

# Seguro Nacional de Salud

## Gerencia de Planificación y Calidad

*"Año del Fomento de la Vivienda"*

### INFORME DE GESTION INSTITUCIONAL



# **INFORME DE GESTION INSTITUCIONAL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) AÑO 2015**

## **Dirección Ejecutiva:**

- *Chanel Rosa Chupani*

## **Coordinación General:**

- *Diana Pérez Rubiera*

## **Coordinación Técnica:**

- *Gennys Azael Lorenzo*

## **Elaboración:**

- *Gennys Azael Lorenzo*
- *Regil Pérez Herasme*
- *Argenis Pérez*
- *Ramona Martínez*

## **Edición:**

- *Gerencia de Planificación y Calidad*

## **Diseño y diagramación:**

- *Gerencia de Planificación y Calidad*

## **Fecha de elaboración:**

- *Febrero, 2016.*

# INDICE

## INTRODUCCIÓN

05 **1** GESTION DE AFILIACION

14 **2** GESTION DE ATENCION AL USUARIO

18 **3** GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

25 **4** GESTION FINANCIERA

30 **5** GESTION ADMINISTRATIVA

36 **6** GESTION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO

45 **7** GESTION DEL TALENTO HUMANO

49 **8** GESTION TECNOLOGICA

54 **9** GESTION DE COMUNICACIÓN

60 **10** GESTION DE FISCALIZACION Y CONTROL INTERNO

63 **11** GESTION DE ACCESO A LA INFORMACION

**ANEXOS: RESULTADOS DE INDICADORES**

## INTRODUCCIÓN

*A partir del 2013, SeNaSa pone en ejecución su Plan Estratégico 2013-2017, el cual se ha ido concretando con la implementación de los Planes Operativos Anuales (POA). El presente informe corresponde al periodo enero-diciembre 2015, con el que se da respuesta al compromiso institucional de establecer un Sistema de Seguimiento, Evaluación y Monitoreo de los resultados.*

*Además, este documento se enmarca dentro de la arraigada cultura de transparencia y rendición de cuentas de las ejecutorias del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa). En el mismo se recopilan los resultados de la planificación operativa de la Institución para el año, descompuesto por área (gerencias y oficinas) a través de los indicadores de gestión diseñados para medir el cumplimiento de sus resultados.*

*Con estos resultados, afianzamos nuestros compromisos de enfrentar con alto nivel de transparencia y calidad los desafíos a corto y mediano plazos.*

1

# GESTION DE AFILIACION



## I. RESULTADOS GERENCIA DE AFILIACION

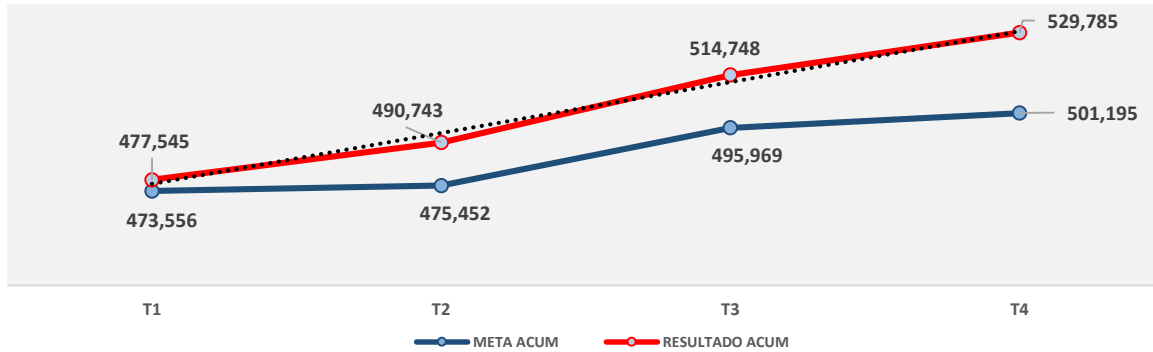
### 1. % de incremento de la cartera de afiliados del Régimen Contributivo.

Para el año 2015 se estableció como meta afiliar 30,000 nuevas personas al Régimen Contributivo. Sin embargo, el resultado superó las barreras al alcanzar 58,590 nuevos afiliados, lo que refleja un total de 28,590 adicionales a la meta.



En ese sentido, la cartera —por dispersión— pasó de 471,195 afiliados en diciembre de 2014 a 529,785 afiliados en igual mes de 2015. En el año, se aprecia una tendencia hacia el alza, presentando su mayor aumento en el cuarto trimestre, según se puede ver en el gráfico.

Comportamiento Trimestral Cartera de Afiliados por Dispersión  
Régimen Contributivo.  
Enero - diciembre 2015

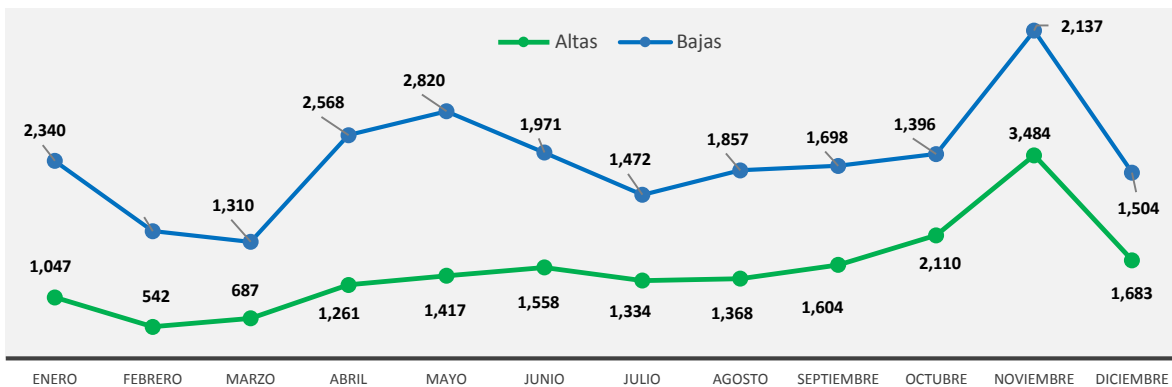


### Cartera de afiliados por tipo de traspaso

La cartera de afiliados del Régimen Contributivo presentó tres grandes tipos de variaciones o novedades, de vital importancia para la implementación de planes de acción que garanticen fidelización y satisfacción de los afiliados.

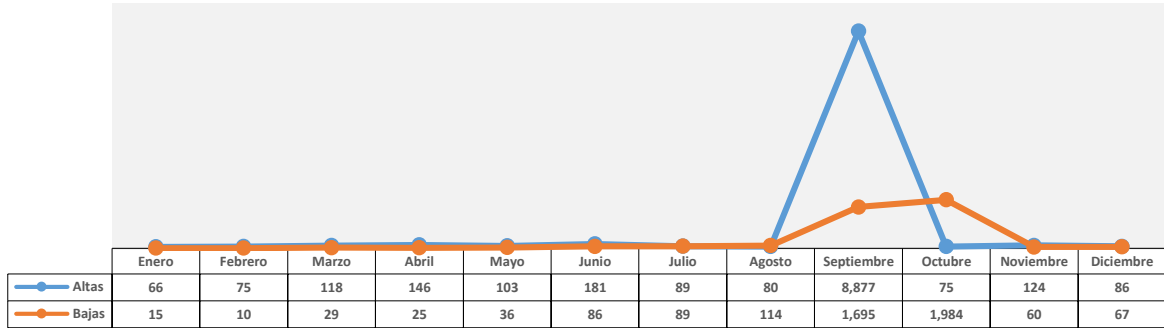
El primero tiene que ver con los traspasos ordinarios. En el comportamiento de los *traspasos ordinarios* se observan oscilaciones positivas en las entradas, principalmente en los meses de enero, abril, mayo y noviembre, así como negativas entre febrero y marzo, julio y diciembre. En las salidas, son notables los cambios bruscos en febrero —menor salida— y en noviembre —mayor salida— de afiliados.

Comportamiento Altas y Bajas por Traspaso Ordinario  
Régimen Contributivo  
Enero - Diciembre 2015



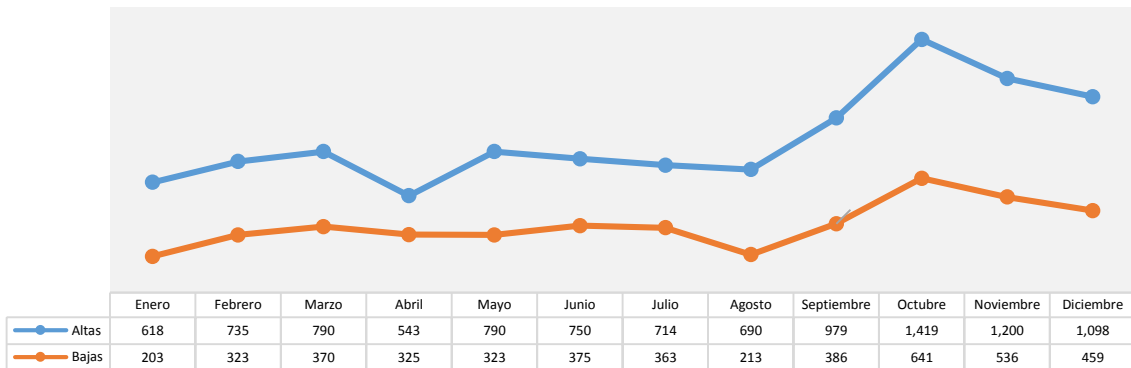
El segundo tipo de novedad se refiere a los cambios por *excepción*, donde las altas y bajas tuvieron un comportamiento similar durante el período, hasta el mes de agosto. A partir de entonces las altas o ingresos hacia SeNaSa presentaron su mayor pico con 8,877 nuevos afiliados, volviendo a caer en el mes de octubre. De igual forma aunque con menor intensidad las bajas aumentan en el mes de septiembre y octubre, decayendo e igualando nuevamente su comportamiento habitual de altas y bajas a partir del mes de noviembre.

