



**Seguro Nacional de Salud
SeNaSa**

"Año del Bicentenario del Natalicio de Juan Pablo Duarte"

**INFORME EVALUATIVO
PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)
ENERO - DICIEMBRE 2012**

**SANTO DOMINGO, D. N.
JUNIO 2013**



Presentación

Cinco años consecutivos de publicación de los resultados de los planes operativos del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), son la expresión concreta de la continuidad y compromiso institucional de hacer de la transparencia y la rendición de cuentas un valor consustancial a la identidad de la organización.

Este documento corresponde al último de cinco informes que publicamos durante la ejecución del Plan Estratégico 2008-2012. El mismo es la expresión de la consolidación de la línea editorial de SeNaSa y de la voluntad institucional de asumir el escrutinio público como una oportunidad para la consolidación de la gestión de los procesos.

Esperamos que este informe sea de insumo útil para quienes tienen el interés de conocer los logros, avances, retos o desafíos que tiene por delante el Sistema Dominicano de Seguridad Social y de este modo aportar a su fortalecimiento.

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Directora Ejecutiva.

Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)

TÍTULO:
INFORME EVALUATIVO
PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)
ENERO - DICIEMBRE 2012

Participantes en la Evaluación:

El equipo de dirección de SeNaSa y el personal técnico de las diferentes gerencias de la sede central y las oficinas regionales.

Coordinación:

Dirección Ejecutiva y Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.

Redacción:

Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.

Revisión y corrección de estilo:

Gerencia de Comunicación.

Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.

Edición:

Departamento de Mercadeo.

Diseño y diagramación:

Fecha de elaboración:

Mayo del 2013.

Fecha de publicación:

Junio, 2013.

Sede central de SeNaSa: Av. 27 de Febrero casi esq. avenida Tiradentes, Ens. Serrallés. Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana.

Índice:

EJE ESTRATÉGICO AMPLIACIÓN COBERTURA DE AFILIACIÓN

I. GESTIÓN DE AFILIACIÓN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

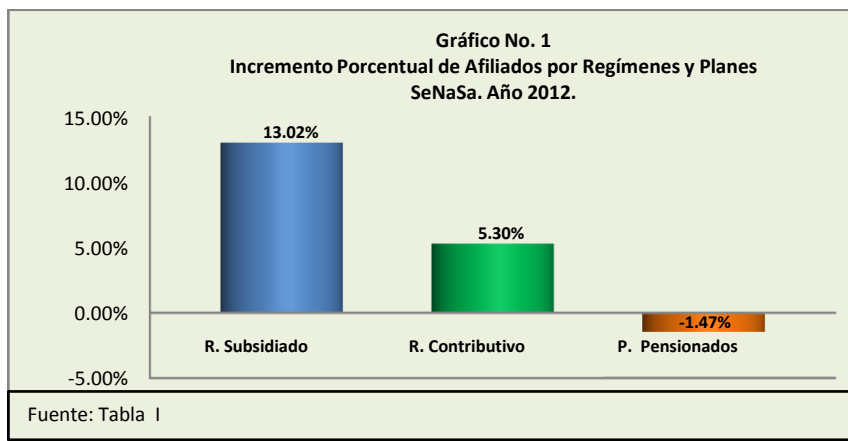
1. Incremento global de la afiliación con aportes en diferentes regímenes y planes

La población con aportes de SeNaSa en los diferentes regímenes y planes al cierre del año 2012 fue de 2, 769,412 afiliados, representando un incremento porcentual de 11.70% respecto al año 2011 cuya cartera fue de 2, 445,503 afiliados. La mayor participación la tuvo el Régimen Subsidiado, la cual fue de 83.17% y el Régimen Contributivo ocupa el segundo lugar con un 16.45%. Asimismo, el Régimen Subsidiado tuvo un crecimiento de 13.02%, siendo el de mayor incremento (Tabla I, y gráfico 1).

TABLA No. I
RELACION AFILIADOS CON APORTES A SeNaSa POR REGIMENES Y PLANES
SeNaSa. AÑO: 2011 - 2012

Régimen o Plan	Cantidad de Afiliados		Participación %		Incremento Afiliación	
	2011	2012	2011	2012	Absoluto	%
R. Subsidiado	2,003,427	2,303,351	81.92%	83.17%	299,924	13.02%
R. Contributivo*	431,529	455,667	17.65%	16.45%	24,138	5.30%
P. Pensionados	10,547	10,394	0.43%	0.38%	-153	-1.47%
Total	2,445,503	2,769,412	100.00%	100.00%	323,909	11.70%

Fuente: Boletín Estadístico. SeNaSa. Años 2007 - 2012.



2. Incremento cobertura de afiliación del Régimen Subsidiado.

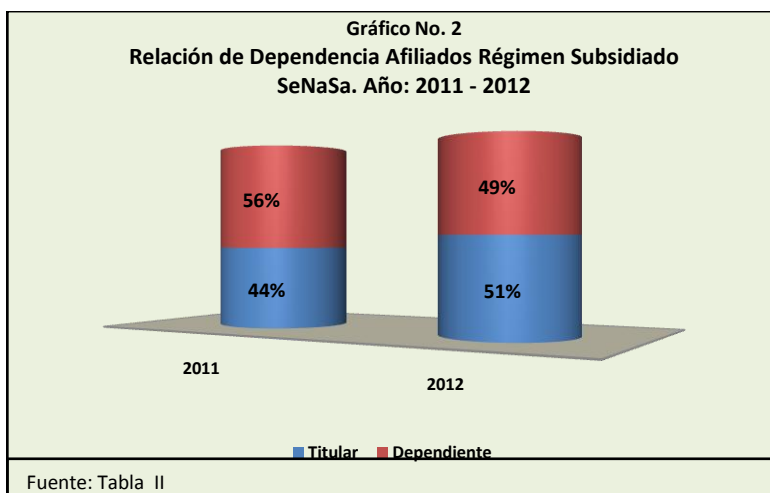
Al cierre del año 2012, la población del Régimen Subsidiado, facturable por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), era de 2,303,351 afiliados, superando la cartera de afiliados respecto al año 2011 con 299,924 nuevos afiliados. Esto representó un incremento de un 13%.

Sin embargo, la relación de dependencia en este Régimen tuvo una disminución de 0.31 en el 2012, respecto a la línea base del año 2011. En efecto, para el 2011 la relación de dependencia era de 1.27, mientras que al cierre del 2012 esta relación disminuyó a 0.96, al presentar una población de 1,170,0009 titulares y 1,124,347 dependientes. Esta disminución fue el resultado de la concentración de la afiliación en titulares (Tabla II, y gráfico 2).

TABLA No II
RELACIÓN DE DEPENDENCIA AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO
SeNaSa. AÑO: 2011 - 2012

Tipo de Afiliado	Año			
	2011		2012	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Titular	883,775	44%	1,178,040	51%
Dependiente	1,119,652	56%	1,125,311	49%
Total	2,003,427	100%	2,303,351	100%
Relación dependencia	1.27		0.96	

Fuente: Boletín Estadístico. SeNaSa. Años 2007 - 2012.



En términos regionales, la población con derecho a servicios, tiene su mayor concentración en la Región 0 (Área Metropolitana de Salud) con 694,866 afiliados para un 30.0%; seguida en ese mismo orden por la Región II con 261,228 afiliados para el 11.3%; la Región VIII y la I con 246,579 y 237,730 afiliados para un 10.7% y 10.3% respectivamente. Continúa en orden descendiente la Región III con 211,090 para el 9.3%; las demás tienen porcentajes menor al 9%; siendo la Región VII la de menor población con 122,605 afiliados para el 5.3% (Tabla No. III).

Tabla No. III
POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR REGIÓN Y SEXO
SeNaSa, DICIEMBRE, AÑO 2012

REGIÓN	SEXO		TOTAL	%
	FEMENINO	MASCULINO		
0	402,576	292,290	694,866	30.0%
I	134,340	103,390	237,730	10.3%
II	145,958	115,270	261,228	11.3%
III	110,339	100,751	211,090	9.1%
IV	83,223	76,817	160,040	6.9%
V	103,449	74,403	177,852	7.7%
VI	104,380	97,136	201,516	8.7%
VII	64,706	57,899	122,605	5.3%
VIII	129,581	116,998	246,579	10.7%
TOTAL	1,278,552	1,034,954	2,313,506	100.0%

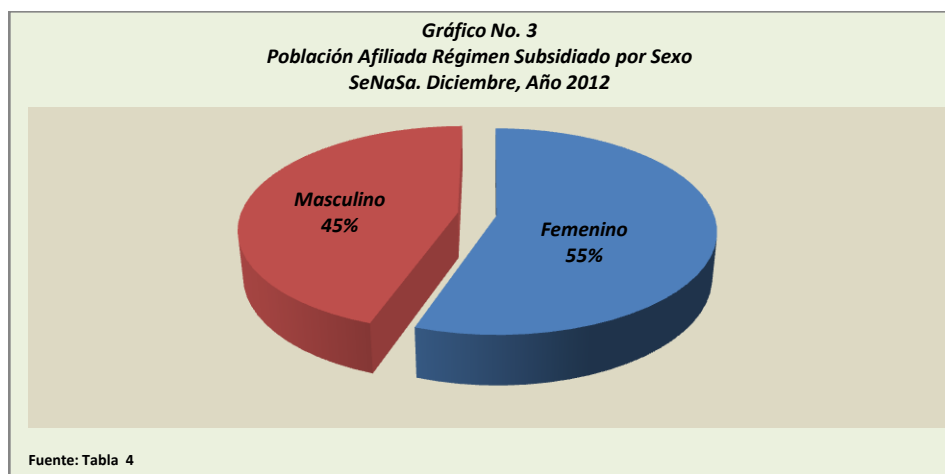
Fuente: DWH. Unidad de Análisis de Gestión Estadística-Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

La distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado con derechos a servicios, tiene sus propias características, una de ella es que el sexo femenino ocupa el 55.3% de la población general con 1,278,552 afiliadas; mientras que el 44.7% del sexo masculino con 1,034,954 afiliados. Cuenta con una población de 44,143 afiliados (1.2%) dependientes menores de 5 años; una población adolescentes de 480,660 afiliados (20.7%); las mujeres en edad fértil con 811,860 afiliadas 63.5%), representando un 4.9% con pruebas de citología vaginal. Es importante señalar que el mayor grupo de población la constituyen los que tienen edad productiva con 1,486,267 afiliados (64.2%); y que 303,478 afiliados (13.1%) conforman la población de envejecientes. Se observa que la población femenina supera a la masculina a partir de los 20 años de edad, siendo su mayor presencia en los grupo de 30 a 34 años; no obstante la masculina se mantuvo por encima de la femenina hasta completar la pubertad (19 años) (Tabla No. IV, gráfico No. 3).

Tabla No. IV
POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
PERIODO: ENERO – DICIEMBRE, AÑO 2012

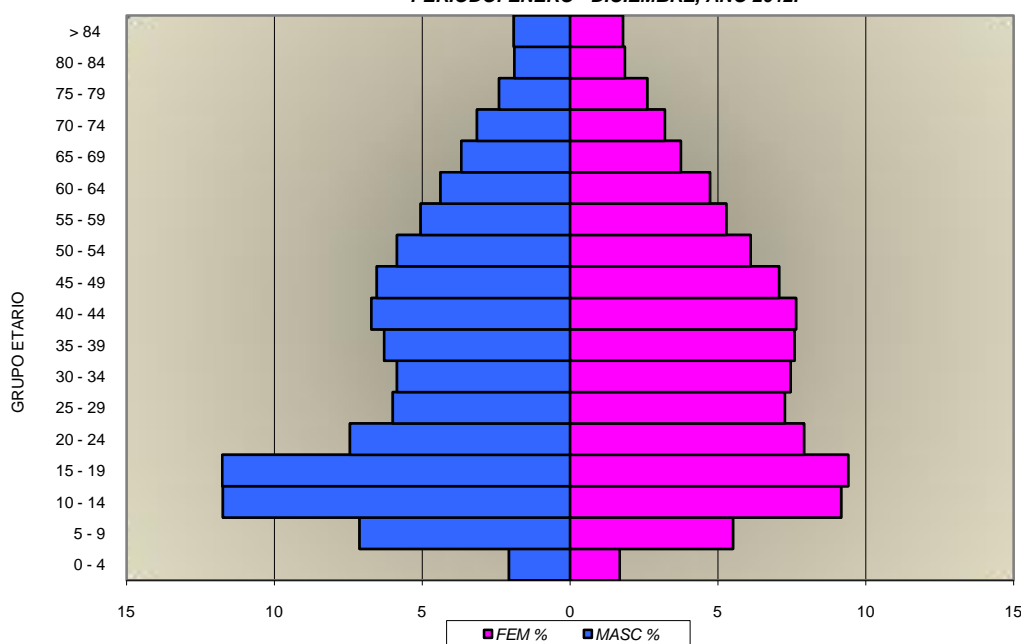
GRUPO ETARIO	SEXO				TOTAL
	FEM.	%	MASC.	%	
< 1	1,900	48.40%	2,026	51.60%	3,926
2 - 4	19,521	48.54%	20,696	51.46%	40,217
5 - 9	70,441	48.89%	73,650	51.11%	144,091
10 - 14	117,194	49.08%	121,577	50.92%	238,771
15 - 19	120,189	49.69%	121,700	50.31%	241,889
20 - 24	101,193	56.76%	77,084	43.24%	178,277
25 - 29	92,835	59.92%	62,088	40.08%	154,923
30 - 34	95,370	61.14%	60,610	38.86%	155,980
35 - 39	97,018	59.84%	65,116	40.16%	162,134
40 - 44	97,745	58.41%	69,611	41.59%	167,356
45 - 49	90,316	57.16%	67,678	42.84%	157,994
50 - 54	78,088	56.30%	60,618	43.70%	138,706
55 - 59	67,580	56.35%	52,354	43.65%	119,934
60 - 64	60,471	57.14%	45,359	42.86%	105,830
65 - 69	47,912	55.70%	38,105	44.30%	86,017
70 - 74	41,022	55.74%	32,568	44.26%	73,590
75 - 79	33,297	57.20%	24,914	42.80%	58,211
80 - 84	23,695	54.87%	19,492	45.13%	43,187
> 85	22,765	53.60%	19,708	46.40%	42,473
Total	1,278,552	55.26%	1,034,954	44.74%	2,313,506

Fuente: DWH. Unidad de Gestión de Información Estadística-Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión



Al observar la pirámide poblacional correspondiente al Régimen Subsidiado, es de base ancha, siendo en la franja de 20 a 40 años donde presenta una depresión poblacional, principalmente en la población masculina, esto podría ser por la salida automática cuando se alcanza la edad de los 21 años, o su incorporación en el mercado laboral. A partir de los 40 años el comportamiento es muy similar para ambos sexos, aunque se destaca el vértice un poco amplio. (Tabla V).

Gráfico: No.4
PORCIENTO POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
PERIODO: ENERO - DICIEMBRE, AÑO 2012.



FUENTE: Fuente: DWH. Unidad de Análisis de Gestión Estadística-Gerencia de Planificación y Evaluación de

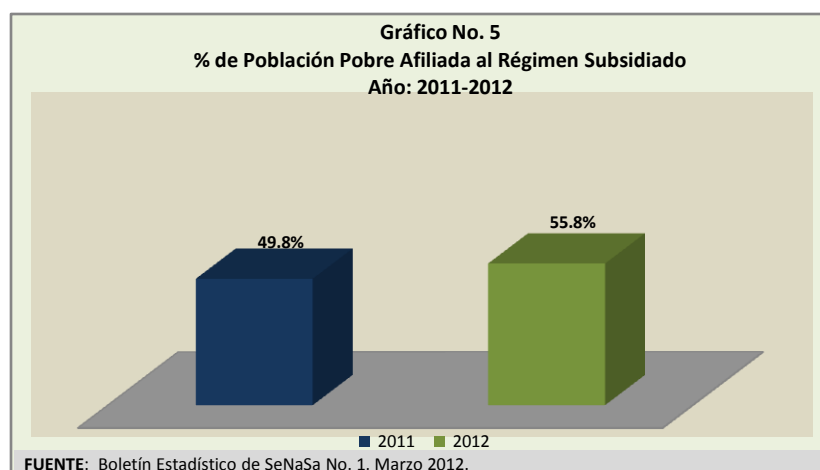
3. Población pobre afiliada

Al cierre del 2012 la población pobre afiliada al Régimen Subsidiado ascendió de 49.8% a 55.8%, para un incremento de un 6% en relación al año 2011 (Tabla No. V, y gráfico No. 5). En efecto, de un total de 4,126,478 personas ubicadas dentro de la población pobre general, el Seguro Nacional de Salud afilió 2,303,351 personas pobres. Esto significa que para el año 2012 se amplió la protección social en la población de mayores niveles de pobreza del país.

Año	Población con Pobreza General de la Rep. Dom. (1)	Población pobre afiliada al Régimen Subsidiado (2)	% población pobre afiliada (3)=(2)/(1)*100
2011	4,022,990	2,003,427	49.8%
2012	4,126,478	2,303,351	55.8%

FUENTE: (1) -Calculada con metodología Oficial del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, a diciembre, 2012. (2) y (3). Población afiliada con aportes a diciembre de cada año.

Nota: Los indicadores de pobreza del año 2012, son preliminares, aún no han sido publicados por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.



