D7A5

F4A2, F4A3, F4A4

F5A3, F5A4, F5A5

Como muestra la información nuestras amenazas se ven neutralizadas por nuestras fortalezas

Nos encontramos ante estrategias: FO Maxi-Maxi, nuestras fortalezas neutralizan las amenazas, DO nuestras debilidades nos permiten aprovechar nuestras oportunidades, FA Maxi-Mini nuestra fortalezas nos permiten hacer frente a nuestras amenazas y DA Mini-Mini nuestras debilidades no son vulneradas por las amenazas.

**PLAN ESTRATEGICO**

Organización: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD.

**Visión:** Ser para el 2018 un hospital de alta especialidad certificado por el Consejo de Salubridad General con los criterios homologados de la JOIN COMISSION, a través de lo cual se garantice la atención óptima a los usuarios; mediante la utilización de tecnología de punta, atención médica altamente especializada, terapias e infraestructura de vanguardia.

**Misión:** Somos una institución altamente eficiente en la atención de patologías complejas y de baja frecuencia para la población del Sureste Mexicano y Mesoamérica. Otorgamos servicios de diagnósticos, terapéuticos apoyados en tecnología de última generación y desarrollo de investigación que propicie el continuo proceso de mejora de nuestros servicios. Contamos con formación de recursos humanos altamente calificados que perpetúen la estandarización y calidad óptima de la atención brindada.

**Valores de la Institución:**

**1. Institucional:** Para el cumplimiento de la Misión y alcanzar la Visión requerida serán necesarios esfuerzos a mediano y largo plazo, guiados y apoyados por las autoridades, mediante un trabajo constante y de colaboración de la población trabajadora, fomentando en forma sistemática valores institucionales como:

 Autocuidado: Práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

 Corresponsabilidad: Responsabilidad compartida de los individuos sobre las acciones emprendidas en beneficio de propios y de la comunidad

 Higiene: Coordinación entre las diferentes áreas de la Institución para favorecer hábitos saludables, en prevención de enfermedades, bajo un esquema de reconocimiento, evaluación y control de factores y tensiones ambientales que surgen en el lugar de trabajo y que pueden provocar quebrantos a la salud, incomodidad e ineficiencia en el trabajo.

 Prevención de Accidentes: Es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un proceso productivo, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.

 Seguridad: Compromiso que tiene la organización con trabajadores y usuarios para garantizar las necesidades que conlleven al funcionamiento y aplicación adecuada de normas que prevengan riesgos y asegurar un adecuado funcionamiento de la infraestructura con que cuenta la institución.

 Trabajo en Equipo: La participación y el compromiso de todos los niveles jerárquicos en la resolución de problemas y toma de decisiones, con la finalidad de obtener resultados y soluciones cada vez de mayor calidad, en forma oportuna en beneficio de la Institución y de los servicios otorgados.

**2. Hacia la población:**

Generación de Empleo: Incentivar con el servicio que préstamos, el incremento de nuevas fuentes de empleo, mejorando la calidad de vida de nuestros ciudadanos.

Competitividad: Dirigir los recursos hacia actividades necesarias y productivas aprovechando al máximo las ventajas competitivas.

Ambiente: Propiciar el desarrollo y explotación de actividades que contribuyan a la conservación y protección del ambiente.

**3. Hacia la Sociedad**

Compromiso con la Organización: Identificación con la Corporación, su misión, objetivo y cultura, basada en una confianza autentica, y no fingida, acatando sus normas, políticas y procedimientos tomando en consideración el rol que desempeña en el desarrollo de la región.

Innovación: Búsqueda de nuevas ideas, tecnologías y procedimiento que agilicen el trabajo, reduzcan tiempo y costo en función del logro de los objetivos organizacionales

Respeto: Trato justo y equitativo en la ejecución de los diferentes programas internos; respeto en la relación-comunicación entre los diferentes miembros y niveles de la organización.

Trabajo en Equipo: Actuación a través de una integración participativa del trabajo como filosofía hacia el logro de los propósitos de la institución, los mismos van en pro de la competitividad.

**4. Valores de organización empresarial:**

Ética (honestidad, integridad y justicia).

Compromiso (trabajo en equipo, lealtad y transparencia frente a la organización).