Comparativo Altas y Bajas Cambio por Excepción  
Régimen Contributivo. Periodo: Enero-diciembre, 2015



El tercer tipo tiene que ver con los *traspasos por unificación del núcleo familiar*, cuyo comportamiento de altas o aumento de estos nuevos afiliados, se mantuvo por encima de las bajas durante el período, presentando un incremento significativo a partir del mes de septiembre.

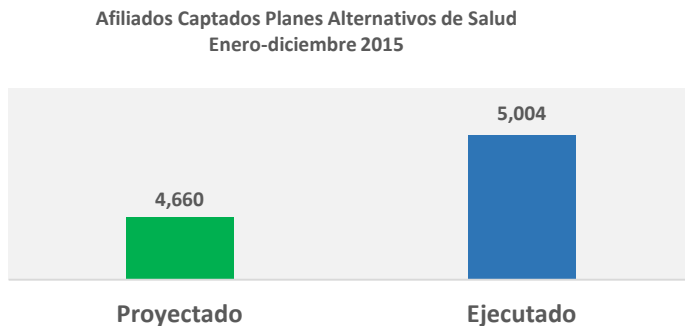
Comparativo Altas y Bajas Traspaso por Unificación de Núcleo Familiar  
Régimen Contributivo. Periodo: Enero-diciembre, 2015



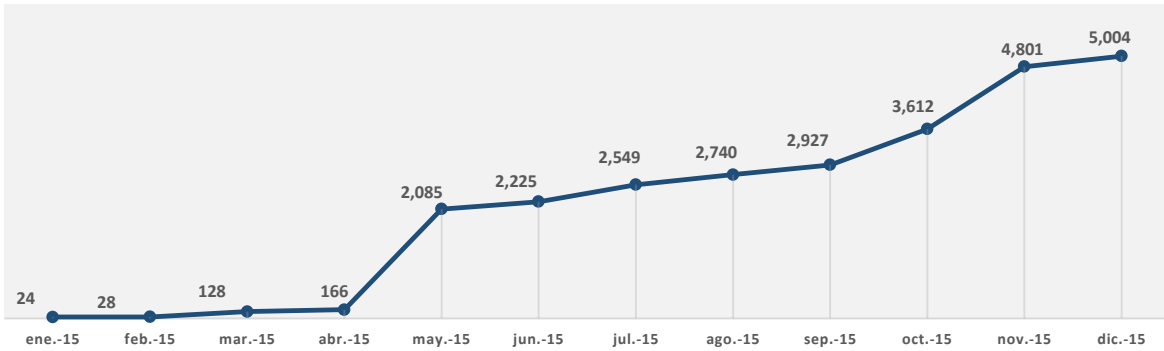
## 2. % de afiliados con Planes Alternativos con relación a la meta anual.

Al final del primer trimestre del año, se dio inicio a la implementación de los Planes Alternativos. Se proyectó captar para el año una cartera de 4,660 afiliados, la cual alcanzó una cartera de 5,004 afiliados para estos planes, siendo superada en un 107% de ejecución.

El inicio de la comercialización de los planes alternativos, se observa una baja captación, fruto del aprendizaje del mismo proceso, pero experimenta un aumento significativo y sostenido durante el resto del periodo.



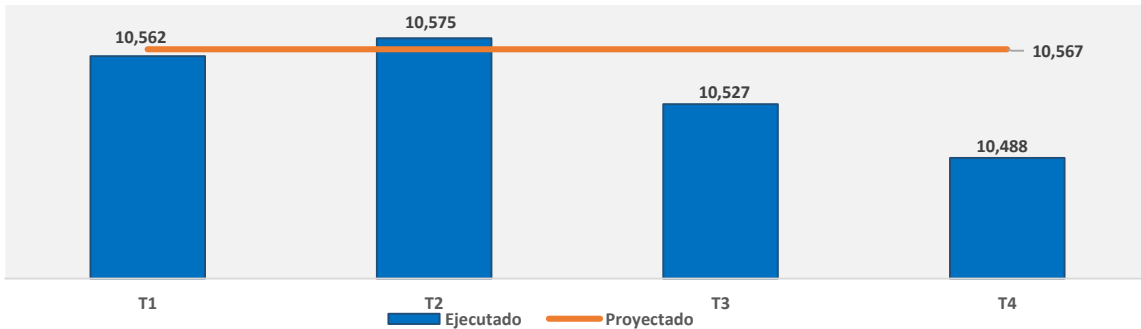
**Evolución de la Cartera de Planes Alternativos**  
**Periodo: Enero-diciembre 2015**



**3. Cantidad de afiliados del Plan Especial de Pensionados y Jubilados**

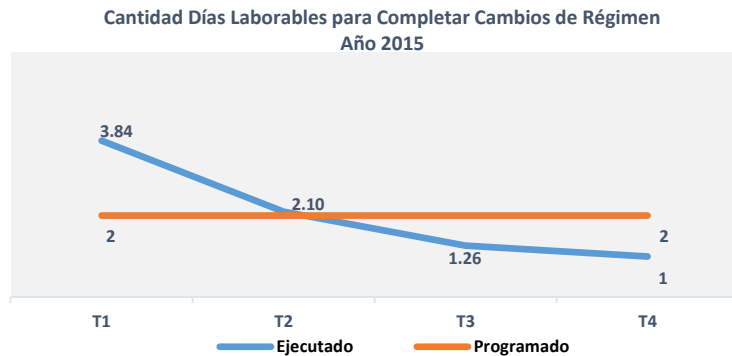
Para este Plan de Pensionados y Jubilados, se programó mantener la cartera en 10,567 afiliados, al final del periodo esta población era de 10,488 afiliados, representando 79 afiliados menos que la cartera inicial, lo que representa el 99% de ejecución de lo programado. El comportamiento trimestral de esta cartera se observa en el siguiente gráfico:

**Comportamiento Cartera del Plan de Pensionados y Jubilados**  
**Año 2015**



**4. Cantidad de días laborables para completar cambios de régimen de afiliación.**

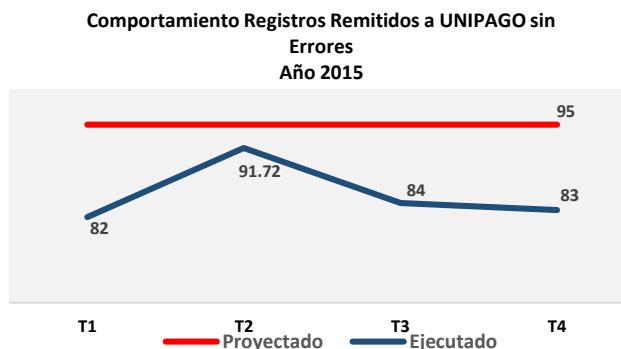
El comportamiento de los días laborables para completar cambios de régimen fueron programados 2 días hábiles, logrando un gran avance al disminuir el tiempo para estos cambios de 3.84 días exhibido en el primer trimestre a 1.26 en el tercer trimestre, hasta alcanzar 1 día en el cuarto trimestre, fruto del análisis de la información y la mejora de los procesos de operaciones.





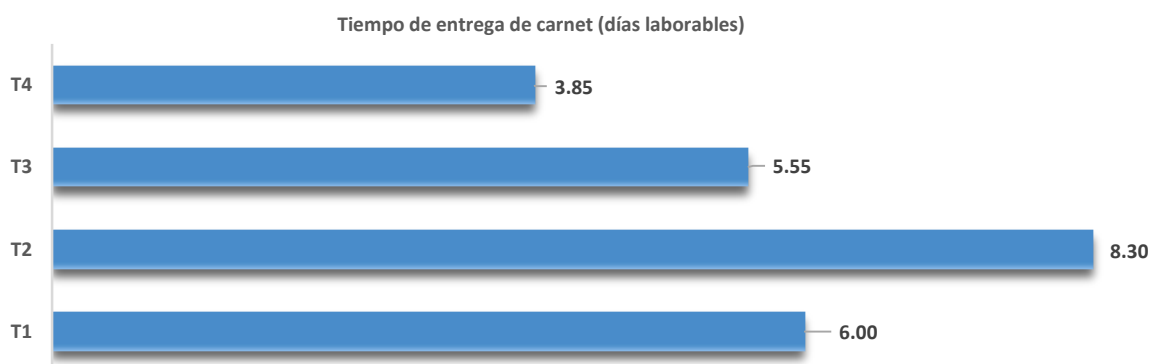
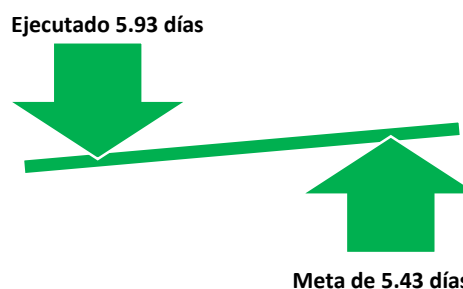
## 5. % de carga de datos enviadas a UNIPAGO sin errores.