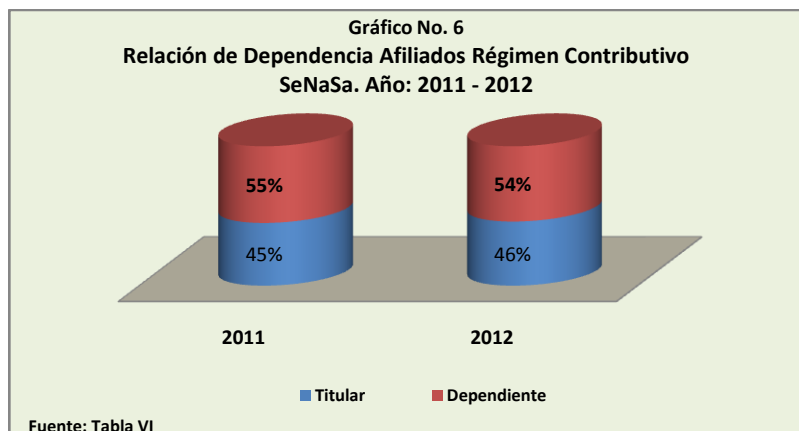
4. Incremento cobertura de afiliación del Régimen Contributivo.

De acuerdo al reporte de afiliados facturables del Régimen Contributivo correspondiente al mes de Diciembre, la cartera de afiliados al Régimen Contributivo se incrementó en 24,027 afiliados respecto al año 2011, alcanzando una población de 455,667 afiliados, de los cuales 207,548 eran titulares y 248,119 dependientes; para una relación de dependencia al mes de diciembre de 1.20, manteniendo un comportamiento casi similar al 2011, cuya relación de dependencia fue de 1.21 (Tabla VI, y gráfico 6).

TABLA No. VI
RELACIÓN DE DEPENDENCIA AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
SeNaSa. AÑO: 2011 - 2012

Tipo de Afiliado	Año			
	2011		2012	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Titular	195,723	45%	207,548	46%
Dependiente	235,917	55%	248,119	54%
Total	431,640	100%	455,667	100%
Relación dependencia	1.21		1.20	

Fuente: Boletín Estadístico. SeNaSa. Años 2007 - 2012.

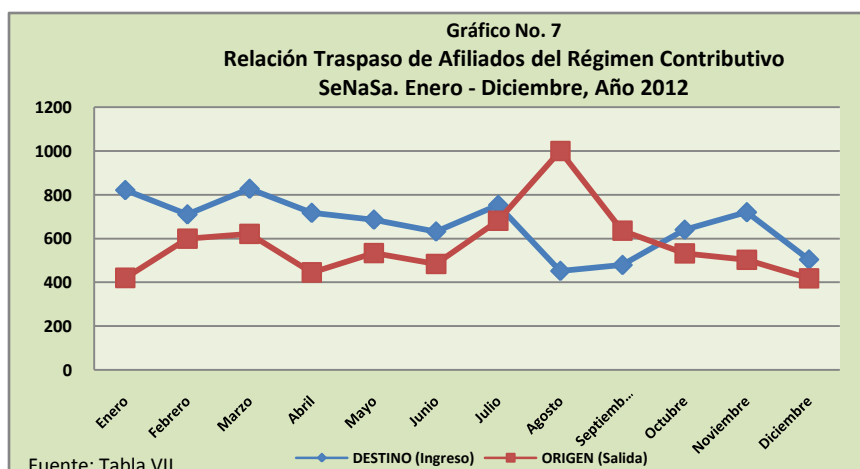


Por otro lado, durante el año 2012, en el Régimen Contributivo se dio una relación de traspaso de afiliados (entradas y salidas), cuyo comportamiento osciló entre 0.45 a 1.95. La relación más baja de 0.45 se produjo durante el mes de agosto, donde por cada afiliado traspasado a otra ARS, entraron 0.45 nuevos afiliados a SeNaSa. Durante este mes salieron 1,000 afiliados en comparación a 452 nuevos que ingresaron; mientras que la relación más alta de 1.95 se produjo en el mes de enero, donde por cada afiliado que salía de SeNaSa, ingresaba 1.95 nuevos afiliados. Durante este mes ingresaron 821 nuevos afiliados y salieron 420. Al cierre del año 2012 la relación de ingreso y salida era de 1.19, con el ingreso de 7,941 personas provenientes de otras ARS respecto a 6,672 afiliados que salieron por traspaso (Tabla No. VII. Gráfico No. 7).

TABLA No. VII
RELACIÓN TRASPASOS DE AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
SeNaSa. ENERO – DICIEMBRE, AÑO 2012.

MESES	DESTINO (Entrada)	ORIGEN (Salida)	Relación
Enero	821	420	1.95
Febrero	710	599	1.19
Marzo	827	621	1.33
Abril	717	445	1.61
Mayo	686	533	1.29
Junio	632	484	1.31
Julio	753	681	1.11
Agosto	452	1000	0.45
Septiembre	479	636	0.75
Octubre	640	532	1.20
Noviembre	720	503	1.43
Diciembre	504	418	1.21
Total	7,941	6,672	1.19

Fuente: Sistema de Seguimiento al POA/Gerencia de Afiliación/Población Facturables TSS



5. Mantenimiento de la cartera de Pensionados y Jubilados.

Para el año 2012, la institución se propuso garantizar el mantenimiento de la cartera de afiliados en el Plan Especial de Pensionados y Jubilados. Por eso, se observa una dinámica oscilante y discontinua en el proceso de afiliación de esta población. Para el mes de diciembre 2012, la cartera se mantuvo en 10,515, equivalente al 99.7% del total de la cartera del año 2011, la cual era de 10,567. Al comparar con la cantidad de afiliados al cierre del año 2011, se observa que hubo un crecimiento negativo de 0.30%, con la disminución de 32 afiliados al pasar de 10,547 en el 2011 a un total de 10,515 afiliados pensionados y jubilados en el año 2012. Los dos factores que explican esta disminución están relacionados con la migración de pensionados y jubilados al Régimen Contributivo en calidad de dependientes adicionales y por las novedades generadas por deceso o muerte (Gráfico No. 8).



EJE ESTRATÉGICO GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

II. GESTIÓN SERVICIOS SALUD

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Red de Prestadores de Servicios de Salud

Para el año 2012, la Red de Prestadores de Servicios de Salud de SeNaSa, estaba conformada por 6,626 prestadores, de los cuales 5,323 correspondían a prestadores privados y mixtos, mientras que 1,338 a prestadores públicos; presentando un incremento de 12.79% prestadores contratados respecto al año 2011. De los nuevos prestadores en el año 2012, un total de 486 corresponde a prestadores privados con un incremento de 9.13% respecto al año 2011; mientras que 49 prestadores pertenecen a la red pública para un incremento de 3.66% (Tabla No. VIII, gráfico No. 9).

TABLA No. VIII
RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADOS
SeNaSa, AÑO 2011 - 2012

PSS	2011		2012		Incremento	% Incremento
	Cantidad	%	Cantidad	%		
Públicos	1,289	21.04%	1,338	20.09%	49	3.66
Privados y mixtos	4,837	78.96%	5,323	79.91%	486	9.13
Total	6,126	100.00%	6,661	100.00%	760	12.79

Fuente: Dpto. Contratación/Gerencia Servicios de Salud/Unidad Gestión Estadística/Gerencia de Planificación



De esta red de prestadores de salud hay un total de 88 considerados como mixtos porque ofrecen atención a afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado (Tabla No. IX).

TABLA No. IX
RED MIXTA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
SeNaSa: AÑO 2012

RED MIXTA	Año 2012	%
Clínicas Privadas y organizaciones no gubernamentales	22	25.00
Hospitales	5	5.68
Laboratorios Clínicos	6	6.82
Centro Oftalmológico	3	3.41
Centro de Rehabilitación	1	1.14
Clínica Audiología	1	1.14
Centro de Alto Costo	17	19.32
Centros Diagnósticos	16	18.18
Médicos Independientes	17	19.32
TOTAL	88	100.00

Fuente: Dpto. Contratación/Gerencia Servicios de Salud/Unidad Gestión Estadística/Gerencia de Planificación

Parte de este proceso de consolidación de la Red Prestadores de Servicios de Salud, implicó la recontractación o firmas con 410 prestadores. Estas recontractaciones tuvieron como base principal la revisión y estandarización de las tarifas establecidas en los contratos anteriores. Sólo un 2% de estos prestadores no fueron recontractados por falta de consenso en la aplicación de las tarifas (Tabla X, y gráfico 10). Este logro fue producto del establecimiento de estrategias de relacionamiento directo, discusión clara y abierta con los prestadores. En la mayoría de estos casos las nuevas tarifas logradas son inferiores a las anteriormente establecidas.

TABLA No. X
PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS RECONTRACTADOS
SeNaSa, AÑO 2012

Prestadores	Núm.	%
Recontractados	410	98%
No recontractados	7	2%
Meta Propuesta	417	100

Fuente: Dpto. Contratación/Gerencia Servicios de Salud/Unidad Gestión Estadística/Gerencia de Planificación



2. Reevaluación de prestadores de servicios de salud

Como parte del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de SeNaSa, en la Gerencia de Salud se estableció un modelo de reevaluación de los prestadores de servicios de salud. Esta reevaluación tiene como objetivo fundamental incrementar los niveles de calidad de la red de prestadores contratada por SeNaSa.

En efecto, para el año 2011 se había reevaluado un total de 200 prestadores de la red mixta y privada de un universo de 702, lo cual representaba el 28% de la meta propuesta para ese año. Al 31 de diciembre del 2012 fueron reevaluados 483 PSS. La meta planteada para el 2012 era reevaluar el 90% de las PSS mixtas y privadas. Esta meta fue superada en un 6%, ya que se logró reevaluar el 96.2% de los prestadores propuestos (Tabla XI, y gráfico 11).

TABLA No. XI
REEVALUACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADO Y MIXTOS
SeNaSa. AÑO 2012

CONDICIÓN DE LA PSS	AÑO 2011	%	AÑO 2012	%	TOTAL	%
Reevaluados	200	28%	483	96%	683	97%
Por reevaluar	502	72%	19	4%	19	3%
META ESTABLECIDA	702	100%	502	100%	702	100

Fuente: Dpto. Contratación/Gerencia Servicios de Salud/Unidad Gestión Estadística/Gerencia de Planificación



3. Sistema de Autorizaciones Médicas

Para el año 2012 uno de los logros más relevantes del Sistema de Autorizaciones Médicas de SeNaSa fue la ampliación de las autorizaciones vía web. En efecto, durante el periodo Enero-Diciembre 2012, se otorgaron 4,209,844 autorizaciones médicas, de las cuales 1,905,511 se realizaron vía el centro de llamada, lo que representa el 45% del total de autorizaciones; mientras que 2,304,333 se realizaron por otras vías (IVR, servicios Web, puntos periféricos, áreas de atención al usuario, servicio farmacéuticos vía Web). Esto representa un 55% de las autorizaciones. La meta fue superada hasta un 110% con relación a la línea basal del 2011 y la meta propuesta en el 2012 (Tabla XII).

TABLA No. XII
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
SeNaSa, Año 2012

VIA	CANTIDAD	%
Centro de llamada para autorizaciones médicas	1,905,511	45%
Vía Web y puntos periféricos	2,304,333	55%
Total	4,209,844	100%

Fuente: Sistema Bicom/Dpto. Autorizaciones Médica /GSS

Por otro lado, de Enero a Diciembre 2012 entraron 1,693,641 llamadas al centro de autorizaciones médicas, de las cuales fueron respondidas 1,486,028 para un 88%, representando el 98% de ejecución de lo establecido en la meta. Mientras que un total de 207,613 llamadas fueron abandonadas, para un 12% del total de llamadas recibidas. La meta programada para el año era de un 90%, lo que significa que esta meta fue superada con un 8%.

Entre los factores que han incidido en esta meta se destacan las fallas en la plataforma tecnológica, de los sistemas y la central telefónica, cuyas capacidades están por debajo del flujo de llamadas. La institución está iniciando la implementación de tres proyectos de cambios en la plataforma tecnológica y en la red telefónica que implicarán un salto cualitativo en todo el Sistema de Autorizaciones Médicas. (Tabla No. XIII; gráfico No. 12).

TABLA No. XIII
LLAMADAS AL CENTRO DE AUTORIZACIONES
SeNaSa, AÑO 2012.

Condición de la Llamada	Núm. de Llamadas	%	Meta Propuesta %	Logro Alcanzado
Respondidas	1,486,028	88%	1,524,277	98%
Abandonadas	207,613	12%		
Total	1,693,641	100	90%	98%

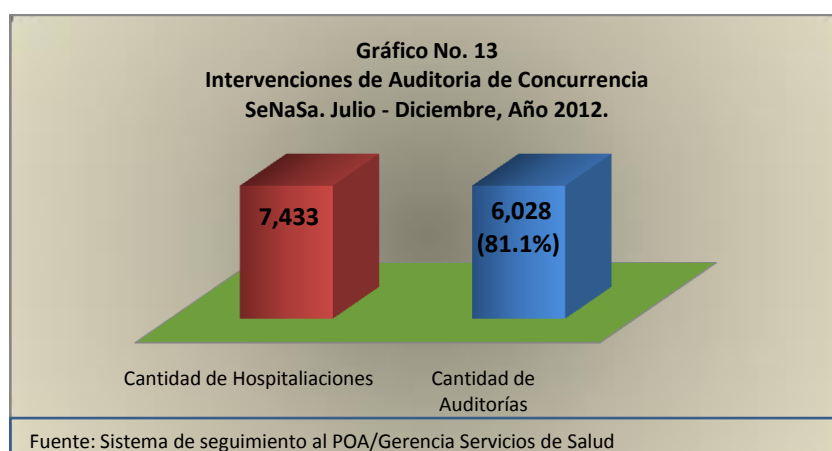
Fuente: Sistema de Seguimiento al POA/Gerencia Servicios de Salud.



4. Procesos de Auditorías Médicas

En el año 2012 un elemento de consolidación en los procesos de auditorías médicas fue la implementación del modelo de auditorías de concurrencias para el Régimen Subsidiado. Con este modelo SeNaSa apunta a mejorar la calidad de los servicios recibidos por sus afiliados durante el proceso de hospitalización o internamiento.

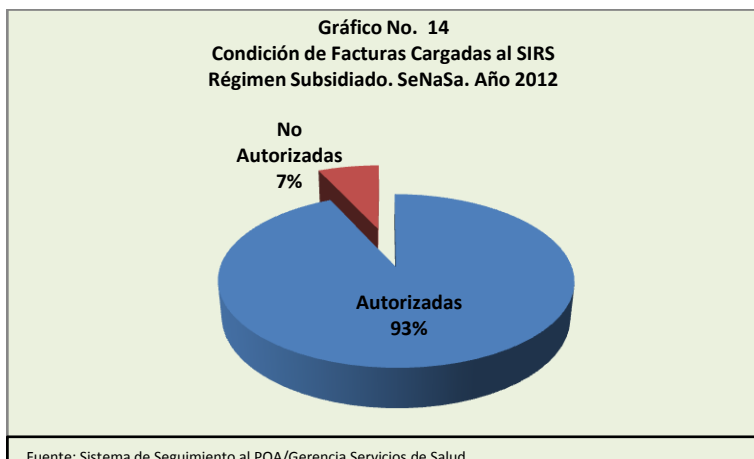
El nivel alcanzado durante este periodo fue de un 81.1%, respecto a la meta planteada, dado que se realizaron 6,028 auditorías de concurrencias en centros de la red pública, de un total de 7,433 hospitalizaciones. El nivel de cumplimiento de este indicador supera la meta programada en un 8% (Gráfico No 13).



Para el caso de las hospitalizaciones en centros privados y mixtos priorizados, durante el periodo comprendido entre los meses enero y diciembre del 2012, se autorizaron 23,946 hospitalizaciones en las 25 PSS priorizadas, y se auditaron 13,094, para un 54.7% de cumplimiento, lo que significa el 58% de ejecución con relación a la meta propuesta y un 61% de cumplimiento con relación a la línea basal de 2011. El bajo cumplimiento en el indicador se debió: primero, al rezago de

expedientes acumulados de los primeros meses del año; segundo, las informaciones del primer mes no están contempladas en el informe.

Un elemento de consolidación de los procesos de auditoría de calidad de los servicios de salud del Régimen Subsidiado en el 2012, está relacionado con el tiempo promedio para la auditoría de los expedientes de las PSS contratadas. De un total de 31 PSS priorizadas el 93.11% de sus facturas cargadas al Sistema Integral de Registro de Salud (SIRS) fueron auditadas en un período no mayor de 15 días laborales, tal como estaba establecida en la meta de la Gerencia de Salud. En efecto, de 112,509 facturas cargadas al SIRS, un total de 104,762 fueron auditadas en el tiempo establecido. (Gráfico No. 14).



Durante el año 2012, los casos sospechosos de fraudes detectados por la Unidad de Auditoría Forense a través del análisis de la Data y otros medios, han sido investigados en un plazo menor o igual a los 20 días. Fueron detectados 52 casos de intento de fraudes, de los cuales se investigaron 43 casos, lo que representó un 82.69 %. El nivel de cumplimiento de este indicador respondió a las dificultades presentadas para levantar las informaciones de los soportes que reposan en la unidad de trámite de cuentas. Otra problemática se refiere a la poca colaboración por parte de los afiliados al momento de iniciar las investigaciones; así como, a la inconsistencia de los datos registrados en la base de dato de los afiliados. El nivel de cumplimiento de este indicador fue de 87% con relación a la línea basal.