Calidad (es una manera de vivir, norma de conducta de la empresa).

Competitividad (control de costos, altos estándares de calidad, atención oportuna).

Rentabilidad (alcanzar altos niveles de productividad que aseguren rentabilidad).

Talento humano (patrimonio fundamental, respetarlo, brindarle oportunidades de crecimiento).

**5.-Enfocados A La Calidad Cultura Y Desarrollo Sustentable**

Calidad Entorno Cultural y Ecológico

Congruencia

Excelencia y Vanguardia

Respeto

Rigor Metodológico

**Políticas Institucionales:**

1. Todo el personal de salud deberá de realizar el proceso de atención médica con Calidad y Calidez, hacia los usuarios bajo los estándares de calidad y Seguridad del paciente, de acuerdo a las Metas Internacionales del Consejo de salubridad General.

2.- El personal de Salud deberá de contar con la Certificación y/o Acreditación correspondiente Bajo los estándares de los Colegios y Academias de su Especialidad Medico quirúrgica.

3.- El personal médico deberá de presentar ante el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), un mínimo de dos Protocolos de Investigación anuales; de las patologías más frecuentes de la unidad.

4.-El personal de salud deberá de realizar las acciones establecidas en los protocolos de atención médica bajo los criterios de la Acreditación de los programas de Fondo de Protección contra gastos catastróficos.