Para el año se proyectó una meta de 95% de los registros remitidos a UNIPAGO sin errores. Al observar el comportamiento trimestral, esta meta no fue alcanzada, logrando una efectividad de un 87.37% de ejecución para ambos regímenes, derivado de un total de 1,182,310 registros, de los cuales 15,027 en el Régimen Contributivo y 205,178 del Régimen Subsidiado fueron rechazados.



## 6. Cantidad de días laborables para la entrega de carné a los encargados de aseguramiento de instituciones identificadas una vez generada la dispersión.

Para la entrega de carné a las empresas e instituciones, se programó un tiempo de 5.43 días laborables, no obstante este plazo no pudo ser alcanzado durante el periodo, promediando 5.93 días. En el primer trimestre este fue de 3.85 días, aumentando a 5.5 días y 8.30 días en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. El cuarto trimestre cada carnet fue entregado en un promedio de 6 días laborables.

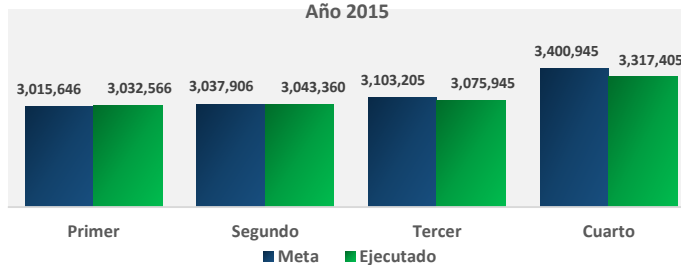


## 7. % de incremento de la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado

En el año 2015 para el Régimen Subsidiado, se estableció como meta un incremento de 400,000 nuevos afiliados respecto a la cartera obtenida finalizado el año 2014 de 3,015,646 afiliados. En tal sentido, al final del 2015 se la cartera de afiliados de este régimen es de 3,317,405 afiliado, lo que representa un incremento del 301,759 nuevos afiliados (75.4%) respecto a la meta establecida.

Es importante señalar, que en el boletín de estadísticas de pobreza monetaria elaborado por el MEPyD a marzo 2015, habían 3,338,544 pobres en el país. De tomar esa cifra como referente, la cobertura del Subsidiado respecto a la población pobre alcanza el 99.4%.

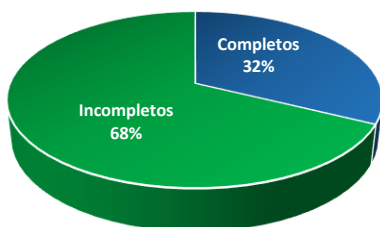
Comportamiento Trimestral de la Cartera de Afiliados  
Régimen Subsidiado  
Año 2015



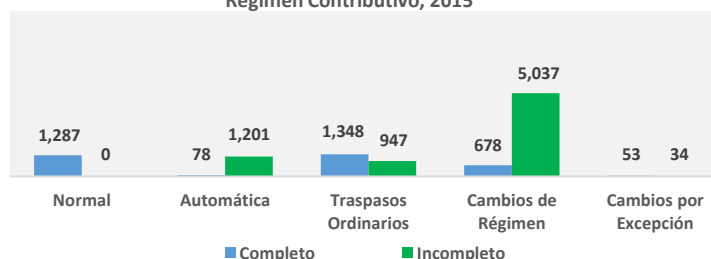
### 8. % de expedientes de afiliados del Régimen Contributivo completados

Durante el año fueron auditados 10,633 expedientes del régimen contributivo, de los cuales se encuentran completos 3,444, mientras que 7,219 se encuentran incompletos, esto equivale a un 32.4% de expedientes completos. Hay que destacar que la mayor cantidad de expedientes son por cambios de régimen.

Condición del Expedientes de Afiliados  
Régimen Contributivo, 2015



Relación de Expedientes Completados  
Régimen Contributivo, 2015



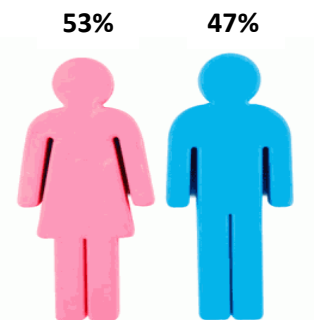
### 9. Estructura de la población afiliada con derecho a prestaciones (ok).

El comportamiento de la estructura de la población afiliada por regímenes y planes durante el período enero – diciembre del año 2015, es desagregado en la tabla siguiente. Se observa que el Subsidiado exhibe una cartera de 2,166,576 afiliados titulares, para una relación de dependencia de 0.53, esto significa que por cada 100 titulares hay 53 dependientes. De igual forma en el Contributivo existen 252,028 afiliados titulares, con una relación de dependencia de 1.09, o sea que por cada 100 titulares, existen 109 dependientes.

En sentido general, la cartera de afiliados por regímenes y planes está conformada por un 53% es del sexo femenino, respecto al 47% del sexo masculino. Al desagregar cada uno de estos por sexo, se observa un comportamiento con poca variación al respecto.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN AFILIADA POR SEXO  
AÑO 2015

Régimen	Sexo				Total
	Femenino	%	Masculino	%	
Subsidiado	1,746,222	53%	1,572,734	47%	3,318,956
Contributivo	275,524	52%	252,196	48%	527,720
Pensionados y Jubilados	5,456	52%	5,035	48%	10,491
<b>Total</b>	<b>2,027,202</b>	<b>53%</b>	<b>1,829,965</b>	<b>47%</b>	<b>3,857,167</b>



**CARTERA DE AFILIADOS CON DERECHO A PRESTACIONES POR RÉGIMENES Y PLANES**  
Enero – diciembre 2015

Período	Subsidiado			Contributivo			Pensionados y Jubilados	Total general
	Titular	Dependiente	Adicional	Titular	Dependiente	Adicional	Titular	
Enero	1,836,529	848,860	163,043	195,579	208,094	27,985	10,264	3,290,354
Febrero	1,845,461	860,081	163,226	196,911	209,806	28,173	10,314	3,313,972
Marzo	1,879,301	868,977	163,787	200,709	212,621	28,408	10,314	3,364,117
Abril	1,895,227	871,824	163,820	205,751	215,231	28,674	10,314	3,390,841
Mayo	1,920,973	880,743	163,973	210,959	218,278	28,957	10,314	3,434,197
Junio	1,942,944	891,529	164,047	215,984	221,217	29,146	10,375	3,475,242
Julio	1,965,043	904,090	164,232	220,443	223,841	29,354	10,375	3,517,378
Agosto	1,980,467	916,301	164,324	226,086	228,054	29,670	10,424	3,555,326
Septiembre	2,057,777	932,074	164,513	235,212	233,502	29,977	10,440	3,663,495
Octubre	2,076,492	952,304	164,574	241,995	236,927	30,266	10,455	3,713,013
Noviembre	2,083,750	957,456	164,692	248,551	242,782	30,580	10,470	3,738,281
Diciembre	2,166,576	986,404	165,830	252,013	244,645	30,842	10,480	3,856,790
<b>Total general</b>	<b>2,166,576</b>	<b>986,550</b>	<b>165,830</b>	<b>252,028</b>	<b>244,828</b>	<b>30,864</b>	<b>10,491</b>	<b>3,857,167</b>

Fuente: DWH/GPLAN/Coordinación de Planificación y Presupuesto

### 10. Cartera de afiliados con derechos por tipo de traspaso

Durante el periodo enero – diciembre, la cartera de afiliados de SeNaSa presentó tres grandes tipos de variaciones o novedades en los diferentes regímenes y planes, considerados de vital importancia para la implementación de planes de acción que garanticen fidelización y satisfacción de los afiliados: la primera novedad tiene que ver con los afiliados dados de baja y que se han ido a otra ARS. Este renglón registra que un total de 3,015 afiliados del Régimen Subsidiado se fueron hacia otra ARS, estos afiliados son principalmente del sexo masculino.

La segunda novedad refiere que de un total de 3,112 afiliados del Régimen Contributivo pasaron a otra ARS, y 14 del Plan de Pensionados y Jubilados, lo que totaliza 6,141 afiliados de SeNaSa que se cambiaron a otra ARS. La tercera novedad, contiene los afiliados procedentes desde otra ARS hacia SeNaSa, destacando que para el periodo 197,430 nuevos afiliados han ingresado por esa vía a SeNaSa. Hay que destacar que 12,670 ingresaron al Régimen Subsidiado, de los cuales 6,556 pertenecen al sexo femenino.

En cuanto a los ingresos a SeNaSa procedentes desde otras ARS en el Régimen Contributivo, un total de 184,556 nuevos afiliados, siendo la población del sexo femenino la de mayor proporción (53%); igualmente 204 afiliados ingresaron al Plan de Pensionados y Jubilados, para un total general de 197,430 nuevos afiliados. Al momento, SeNaSa cuenta con ingresos de forma regular en su cartera, unos 3,303,271 afiliados del Régimen Subsidiado; así como 340,052 afiliados al Régimen Contributivo, y un total de 10,273 al Plan de Pensionados y Jubilados.