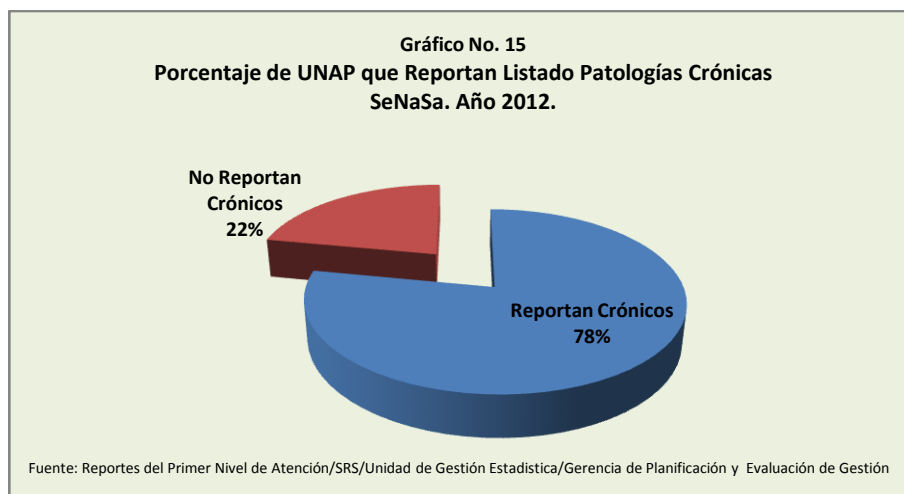
5. Servicios de promoción y prevención (P&P) a los afiliados de los diferentes Regímenes y Planes.

5.1 Régimen Subsidiado:

Uno de los componentes de prioridad para los servicios de promoción y prevención en el año 2012 fue el seguimiento de los afiliados del Régimen Subsidiado que habían sido identificados y diagnosticados con insuficiencia renal crónica (IRC), con el propósito de garantizar su tratamiento en la red de prestadores de servicios de salud contratada. En efecto, todos los afiliados diagnosticados como tales son tratados tanto a nivel clínico y los que ameriten de diálisis han sido

ubicados en su unidad de tratamiento. Al cierre del año 2012, un total de 198 afiliados del régimen subsidiado con insuficiencia renal crónica (IRC) recibe su tratamiento.

Otro componente a destacar es el seguimiento, desde las Unidades de Atención Primarias (UNAP), a los casos de afiliados del Régimen Subsidiado con patologías crónicas (hipertensión arterial y diabetes) y de afiliadas embarazadas. En efecto, un 78% de las UNAP reporta regularmente el listado de afiliados con patologías crónicas y de afiliadas embarazadas (Gráfico No. 15). Este listado permite verificar el comportamiento de los servicios de P y P para esta población.



Demanda en el Primer Nivel de Atención (Régimen Subsidiado).

La demanda de servicios de salud, es descrita y organizada de acuerdo al esquema del Plan Básico de Salud. Para el primer nivel de atención están: las actividades no asistenciales y asistenciales de Promoción y Prevención (P&P); y las atenciones ambulatorias. Dentro de cada uno de esta clasificación se describen los servicios demandados por los afiliados.

Durante el 2012 fueron realizadas 425,348 actividades no asistenciales de Promoción y Prevención (P&P), de las cuales 66,226 fueron orientaciones a niños y niñas; 65,873 a adolescentes; 58,992 charlas a embarazadas; 109,911 a envejecientes y 124,346a pacientes crónicos, siendo este último con el mayor número de actividades. La atención a la mujer, registraron 739,893 actividades, de las cuales 611,455 correspondieron a planificación familiar; 39,947 a la detección del cáncer de cérvix; 18,977 para la detección del cáncer de mama; mientras que en la atención prenatal se registraron 57,961 actividades asistenciales; y 11553 en la atención del puerperio. En cuanto a la atención a niños y adolescentes, se registraron 617,175 consultas de seguimiento.

En el seguimiento a pacientes crónicos, se registraron 644,285 actividades, siendo las consultas de hipertensión arterial con el mayor número de demanda; seguida por las consultas a pacientes diabéticos con 101,767 asistencias; continúa la artritis reumatoide con 57,726; entre otras.

En resumen, el total de atenciones de P&P registradas durante el año 2012 fueron 2,426,70 (Tabla No. XIV).

Tabla No. XIV
DEMANDA SERVICIOS PRIMER NIVEL DE ATENCION SEGUN ACTIVIDADES DEL PBS
SeNaSa. ENERO – DICIEMBRE, AÑO 2012

Actividad	Servicios	2012
Actividades no asistenciales de P&P (usuarios participantes)	Orientación niños (as)	66,226
	Orientación a adolescente	65,873
	Orientación y charlas a embarazadas	58,992
	Orientación a envejecientes	109,911
	Orientación pacientes crónicos	124,346
	Sub-total	425,348
Atención a la mujer	Planificación Familiar	611,455
	Detección Ca Cérvix	39,947
	Detección Ca Mama	18,977
	Atención prenatal	57,961
	Atención puerperio	11,553
	Sub-total	739,893
Atención a niños y adolescentes	Consulta de seguimiento	617,175
Seguimiento a pacientes crónicos	Trastornos mentales	8,827
	Tb pulmonar	7,750
	HTA	382,793
	Epilepsia	10,462
	Enf. Pulmonar Obstructiva	17,620
	Diabetes	101,767
	Cardiopatías	23,501
	Asma	33,839
	Artritis reumatoide	57,726
	Sub-total	644,285
	Total atención de P&P	

Fuente: Reporte Estadístico de Atenciones del Primer Nivel de Atención/SRS/MISP/
 Unidad de Gestión de Información Estadística-Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

6. Demanda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

La demanda de servicios para el segundo y tercer nivel de atención, fue clasificada tomando en cuenta la forma del reporte con la cantidad de procedimientos por los establecimientos de salud: cantidad de procedimientos facturados a través del SIRS para los establecimientos de salud que conforman la red pública; y demanda mediante el Sistema de Autorización. En esta última, se registra la demanda de centros privados y mixtos contratados para la atención de afiliados del Régimen Subsidiado. Durante el periodo enero – diciembre 2012, se reportaron 9,771,370 servicios, de los cuales 4,963,654 corresponden a los servicios diagnósticos (en internamientos y ambulatorios), representando el 50.80%; le continúan las atenciones ambulatorias con 2,748,285 consultas, para un 28.13%; los servicios de hospitalizaciones y emergencias con 893,628 y 651,058 para el 9.15% y 6.66% respectivamente; entre otros. (Tabla No. XV).

Tabla No. XV
DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD SEGUNDO Y TERCER NIVEL ATENCION
SeNaSa. ENERO –DICIEMBRE, AÑO 2012

Grupo de Servicios	Cantidad	%
Atención Ambulatoria (consultas)	2,748,285	28.13
Emergencia	651,058	6.66
Hospitalización	893,628	9.15
Partos	101,988	1.04
Cirugía	190,971	1.95
Apoyo diagnóstico	4,963,654	50.80
Atenciones de alto costo	100,260	1.03
Rehabilitación	111,135	1.14
Hemoterapia	10,373	0.11
Total	9,771,370	100.00

Fuente: : DWH, ERP, Cubos de información/SIRS, Consolidado: Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión
 (1) Reportes aprobados, ERP

7. Consolidado de la Demanda.

Al consolidar la demanda por grupo de servicios, se reporta el registro de 15,007,562 servicios, de los cuales 2,426,701 corresponden a la atención primaria (P&P), y dentro de estos se encuentran las actividades no asistenciales de P&P donde han participado 425,348 usuarios. Esta cantidad se reporta a través de los Servicios Regionales de salud, a los cuales se les sumaron los servicios reportados por la Clínica Orden de Malta (Santo Domingo Oeste y Monte Plata). Los servicios del primer nivel de atención representan el 16.17% del total de la sumatoria de los servicios reportados durante el año 2012.

En el renglón de las atenciones ambulatorias, se registraron 4,817,740 consultas, para un porcentaje del 32.1%; mientras que los servicios de emergencia con 812,471 servicios con el 5.4%. Los servicios de hospitalizaciones reportaron 893,628 internamientos representando el 6.0%; los partos 101,988 registros para un 0.7%; y 229,217 servicios de cirugía con el 1.5%. De igual forma los servicios de apoyo diagnóstico tanto en pacientes internos como ambulatorios con 5,504,001 para un 36.7%; en otro renglón los servicios de alto costo 100,260 con el 0.7%; las hemoterapias con 10,373 servicios, entre otros de menor demanda. (Tabla No. XVI; gráficos No.16).

TABLA No. XVI
CONSOLIDADO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS AUTORIZADOS Y REPORTADOS
RÉGIMEN SUBSIDIADO. ENERO – DICIEMBRE, AÑO 2012

GRUPO DE SERVICIOS	CANTIDAD	%
Atención primaria (P&P)- (1)	2,426,701	16.17
Atención ambulatoria (consultas)	4,817,740	32.10
Emergencia	812,471	5.41
Hospitalización(1)	893,628	5.95
Partos	101,988	0.68
Cirugía	229,217	1.53
Apoyo diagnóstico	5,504,001	36.67
Atenciones de alto costo	100,260	0.67
Rehabilitación	111,135	0.74
Hemoterapia	10,373	0.07
Medicamentos ambulatorios (2)	30	0.00
Reembolsos pagados por servicios(3)	18	0.00
Total	15,007,562	100.0

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información SIRS, Consolidado: Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

(1) Cantidad de servicios reportados por los Servicios Regionales de salud, ONG y autorizaciones.

(2) Autorizaciones de servicios (no incluye cantidad de medicamentos dispensados en la red de atención primaria)

(3) Reportes aprobados, ERP



8. Montos Autorizados y Aprobado por Servicios de Salud

Durante el año 2012, el valor autorizado por servicios de salud ascendió al monto de RD\$5,148,143,339; de los cuales RD\$932,369,411 por capitación para la atención primaria en las UNAP, de los afiliados del Régimen Subsidiado, representando el 29.05%; siguiendo el orden de mayor a menor se encuentran los servicios de apoyo diagnóstico con RD\$933,046,684 para el

18.12%; las atenciones de alto costo RD\$631,562,454 representando un 12.27%; mientras que por hospitalizaciones se autorizaron y aprobaron RD\$601,972,535 para el 11.69%. En menor proporción con valores autorizados y aprobados se encuentran los servicios de cirugía con RD\$473,162,022; las atenciones ambulatorias RD\$313,380,942; y los medicamentos ambulatorios con RD\$279,292,050 respectivamente; entre otros. (Tabla No. XVII; gráfico No.17).

TABLA No. XVII
MONTOS AUTORIZADO/APROBADO POR DEMANDA DE SERVICIO
RÉGIMEN SUBSIDIADO. ENERO-DICIEMBRE, AÑO 2012

GRUPO DE SERVICIOS	VALOR	%
Atención primaria (P&P) - (1)	1,495,341,104	29.05
Atención ambulatoria	313,380,942	6.09
Emergencia	230,703,126	4.48
Hospitalización(1)	601,972,535	11.69
Partos	112,618,443	2.19
Cirugía	473,162,022	9.19
Apoyo diagnóstico	933,046,684	18.12
Atenciones de alto costo	631,562,454	12.27
Rehabilitación	49,828,283	0.97
Hemoterapia	14,473,985	0.28
Medicamentos ambulatorios (2)	279,292,050	5.43
Reembolsos pagados por servicios(3)	162,313	0.00
Otros (4)	12,599,398	0.24
TOTAL	5,148,143,339	100.0

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información SIRS, Consolidado: Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

(1) Valor aprobado/autorizado a los Servicios Regionales de salud, ONG y Hospital

(2) Consulta de cheques ERP, valor RD\$ pagados a PROMESE/CAL más valor autorizados a farmacias.es.

(3) Reportes Valor Aprobado tramitado a la G. Financiera, ERP.

(4) Consulta de cheques pagados ERP, Planes de Reintegración y 0.05% entre ADM Ministerio de Salud Pública

Gráfico No. 17
Demanda de Servicios Autorizado y Reportados
Régimen Subsidiado. Enero - Diciembre, Año 2012.



Fuente: Tabla XVII

Enfermedades de Notificación de Obligatoria

Cuando se habla de enfermedades de notificación obligatoria, se refiere aquellas enfermedades transmisibles que los médicos están obligados a notificar al centro de salud pública correspondiente por ser de especial importancia para la comunidad, y la salud colectiva.

Las enfermedades, síndromes y síntomas de riesgo epidemiológico, se detectan según el diagnóstico registrado en el SIRS, y a través del registro en el sistema de autorizaciones, cuyo ordenamiento es estructurado de acuerdo a semanas epidemiológicas de ocurrencia, y los grupo de edad por población afectado, permitiendo observar su comportamiento actual y compararlo con el año anterior.

Para el año 2012, se registraron 254,143 eventos de notificación obligatoria; superando con 38,684 a los ocurridos en el año anterior donde se reportaron 215,459. Dentro de estos eventos, los de mayor incidencia fueron: las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, febriles y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). (Tabla No. XVIII).

TABLA No. XVIII
REGISTRO DE ENFERMEDADES. SINDROMES, Y SINTOMAS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
REGIMEN SUBSIDIADO. COMPARATIVO: AÑO: 2011 – 2012

Enfermedades, síndromes y síntomas.	Año 2011	Año 2012
Conjuntivitis	1,241	3,454
Enfermedad Diarreicas	30,530	34,802
Enfermedad Febril (dengue clásico, fiebre tifoidea, paratifoidea, leptospirosis, malaria)	19,569	32,339
Enfermedad Febril, eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, meningococcemia)	10	8
Enfermedad Febril con manifestaciones hemorrágicas (dengue hemorrágico, fiebre amarilla)	0	53
Gripe, IR, faringoamigdalitis, difteria, influenza, bronquitis, bronconeumonía, neumonía, otitis	84,861	90,384
Enfermedad transmitida por alimento	854	1,332
Infección de Transmisión Sexual: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, absceso tubarico)	16,906	21,057
Infección de Transmisión Sexual: Flujo vaginal (vaginitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)	20,345	27,143
Infección de Transmisión Sexual: Secreción Uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)	38,716	39,508
Infección de Transmisión Sexual: Ulcera Genital (Sífilis, chancroide, herpes, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo)	236	258
Hepatitis vírica aguda (hepatitis A;B;C;)	1,043	2,634
Mordedura o agresión animal (rabia humana)	307	339
Meningitis (meningitis por meningococo, hemofilus, neumococo, tuberculosa, otras)	22	21
Parálisis flácida (síndrome Guillian Barré), poliomielitís parálítica)	415	525
Parotiditis viral	0	0
Tosedor crónico (sintomático respiratorio, 2 semanas con tos, tuberculosis pulmonar)	75	126
Varicela	329	160
Total	215,459	254,143

FUENTE: Reporte diario de autorizaciones – Unidad de Gestión Estadística – Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.

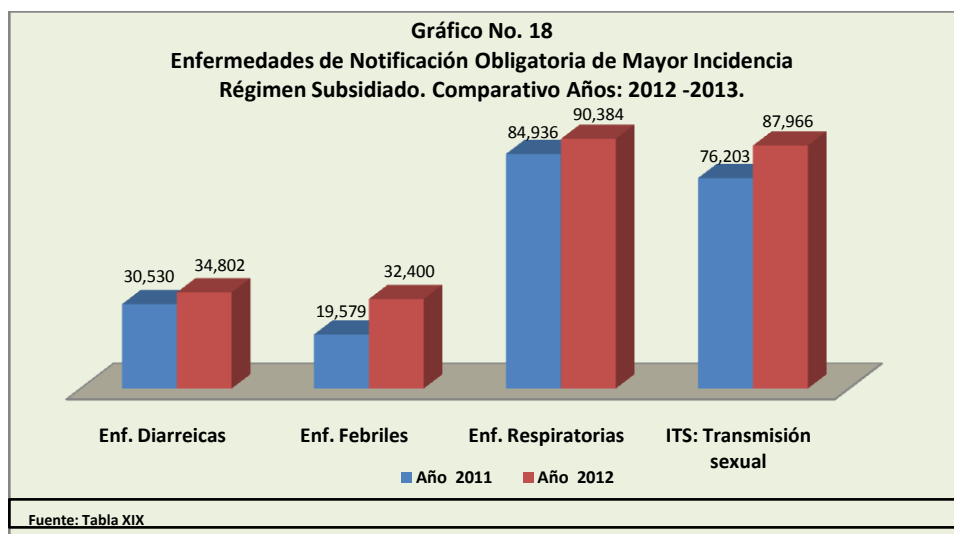
Nota: Estas informaciones están limitadas a las notificaciones de la red de hospitales públicos que facturan por el Sistema Integral de Registro de Salud (SIRS), por lo que representa una muestra de la demanda de servicios de consultas y emergencias del Régimen Subsidiado.

Estas enfermedades de mayor principalía, superaron las ocurridas en el año 2011. Se observa que las enfermedades diarreicas reportadas en el 2012, superaron con 4,272 casos respecto al año 2011; de igual forma las enfermedades febriles con 12,821 respecto al año anterior, coincidiendo con el brote de dengue que afectó al país durante el año 2012. Las enfermedades respiratorias con 5,448 respecto al 2011; y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que superaron con 11,763 al año anterior. (Tabla No. XIX; gráfico No. 18).