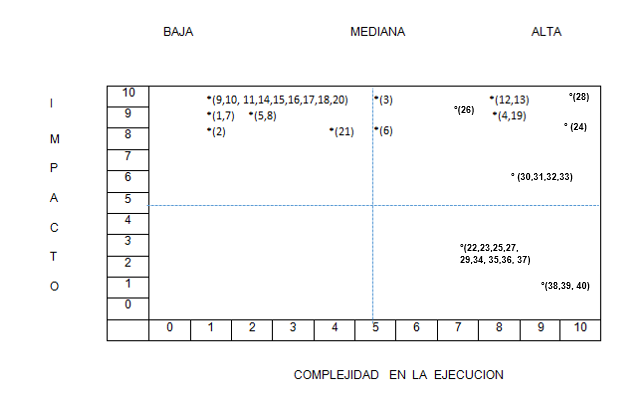
**Objetivos Y Estrategias**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS ESTRATEGICOS** | **ESTRATEGIAS** | **METAS** | **TACTICAS-INICIATIVA** | **COMPLEJIDAD** | **IMPACTO** |
| 1. Mejorar la Calidad en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo los procesos de mejora  continua en la calidad. | * Actualización continua de personal de Salud. * Capacitación en la adquisición de tecnología de punta. * Realización de campañas de información para los usuarios para prevención en 1patologías crónicas degenerativas. | Capacitar al 75% del personal de Salud, para la atención de patologías complejas y de baja frecuencia. | Programa anual de capacitación medica continua. | 1 | 9 |
| Capacitar al 60% del personal Médico y técnico en las nuevas técnicas, destrezas y herramientas modernas. | Certificación de cursos desarrollados o implementados. | 1 | 8 |
| Tener para el 2018 en la institución el 100% del recurso humano altamente calificado. | Desarrollo de Campañas de información con lenguaje claro y sencillo | 2 | 10 |
| Implementación del 20% de las GPC de las patologías más frecuentes. | Asegurar el apego a las guías de prácticas clínicas. | 8 | 9 |
| Capacitación del 100% del personal médico y Técnico en los equipos de nueva adquisición. | Justificación para la Inclusión de adquisición se equipos de vanguardia en el Programa Operativo Anual y capacitación. | 2 | 9 |
| Incrementar la productividad en un 10% anual. | Creación de Estímulos y recompensas para el personal institucional | 4 | 8 |
| Apertura de clínicas y programas para el uso de la tecnología adquirida logrando así el acercamiento de los servicios al 100% de la población usuaria. | Reasignación del personal de salud en las nuevas áreas de trabajo. | 5 | 8 |
| Disminuir el 10% anual de los ingresos de patología crónico degenerativas prevenibles. | Utilización de tecnología de punta para llevar controles estadísticos de morbimortalidad. | 1 | 6 |
| Realización de campañas de información masivas para el 20% de las patologías más frecuentes y prevenibles. | Análisis de la Morbilidad Hospitalaria y de Consulta externa institucional | 2 | 8 |
| Mantener las condiciones administrativas, técnico científicas y de equilibrio financiero que permitan  la permanencia de la Institución en el sistema. | * Personal administrativo que facilite los trámites burocráticos para el acceso de los pacientes más rápidamente. * Que la recaudación financiera sea equivalente a los estados socioeconómicos de los pacientes. * Administración del recursos federal destinado para la investigación de patologías que se presenten en el hospital. | Implementación del 100% del Manual de Referencia contra Referencia. | Actualización y Capacitación al comité Jurisdiccional de Referencia contra Referencia | 5 | 8 |
| Tener el 100% del personal administrativo capacitado en atención al usuario. | Apego al curso de Inducción del personal de nuevo ingreso. | 1 | 9 |
| Simplificación del 20% de los tramites institucionales | Implementación de tableros de control que monitoricen el desarrollo de procesos de mejora por el personal operativo | 2 | 10 |
| Apego al 100% del personal de trabajo social, en el manual de Estudio socioeconómico. | Involucrar al personal en la mejora del Manual | 3 | 9 |
| Aplicación del estudio socioeconómico al 100% de los usuarios. | Auditoria Interna | 2 | 9 |
| Desarrollo de 3 Protocolos anuales en patologías propias de la región. | Auditoria Interna | 3 | 9 |
| Destinar el incremento del 10% anual del presupuesto asignado. | Auditoria de Gestión | 4 | 7 |
| Optimizar al 100% la compra de materiales y reactivos necesarios para la investigación. | Auditoria Interna y reingeniería de procesos | 3 | 6 |
| Prestar servicios de salud de tercer nivel a la población de la región atendiendo la demanda con altos estándares de calidad de acuerdo a la normatividad vigente. | * Brindar calidad de servicio mediante personal y tecnología innovadora. * Ofrecer costos económicos para familias de escasos recursos. * Cumplir con los estándares establecidos en cuestión de servicios de salud. | Brindar servicio de alta especialidad con 100% de calidad. | Certificación por el Consejo de Salubridad General | 1 | 10 |
| Ofrecer un diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta al 100% de los usuarios. | Estandarización de procesos de atención | 4 | 10 |