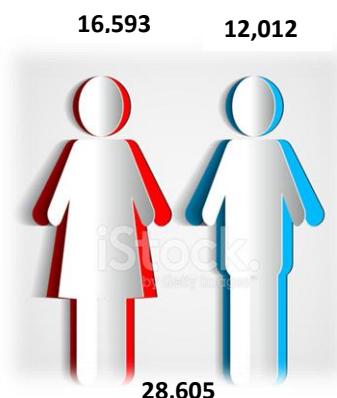
**TIPO DE TRASPASOS POR RÉGIMENES Y PLANES**  
SeNaSa, Año 2015

Tipo Traspaso	Subsidiado		Contributivo		Pensionados y Jubilados		Total general
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Dado de baja y van hacia otra ARS	1,231	1,784	1,614	1,498	4	10	6,141
Ingreso desde otra ARS	6,556	6,114	98,566	85,990	104	100	197,430
Regular	1,738,435	1,564,836	175,344	164,708	5,348	4,925	3,653,596
<b>Total general</b>	<b>1,746,222</b>	<b>1,572,734</b>	<b>275,524</b>	<b>252,196</b>	<b>5,456</b>	<b>5,035</b>	<b>3,857,167</b>

## 11. Cartera de afiliados por discapacidad

Para el año 2015, SeNaSa cuenta con una población de 28,605 clasificada como discapacitado, de los cuales 27,624 pertenecen al Régimen Subsidiado; 962 al Régimen Contributivo; y 19 al Plan de Pensionados y Jubilados. Es notorio la gran cantidad de afiliados con algún tipo de discapacidad del sexo femenino pertenecientes al subsidiado (16,364), respecto al sexo masculino de ese mismo régimen (11,707).

En el Régimen Contributivo el comportamiento de los discapacitados por sexo es muy similar. Dentro de las cinco primeras discapacidades registradas se encuentran: Parálisis de brazos y piernas, Ceguera, Esquizofrenia, amputaciones de miembros (brazo o pierna), sordo-mudez, entre otras.



**POBLACIÓN DISCAPACIDA POR RÉGIMEN Y PLANES**  
SeNaSa, AÑO 2015

Tipo Discapacidad	Subsidiado		Contributivo		Pensionados y Jubilados		Total general
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
<b>Total general</b>	<b>16,364</b>	<b>11,707</b>	<b>479</b>	<b>494</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>29,063</b>

## 12. Cartera de afiliados debidamente carnetizada

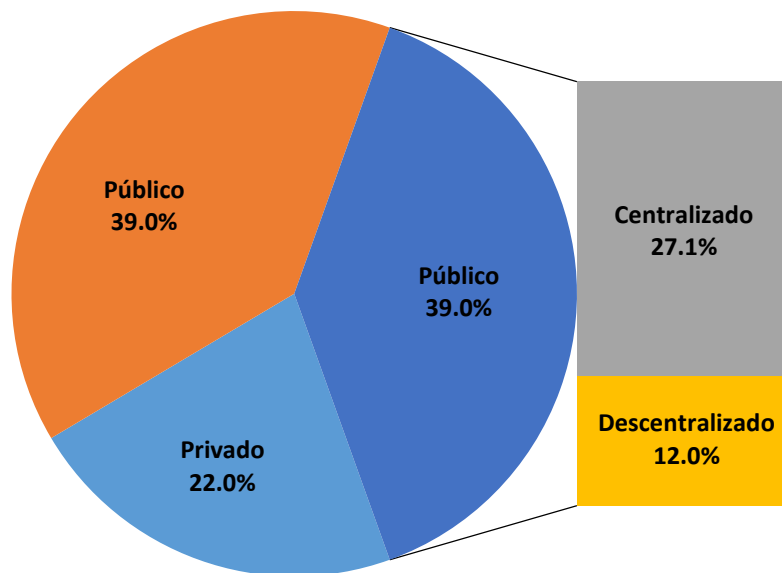
La población afiliada a SeNaSa, con tenencia de carné de aseguramiento varía considerablemente, un total de 1,792,167 afiliados poseen esta identificación, lo que representa el 47% del total de afiliados, en contraposición de 2,064,729 que no la poseen, para un 53%. Es importante señalar que para ambos regímenes y planes, la población del sexo femenino representa la mayor carnetizada. En ese mismo contexto en la población no carnetizada, es mayor en el sexo masculino para ambos régimen, y la femenina en el plan de pensionados y jubilados.

**POBLACIÓN AFILIADA POR RÉGIMEN CON CARNÉ**  
SeNaSa, AÑO 2015

Población Carnetizada	Subsidiado		Contributivo		Pensionados y Jubilados		Total general
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
NO	956,905	990,728	54,985	61,865	132	114	2,064,729
SI	789,317	582,006	220,539	190,331	5,324	4,921	1,792,167
<b>Total general</b>	<b>1,746,222</b>	<b>1,572,734</b>	<b>275,524</b>	<b>252,196</b>	<b>5,456</b>	<b>5,035</b>	<b>3,857,167</b>

**13. Población Afiliada al Régimen Contributivo según el tipo de empresa.**

El tipo de empresa a la que pertenecen los afiliados de SeNaSa, se clasifican en públicas y privadas. Unos 188,003 afiliados son de empresas privadas, representando el 22% del total; y 334,114 a empresas públicas para el 39%, mientras que un 39% a otros tipos de empresas públicas: centralizadas (27.1%) y descentralizadas (12.0%).



## 2

# GESTION DE ATENCION AL USUARIO



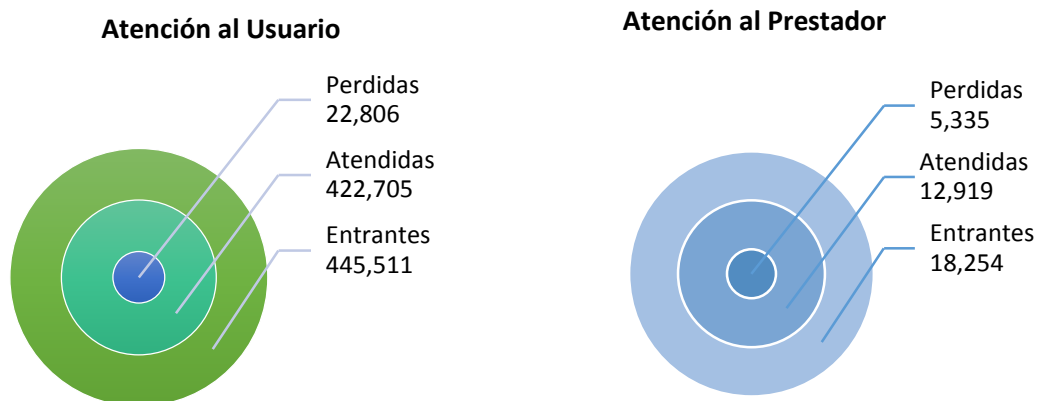
## II. GERENCIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y RELACIÓN CON EL PRESTADOR.

### 1. % de llamadas respondidas en Centros de Llamadas de Atención al Usuario

El Centro de Llamadas de Atención al Usuario recibió un total de 445,511 llamadas en horario laborable, de las cuales se respondió el 94.9%. Empero, en el Centro de Atención al Prestador se recibieron 18,254 llamadas y se respondió el 71%. En 2015, entre ambos centros perdieron en 28,141 llamadas de usuarios y prestadores, lo que equivale a 6.1% del total de llamadas.

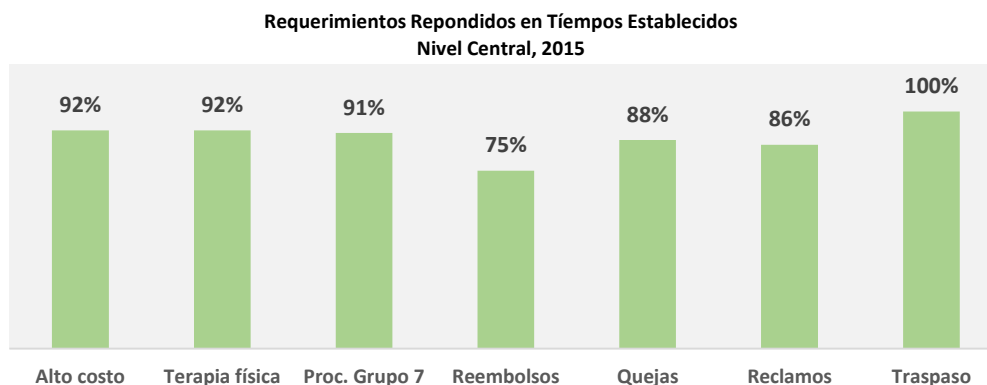
## 2. % Requerimientos de los Prestadores Respondidos en los Tiempos Establecidos

Durante el periodo enero - diciembre del 2015, la Gerencia del Sistema de Atención al Usuario y Relación con el Prestador, registró un total de 16,306 requerimientos a nivel nacional, de los cuales fueron cerrados 14,527 requerimientos, lo que representa el 89% de los casos.