TABLA No. XIX
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MAYOR INCIDENCIA
RÉGIMEN SUBSIDIADO. COMPARATIVO AÑO: 2011 – 2012

Enfermedades, síndromes y síntomas.	Año 2011	Año 2012
Enf. Diarreicas	30,530	34,802
Enf. Febriles	19,579	32,400
Enf. Respiratorias	84,936	90,384
ITS: Transmisión sexual	76,203	87,966

FUENTE: Reporte diario de autorizaciones – Unidad de Gestión Estadística – Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.



5.2 Régimen Contributivo:

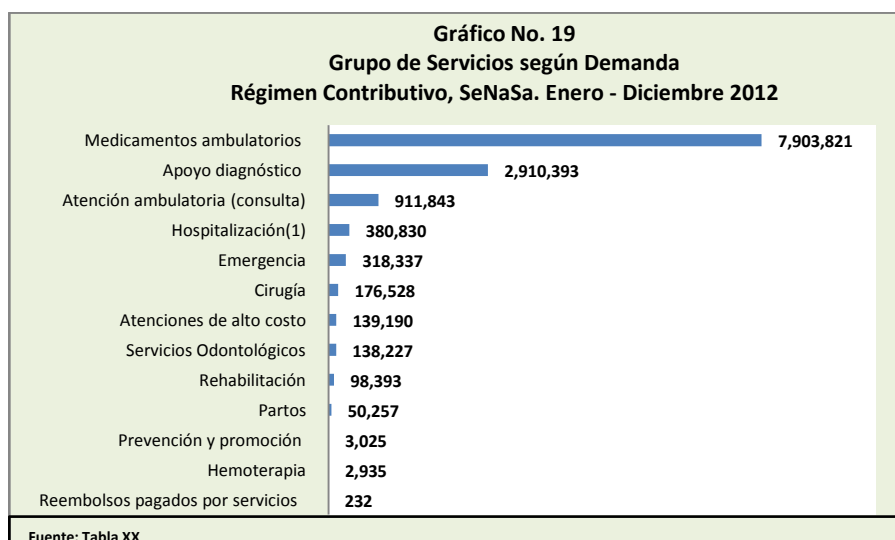
1.- Demanda por Tipo Servicios

Durante el periodo enero – diciembre del año 2012, fueron reportados 13,034,011 servicios demandados, de los cuales se destacan principalmente el renglón de medicamentos ambulatorios con 7,903,821 servicios, representando el 60.6%; le continúan en orden de mayor a menor los grupo de servicios de apoyo diagnóstico 2,910,393; atención ambulatoria con 911,843 consultas y las hospitalizaciones y emergencias con 390,830, y 318,337 servicios, para un 2.92%, y 2.44% respectivamente, entre otros de menor demanda en los que se observan las atenciones por alto costo con 139,190 servicios para un 1.07%. (Tabla No. XX; gráfico No.19)

TABLA No. XX
SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS Y APROBADOS, REGIMEN CONTRIBUTIVO
Período: Enero 2007 - Diciembre 2012

GRUPO DE SERVICIOS	CANTIDAD	%
Prevención y promoción	3,025	0.02
Atención ambulatoria (consulta)	911,843	7.00
Emergencia	318,337	2.44
Hospitalización(1)	380,830	2.92
Partos	50,257	0.39
Cirugía	176,528	1.35
Apoyo diagnóstico	2,910,393	22.33
Atenciones de alto costo	139,190	1.07
Rehabilitación	98,393	0.75
Hemoterapia	2,935	0.02
Medicamentos ambulatorios	7,903,821	60.64
Reembolsos pagados por servicios	232	0.00
Servicios Odontológicos	138,227	1.06
TOTAL	13,034,011	100.00

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información SIRS, Consolidado: Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión



2.- Montos autorizados y aprobados por Servicios de Salud.

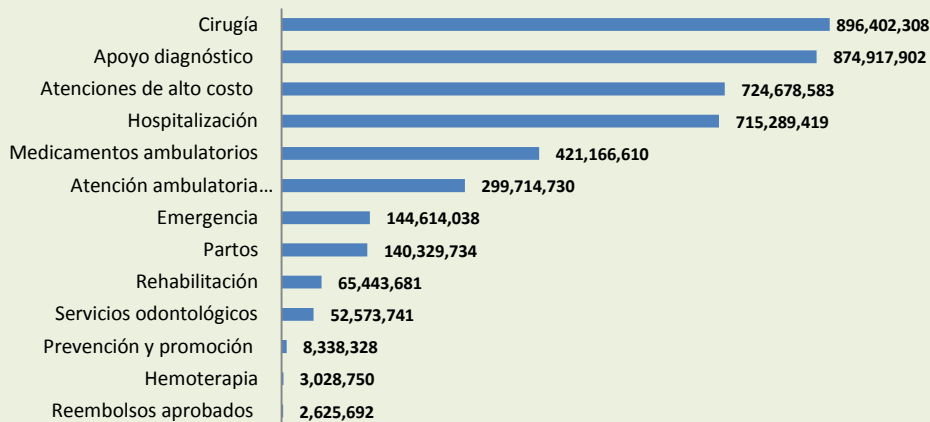
En el año 2012, se autorizaron y aprobaron servicios de salud para el Régimen Contributivo por un valor de RD\$4,349,123,516; de los cuales RD\$896,402,308 correspondieron a los servicios de cirugía, representando el mayor porcentaje con 20.61%; le continúan los servicios de apoyo diagnóstico RD\$874,917,902 para un 20.12%; las atenciones de alto costo con un valor de RD\$724,978,583 para el 16.66%; en ese mismo orden por hospitalizaciones se autorizaron y aprobaron un monto de RD\$715,289,419, representando el 16.45%. Por demanda de Medicamentos Ambulatorios RD\$421,166,610, para un 9.68%; y las atenciones ambulatorias con RD\$299,714,730, con el 6.89%; entre otros con menor valor. (Tabla No. XXI; Gráfico No.20).

TABLA No. XXI
VALOR (RD\$) AUTORIZADO Y APROBADO POR DEMANDA DE SERVICIOS
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. PERIODO: ENERO - DICIEMBRE 2012

Grupo de Servicios	2012	%
Prevención y promoción	8,338,328	0.19%
Atención ambulatoria (consultas)	299,714,730	6.89%
Servicios odontológicos	52,573,741	1.21%
Emergencia	144,614,038	3.33%
Hospitalización	715,289,419	16.45%
Partos	140,329,734	3.23%
Cirugía	896,402,308	20.61%
Apoyo diagnóstico	874,917,902	20.12%
Atenciones de alto costo	724,678,583	16.66%
Rehabilitación	65,443,681	1.50%
Hemoterapia	3,028,750	0.07%
Medicamentos ambulatorios	421,166,610	9.68%
Reembolsos aprobados	2,625,692	0.06%
Total	4,349,123,516	100.00%

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información SIRS, Consolidado: Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

Gráfico No. 20
Grupo de Servicios Demandados según Valor Autorizado
Régimen Contributivo, SeNaSa. Enero - Diciembre 2012.



Fuente: Tabla XXI

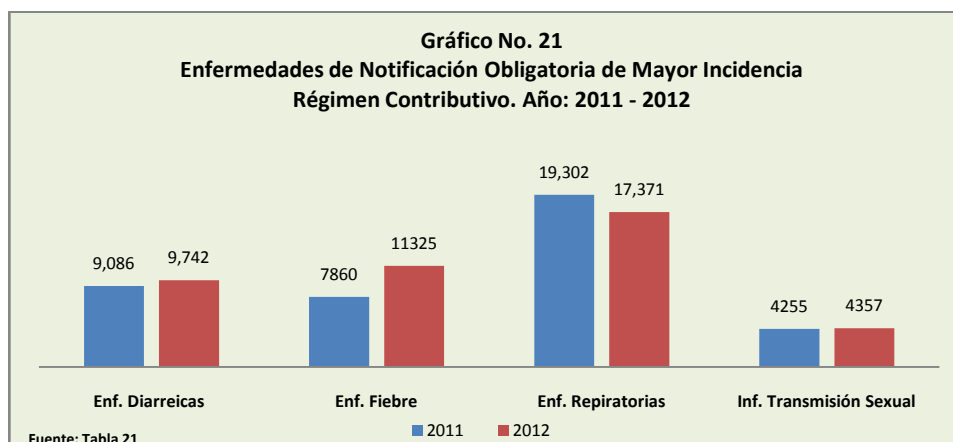
3. Enfermedades de Notificación de Obligatoria.

Durante el año 2012, se registraron 43,486 eventos de notificación obligatoria, las mismas corresponden a diagnósticos capturados en el sistema de autorizaciones por servicios de emergencias, consultas y hospitalizaciones. Este total supera los reportados en el año 2011 con 41,951 eventos. Las enfermedades de mayor incidencia para este año fueron las enfermedades respiratorias con 17,371 eventos; las enfermedades febriles 11,325; las enfermedades diarreicas 9,742; y las infecciones de transmisión sexual con 4,357 eventos reportados. (Tabla No. XXII; gráfico No. 21)

TABLA No. XXII
ENFERMEDADES, SINDROMES Y SINTOMAS DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO
REGIMEN CONTRIBUTIVO. COMPARATIVO: DICIEMBRE 2011 - DICIEMBRE 2012

Enfermedades, Síndromes y Síntomas	Año 2011	Año 2012
Conjuntivitis	69	48
Enfermedad Diarreicas	9,086	9,742
Enfermedad Febril (dengue clásico, fiebre tifoidea, paratifoidea, leptospirosis, malaria)	7,823	11,302
Enfermedad Febril, eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, rubeola, meningococcemia)	30	23
Enfermedad Febril con manifestaciones hemorrágicas (dengue hemorrágico, fiebre amarilla)	7	0
Gripe, IRA, faringoamigdalitis, difteria, influenza, bronquitis, bronconeumonía, neumonía, otitis	19,302	17,371
Enfermedad transmitida por alimento	509	530
ITS: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, absceso tubarico)	2,738	2,612
ITS: Flujo vaginal (vaginitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)	543	130
ITS: Secreción Uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)	1068	1,508
ITS:Ulcera Genital (Sífilis, chancroide, herpes, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo)	8	5
Hepatitis vírica aguda (hepatitis A;B;C;)	112	36
Mordedura o agresión animal (rabia humana)	56	29
Meningitis (meningitis por meningococo, hemofilus, neumococo, tuberculosa, otras)	15	6
Parálisis flácida (síndrome Guillian Barré), poliomielitis paralítica)	45	43
Parotiditis viral	2	0
Tosedor crónico (sintomático respiratorio, 2 semanas con tos, tuberculosis pulmonar)	476	88
Varicela	62	13
TOTAL	41,951	43,486

Fuente: DWH /Unidad de Gestión Estadística – Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.



Plan de Pensionados y Jubilados.

Demanda de Servicios y Montos Autorizados de Servicios.

Durante el año 2012, fueron demandados 472,308 servicios, por los cuales se autorizó el monto de RD\$167,869,149. Entre los grupos de servicio de mayor demanda se destacan: la demanda de medicamento con 307,258 por los cuales se autorizaron RD\$12,724,704.8; le continúan los servicios de apoyo diagnóstico con 104,384 para un monto autorizado de RD\$32,847,005.19; las atenciones ambulatorias 25,027 consultas con RD\$8,561,200.00; y las hospitalizaciones con 11,832 servicios para un monto de RD\$27,413,242.93. Sin embargo se observa que aunque éstos representan los servicios de mayor demanda, no significa que por ellos se autorizaron los mayores montos, como el caso de atenciones de alto costo con 7,886 servicios se autorizó el mayor monto con RD\$51,807,409.47; de igual forma los servicios de apoyo diagnóstico con 104,384 por los cuales se autorizaron RD\$32,847,005.19; y las cirugías 4,486 servicios con RD\$28,693,676.65. (Tabla No. XXIII; Gráficos No. 22 y 23).

TABLA No. XXIII
SERVICIOS DE SALUD DEMANDADOS Y MONTOS AUTORIZADOS
PLAN PENSIONADOS Y JUBILADOS, SeNaSa. Enero – Diciembre 2012

GRUPO DE SERVICIO	CANTIDAD	MONTO AUTORIZADO
Atención Ambulatoria (consultas)	25,027	8,561,200.00
Servicios Odontológicos	1,452	532,167.52
Emergencia	5,960	2,706,915.00
Hospitalización	11,832	27,413,242.93
Partos	11	11,183.74
Cirugía	4,486	28,693,676.65
Apoyo Diagnóstico	104,384	32,847,005.19
Atenciones de Alto Costo	7,886	51,807,409.47
Rehabilitación	3,866	2,261,215.57
Hemoterapia	137	158,424.04
Medicamentos Ambulatorios	307,258	12,724,704.38
Reembolsos aprobados	9	152,004
TOTAL GENERAL	472,308	167,869,149

FUENTE: DWH , ERP, Cubos de información/Unidad de Gestión Estadística – Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión.





Consolidado de los Montos Autorizados por Demanda de Servicios.

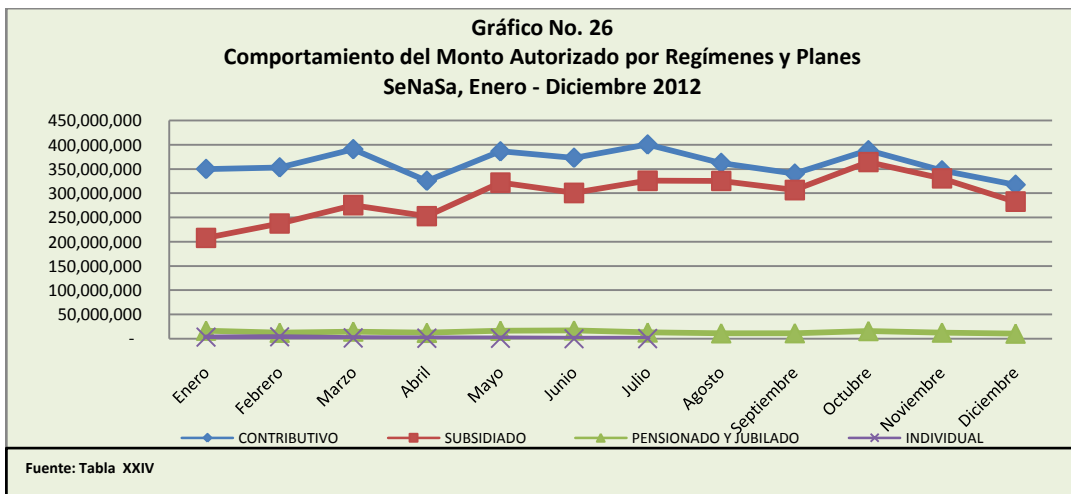
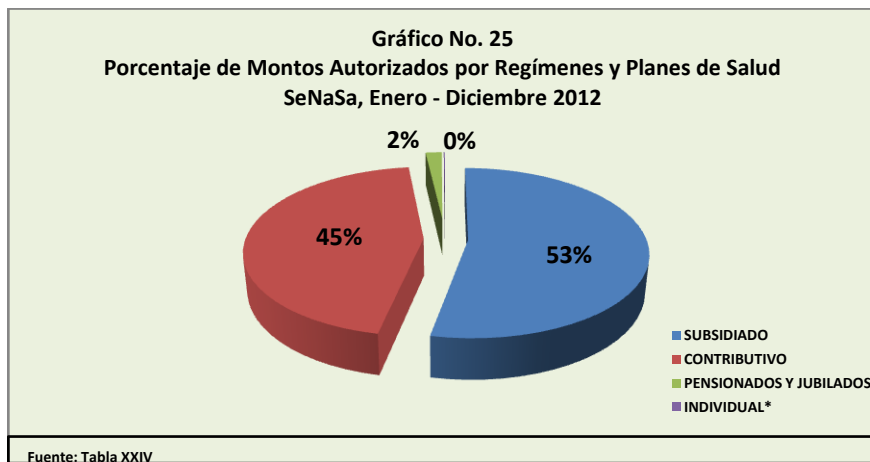
Durante el año 2012, se autorizaron RD\$9,675,078,170 por demanda de servicios de salud registrados por los Regímenes y Planes; de estos RD\$5,148,143,339 correspondieron al Régimen Subsidiado, lo que representó el 53.2%; mientras que RD\$4,349,123,516 al Régimen Contributivo, para un 45.0%. Por el Plan de Pensionados y Jubilados RD\$167,869,149 con el 1.7%; y por el desmantelado Plan Individual (enero – julio) RD\$9,942,166 para un 0.1%. (Tabla No. XXIV, gráficos No. 24, 25 y 26).

TABLA No. XXIV
MONTOS AUTORIZADOS POR REGIMENES Y PLANES DE SALUD
SeNaSa, ENERO – DICIEMBRE 2012

REGIMEN	VALOR AUTORIZADO	%
SUBSIDIADO	5,148,143,339	53.2
CONTRIBUTIVO	4,349,123,516	45.0
PENSIONADOS Y JUBILADOS	167,869,149	1.7
INDIVIDUAL*	9,942,166	0.1
TOTAL	9,675,078,170	100.0

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información/Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión

*El Plan Individual, fue desmontado, sólo incluye los meses enero – julio 2012.