| Tener para el 2018 el 100% del personal capacitado y actualizado. | Desarrollo e implementación del programa anual de educación médica continúa. | 4 | 9 |
| Actualización del 100% del Tabulador de Cuotas de Recuperación por la SHCP | Proceso de mejora del departamento de recursos financieros. | 4 | 10 |
| Cobertura al 100% de los usuarios de las patologías del programa de fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. | Difusión al personal de salud y usuarios de las patologías cobertura das por el FPCGC. | 1 | 10 |
| Implementación en el 100% de los usuarios el programa de dosis unitaria de medicamentos y material de curación. | Apego de políticas a insumos de dosis unitaria. | 1 | 10 |
| Apego del 100% a las guías de Práctica Clínica | Auditoria de gestión | 4 | 10 |
| Funcionamiento del Comité de apego de guías de práctica Clínica y del Expediente Clínico y cumplimiento en el 100% de revisión de expedientes. | Auditoria del COCASEP | 4 | 8 |
| Establecer  gestión integral de procesos  enfocados al riesgo que permita accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad, y seguridad en la prestación de los servicios de salud que permita alcanzar un alto grado de satisfacción de los usuarios. | * Que el servicio prestado al paciente sea adecuando y en cumplimiento del reglamento del hospital de alta especialidad. * Brindar al paciente confianza mediante la atención oportuna de la patología que presenta. | Que el paciente obtenga un servicio de calidad y satisfactorio en un 80% | Encuesta de satisfacción del usuario. | 1 | 10 |
| Que se cree una cultura organizacional de confianza para el paciente y sus familiares que involucre al 100% del personal institucional. | Sistema de evaluación de desempeño. | 1 | 10 |
| Promoción de los servicios del hospital por medio de los usuarios con campañas de información que involucre al 100% del personal de la Subdirección de atención al usuario. | Profesionalización de los servicios y auditorias de gestión. | 1 | 10 |
| Que el 100% de los pacientes permanezca en la institución durante el tratamiento de la patología diagnosticada hasta el cumplimiento o finalización del tratamiento. | Comunicación abierta del personal con el usuario y su familia; donde se tome en cuenta las necesidades de los mismos | 3 | 8 |
| Aplicación de encuestas de satisfacción al 100% de los usuarios. | Encuestas por aval ciudadano. | 1 | 10 |
| Mejorar la percepción de la atención por el paciente en un 20% anual. | Talleres de concientización para el personal que se encuentra en contacto con el paciente y familia. | 3 | 8 |
| Desarrollar y fortalecer la gestión del recurso humano en función de las necesidades del establecimiento y su presupuesto. | * Personal capacitado para la atención inmediata a las patologías que se presenten. * Personal adecuado para que la estancia del paciente sea de alta calidad. * Personal con visión de servir al paciente con calidad. | Talleres de actualización médica continua en el 100% de la plantilla de personal. | Acreditación de cursos ATLS y ACLS. | 8 | 9 |
| Capacitación medica continua con 2 cursos de actualización anuales. | Elaboración de detección de necesidades de capacitación. | 2 | 8 |
| Aumento del 10% eficiencia y eficacia para el diagnóstico y tratamiento hacia el paciente. | Programa de mejora continua. Reingeniería de procesos de atención médica. |  |  |
| Crear un ambiente confiable para el paciente en el que se involucre el 100% del personal que se encuentra en contacto directo con este. | Asignación de personal de acuerdo a la competencia mediante la utilización de tableros de control. | 1 | 10 |
| Brindar un servicio con empatía al 100% de los usuarios. | Talleres de sensibilización para el personal. | 3 | 8 |
| Proyectar una imagen humanitaria y de profesionalismo al 100% de la población usuaria y su familia. | Desarrollar sentido de pertenencia institucional del personal. | 4 | 8 |
| Reducir los tiempos de espera para consulta de primera vez en un 25%. | Tiempo de consulta otorgada por el medico | 3 | 9 |
|  |  | Reducir en un 10% el tiempo para informes de trabajo social. | Productividad del personal de Atención al Usuario | 2 | 9 |
| Mejorar en un 50% el tiempo que el paciente y su familia requiere para el egreso hospitalario. | Auditoria de desempeño. | 3 | 10 |