## 3. % Requerimientos de los Usuarios Respondidos en los Tiempos Establecidos Nivel Central

Para el año 2015 el % de requerimientos respondidos en los tiempos establecidos fue de 90%; esta ejecución se encuentra por debajo de la meta programada de 95%. Fueron auditados un total de 6,120 requerimientos, de estos 5,535 se respondieron en el tiempo establecido para cada uno de los requerimientos. El cumplimiento por requerimiento es el siguiente: las solicitudes de alto costo tuvieron un cumplimiento de un 92%, las terapias físicas 92%; los procedimientos del grupo 7:91%; reembolsos 75%; las quejas un 88%; los reclamos un 86% y los traspaso cumplieron en un 100%



## 4. % Requerimientos de los Usuarios Respondidos en los Tiempos Establecidos Nivel Regional

En el nivel regional de los 8,038 requerimientos, el 88% fue respondido dentro de los tiempos establecidos. Los principales requerimientos no respondidos dentro de los plazos, están relacionados con quejas, reclamos y reembolsos son los requerimientos que tuvieron un

desempeño negativo afectando el cumplimiento general. Hay que destacar que en el nivel central, el 90% de los requerimientos fueron respondidos dentro de los tiempos establecidos.

**REQUERIMIENTOS RESPONDIDOS EN TIEMPO ESTABLECIDO  
GERENCIAS REGIONALES, 2015**

OFICINA REGIONAL	%
Monte Plata	95%
Santo Domingo Este	73%
Santo Domingo Oeste	64%
Santo Domingo Norte	59%
R I	75%
R II	80%
R III	85%
R IV	76%
R V	92%
R VI	80%
R VII	82%
R VIII	89%

**5. % de cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Respuestas**

En el nivel central, este sistema refleja que el año fueron auditados 10,122 requerimientos, de los cuales 9,667 cumplieron con los indicadores de calidad, alcanzando un nivel de ejecución del 96%, superando la meta establecida del 95%. En ese mismo contexto, el cumplimiento del Centro de Llamadas fue de 93%, de los 3,348 requerimientos recibidos, se auditaron 3,116 requerimientos con calidad, de igual forma en el cumplimiento del Centro de Contacto Directo: 97%, de 6,774 requerimientos se auditaron 6,551 requerimientos con calidad.

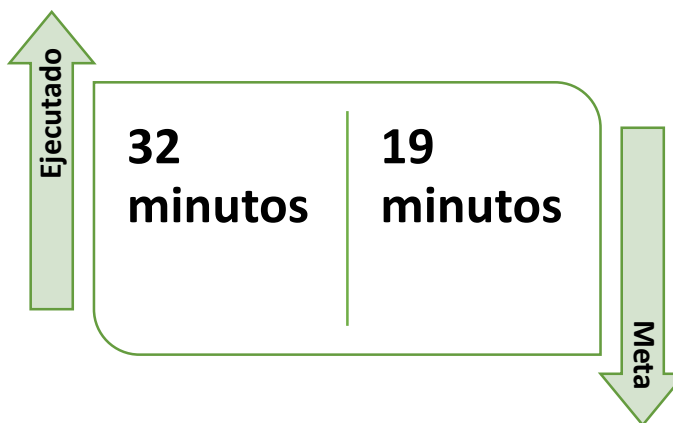
**CUMPLIMIENTO DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE REPUESTAS  
OFICINA DEL NIVEL REGIONAL, 2015**

OFICINA REGIONAL	% DE CUMPLIMIENTO
Monte Plata	93%
Sto. Dgo. Este	85%
Sto. Dgo. Norte	85%
Sto. Dgo. Oeste	83%
I	75%
II	81%
III	89%
IV	92%
V	95%
VI	74%
VII	97%
VIII	92%

A nivel regional, la consolidación del sistema de monitoreo y evaluación de respuestas durante el periodo, alcanzó el 87% el cual se encuentra por debajo de la meta programada de 95%. En el año se auditaron 14,069 requerimientos, de los cuales 12,198 cumplieron con la meta establecida. Al desagregar este comportamiento, las gerencias regionales V y VII fueron las únicas en lograrlo. La tabla siguiente detalla el nivel de cumplimiento del monitoreo y evaluación de respuesta por oficina regional.

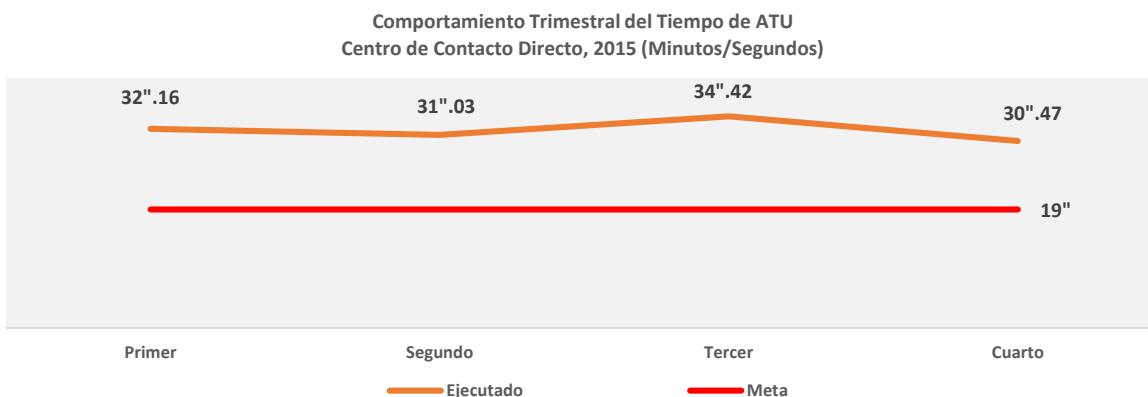
**Tiempo promedio en minutos que los usuarios permanecen en los Centros de Contacto Directo.**

En este año 2015 el tiempo promedio que los usuarios permanecen en el Centro de Contacto Directo fue de 32 minutos con 04 segundos; tiempo que se encuentra por encima de la meta programado para el año que corresponde a 19 minutos. Durante el periodo, la medición trimestral daba como resultado que el tiempo promedio de atención superaba la meta establecida.





A continuación se muestra el tiempo programado y ejecutado a lo largo del año 2015:



## 6. % de No conformidades del SGC solucionados en el tiempo establecido 2015.

En el año 2015 la gerencia tuvo 5 no conformidades, de las cuales 2 fueron cerradas al finalizar el periodo, y corresponden a:

- Incumplimiento con la documentación requerida para la recepción y tramitación de una reclamación de reembolsos según el tipo de servicio, conforme a lo establecido en el "Manual de Reembolsos de Servicio de Salud".
- No cumplimiento en lo establecido en el procedimiento de afiliación (GAFI-002/11) en su punto No. 07 que los expedientes de afiliación automática deben ir acompañados con el F-005.

Las no conformidades que permanecen abierta son las siguientes:

- Incumplimiento de la norma ISO 9001 punto 8.2.3 sobre bajo desempeño (incumplimiento de meta) de los indicadores del Plan Operativo Anual (POA) durante el periodo enero-junio 2014 (levantada agosto 2014).
- Incumplimiento de la norma ISO 9001 punto 8.2.3 sobre bajo desempeño de los indicadores del POA durante el año 2014. (Levantada en enero 2015).
- Bajo desempeño indicador del POA 1er. Semestre 2015 (Levantada en agosto 2015).

## 7. Proyectos ejecutados en el 2015

Dentro de los proyectos ejecutados, se destacan:

- Horario extendido de lunes a viernes hasta las 6:00p.m. y los sábados hasta el mediodía.
- Inauguración oficina de Atención al Usuario en Bávaro y Megacentro.
- Apertura de Área de Atención al Usuario en el Instituto Nacional del Cáncer y la Asociación Dominicana Rehabilitación.
- Realización del proyecto SeNaSa Móvil en 8 comunidades a Nivel Nacional.

3

## GESTION DE SERVICIOS DE SALUD



### III. GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

#### 1. Llamadas Perdidas en Centro de Autorizaciones

En 2015 entraron al Centro de Autorizaciones de la Gerencia de Servicios de Salud un total de 1.5 millones de llamadas. De éstas, fueron respondidas 1.2 millones y se perdieron 303,864 en total. Lo mismo equivale a decir que cada mes se perdieron 25,322 llamadas o 833 cada día.