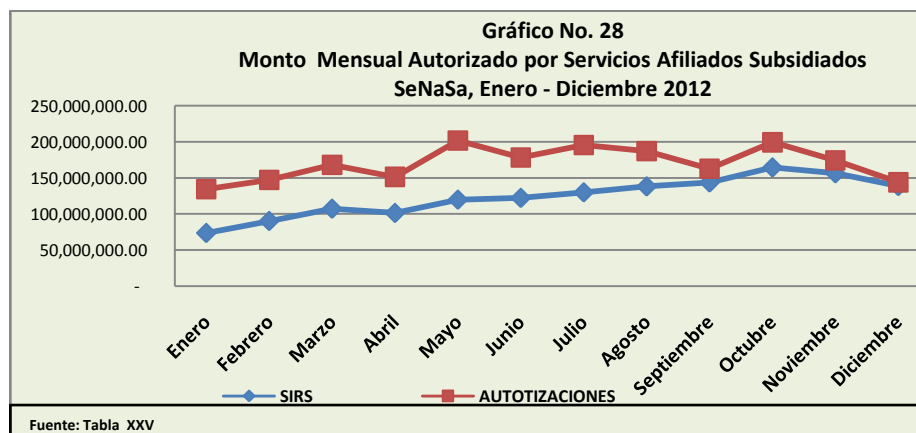
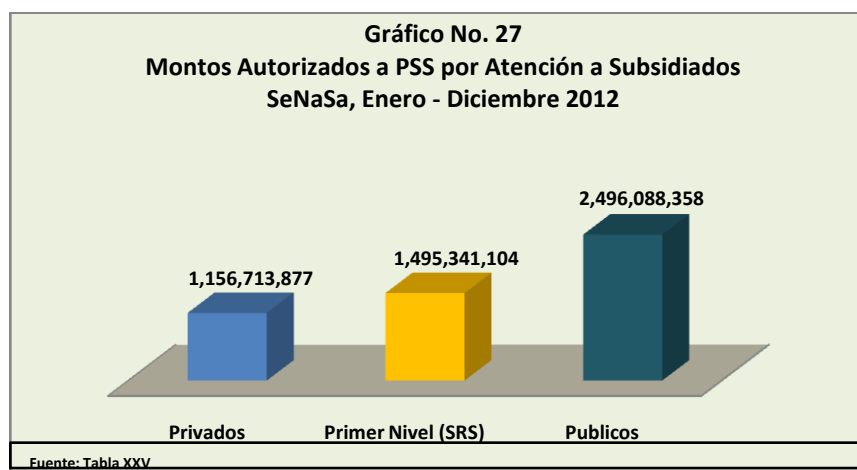
Respecto a los montos para cubrir la demanda de los afiliados del Régimen Subsidiado en la red privada de servicios, se reporta la autorización de RD\$2,496,088,358 lo que representa el 48.5% del total de los montos para este régimen; mientras que para la red pública RD\$1,156,713,877 para un 22.5%; y para el primer nivel de atención a través de los Servicios Regionales de Salud (SRS)

RD\$1,495,341,104.00 con el 29.0%. Como se observa los montos autorizados para los establecimientos de la red privada, superan en más del 200%, a los montos autorizados para la red pública. (Tabla No. XXV; gráficos No. 27 y 28).

TABLA No. XXV
MONTOS AUTORIZADOS Y APROBADOS SEGUN PRESTADOR
RÉGIMEN SUBSIDIADO. ENERO – DICIEMBRE 2012

PRESTADOR	MONTOS AUTORIZADOS	%
Pública	1,156,713,877	22.5
Primer Nivel (SRS)	1,495,341,104	29.0
Privada	2,496,088,358	48.5
Total	5,148,143,339	100.0

Fuente: DWH, ERP, Cubos de información/Unidad de Gestión Estadística - Gerencia de Planificación y Evaluación de Gestión



9. Comportamiento del gasto en salud por régimen y plan

La sostenibilidad financiera de los servicios de salud fue impactada en el año 2012 a partir de situaciones generadas por el incremento de la cartera de afiliados de SeNaSa. El promedio simple del gasto en salud, medido por el monto de las autorizaciones otorgadas, fue de 107.5%, lo que es superior al 100% esperado. No obstante dicho gasto, bajó 4.5 puntos porcentuales respecto a 112% que era la línea basal a diciembre de 2011. Para el Régimen Contributivo el gasto fue de 107.0%; en el Subsidiado alcanzó el 110.4%; y en el Plan Pensionados y Jubilados se colocó 105.1%.

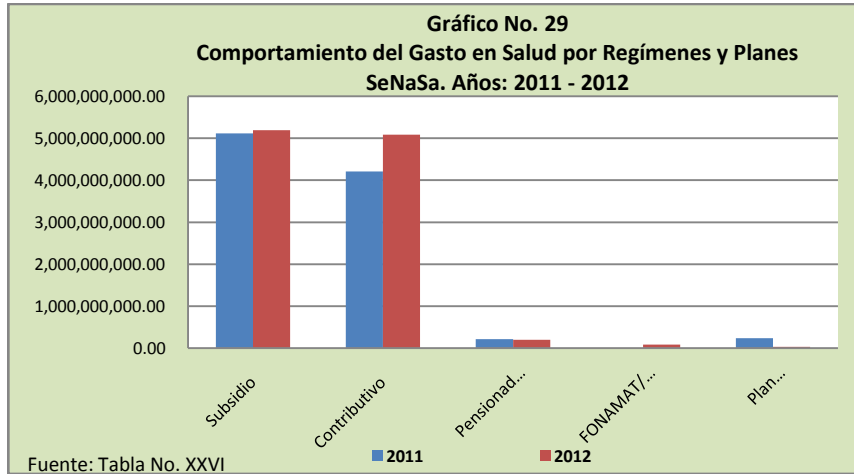
El gasto en salud en SeNaSa, incluye los pagos por servicios y las reservas para cubrir cuentas pendientes de liquidación. En el año 2012, este gastos en los diferentes Regímenes y Planes ascendió a la suma global de RD\$10,593,732,234.73; superando al año 2011 con un total de RD\$ 821,152,123.72, lo que representa un aumento del gasto en un 7.8%. De ese monto RD\$5,195,561,841.41 correspondieron al Régimen Subsidiado, superando al año 2011 en 1.6%; mientras que RD\$5,086,218,864.68 fue destinado al gasto del Régimen Contributivo, sobre pasando en 17.3% al gasto del año 2011.

Para el Plan Transitorio de Pensionados y Jubilados, durante el año 2012, el gasto fue de RD\$202,023,858.05, un 6.2% por debajo del gasto reportado en el 2011. En el Plan Individual el gasto en este periodo fue de RD\$28,766,397.44, (este plan fue desmontado en el mes de julio), representando el 0.3% del gasto total. En cuanto al gasto por accidentes de tránsito (FONAMAT/CAMAT), en el año 2012, fue de RD\$81,161,273.15, representando un 0.8% del gasto global para este periodo (Tabla No. XXVI; gráfico 29).

TABLA No. XXVI
GASTO RD\$ EN SALUD POR REGIMEN Y PLANES
SeNaSa. AÑOS: 2011 - 2012

REGIMEN/PLANES	2011	%	2012	%
Subsidio	5,112,989,097.80	52.32%	5,195,561,841.41.41	49.04%
Contributivo	4,205,799,053.71	43.04%	5,086,218,864.68	48.01%
Pensionados y Jubilados	214,484,539.45	2.19%	202,023,858.05	1.91%
FONAMT/CAMAT	68,238.40	0.00%	81,161,273.15	0.77%
Planes	239,239,182.65	2.45%	28,766,397.44	0.27%
TOTAL	9,772,580,111.01	100.00%	10,593,732,234.73	100.00%

Fuente: Estados Financieros: enero/diciembre 2011, enero/diciembre 2012.



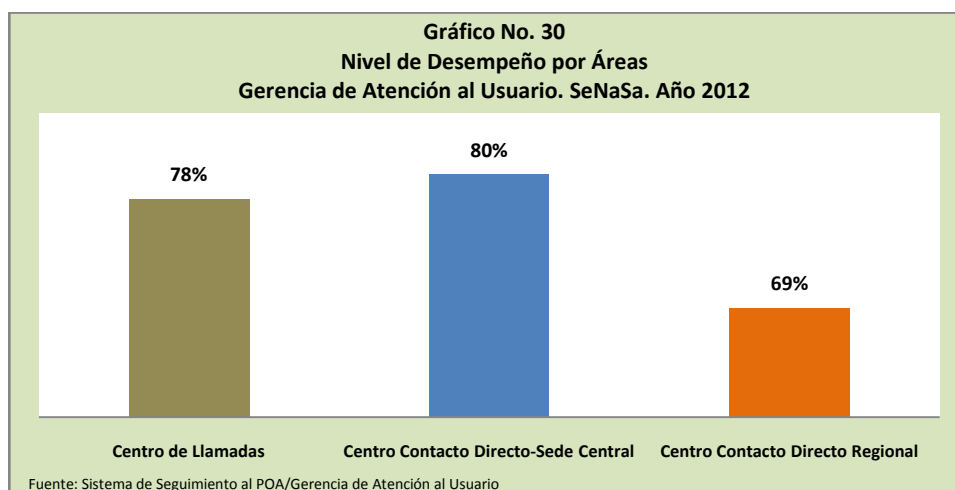
EJE ESTRATÉGICO ATENCIÓN AL USUARIO

III. GERENCIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Calidad de respuesta a los requerimientos de los usuarios y usuarias

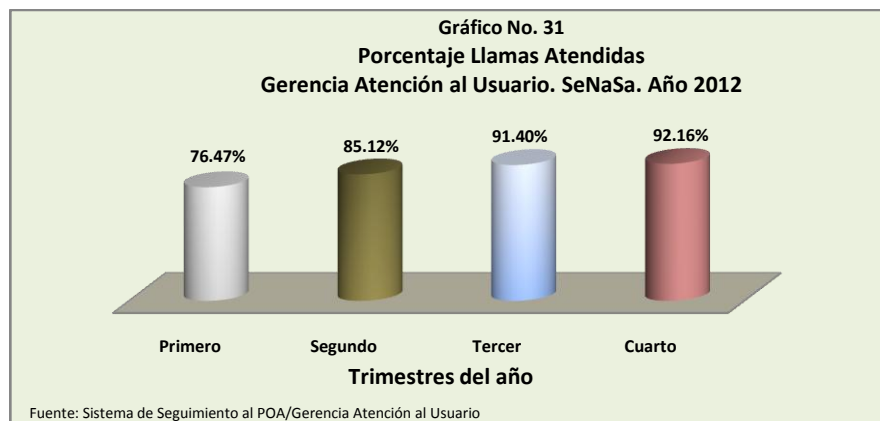
Para el año 2012, el cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Respuesta, revela que el desempeño anual promedio fue de un 73.5%; para el Centro de Contacto Directo (CCD) de la sede central fue de un 80%: para el nivel regional fue del 69%, y en el Centro de llamadas fue de un 78%. El más bajo desempeño lo representa el nivel Regional, mientras que el más alto desempeño está en la sede central. El comportamiento de estos indicadores fue ascendente, destacando que para el primer trimestre era de un 66%, mientras que para el cuarto se logró un 93%. (Gráfico No.30).



Por otra parte, durante este periodo, la Gerencia de Servicios de Salud devolvió un total de 3,007 expedientes de solicitudes de alto costo, de los cuales 164 correspondieron a errores de atención al usuario, esto representa el 5% del total de los expedientes. Las principales causas de errores corresponde a solicitudes de procedimientos fuera de cobertura, expedientes que no corresponden al afiliado y expedientes duplicados cuyas solicitudes habían sido aprobadas.

2. Llamadas atendidas:

En el primer trimestre del año 2012 el porcentaje de llamadas atendidas en el Centro de Atención al Usuario fue de 76.47%, y en los siguientes trimestres fue mejorando gradualmente, observándose el siguiente comportamiento 85.12% (abril-junio), 91.4% (julio-septiembre) y 92.16% (octubre-diciembre) de llamadas atendidas. Este fortalecimiento del Centro de Atención al Usuario está vinculado a una mejoría en el desempeño de los auxiliares y a un incremento de la capacidad de los sistemas informáticos y la plataforma tecnológica (gráfico No. 31). Asimismo, un indicador de consolidación del Centro de llamada fue el de la disminución del tiempo promedio en minutos utilizados por los auxiliares para atender a los usuarios, logrando colocarse en 1.92 minutos llamada por auxiliar.



3. Sistema de Comunicación Proactiva con el Usuario

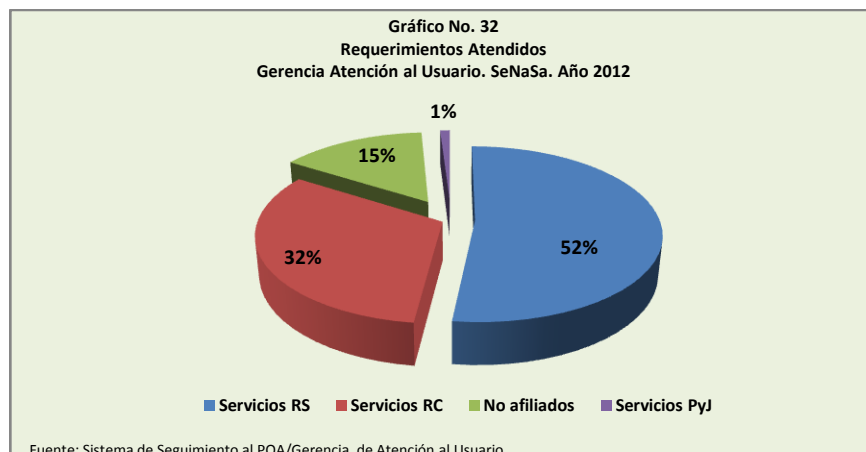
En el año 2012, la Unidad Proactiva contactó un total de 54,586 usuarios. Con esta ejecución, se supera la cantidad programada de usuarios que debían ser contactado por esta unidad. La cantidad programada fue superada en más de un 100% gracias a la ampliación de sus recursos humanos que trabajan en esta unidad. **AMPLIAR**

4. Tiempo de espera en el Centro de Contacto Directo de la Sede Central.

Con la finalidad de disminuir el tiempo promedio de espera de los usuarios en el Centro de Contacto Directo-sede central, fue instalado en el mes de septiembre el sistema automatizado de turnos. En ese este mes el tiempo promedio de espera de los usuarios para ser atendidos por un auxiliar fue de 7 minutos y 58 segundos; en el 4to. Trimestre el desempeño fue de 8 minutos y 82 segundos; finalizando el año 2012 con un tiempo promedio de 8 minutos.

5. Atención a requerimientos de los usuarios

Para el año 2012 se generó un total de 816, 677 requerimientos de los usuarios de SeNaSa (quejas, reclamos, sugerencias, consultas o informaciones). De estos requerimientos se logró dar respuestas al 98%. El restante 2% está en proceso cierre. De igual manera, el 52% del total de requerimientos corresponde a servicios prestados a afiliados del Régimen Subsidiado; 32% del Régimen Contributivo; un 15% a personas no afiliadas y el restante 1% pensionados y jubilados (gráfico No. 32). Del mismo modo, en este año 2012, se logró mejorar el porcentaje de requerimientos de quejas y reclamos que fueron respondidos dentro del tiempo establecido. En efecto, al final del año 2012, el 97% de los requerimientos se respondió en un tiempo igual o por debajo de los tres minutos.



6. Satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos por las áreas de Atención al Usuario

La encuesta anual de satisfacción realizada con los afiliados que reciben servicios en las áreas de Atención al Usuario a nivel nacional, arrojó que al 98.1% de los usuarios se les brindó solución o respuesta a sus requerimientos, recogiendo las regiones I, II y VI el 100% de los encuestados. Mientras que el 97.3% del total de usuarios opinó recibir una respuesta clara y comprensible. En las Regiones I, II, IV y VI el 100% respondió de forma afirmativa.

El 6% de los encuestados esperó *menos de 5 minutos para ser atendido*, un 21% de *5 a 10 minutos* y el 73% de *10 a 30 minutos*. Las regiones con *menos de diez minutos* son IV, VI y I, y las de mayores tiempos las VII, III y II. El 96.3% de los usuarios calificó el trato como *Bueno* (25.6%) o *Muy Bueno* (70.7%). Las regiones II y VI recibieron el 100% de respuestas y la Región I, un 98.9%.

El 97.9% de los usuarios contestó sentirse *Medianamente Satisfecho* (11.5%) o *Muy Satisfecho* (86.5%) con las respuestas recibidas en las áreas de Atención al Usuario. El 100% de las regiones I, II, VI y VII afirmaron sentirse satisfechos y en las regiones IV y V, el 94.3% y 95.8%, respectivamente.

El 98.3% afirmó que *recomendaría* a otro afiliado a visitar las áreas de Atención al Usuario, lo que evidencia la confianza que sienten los usuarios y la garantía a la resolución de sus solicitudes.

EJE ESTRATÉGICO CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL

IV. GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Sistema de Calidad y desarrollo organizacional

La gestión de recursos humanos de SeNaSa en el 2012 estuvo orientada a consolidar el Sistema de Gestión de Calidad en todo lo relacionado con los procedimientos, normas y políticas que sustentan la administración de la gestión humana y el mantenimiento de un armonioso clima organizacional. En ese sentido, la Gerencia se centró en la actualización y revisión del Manual de Puestos, el Manual de Funciones, las políticas de capacitación, promoción y rotación de personal, sistema de incentivos y las políticas de evaluación de desempeño. Parte de estos esfuerzos también se centraron en el rediseño de algunas herramientas selección, contratación y evaluación de personal, así como a la reorganización y actualización de los archivos de expedientes de los empleados de SeNaSa.