Tácticas-Iniciativas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBJETIVOS | | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| INICIATIVAS PARA CORREGIR | **3,6** | **11** | **23** |  |  |
| INICIATIVAS PARA MEJORAR | **1,2,4,7,9** | **10,13,14,15 16,17** | **19,20,21, 22,24, 25** | **26,27,28,29,31** | **32, 33,34,35, 37,38,39, 40** |
| INICIATIVAS PARA INNNOVAR | **5,8** | **12** | **18** | **30** | **36** |

MATRIZ DE PRIORIDAD DE LAS INICIATIVAS:



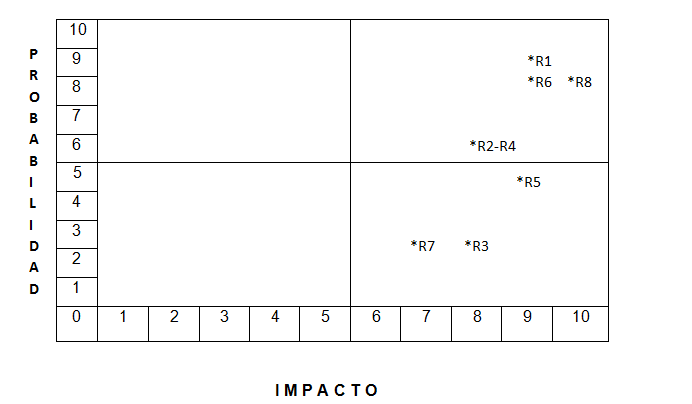
**MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTRATEGIA** | **META** | **INDICADOR** | **FORMULA** | **FUENTE** | **RANGO** | | | **METODO DE ANALISIS** |
| **VERDE** | **AMARILLO** | **ROJO** |
| Actualización continua de personal de Salud | Tener el 100% del recurso humano altamente calificado. | Personal capacitado actual contra programa de Capacitación anual | porcentaje de personal capacitado/Número de cursos programados  x 100 | Programa anual de capacitación | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de pastel |
| Capacitación en la adquisición de tecnología de punta | Capacitación del 100 % del personal médico y técnico en los equipos de nueva adquisición | Porcentaje de personal capacitado en tecnología de punta | Total de Personal médico y paramédico real capacitado /  Personal programado x 100 | Programa anual de mejora continua | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de pastel |
| Realización de campañas de información para los usuarios para prevención en patologías crónicas degenerativas | Realizar campañas de información masiva para el 20% de Las patologías más frecuentes | Porcentaje de usuarios y familiares capacitados en las patologías más frecuentes de enfermedades crónico degenerativas | Numero de capacitaciones realizadas / número de capacitaciones programadas x 100 | Programa de capacitación en enfermedades crónico degenerativas | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de barras |
| Personal administrativo que facilite los trámites burocráticos para el acceso de los pacientes más rápidamente en Consulta externa | Implementación al 100 % del manual de referencia contra referencia | Tiempo de aceptación de referencia hospitalaria | Número de horas transcurridas de recepción de referencia / número de pacientes aceptados x 100 | Estándares de SiCalidad | 1 día | < 3 días | < 6 días | Grafica de pastel |
| Que la recaudación financiera sea equivalente a los estados socioeconómicos de los pacientes | Aplicación del 100 % del estudio socioeconómico a los usuarios | Porcentaje de estudios socioeconómicos realizados | Número de usuarios atendidos / número de estudios socioeconómicos realizados x 100 | Apego a las recomendaciones de SHCP | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de pastel |
| Administración del recursos federal destinado para la investigación de patologías que se presenten en el hospital | Destinar el 10 % anual del presupuesto asignado | Porcentaje de presupuesto asignado en el POA anual | Presupuesto asignado / número de protocolos realizados x 100 | Programa de asignación de recursos de la SHCP | 10 % | < 10 % > 5% | ≤ 5% | Grafica de pastel |
| Brindar calidad de servicio mediante personal y tecnología innovadora. | Ofrecer un diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta al 100% de los usuarios | Porcentaje de utilización adecuada de los recursos tecnológicos disponibles para la atención de los usuarios | Productividad por equipo utilizado / número de pacientes atendidos x 100 | Programa anual de trabajo | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de barras |
| Ofrecer costos económicos para familias de escasos recursos. | Contar con cobertura de los usuarios de las patologías coberturadas por el programa de fondo de protección contra gastos catastróficos | Porcentaje de asignación de nivel sociecónomico 1X | Porcentaje de pacientes con nivel1X / Total de pacientes atendidos patologías de FPCGC | CAUSES | 100% | < 100->80% | ≤80% | Grafica de pastel |

**RIESGOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTRATEGIA** | **RESTRICCIONES** | **RIESGOS** | **PROBABILIDAD** | **IMPACTO** |
| Actualización continua de personal de Salud | Presupuesto asignado por el POA | Retraso en el proceso licitatorio de la LAASSP | 9 | 9 |
| Capacitación en la adquisición de tecnología de punta | Presupuesto asignado por el POA | Subutilización de los equipos de alto costo. | 6 | 8 |
| Realización de campañas de información para los usuarios para prevención en patologías crónicas degenerativas | Falta de fondos destinados a la prevención | La información no sea clara y entendible para la población general | 3 | 8 |
| Personal administrativo que facilite los trámites burocráticos para el acceso de los pacientes más rápidamente | Poca disponibilidad del personal, poca cooperación del personal para su actualización, poca participación del personal para la reingeniería de procesos. | Se subutilice al personal, el personal no esté bien capacitado y proporcione información inadecuada | 6 | 8 |
| Que la recaudación financiera sea equivalente a los estados socioeconómicos de los pacientes | Falta de políticas claras por parte de recursos financieros. Políticas de cobros inadecuadas a la realidad de los usuarios | No se aplique adecuadamente el estudio socio económico y genere gastos a paciente por mala clasificación | 5 | 9 |
| Administración del recursos federal destinado para la investigación de patologías que se presenten en el hospital | Falta de recursos destinados a la investigación y/o falta de planeación para desarrollo de la investigación. | Utilización de recurso para partidas no contempladas en necesidades varias | 8 | 9 |
| Brindar calidad de servicio mediante personal y tecnología innovadora. | Presupuesto asignado por el POA. Falta de visión por parte de los decisores de aplicación del presupuesto. | Subutilización del personal altamente capacitado en tareas no adecuadas a sus capacidades | 3 | 7 |
| Ofrecer costos económicos para familias de escasos recursos. | No actualización de las políticas de aplicación de Estudio Socioeconómico | Acceso a programas preferentes para personas de escasos recursos a personas con capacidad de pago mayor. | 8 | 10 |