En ese sentido, el porcentaje de llamadas perdidas alcanzó un 20% en el año. Sin

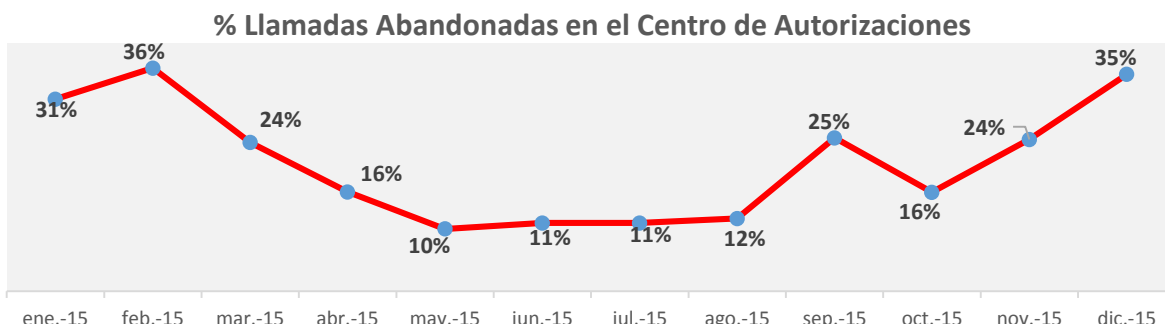
20% de llamadas perdidas en el Centro de Autorizaciones

1,493,885  
llamadas  
recibidas

1,190,021  
llamadas  
atendidas

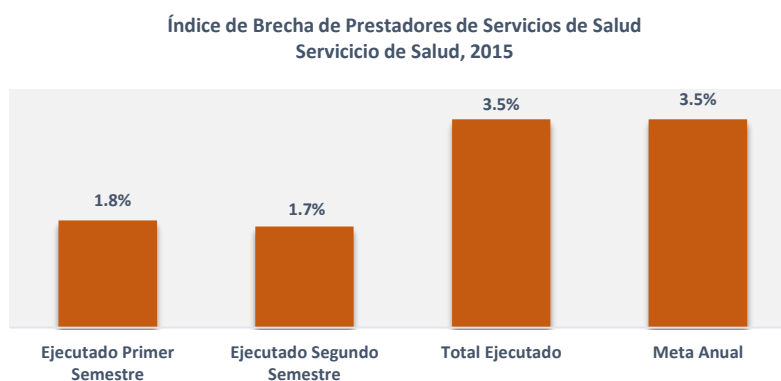
303,864  
llamadas  
perdidas

embargo, en los primeros meses de dicho periodo tuvo un desempeño superior al 30% y cerró el año en un nivel similar.



## 2. Índice de cierre de brechas de prestadores de servicios de salud.

A fin de garantizar el acceso a los servicios de salud por regímenes y planes, se realizó un levantamiento en cual se identificaron 22 tipos de coberturas categorizadas como de Alta Prioridad. Estos 22 servicios equivalen a un índice de 1.7%, fue establecido un indicador de brechas, con un índice de servicios de un 7.5%, en el



que se contemplaban brechas medias de servicios y brechas críticas, se contrataron 22 tipos de servicios a nivel nacional alcanzando un 1.8%, quedando un total de 5.7% de brechas a cerrar.

Al evidenciar que el cierre de brechas impactaba negativamente en la siniestralidad de SeNaSa, esta brecha faltante fue modificada de 5.7% a 1.7% tomando sólo en cuenta aquellas brechas críticas de servicios, es decir, aquellas donde no había PSS contratadas para ofrecer los servicios a nivel provincial. Al final del año se logró 3.5% de brechas cerradas que equivale a 44 tipos de servicios.

### SERVICIOS CONTRATADOS POR CIERRE DE BRECHA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, 2015

Tipo de Servicio Cerrado	Cantidad de PSS Contratados	Región	Provincia
Farmacia	2	I	San Cristóbal
Farmacia	1	IV	Pedernales
Odontología	2	0	Los Alcarrazos, D.N
Odontología	1	I	San Cristóbal
Odontología	1	IV	Independencia
Odontología	1	VII	Valverde
Odontología	1	IV	Independencia

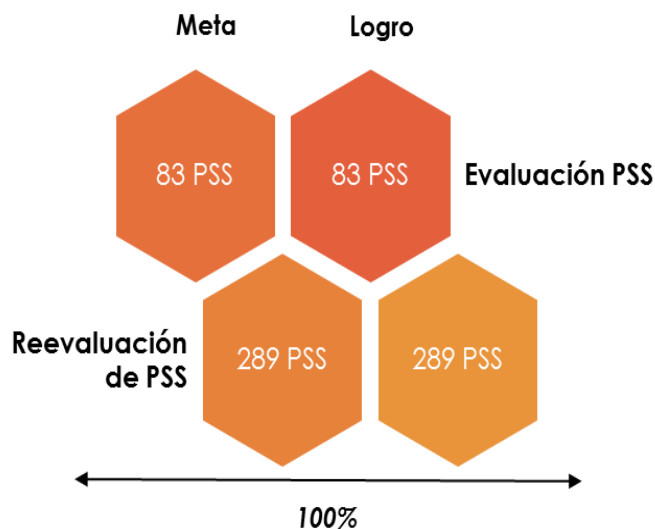
En cuanto al cierre de brechas para Planes Complementarios, vale destacar que de la Red de SeNaSa se han contratado 194 PSS tipo centro, de 463 que aplican para este tipo de contratación, lo que representa el 42%.

INDICE DE BRECHA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD  
PLANES COMPLEMENTARIOS, 2015

TIPO DE PSS	R 0	R I	R II	R III	R IV	R V	R VI	R VII	R VIII	TOTAL
Centro de Estudios Especializados	4	7	5	-	-	4	1	-	3	24
Centros Especializados de Alto Costo	6	-	3	2	-	-	-	-	-	11
Centros Oftalmológicos	1	-	2	-	1	-	-	-	1	5
Clínicas Privadas	11	10	21	18	2	13	8	13	21	117
Hospitales	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Laboratorios Clínicos	1	10	8	5	3	3	-	-	3	33
Laboratorios De Patología Clínica	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>194</b>

### 3. % de PSS evaluadas a partir de los requisitos establecidos

Durante el período enero-diciembre 2015, fueron calendarizadas para evaluación 83 PSS las cuales fueron evaluadas en un 100%, siendo alcanzada la meta de manera satisfactoria conforme a lo programado. Las PSS evaluadas, obtuvieron una puntuación por encima del 85%, calificando como PSS confiables, lo que indica a su vez, que cumplen de manera satisfactoria con lo establecido en el contrato



### 4. % de PSS reevaluadas a partir de los requisitos establecidos

Para el año 2015 fue programado un total de 289 PSS para ser reevaluadas, y fue ejecutado en un 100%, lo que refleja un nivel de ejecución acorde con la meta esperada. En el período evaluado fueron calendarizadas aquellas PSS cuya contratación y/o última Re-Evaluación ascendía a los 24 meses según lo establecido en el Manual de Contrataciones Médicas GSS-MAN-001/13. La cantidad de PSS aptas para este proceso durante el cuarto trimestre ascendió a 87 PSS, de las cuales fueron reevaluadas el 100%. De las PSS Re-Evaluadas el 100% alcanzó la condición Confiables, al haber obtenido una calificación positiva de 80% o más, con base a los criterios evaluados.

## 5. % de autorizaciones médicas emitidas sin error por los oficiales del departamento de autorizaciones

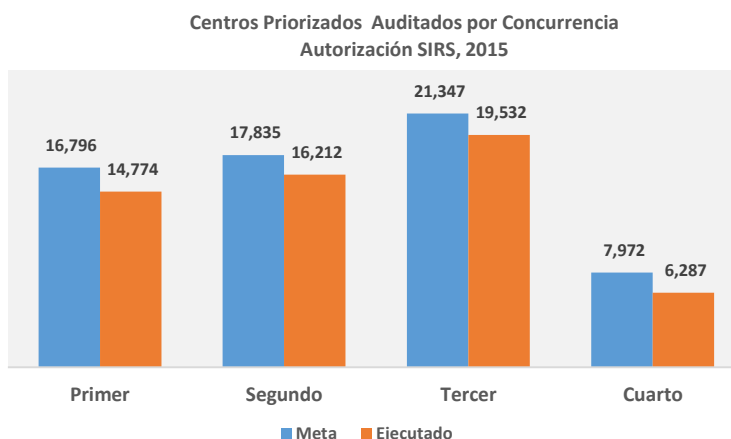
Durante el año 2015 el personal del Departamento de Autorizaciones emitió un total de 2,010,583 autorizaciones, de las cuales 1,999,612 no tenían registros de errores, mientras que 10,971 autorizaciones tenían errores. Estos datos representan un 99.45% y un 0.55% respectivamente. La meta establecida para este periodo fue de un 98%, por tanto el % de ejecución de la meta es de un 101%.

*El 99.5% de las autorizaciones son emitidas sin errores*

## 6. Comportamiento de los indicadores de Auditoría Médica

### a. % de Hospitalizaciones en Centros Priorizados que autorizan por el SIRS auditados por Auditoría de Concurrencia

En el año 2015, las hospitalizaciones en centros priorizados que autorizan por el SIRS auditados por Auditoría de Concurrencia, generaron 77,414 autorizaciones de ingresos hospitalarios y se realizaron 67,828 auditorías de concurrencia de primera vez, para una productividad de 88%, quedando por debajo del 95% de la meta establecida. El comportamiento de estas auditorías se observa de forma trimestral en la siguiente tabla.



### b. % de expedientes de las PSS priorizadas que facturan a través del SIRS, auditados en un tiempo máximo de quince días calendario a partir de la notificación de la factura.

Para el año 2015, la meta programada fue de 99.7% y lo ejecutado en términos generales fue de 98%, para una diferencia de 1.7% por debajo de la meta programada. Las 16 PSS priorizadas presentaron un total de 135,905 facturas para ser auditadas de las cuales se auditaron en tiempo oportuno 130,703 para un 96.17% de ejecución, que a su vez representa un 98% de efectividad para este indicador.

### c. % de Hospitalizaciones en Centros Priorizados que autorizan por el Sistema de Autorizaciones, auditados por Auditoría de Concurrencia.