2. Gestión de Capacitación.

Para el 2012, en SeNaSa se capacitaron 685 colaboradores internos. Esto refleja el interés de la institución por mantener una dinámica permanente y ascendente de actualización e innovación del conocimiento en sus colaboradores.

La institución destinó de su presupuesto anual un 1.4% en base a la ejecución total de la nómina de empleados. El plan de capacitación diseñado para el año 2012, se realizó con una inversión propia de RD\$2,829,906.00, lo que representa un 62% del total invertido en el año. A través de la CERSS, apoyado por el programa PARSS1, se financió una serie de eventos de capacitación ascendente a la suma de RD\$1,754,141.00, esto representa un 38% del total invertido en capacitación que asciende a RD\$4,584.047.00.

En ese contexto, con el objetivo de fortalecer y potencializar las capacidades de liderazgo, se implementó con mucho éxito, el programa “Fortalecimiento Institucional y Desarrollo de Competencias para el Liderazgo”. Los temas tratados en este programa estuvieron orientados al desarrollo de estrategias, estilos de liderazgo, coaching de equipos y manejo del cambio. Estos temas permitieron potenciar las competencias de los niveles gerenciales y de supervisión impactando positivamente en toda la organización.

Otra iniciativa de capacitación relevante fue el Diplomado en Auditoría Médica, con el objetivo de fortalecer las capacidades de los auditores médicos; promoviendo la formación en los temas de auditorías de calidad del acto médico, la concurrencia y de las cuentas medicas, de manera que, los auditores/as conocieran nuevas herramientas y procesos para el adecuado uso de la medicina basada en la evidencia de la auditoría. Durante estos entrenamientos fueron capacitadas 49 personas entre auditores médicos y personal del Departamento de Auditoría de la Gerencia de Servicios de Salud.

Un renglón importante y que trascendió a la cultura de capacitación de la institución, fue la implementación del programa de formación de los delegados de valores; los cuales fueron

capacitados en técnicas y dinámicas de aprendizaje, para ser multiplicadores en toda la institución, proyectando la Cultura Basada en Valores en las diferentes oficinas que representan. Durante este proceso fueron entrenados unos 28 empleados, con una duración de 24 horas divididas en secciones de trabajo de 4 horas de duración.

Como parte de una estrategia, para dar apoyo a los empleados que lo necesitan en diferentes aspectos de la vida laboral, durante este año se fortaleció el acompañamiento a los niveles gerenciales, mandos medios y personal de apoyo administrativo, con las sesiones de coaching; esta moderna metodología utilizada en la actualidad en las empresas para mejorar el liderazgo, la inteligencia emocional y el trabajo en equipo.

Finalmente, estas iniciativas de capacitación son realizadas en alianzas estratégicas con otras instituciones como el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) y el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP).

3. Evaluación de desempeño:

A finales del año 2012, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), realizó la evaluación de desempeño individual para todos sus colaboradores/as. Los criterios considerados para esta evaluación son:

- Metas de desempeño
- Clasificación general del desempeño
- Competencias personales
- Capacitación y desarrollo requeridos
- Comentarios y recomendaciones del evaluado.

En este proceso fueron evaluados unos 494 empleados de una nómina de 702 empleados. Unos 23 empleados con menos de cinco meses en la institución no fueron evaluados bajo este sistema.

Los resultados de esta evaluación de desempeño fueron los siguientes (**Gráfico No. 33**):

- No. de personas que arrojaron Competente Avanzado = 10%
- No. de personas que arrojaron Competente = 72%
- No. de personal con resultados Satisfactorio= 17 % del personal evaluado.
- No. de personal con resultados Insuficientes =1% del personal evaluado.



4. Reconocimiento a empleados meritorios.

Dentro de las políticas que forman parte de la cultura organizacional de SeNaSa se encuentra el reconocimiento a los colaboradores de alto desempeño. Para el año 2012 fueron reconocidos 37 empleados de diferentes áreas los cuales seleccionados a criterios de cooperación, sentido de urgencia y sensibilidad con los usuarios (externos e internos), innovación e iniciativa, disciplina en el desarrollo de sus labores y en su conducta en general, identificación con la institución, resultados en la evaluación del desempeño y los resultados del plan operativo anual, en base a los compromisos propios del colaborador evaluado.

5. Cultura basada en valores

En el 2012, la institución dio continuidad a su innovador Programa denominado **“Cultura Basada en Valores”**. Uno de los objetivos principales de este Programa es lograr que los colaboradores internos se empoderen de la misión, visión, valores y objetivos de calidad de SeNaSa. Dicho programa configura una red interna de Delegados de Valores capacitados para que hagan la función de replicadores en sus diferentes equipos.

Estos delegados se apropiaron de herramientas pedagógicas y comunicacionales para desarrollar temas de valores en sus equipos de trabajo. Entre estas herramientas se destacan videos y películas educativas, murales creativos colocados en áreas estratégicas y jornadas de integración. Estas acciones educativas han involucrado a todo el personal de la institución a nivel de las gerencias centrales y regionales. El Programa Cultura Basada en Valores ha generado impacto visible en términos del crecimiento y desarrollo del personal involucrado. Entre esos logros se destaca la emergencia de nuevos liderazgos, consolidación del clima organizacional, aumento de la autoestima y mejora del desempeño individual.

Asimismo, este programa permanente de “Una Cultura basada en Valores” ha contribuido a fortalecer los principios vitales de los/as colaboradores/as para mejorar la integridad, la equidad, honestidad, el trato humano, la vocación de servicio y sobre todo la transparencia de la gestión de

la institución. Esto ha facilitado, además un mayor alineamiento del personal con la misión, visión y valores de SeNaSa.

De igual manera, la misión, visión, valores y políticas de calidad de SeNaSa están colocados en banner en las oficinas centrales y regionales, en la página web, en las redes sociales (twitter y Facebook), en la librería virtual del Sistema de Gestión de la Calidad y en la nueva versión actualizada del Seguimiento Automatizado de los planes operativos anuales (intranet) y en los carnets de empleados.



Además, los delegados se encargaron de difundir la misión visión y valores por toda la organización. La organización desarrollo un aplicativo virtual (FORO Cultura Basada en Valores (CBV) que recoge imágenes de las actividades que fueron desarrollándose.

6. Rotación y ausentismo laboral

Respecto a la rotación de personal durante el año 2012, ingresaron a SeNaSa unos 55 empleados nuevos, para ocupar nuevas posiciones y vacantes productos de salida de empleados y/o promociones. Asimismo, fueron promovidos a puestos de mayor nivel unos 38 colaboradores y trasladados a otras posiciones y/o regionales unos 40 colaboradores. En ese contexto, para el 2012, se registró un 10.83% de movimientos internos de personal. En este primer semestre del año 2013, la rotación del personal está en un 5.39%

Según el sistema de registro y control de la institución se verifica que el nivel de ausentismo laboral injustificado en sus diferentes causas es bajo. En ese sentido, en este último año la Gerencia de Recursos Humanos registró 3,712 ausencias justificadas por día libre por cumpleaños, fallecimiento de familiar y días libres a los padres por nacimiento de hijos. Se registra un 19.47 % de ausentismo justificado. En cuanto a licencias médicas en el 2012 se registraron unas 430 licencias recurrentes de 253 empleados, dato que nos permite analizar que el porcentaje de empleados en licencias médicas fue de un 34.99%, siendo predominante la ausencia por maternidad.

V. CONTRALORÍA

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Consolidación de los procesos y mecanismos de control interno

Durante el período enero-diciembre de 2012 se logró fiscalizar y evaluar el 100% de los proveedores de bienes y servicios. Esta tendencia positiva del indicador se ha visto favorecida por el trabajo intergerencial con las Gerencias Administrativa y la de Planificación.

En el año del 2012, fueron fiscalizados y evaluados el 100% de los expedientes de afiliación y de salud. De enero a diciembre de 2012 de los expedientes revisados y evaluados el 88% cumplen con los controles previos establecidos en cada proceso. Esta tendencia positiva del indicador se ha visto favorecida porque la gerencia financiera ha aplicado las recomendaciones realizadas por la contraloría en el fortalecimiento de los controles previos vigentes. También favoreció la aplicación de planes de visitas programadas a las diferentes regionales y a la Gerencia de Servicios de Salud.

Como parte del fortalecimiento de la función de contraloría, durante el año 2012 se dio inicio a la implementación de las Normas Básicas de Control Interno del Sector Público Dominicano (NOBACI), a fin de dar cumplimiento a los requerimientos de la Contraloría General de la República. Parte de este proceso de implementación de las NOBACI implicó la capacitación de algunos niveles gerenciales y técnicos sobre los contenidos y metodología de las NOBACI. Asimismo, se conformó un comité de seguimiento y monitoreo del Plan de Acción de estas normas de control interno.

Los arqueos de los fondos rotatorios y de las caja chicas son parte de los mecanismos de supervisión y control de la gestión de los recursos financieros de la institución, en ese sentido, para el año 2012 se estableció realizar un total de cincuenta y cinco (55) arqueos, esta meta fue superada porque al final se realizaron sesenta y un arqueos (61), representando un 110.9% de ejecución de lo programado.

En el período enero-diciembre de 2012 de un total de ocho (8) informes planificado se realizaron nueve (9), lo que representa un 112.5%. Esta tendencia positiva del indicador se ha visto favorecido por la técnica de inclusión de la revisión de los bienes patrimoniales en las programaciones de los trabajos realizados en las diferentes regionales.

Finalmente, durante el año 2012 en Contraloría se logró elaborar un total de 147 informes, distribuidos de la siguiente manera: sobre los procesos de salud: 27, equivalente al 18% del total de los informes elaborados; sobre procesos de afiliación: 32, para un 22%; procesos administrativos: 88, para un 60%. Esto representa 92% de la

meta anual. Los factores que incidieron en el logro de este resultado fueron: La motivación y dedicación del personal, el trabajo en equipo, y el seguimiento a la productividad del personal.

VI. GERENCIA FINANCIERA

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Fortalecida la sostenibilidad financiera de SeNaSa

Para el año 2012 el gasto administrativo de SeNaSa no superó el 9%. Esto representa una ejecución por debajo de lo proyectado que fue del 12.5%. Ese nivel de ejecución habla positivamente de la institución, dado que se logró disminuir el gasto administrativo en 3.5%.

Dentro del proceso de medición de la siniestralidad por regímenes y planes, se realizaron ajustes al borderaux de las reservas pendientes de liquidación, producto de esto se ha mejorado la calidad de las informaciones estadísticas de carácter financiero que se generan en la institución.

La siniestralidad acumulada al mes de diciembre del año 2012, fue de RD\$81.65. esto significa que por cada RD\$100.00 que se recibe de la dispersión de la TSS, se gastan RD\$81.65, sin mencionar los gastos generales y administrativos. En el último trimestre se evidencia un incremento específico en el mes de noviembre, en la siniestralidad acumulada. Para revertir la tendencia del gasto en salud, se están tomando medidas.

2. Consolidación de los procesos financieros:

Durante el año 2012, los avances más significativos de la gestión financiera de SeNaSa se reflejan en la automatización de nuevos procesos lo cual ha permitido la reducción de los tiempos de respuesta, monitoreo al riesgo financiero y el cumplimiento con los informes de las instituciones fiscalizadoras del Estado dominicano, del Sistema Dominicano de Seguridad Social y de la institución.

A continuación se resumen las mejoras más significativas llevadas a cabo en la gerencia financiera en el 2012:

1. Departamento de Contabilidad

- Implementación de nuevo catálogo de cuentas, ordenado por la SISALRIL.
- Se ha reducido la cantidad de reclamos y observaciones a los estados financieros, por parte de la SISALRIL.
- Implementación del módulo de recepción de documentos de solicitudes de pago de Bienes y Servicios.
- Aplicación del módulo de las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios.
- Fortalecimiento de la gestión de la Unidad de Trámite de Cuentas.
- Especialización del personal de trámite de cuentas para cada tipo de trabajo.
- Reducción de los tiempos de pago a los Prestadores de Servicios de Salud, de 69 a 57 días.
- Contratación de FARMACARD para el trámite de las facturas de las farmacias.
- Creación de la Unidad de Conciliación.
- Avances en el proceso de archivo, organización y codificación de la documentación.
- Disminución de 8 a 2 días para realizar las conciliaciones de cuentas bancarias

2. Unidad de Ejecución Presupuestaria

- Desarrollo de un cubo de la ejecución que permite contar con la información de las partidas ejecutadas por área.
- Ha sido creado el acceso a la generación automática de los reportes que sirven de insumo para la elaboración de los informes de ejecución. Entre esos accesos podemos citar: el módulo de reportes de montos de las diferentes nóminas de la institución.

3. Unidad de Tesorería

- Implementación de reportes para monitorear la disponibilidad diaria y el flujo de caja con horizonte a un mes para tomar las decisiones a corto plazo.
- Elaboración de un reporte de control de los certificados financieros, donde se detalla la tasa el rendimiento, la fecha de vencimiento, rentabilidad generada etc. Esto permite hacer una mejor gestión al momento de apertura o cancelar certificados con el Banco.
- Implementación de indicadores de desempeño del área de tesorería (valor y cantidad de cheques emitidos, ingresos por certificados, total de certificados, cargos bancarios, etc.). Estos indicadores agregan valor a la gestión de tesorería, ya que permiten mejorar la planificación de los pagos a los prestadores por parte de Tesorería.

4. Unidad de Gestión de Información Financiera

- Informes de análisis de tarifas comparadas por prestadores, a partir de los cuales ha contribuido a disminuir el gasto en salud mensual en unos 13.9 millones de pesos.
- Implementación de reportes diarios y semanales de seguimiento al gasto en salud
- Propuestas de mejora a los procesos de captura, procesamiento y salida de datos, para integrar toda la información en el Data warehouse y otras fuentes de datos.
- Diseño e implementación del reporte: cifras e Indicadores claves de desempeño financiero y siniestralidad, el cual comenzara a difundirse a partir de enero 2013.

3. Disminución tiempo de pago a prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios

Dentro del proceso del trámite de facturas para el pago a prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios en SeNaSa, existe un tiempo que es controlado de manera interna equivalente al 61% de todos los procesos relacionados con el pago, este comprende (Recepción/cheque); durante el año 2012 hubo un descenso de 22 días, equivalente a un 31%, pasando de 69 días en la línea basal a 57 días en el 2012.

Para el pago a los proveedores de bienes y servicios, en el 2012 se estableció como meta para la tramitación 25 días a partir de la recepción. Hasta el mes de diciembre del año 2012, este indicador ha tenido un nivel de logro satisfactorio, pues el comportamiento del mismo da como resultado 15 días en el trámite de la documentación, desde que se reciben las facturas en la Gerencia Financiera hasta la impresión del cheque.

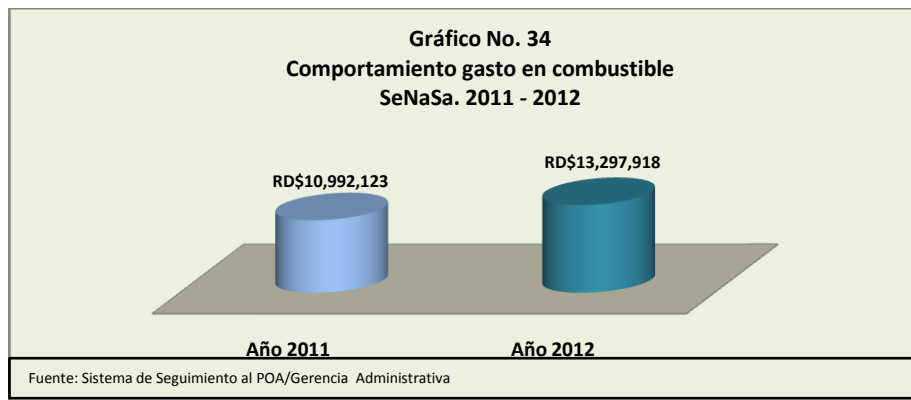
La implementación de indicadores de desempeño del área de tesorería (valor y cantidad de cheque emitidos, ingresos por certificar, total de certificados, cargos bancarios, entre otros), ha agregado valor a la gestión y la toma de decisiones, permitiendo mejorar la planificación de los pagos a los prestadores por parte de tesorería.

VII. GERENCIA ADMINISTRATIVA

ANÁLISIS DE RESULTADOS

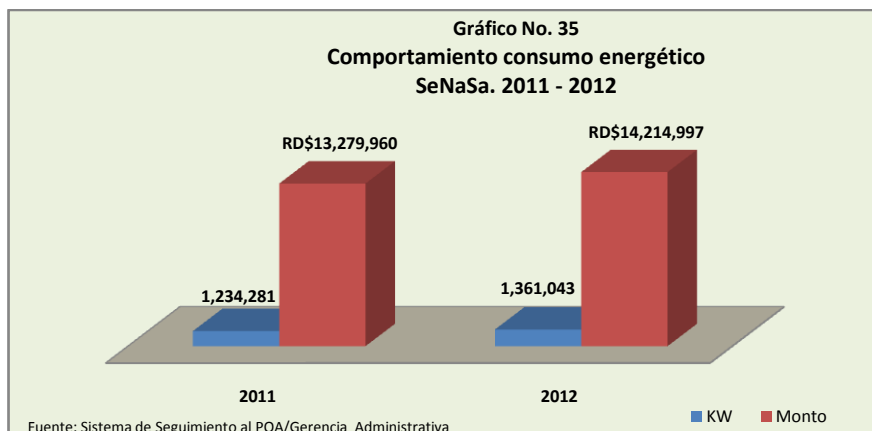
1- Implementación de políticas para la reducción del consumo de combustibles, telefonía y electricidad.