**MAPA DE RIESGOS**

****

**PLAN DE CONTINGENCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **INDICADOR** | **RESTRICCIONES** | **FUERA DE RANGO** | **PLAN DE CONTINGENCIA** |
| Retraso en el proceso licitatorio de la LAASSP | Personal capacitado actual contra programa de Capacitación anual | Presupuesto asignado por el POA | < DEL 100% | Ante el retraso de asignación de la falta de recursos, inducir la réplica de los cursos al resto del personal institucional con aval de la jefatura de enseñanza. Rotación del personal asignado para la capacitación. |
| Subutilización de los equipos de alto costo. | Porcentaje de personal capacitado en tecnología de punta | Presupuesto asignado por el POA | < DEL 100% | Solicitar actualización del software de los equipos institucionales cuando no haya recursos para adquisición de tecnología nueva y solicitar capacitación para el personal institucional al proveedor de actualización de software de los equipos. |
| La información no sea clara y entendible para la población general | Usuarios y familiares capacitados en las patologías más frecuentes de enfermedades crónico degenerativas | Falta de fondos destinados a la prevención | < DEL 100% | Recurrir a expertos en técnicas de enseñanza, para que la comunicación sea comprensible para la población para lograr eliminar las barreras de comunicación. |
| Se subutilice al personal, el personal no tenga una adecuada capacitación y proporcione información inadecuada | Tiempo de aceptación de referencia hospitalaria | Poca disponibilidad del personal, poca cooperación del personal para su actualización, poca participación del personal para la reingeniería de procesos. | >1 DÍA | Desarrollo de talleres de sensibilización por los líderes de opinión, con lo cual se espera que el personal institucional participe en la mejora de atención continua del Servicio de Atención al usuario. |
| No se aplique adecuadamente el estudio socio económico y genere gastos a paciente por mala clasificación | Numero de estudios socioeconómicos realizados | Falta de políticas claras por parte de recursos financieros. Políticas de cobros inadecuadas a la realidad de los usuarios | < DEL 100% | Generar conciencia en el personal que aplica el estudio socioeconómico y adjudica el nivel socioeconómico, darle a conocer la problemática generada por la mala clasificación socioeconómica que tiene el Servicio de Atención al usuario. Involucrar al personal que domina la aplicación del estudio socioeconómico para capacitar al demás personal. |
| Utilización de recurso para partidas no contempladas en necesidades varias | Total de presupuesto asignado en el POA anual | Falta de recursos destinados a la investigación y/o falta de planeación para desarrollo de la investigación. | < DEL 100% | Involucrar al personal operativo en la realización del Programa Operativo Anual (POA), que contemple las necesidades reales operativas. Dando prioridad a los servicios más necesarios. |
| Subutilización del personal altamente capacitado en tareas no adecuadas a sus capacidades | Utilización adecuada de los recursos tecnológicos disponibles para la atención de los usuarios | Presupuesto asignado por el POA. Falta de visión por parte de los decisores de aplicación del presupuesto. | < DEL 100% | Reubicación de personal de acuerdo a sus capacidades. Detección de necesidades de reubicación de personal en la interacción con el personal operativo de los diferentes servicios. |
| Acceso a programas preferentes para personas de escasos recursos a personas con capacidad de pago mayor. | Porcentaje de asignación de nivel socioeconómico 1X | No actualización de las políticas de aplicación de Estudio Socioeconómico | < DEL 10% | Solicitud de no derechohabiencia. Aplicación rigurosa de la Ley General de Salud. |