Para el 2015, se programó auditar en las 15 PSS priorizadas el 97% de las hospitalizaciones y de acuerdo al cubo de concurrencia y hospitalizaciones el indicador alcanzó un nivel de ejecución igual a 88.64%.

En las 15 PSS priorizadas se produjeron 11,594 hospitalizaciones, a las cuales se le realizó auditoría concurrente de primera vez a 9,441 (81.43%) de estas hospitalizaciones reduciéndose la meta

esperada en un 15.56%, ya que la misma consistía en un 97% para este año. De igual modo se realizaron 11,315 visitas subsiguientes, que en términos de productividad del indicador es un valor agregado, ya que sumadas a las de primera vez representan un total de 20,756 visitas a pacientes hospitalizados.

Los factores que contribuyeron a que la meta no fue superada, radicaron en la implementación del sistema de alertas para las auditorías de concurrencia en el cuarto trimestre, basado en el análisis de la información suministrada por un equipo especializado en las mismas, para la contención del gasto en salud. El cual no sólo verificaba las hospitalizaciones, si no también todos los servicios ofertados por los prestadores.

**d. % de expedientes de las PSS priorizadas que autorizan por el Sistema de Autorizaciones, auditados en un tiempo máximo de quince días calendario a partir de la notificación de la factura.**

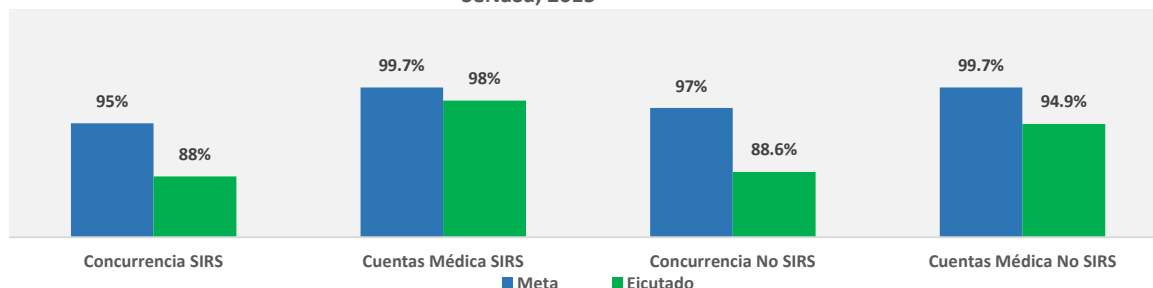
Durante el 2015 este indicador mostró una tendencia de 94.89% en relación a la meta esperada que consistía en 99.70%. Fueron notificados 30,139 expedientes listos para ser auditados, de los cuales se auditaron 28,574 dentro del tiempo establecido, lo que equivale a un 94.80% de ejecución, siendo la meta establecida un 99.70%. El desempeño del indicador en relación a la meta fue de un 95.09%. Respecto a lo auditado, hubo un monto reclamado de RD\$1,585,855,865.90 y un monto objetado de RD\$50,437,221.93 para un porcentaje de glosa de 3.18%.

**% de afiliados de diferentes regímenes y planes identificados como crónicos (HTA/Diabéticos) integrados a programas de seguimiento**

Para el año 2015, la meta programada fue lograr que un 35% de afiliados identificados como crónicos (HTA y Diabetes) estuvieran recibiendo tratamiento en programas de seguimiento. Para esta meta, fueron identificados 47,675 de los cuales se esperaba integrar a 16,900 (35%), de los cuales se integraron como crónicos en programas de seguimiento, siendo integrados 16,938, para un nivel de avance equivalente a 100.22% con relación a la meta esperada.

De estos un total de 47,472 afiliados pertenecen al Régimen Subsidiado, y 203 al Régimen Contributivo. En ese mismo contexto, se puso en ejecución el levantamiento del perfil epidemiológico de los afiliados de SeNaSa en las empresas priorizadas. Otro aspecto de importancia, lo constituye, el levantamiento de toda la red de servicios del primer nivel de atención de la Policía Nacional.

Comportamiento Indicadores Auditoria Médica  
SeNaSa, 2015



Fueron realizadas 108 jornadas de promoción y prevención a través de cuatro Prestadores del Primer Nivel de Atención: 43 jornadas realizadas por Samaritan; 27 por Macromédica; el IDÉN realizó 29, y PREVENTIS 9 jornadas. Durante estas jornadas, se les ofrecían charlas sobre hábitos saludables, prevención del cáncer cérvico uterino, de mama, de próstata, entre otros.

Dentro de los servicios ofrecidos en estas jornadas, se encuentran:

- Determinación del perfil antropométrico
- Toma de Presión Arterial
- Toma de muestra de sangre para: glicemia, hemograma, PSA, Perfil lipídico, y orina
- Módulo peso y talla
- Módulo Odontológico
- Sonografía, entre otros

Hay que destacar que la ejecución de estas jornadas, se cumplieron en un 100%, y que además, se iniciaron clubes de la salud como parte de la estrategia de categorización de afiliados en grupos de riesgo, para un seguimiento preventivo.

## **2. El gasto de los Servicios de Salud**

Durante el periodo enero – diciembre del 2015, los ingresos recibidos para la atención de los servicios de salud ascendieron a RD\$12,846,652,798 . En la distribución de este gasto de forma desagregada se observa que el Régimen Contributivo presenta el 85.37%; mientras el gasto del Subsidiado un 84.08%; al gasto del Plan de Pensionados y Jubilados 99.46%; mientras que por CAMAT Subsidiado presenta un gasto de 92.41% y el CAMAT Contributivo un gasto de 267.31%; de igual forma el gasto de los Planes Complementarios fue de 45.16%. La meta establecida en el periodo era de 85% para el gasto en salud, sin embargo al mes de diciembre alcanzó un nivel de 85.41%, y una siniestralidad acumulada en el periodo de 90.27%.

## **3. % de requerimientos procedentes de la GSAU y SIRALRIL solucionados o respondidos en los tiempos establecidos**

Durante el año 2015, respuesta especializada recibió un total de 2450 casos, de los cuales 2,424 recibieron respuesta en tiempo oportuno, lo que representa un 99%. La meta programada fue de 95%, lo que indica que en términos globales, la misma fue superada por cuatro puntos porcentuales. El 1% restante también recibió respuesta aunque no en tiempo oportuno debido a que algunos casos eran complejos y requerían del apoyo de y consulta de otras instancias.

De acuerdo al origen de los casos recibidos, la distribución es de la manera siguiente:

- 1792 correspondieron a solicitudes de Atención al Usuario relacionadas a Repuesta Especializada de la Gerencia de Salud para un 73%.
- 112 casos correspondieron a solicitudes procedentes de la SISALRIL para un 5% y,
- 520 solicitudes correspondieron a reembolsos para un 21%.
- 1% pendientes, respondido fuera del tiempo establecido debido a su complejidad.

## Logros Cualitativos Año 2015

### Contrataciones:

- Contratación de los primeros clubes de la salud en coordinación con la unidad de P&P
- Implementación de identificación y cierre de brecha de servicios de salud
- BenchMarking de la Red de PSS
- Conformación de Red de Planes Complementarios

### Autorizaciones:

- Mejora al módulo de autorizaciones
- Puesta en funcionamiento del módulo de autorizaciones
- Disminución de los tiempo de solicitud de Alto Costo

### Cuentas:

- Utilización del módulo de FARMACARD para la consulta de precios de medicamentos.
- Se le colocó en el intranet el módulo de FARMACARD a todos los auditores para la consulta de precios de medicamentos.
- Disminución del tiempo de auditorías.
- Acercamiento del equipo de auditoría al nivel central.
- Se fortaleció el proceso de supervisión y auditoria de data
- Uso de notas de calidad durante el proceso de ejecución de las auditorías.
- La puesta en marcha del sistema de cierre de emergencia.
- Concurrencia:
  - Implementación del mecanismo de verificación de uso de materiales de osteosíntesis aprobados por la institución, con el objetivo de evitar materiales.
  - Expansión de las auditorias de concurrencia a otros servicios.
  - Eliminación de la lista de espera para prótesis en la ADR.
  - Seguimiento a casos de pacientes afiliados con Integración de los auditores a la GSS y a las mesas de análisis de casos y alertas

### Promoción y Prevención:

- Se logró el cumplimiento en más de un 95 % de las metas planteadas en el POA.
- La ejecución del Programa de las Jornadas iniciado en el 2do. trimestre del año, se logró al 100%, para un total de 108 jornadas realizadas a nivel nacional
- Se iniciaron los clubes de la salud, como parte de la estrategia de categorización de afiliados en grupos de riesgo, para un seguimiento preventivo
- Se identificó un total de 16,938 afiliados crónicos con HTA y DM para su integración a programas de seguimiento.
- Se inició y se puso en ejecución el levantamiento del Perfil Epidemiológico de los afiliados de SeNaSa en las empresas priorizadas



# 4

## GESTION FINANCIERA

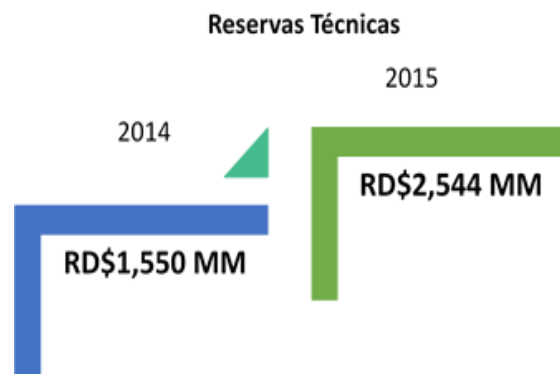


### 4. GERENCIA FINANCIERA

#### 1. Reservas Técnicas

Al mes de diciembre del 2015 las Reservas Técnicas ascendieron a RD\$2,544,3 MM, representando un incremento de un 64% respecto al cierre del 2014.