En el año 2012 se produjo un incremento en el consumo de los combustibles de un 21% al pasar de RD\$10,992,123 en el 2011 a RD\$13,297,918 en el 2012. Las razones principales de este incremento fue el aumento en el precio de los carburantes en un 10%, y la ejecución de siete proyectos para el incremento de la cobertura de afiliación y la carnetización en el Régimen Subsidiado. Los gastos en combustibles por estos proyectos fueron de 11% del gasto total. Si lo comparamos con la línea basal, este gasto hubiese mantenido un comportamiento similar al de la línea basal del 2011 (Gráfico No. 34).

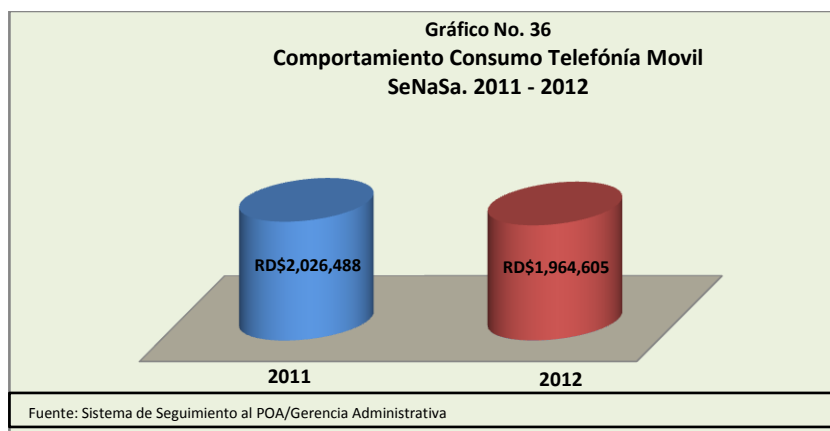


En otro orden, el incremento en Kw de la energía eléctrica de la institución, fue de apenas 1% al pasar de 1,234,281 Kw en el 2011 a 1,361,043 Kw en el 2012. En términos absolutos este incremento fue de un 7%, al pasar de RD\$13,279,960 en el 2011 a RD\$14,214,997 en el 2012.

Las razones de este comportamiento positivo en el consumo de la energía eléctrica están vinculadas con el sistemático seguimiento al plan de ahorros de energía ejecutado el pasado año en coordinación con el Departamento de Mercadeo, las visitas a las gerencias regionales y los controles establecidos en los aires acondicionados. Estos logros se generaron a pesar de que durante el 2012 se instalaron 18 nuevas unidades de aires acondicionados, 51 computadoras y otros artefactos eléctricos a nivel nacional (Gráfico No. 35).



Por otro lado, el gasto por las flotas celulares tuvo una disminución de un 3% con relación al gasto del año anterior al pasar de RD\$2,026,488 en el 2011 a RD\$1,964,605 en el 2012. Las razones de esta disminución fueron los controles aplicados en el uso de las flotas, el plan de ahorros y la continuación del cobro a los usuarios por los excesos sobre las facilidades otorgadas. Este comportamiento positivo en el gasto de la telefonía móvil fue posible a pesar de que se asignaron 25 líneas nuevas (Gráfico No. 36).



El gasto en material gastable se incrementó en un 25%, superando la línea basal en un 22% al pasar de RD\$5,719,930 en el año 2011, a RD\$7,177,477 en el 2012, y tres veces superior a lo programado. Las razones fueron el gasto de RD\$1.9 millones en la compra de folders para el proyecto de completar los archivos de los expedientes de los afiliados; los RD\$1.7 millones en compra de papel para este proyecto; los de afiliación; y otros renglones de menor costo relacionados con estos proyectos.

2. Fortalecidos los mecanismos y procedimientos de compras de bienes y servicios

Para el año 2012, con la iniciativa institucional de certificarse bajo la Norma ISO 9001-2008, los mecanismos y procedimientos de compras de bienes y servicios fueron consolidados en SeNaSa. Un resultado de consolidación de estos procesos es el establecimiento de un sistema de evaluación y reevaluación de los proveedores de bienes y servicios. Asimismo, se logró una reorganización en el listado de proveedores, lográndose que la base de datos del sistema de compras de SeNaSa se actualizara mediante la clasificación y reclasificación del 100% de los proveedores, permitiendo identificar los que estaban activos e inactivos.

Con la emisión del decreto 543-12 por parte del presidente Danilo Medina, en el país se establece un nuevo Reglamento de la Ley Sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones, el cual deroga y sustituye el Reglamento 490-07, del 30 de agosto del 2007.

Este nuevo marco legal presenta una serie de requerimientos procedimentales y organizacionales que han sido relevante para el fortalecimiento del sistema de compras de SeNaSa, destacándose la ampliación y dinamización del Comité de Compras y Licitaciones de la institución.

3. Satisfacción colaboradores internos con los servicios administrativos

En el año 2012 se realizó una encuesta de medición del nivel de satisfacción de los colaboradores internos con los servicios recibidos por parte de la Gerencia Administrativa.

Esta encuesta establece que el nivel de satisfacción general con los servicios administrativos recibidos es de un 93%, superando la línea basal en un 2%, y al mismo nivel que lo programado.

En efecto, esta encuesta de satisfacción refleja que la aceptación de los usuarios por los servicios que ofrece el Dpto. de compras es de un 95%, superando lo programado que era del 90%, y superior al resultado de la encuesta del año pasado que fue de un 87%.

De acuerdo a la citada encuesta, los usuarios están satisfechos en un 95% con los servicios que se ofrecen desde el área de protocolo. Está en el mismo nivel de satisfacción de la línea basal y apenas un 2% por debajo de lo programado.

Asimismo, el 90% de las personas encuestadas manifestaron estar satisfechos o altamente satisfechos con los niveles de presentación de los locales de la institución.

En ese mismo orden, fue medido el porcentaje de satisfacción de los usuarios internos con el área de servicios generales. La encuesta le concede un 93% de aceptación por los servicios que se ofrecen. Este porcentaje es mayor en un 1% a lo programado para el año 2012 y un 4% mejor con relación a la línea basal.

VIII. GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE GESTIÓN

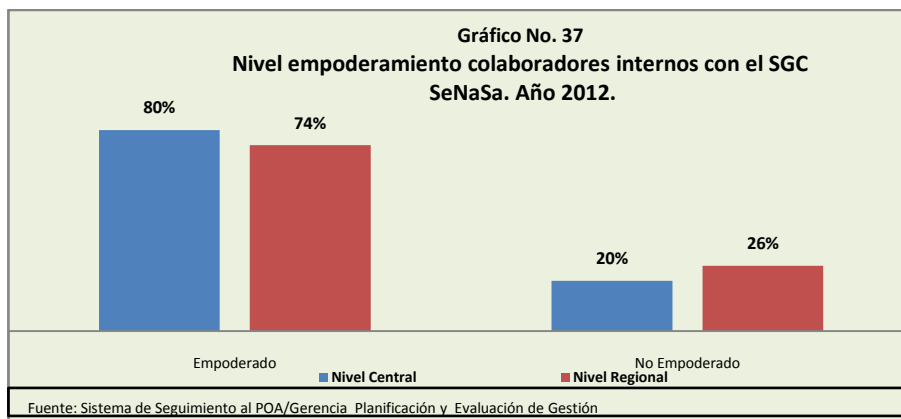
ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Consolidación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

Uno de los resultados más impactantes que obtuvo SeNaSa en el año 2012 fue alcanzar la certificación de su sistema de gestión de calidad bajo la Norma ISO 9001:2008¹. Este sistema, entre otras cosas, ha permitido:

- *Implementar el modelo de Ciclo de Mejora Continua PHVA, donde se observa un alto empoderamiento de los colaboradores/as internos/as.*
- *Una visión coherente de futuro enfocada en la satisfacción y la atención al usuario.*
- *El diseño e implementación de un aplicativo para el control de los documentos, el cual permite que puedan ser consultados y gestionados por cada proceso vía web a través de una librería virtual facilitando el control documental y generando mayor visibilidad sobre la coherencia entre la Planificación y la ejecución a nivel de procesos.*
- *Contar con un Comité de Calidad, certificado por el Ministerio de Administración Pública (MAP) como instancia dinámica al interior de la organización que ha permitido consolidar la cultura de la calidad y ha facilitado el establecimiento de la Política y de los Objetivos de Calidad en todos los niveles.*
- *Los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios/as, cuyos resultados arrojan una alta satisfacción con los servicios prestados por la empresa a sus afiliados, siendo ésta la evidencia más clara del compromiso de SeNaSa para identificar y desarrollar eficazmente las necesidades y expectativas de los usuarios/as.*
- *Realización de auditorías internas planificadas y desarrolladas por la institución a todos los procesos del SGC con auditores internos competentes y certificados como*
- *Reafirmación del compromiso de SeNaSa con la mejora continua de la gestión y la creación de condiciones institucionales para entregar a sus usuarios servicios de calidad, expresado en una Carta Compromiso con el Ciudadano/a.*
- *Definición de una política de calidad basada en valores, para garantizar la satisfacción de sus usuarios y usuarias, respondiendo con eficacia, oportunidad y trato humano a sus requerimientos, desarrollando una cultura de innovación y mejora continua de los procesos.*
- *Profundización del compromiso del liderazgo de la institución con la mejora de los procesos.*
- *Mejora en el desempeño institucional e individual en la gestión de los procesos.*
- *Clara definición del flujo de los procesos, así como de la secuencia e interacción lógica de los mismos.*

Un elemento a destacar en el SGC es el nivel de empoderamiento de los colaboradores responsables de procesos. Se observa que, para el año 2012, el nivel general de SeNaSa, en cuanto al empoderamiento con el SGC fue de un 77%; las gerencias del nivel central promediaron un 80%; y las gerencias del nivel regional un 74%. La tendencia indica que este empoderamiento irá gradualmente incrementándose según el SGC vaya madurando (Gráfico No. 37).



Las auditorías realizadas al SGC durante el año 2008 contribuyeron a detectar una serie de no conformidades que se tradujeron en planes de mejora de los procesos institucionales, permitiendo así un incremento en el nivel de madurez de SeNaSa. En efecto, para el año 2012, de un total de 57 no conformidades detectadas en las 4 auditorías de calidad que se realizaron, se cerraron 48, lo que representa un 84.21%. Las gerencias del nivel central cerraron un 92.68% de las no conformidades detectadas. Esto significa que de 38 NC fueron cerradas 41.

2. Consolidación del Sistema de Planificación.

El pasado año fue el último de ejecución del Plan Estratégico 2008-2012. Los logros obtenidos en estos cinco años han sido evidentes y han quedado validados por los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios. Conjugar la visión estratégica con la operacionalización cotidiana de los procesos ha sido fundamental para el fortalecimiento institucional de SeNaSa y para el alcance de los objetivos y resultados de calidad.

Bajo el criterio de continuidad y profundización de las metas alcanzadas en el quinquenio que concluye, se elaboró un nuevo Plan Estratégico para el período 2013-2017, el cual subraya la importancia de la innovación y la capacidad creativa de los equipos gerenciales, técnicos y operativos para enfrentar con éxito los desafíos relativos a la mejora en los servicios y a la sostenibilidad institucional. Este Plan es la nueva agenda institucional, la cual se irá adecuando con un criterio de flexibilidad frente a los cambios del entorno,

En la elaboración del documento de Plan Estratégico 2013-2017 se logró involucrar, de manera dinámica y participativa, los diferentes equipos técnicos y gerenciales de SeNaSa, así como personas expertas en los temas de políticas sociales y reformas de salud. Esto ha permitido la generación de un producto con cuya implementación todo el personal de SeNaSa se siente comprometido.

La consolidación del Sistema de Planificación de SeNaSa se refleja en lograr que las gerencias del nivel central y regional dispongan de sus planes operativos anuales, de una batería de indicadores que son medidos trimestralmente. El principal elemento a destacar como logro en el 2012 es el incremento del nivel de apropiación y asunción de cada gerencia con la ejecución, seguimiento y monitoreo de los planes operativos.

3. Diseño y puesta en funcionamiento del Sistema Integral de Estadística (SIE- SeNaSa)

Desde sus inicios, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) ha sido una fuente primaria de generación de informaciones estadísticas útiles a las políticas públicas dirigidas a la protección social en salud y disminución de pobreza. Esta producción estadística ha sido favorecida por la disponibilidad de una base de datos que opera de forma automatizada, en especial en los ejes de salud, afiliación, atención al usuario y la gestión financiera.

No obstante, esta producción estadística venía operando de manera gregaria o segmentada, perdiéndose el carácter integral de los datos y en ocasiones la oportunidad y rigurosidad de los mismos. De igual manera, pese a la prolífica generación de información estadística, su difusión hacia lo interno y externo de SeNaSa era bastante limitada.

A esta realidad se agrega que la organización genera informaciones diversas que pueden ser de utilidad para el Estado, investigadores, planificadores, gestores públicos, académicos, líderes de opinión y ciudadanía en general. Sin embargo, estas informaciones tienen un uso restringido y poca difusión.

Por tanto, en el 2012 se puso en marcha el Sistema Integral de Estadísticas (SIE-SeNaSa). Este Sistema está concebido para permitir la circulación de información estadística de manera permanente y contribuir al diseño y evaluación de políticas públicas, al debate sobre reforma de salud y seguridad social, a la formación de profesionales, entre otros.

Este sistema integral de estadísticas ha contribuido a la disminución de la heterogeneidad, duplicidad y diversidad de las fuentes relacionadas con un mismo dato o indicador. El mismo involucra a diferentes instancias de la organización y está definido a partir de un eje articulador y coordinador que es la Unidad de Análisis y Gestión Estadístico.

IX. GERENCIA DE TECNOLOGÍA

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el año 2012, la Institución inició la implementación de un proyecto dirigido a mejorar el sistema de comunicación de redes y telefonía. Este proyecto implicó un alto nivel de complejidad en el proceso de licitación, matizado por el interés de la organización de garantizar la transparencia en los procesos de compra de bienes y servicios.

A partir de la implementación de este proyecto se han dado cambios y ajustes en la plataforma tecnológica que han contribuido a disminuir la cantidad de interrupciones e incidencias en los servicios de comunicación inter local de la 27 y Naco. Durante todo el año 2012 sólo se generaron 3 interrupciones causadas por averías en la fibra óptica de la empresa suplidora del servicio de comunicación. Asimismo, se observa que en ese mismo año el porcentaje de llamadas perdidas se redujo a un 11.3%.

El Sistema de Gestión de Calidad ha permitido que la institución desarrolle un programa permanente y sostenido para garantizar el mantenimiento de los equipos informáticos a nivel nacional. El 100% de las acciones contempladas en el Plan de Mantenimiento de Equipos Tecnológicos fueron ejecutadas. Esto ha permitido que los equipos operen óptimamente y favorezcan la productividad del personal.

Por otro lado, para el período enero-diciembre 2012, fueron diseñados 66 módulos para el mejoramiento de los sistemas de SeNaSa, correspondiéndose al 132 % de la meta propuesta para el año, esto equivale a un incremento de un 32% por encima del total programado. De igual modo, fueron realizadas 85 modificaciones o mejoras a los sistemas informáticos, contribuyendo a los procesos de innovación en el Sistema de Gestión de Calidad.

Asimismo, para el periodo enero-diciembre 2012, se logró que un total de 56 usuarios utilicen los cubos de información de manera de autogestionaria, representando este dato el 140% de la meta programada para este año.

Una fortaleza a destacar en gestión de tecnología de la información es lograr disponer de un personal técnico con capacidad para el desarrollo de aplicativos informáticos de manera autogestionaria, lo cual demuestra una alta capacidad de respuesta a las necesidades de modernización de plataforma informática de la entidad. En efecto, para el año 2012 este personal fue ampliado. Ello ha repercutido en la disminución de los costos y la inversión para la compra de sistemas o programas informáticos. En efecto, conforme al análisis realizado por la Gerencia de Tecnología, por concepto de diseño de sistemas informáticos (administración, financiera, afiliación, salud y contabilidad) con recursos humanos propios, SeNaSa ha logrado una reducción de costos hasta diciembre 2012 de alrededor RD\$19,645,704.39.

La institución en la actualidad cuenta con una plataforma tecnológica automatizada, la cual constituye una herramienta eficaz para el acceso a las informaciones y la entrega de los servicios a los usuarios, facilitando la gestión del riesgo en salud y de otros procesos claves de la organización. Estas herramientas tecnológicas (sistema de planificación, página Web, sistema de autorizaciones

médicas, el sistema de atención, de gestión financiera, de afiliación, de auditoría médica, entre otros) permiten información en tiempo real y en línea disponible, para los usuarios autorizados. Esto ha contribuido que en el 2012 se haya logrado un mejoramiento de los tiempos de respuesta de los servicios a los usuarios, de la eficacia y mejora del desempeño institucional.

En cuanto a la seguridad de la información, SeNaSa cuenta con una política de seguridad, en la cual se establece la realización del backup de las informaciones garantizando el resguardo de la memoria histórica institucional. Para profundizar y mejorar en este aspecto en el nuevo Plan Estratégico 2013-2017 se ha asumido alcanzar la certificación con la Norma ISO 27001, relacionada con la seguridad de la información.

X. GERENCIA DE COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el año 2012 la Gerencia de Comunicación (G-COM) desarrolló su Plan Operativo, sobre cuya ejecución puso especial énfasis en documentar los procesos que tiene la misión de realizar. En ese orden procedió a revisar y actualizar documentos que delinear los protocolos, conducta y comportamiento a seguir con respecto a las eventualidades que están llamadas a presentarse en el campo de la comunicación de masas, esencialmente las relacionadas con la Institución, así como las formas de SeNaSa vincularse de manera apropiada con los medios de comunicación de masas.

Entre los documentos actualizados por la G-COM se citan Funciones de la Gerencia de Comunicación, Comunicación en Tiempo de Crisis, Papel del Vocero Institucional, Identidad Corporativa y Política de Comunicación a través de la WEB. Asimismo, Política de Comunicación Institucional a través de las Redes Sociales, Protocolo para la Administración de las Cuentas de Redes Sociales.

De igual manera se puso en ejecución un recurso que ha arrojado éxitos en materia de relaciones públicas; y al mismo tiempo en la modalidad comunicacional y de mercadeo denominada *historytelling*, que consiste en generar y contar historias con y para los usuarios de servicios.

En ese orden en 2012 se continuó desarrollando la estrategia de las denominadas “visitas-tour de ejecutivos de medios de comunicación, personalidades y forjadores de opinión pública a SeNaSa”, que consiste en invitar a los encargados de editorializar, administrar y dar tratamiento periodístico a las informaciones en los medios y hacer opinión pública, a visitar SeNaSa para socializar con ellos informaciones sobre los principales procesos que desarrolla la institución en su rol de ejecutora de las políticas de aseguramiento social en salud del Estado dominicano. En ese orden durante 2012 visitaron a SeNaSa las Comisiones de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Diputados, la Comisión de Seguridad Social del Senado; el Ministro de Trabajo y el Gerente General del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), así como la nueva Ministra de Trabajo y Presidenta del CNSS junto a un viceministro de Trabajo y el Gerente General del Consejo.

En el 2012, se logró que un total de 26 entrevistas de televisión, radio y periódicos fueran gestionadas por la Gerencia de Comunicación para que la Directora Ejecutiva y otros voceros de la Institución acudieran a exponer las actividades y políticas de SeNaSa a través de esos medios.

En el pasado año, en coordinación con el Dpto. de Mercadeo, se implementó el Plan de Reforzamiento de la Imagen y el Posicionamiento Institucional de SeNaSa. A través de este plan se realizaron actividades mediáticas y estrategias de coordinadas promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tales como ***Caminamos para prevenir la hipertensión arterial y la diabetes***, caminata ***Un paso por mi familia***, de la Comisión Nacional de Pastoral Familiar, a la que se integró la familia SeNaSa.

La puesta en implementación de este Plan ha propiciado además, un mejor aprovechamiento de los medios de comunicación propios de la institución, tanto para uso global (portal WEB y redes

sociales) como de las herramientas de comunicación interna, pues a través de ellos se difunden diferida y simultáneamente informaciones de interés para la Institución.

La diseminación de información y noticias institucionales tipo publicity (por gestión gratuita) a través de los medios de comunicación fue un tema gestionado con alta prioridad y cuidado, en el entendido de que con la generación de historias para los medios, la Gerencia de Comunicación contribuye simultáneamente a la inclusión en la agenda informativa de los medios y acercar la Institución a sus públicos meta y usuarios.

En el 2012 fueron convocadas 10 ruedas de prensa en el nivel central y 6 convocadas en las Gerencias Regionales. Asimismo, se enviaron a los medios de comunicación 92 notas de prensa e historias elaboradas por SeNaSa sobre la base de temas de interés institucional, de las cuales la Gerencia de Comunicación tiene constancia de publicación simultánea de 75 de ellas en varios medios impresos, radiales, de internet, blogs y en la propia televisión. En total el pasado año salieron más de 174 informaciones positivas de SeNaSa en blogs y periódicos de Internet, así como en los periódicos impresos.

Asimismo, en el transcurso de 2012 la Gerencia de Comunicación colocó en el WEBSITE de SeNaSa un total de 90 informaciones, lo que representa un promedio de actualización del portal cada 2.8 días laborables.

Comunicación Interna

Con el objetivo de reducir al mínimo los niveles de incertidumbre que origina la desinformación, al tiempo de agilizar la difusión de informaciones de interés interno, en junio del 2011 fue puesta en servicio una herramienta creativa de comunicación interna, denominada la Bocinita de SeNaSa.

Se trata de una herramienta diseñada para operar en dos modalidades. Es un avisador sonoro que, a través del sistema de audio, amplifica mensajes producidos por la Gerencia de Comunicación, por un lado; y por el otro es un informador en Intranet con alcance nacional. En el año 2012 se hicieron 552 emisiones de mensajes dirigidos a los colaboradores de SeNaSa y que se han extendido a los usuarios que visitaban la institución al momento de las emisiones.

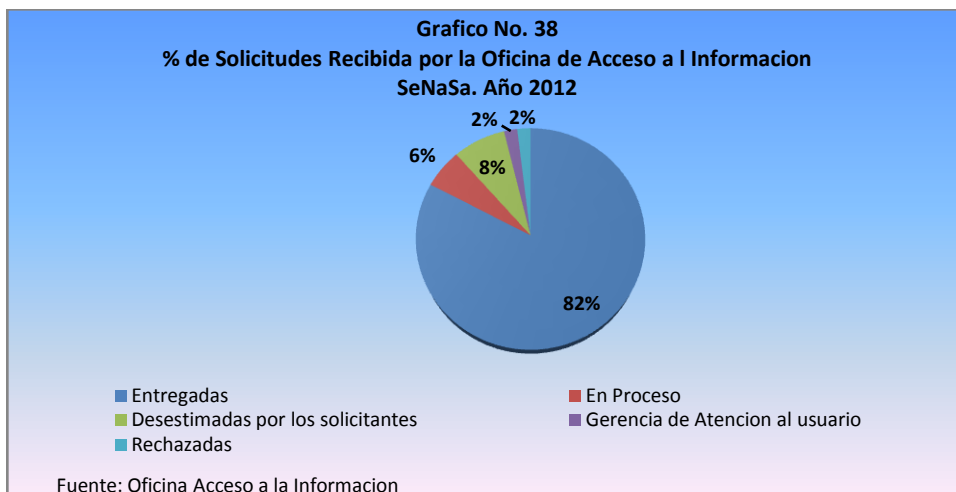
La bocinita sonora fue diseñada para dar un carácter de simultaneidad a la información y atención a la necesidad de informar a los colaboradores internos que no tienen acceso a las computadoras, como choferes, conserjes, camareros y el equipo de seguridad.

Entre las ventajas que esta versión sonora ha puesto en evidencia figuran:

- 1.- Bajo costo económico para su mantenimiento.
- 2.- Todo el personal puede recibir los mensajes a través de la versión sonora, independientemente de su grado académico.
- 3.- Los colaboradores pueden convertirse en agentes multiplicadores de la información entre sus compañeros de labores.
- 4.- Afiliados y usuarios que visitan las instalaciones de la Institución reciben informaciones a las que habitualmente no tienen acceso.

XI. GESTIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

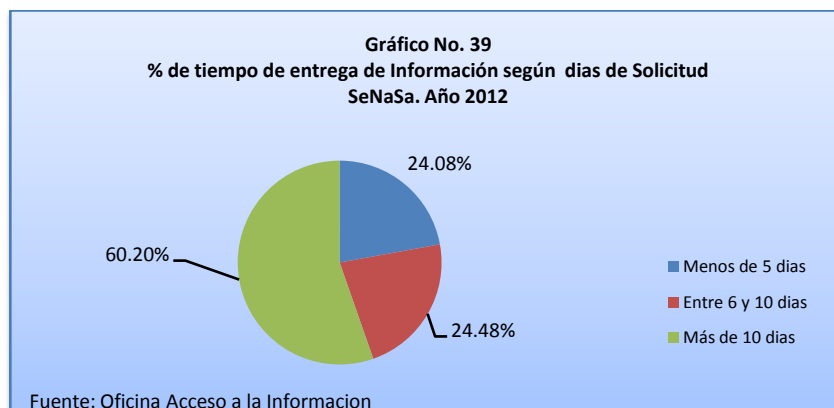
Conforme al Registro de solicitudes de información pública en el año 2012, la Oficina de Acceso a la Información recibió 53 solicitudes de información pública, de las cuales 43 fueron entregadas, 4 fueron declinadas por los solicitantes, 2 fueron remitidas a la Gerencia del Sistema de Atención al Usuario, 3 se encontraban en trámite al cierre del año y 1 fue rechazada. (Gráfico No. 38)



Al comparar el flujo de solicitudes recibidas de este año con las tramitadas durante el 2011, se puede notar que para este año ha aumentado la cantidad de solicitudes recibidas (53 vs. 38), y en consecuencia mayor el número de información entregada, otras se encuentran en proceso, y una solicitud que fue rechazada a diferencia del 2011 en la que ninguna fue rechazada.

Tiempo Promedio de entrega de la Información Solicitada

Acorde al registro de solicitud de información pública, el 24.08% de las solicitudes fueron respondidas en menos de 5 días; el 24.48% entre 6 y 10 días; y el 60.20% después de 10 días. Como se observa, la mayoría de las solicitudes fueron respondidas después de haber transcurrido 10 días hábiles, pero no fue vencido el plazo 15-10 días hábiles para responderlas, lo que significa que en la mayoría de los casos se prorrogó el plazo por 10 días más, debido a que mediaban circunstancias para reunir las informaciones. En total sumaron 12 prorrogas en este año. (Gráfico No. 39)



Para este año como se observa, el porcentaje de solicitudes respondidas en menos de 5 días es menor al del año 2011 (24.08 vs 34.08); la cantidad de solicitudes respondidas entre 5 y 10 días (24.48 vs 13.), y el porcentaje de solicitudes respondidas en más de 10 días aumentó este año (60 vs 53) en comparación al anterior.

Este año la Oficina de Acceso a la Información tardó 12 días promedio en entregar las informaciones requeridas.

Calidad del Servicio Ofrecido Por la Oficina de Acceso a la Información

La Oficina de Acceso a la Información tiene como principal propósito facilitar y garantizar el libre acceso a la información pública a los ciudadanos, ofreciendo un servicio completo, de calidad y transparencia.

En el gráfico se visualiza la eficiencia y el desempeño de la Oficina de Acceso a la Información, arrojando como resultado que los solicitantes califican el servicio de excelente el 77%; bueno el 22.75%; regular un 0% y malo para un 0%; de acuerdo a nuestra encuesta de satisfacción entregada a los mismos al momento remitirles la información solicitada.

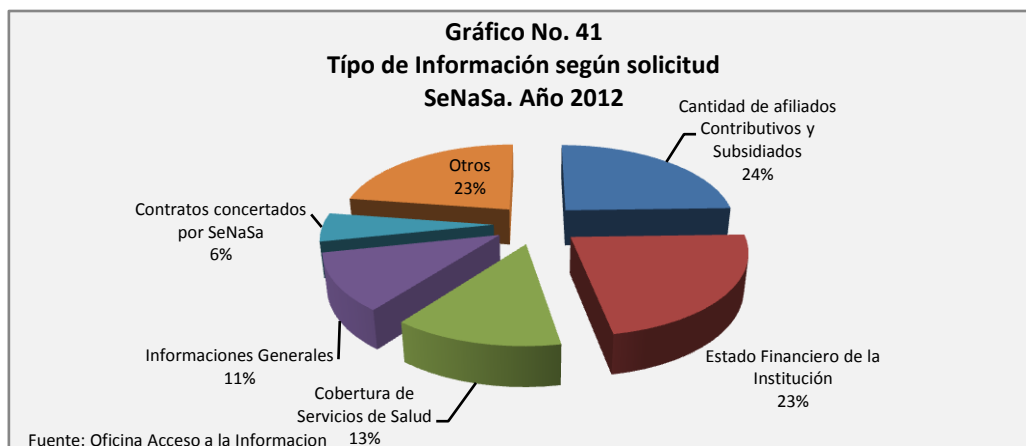
En el año 2012 comparado con el año 2011 resulta evidente que la Oficina de Acceso a la Información ha mejorado la calidad de su servicio, en el entendido de que en este año ningún solicitante ha calificado nuestro servicio de regular, en el que el 26 % calificó el servicio de la Oficina de Acceso a la Información de bueno; el 3 % de regular; y el 71% de excelente. (Gráfico No. 40)



Tipos de Informaciones Solicitadas a la Oficina de Acceso a la Información en el año 2012

El gráfico refleja, que de acuerdo al registro de solicitudes de información pública fue de un total de 53 solicitudes. De estas solicitudes, 13 fueron acerca de la cantidad de afiliados en el Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo (24%); 12 solicitudes fueron acerca de los Estados Financieros de la institución (23%); 7 acerca de la cobertura de los servicios del Seguro Nacional de Salud (13%); 6 solicitudes de informaciones generales de la institución (11%); 3 acerca de los contratos concertados por el Seguro Nacional de Salud (6%); y otras con 12 solicitudes (23%).

En lo concerniente al renglón (“Otros”) con un 12, se agrupan las diversas informaciones solicitadas que no pertenecen a los renglones anteriormente (historial clínico, certificación de ingresos a prestadores de servicios, plan de compras para la institución, entre otros). En síntesis, la información más solicitada a la institución fue acerca de la cantidad de afiliados para los Regímenes Subsidiado y Contributivo. (Gráfico No. 41)



Proyecto de Automatización de la Gestión Documental

Para el año 2012 una de las acciones de alta prioridad para la Oficina de Acceso a la Información fue consolidar el Sistema Institucional de Archivo e iniciar la Automatización de la Gestión Documental, permitiendo así, la rápida disponibilidad de los documentos requeridos por los ciudadanos y ciudadanas en condiciones que garanticen adecuados controles de accesibilidad, confiabilidad, preservación y seguridad.

El artículo 10 del Reglamento de aplicación de la Ley 200-04 sobre Libre Acceso a la Información Pública en su inciso “c”, establece como una de las funciones del Responsable de Acceso a la Información, realizar las gestiones necesarias para localizar los documentos en los que conste la información solicitada y en su inciso “e” instituir los criterios, reglamentos y procedimientos para asegurar la eficiencia en la gestión de los solicitudes de acceso a la información, elaborando un programa para facilitar la obtención del información del organismo, institución o entidad, que deberá ser actualizado periódicamente y que incluya las medidas necesarias para la organización de los archivos.

Se ha demostrado que la conservación de los documentos en físico resulta de un elevado gasto de inversión y mantenimiento, ejemplo de esto, un considerable nivel de impresión de papel que implica gastos exorbitantes para la administración, además de afectar la preservación del medio ambiente, para evitar estos gastos se ideó el Proyecto de Automatización de la Gestión Documental.

La ejecución de la primera etapa de Automatización de la Gestión Documental consistente en digitalizar toda la información del Seguro Nacional de Salud, se inicia en junio del año 2012. Para esto fue creado el Centro de Digitalización, que cuenta con tres áreas principales. El Área de Preparación, el Área de Digitalización y el Área de Verificación de Calidad. Fueron adquiridos 9

escáneres de alta capacidad; y fueron contratadas 41 personas que laboran 24 horas para agilizar la productividad debido al cúmulo de documentos y expedientes que deben digitalizarse.

Dicha implementación ha sido dividida en dos etapas:

Una primera consistente en la digitalización de los documentos en el archivo central de SeNaSa, a los fines de sustituir el soporte físico (papel) por soporte electrónico (imágenes, base de datos).

La segunda etapa consistirá en la automatización de todos sus procesos y flujos de trabajo (workflow) con el objeto de suprimir el uso, consumo y conservación de papel (implantación del modelo de Oficina Sin Papel).

Entre los beneficios específicos de este proyecto están:

- a) Aumento en los niveles de control documental;
- b) Mejora en la eficacia de los procesos;
- c) Reducción significativa de gastos administrativos;
- d) Aumento en la calidad de la información;
- e) Acceso a la información desde fuera de la oficina;
- f) Contribución con la preservación del medio ambiente y los recursos naturales;
- g) Mejora en los niveles de transparencia y rendición de cuentas, entre otros.

La Automatización de la Gestión Documental, es una de las innovaciones de la Oficina de Acceso a la Información, cuyo reflejo de su éxito son los 6, 895,468 documentos Financieros digitalizados desde Junio del año 2012 hasta Diciembre 2012; y 75,270 documentos de afiliados digitalizados desde Junio 2012 hasta Diciembre 2012.

DESAFIOS INSTITUCIONALES PARA EL 2013

1. Consolidar los procesos dirigidos a garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
2. Diseñar y poner en marcha un sistema de evaluación y monitoreo del riesgo en salud.
3. Desarrollar un plan orientado a adecuar y actualizar la plataforma de los sistemas tecnológicos de SeNaSa.
4. Incorporar nuevos procesos al Sistema de Gestión de Calidad.
5. Fortalecer la cultura de prevención del riesgo institucional.
6. Promover espacios y mecanismos de alianza estratégica con los actores clave de las políticas sociales del Gobierno.
7. Consolidar el Sistema de Información de SeNaSa (SIE-SeNaSa), alcanzando mayores niveles de calidad y oportunidad de la información, mediante la consolidación de la base de datos (Data Warehouse) como herramienta básica de información.
8. Desarrollo de un programa de responsabilidad social, el cual incluya la imagen de SeNaSa como empresa ecológicamente responsable (SeNaSa Verde), la visión de empresa-familia y el establecimiento de una política de oficina sin papeles.