Las reservas técnicas, mostraron un incremento importante comparado con el año anterior, al pasar de 1.27 a 1.34 respecto al mes de noviembre del 2015. Un 6% con relación a diciembre del 2014.



En diciembre 2015, el índice de inversión de las Reservas Técnicas fue de 1.34. Sin embargo, se observó un descenso continuo a lo largo del año, fruto de incremento de la siniestralidad en los últimos meses, y a la política de priorización de pagos a Prestadores de Servicios de Salud.

**COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LAS RESERVAS TÉCNICAS**  
**SeNaSa. PERIODO: ENERO – DICIEMBRE, 2015**

MES	RESERVAS TÉCNICAS	INVERSIÓN R.T.	EXCEDENTES INVERSIÓN RT	ÍNDICE
Enero	1,689,846,387	2,725,844,486	1,035,998,099	1.61
Febrero	1,701,333,776	2,828,558,395	1,127,224,618	1.66
Marzo	1,772,139,233	2,837,305,257	1,065,166,024	1.60
Abril	1,811,188,483	2,927,679,669	1,116,491,186	1.62
Mayo	1,794,871,712	3,015,798,647	1,220,926,935	1.68
Junio	1,951,243,362	3,122,620,538	1,171,377,175	1.60
Julio	2,111,320,811	3,163,044,318	1,051,723,508	1.50
Agosto	2,087,923,169	3,130,954,780	1,043,031,612	1.50
Septiembre	2,234,231,709	3,122,345,924	888,114,215	1.40
Octubre	2,492,446,559	3,183,859,705	691,413,145	1.28
Noviembre	2,537,918,746	3,221,120,721	683,201,975	1.27
Diciembre	2,544,344,402	3,417,963,424	873,919,022	1.34

## 2. Rendimiento de las inversiones

En cuanto al comportamiento de la cartera de inversión, en el mes de diciembre cerró con un monto total invertido de RD\$3,417.96 millones. El rendimiento acumulado en el ejercicio suma RD\$323.6 MM.

La composición de la cartera de inversiones esta segregada en diferentes mecanismos de colocación, dichos recursos son productos de las reservas requeridas para sustentar las reclamaciones de servicios de Salud y las Reservas Libres para compromisos a corto plazo.

COMPORTAMIENTO MENSUAL DEL RENDIMIENTO DE INVERSIÓN SENASA. PERIODO: ENERO - DICIEMBRE, 2015		
Mes	Rendimiento de Inversión	Beneficio Real
Enero	24,521,421	10.52%
Febrero	27,608,959	10.63%
Marzo	20,831,894	8.46%
Abril	27,246,903	10.55%
Mayo	30,794,791	11.66%
Junio	27,789,131	10.09%
Julio	26,473,252	9.40%
Agosto	27,648,994	9.73%
Septiembre	27,721,784	9.56%
Octubre	26,073,240	8.96%
Noviembre	28,808,476	9.71%
Diciembre	28,144,365	9.22%

## 3. Gasto Administrativo

Al cierre de diciembre, el gasto administrativo fue totalizado en RD\$1,146.66 millones, situándose en 8.93%, es decir por debajo de la meta establecida (8.95%). A continuación el cuadro muestra más detalles del comportamiento del gasto administrativo en el transcurso del año 2015.

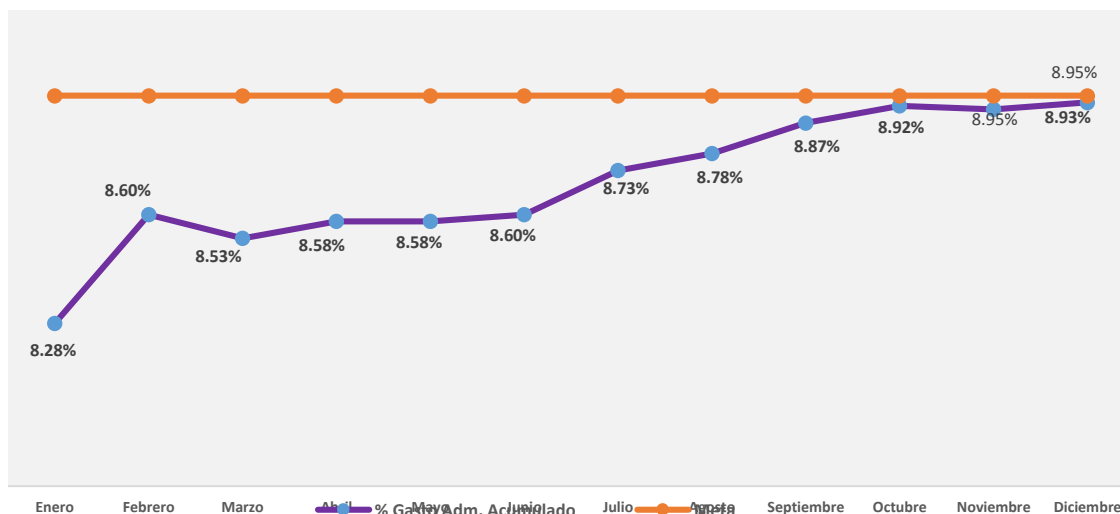
En el siguiente gráfico se aprecia cómo se comportó el gasto administrativo acumulado a lo largo del año 2015, comparado con la meta establecida.

**COMPORTAMIENTO DEL GASTO ADMINISTRATIVO**  
SeNaSa. PERIODO: ENERO – DICIEMBRE, 2015

Mes	Aportaciones y Contribuciones Suscritas	Gasto Administrativo	% Gasto Administrativo	% Gasto Adm. Acumulado
Enero	1,027,939,556.48	85,071,650.14	8.28%	8.28%
Febrero	1,020,179,748.00	91,110,851.42	8.93%	8.60%
Marzo	1,038,666,555.74	87,033,852.13	8.38%	8.53%
Abril	1,042,602,451.39	91,089,756.39	8.74%	8.58%
Mayo	1,042,595,160.54	89,477,335.41	8.58%	8.58%
Junio	1,050,675,009.24	91,099,437.77	8.67%	8.60%
Julio	1,059,663,103.34	101,125,676.72	9.54%	8.73%
Agosto	1,064,985,404.70	96,848,244.45	9.09%	8.78%
Septiembre	1,068,710,775.29	102,770,726.69	9.62%	8.87%
Octubre	1,086,465,051.21	101,116,287.75	9.31%	8.92%
Noviembre	1,168,173,929.51	102,748,846.80	8.83%	8.91%
Diciembre	1,175,996,052.17	107,171,837.08	9.11%	8.93%
<b>Total</b>	<b>12,846,652,797.61</b>	<b>1,146,664,503.08</b>	<b>8.93%</b>	<b>8.93%</b>

En el siguiente gráfico se compara el comportamiento del gasto administrativo acumulado y la meta establecida para el 2015:

**Comportamiento del Gasto Administrativo Acumulado**  
SeNaSa. Periodo: enero - diciembre, 2015



#### 4. Siniestralidad

La siniestralidad global acumulada al mes de diciembre 2015 ascendió a 90.26%, para un incremento de 0.10% con relación al mes anterior. Si comparamos con el mismo periodo del año anterior el incremento fue de 12.42% al pasar de 78.5% a 90.8%. Esto indica (como se mostrará más adelante) que las condiciones actuales está demandando un mayor gasto de salud.

**COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LA SINIESTRALIDAD ACUMULADA**

SeNaSa. Periodo: Enero – diciembre, 2015

Mes	Contributivo	Subsidiado	Pensionados y Jubilados	CAMAT RS	CAMAT RC	Otros Planes	Total	Total Acumulado
Enero	88.15	63.21	80.55	104.86	269.88	0.00	74.23	74.23
Febrero	92.51	77.60	87.37	51.76	181.48	8.65	83.41	78.80
Marzo	101.02	80.84	93.82	92.68	270.08	2.68	89.56	82.42
Abril	87.22	76.14	103.34	31.48	217.68	0.19	80.56	81.96
Mayo	91.83	83.92	93.03	73.57	257.29	13.42	87.63	83.10
Junio	96.44	85.51	103.46	83.05	384.53	1.85	90.87	84.41
Julio	106.95	100.93	101.57	128.68	185.21	2.58	103.66	87.21
Agosto	95.90	91.95	89.83	(33.99)	606.00	4.16	93.82	88.06
Septiembre	98.22	98.54	105.89	141.82	69.13	4.73	98.62	89.25
Octubre	106.56	100.38	98.65	77.83	255.84	5.30	102.86	90.66
Noviembre	84.23	96.01	110.39	118.90	261.35	13.18	91.63	90.76
Diciembre	85.37	84.08	99.45	99.01	786.46	45.16	85.41	90.26

**5. Promedio días de pago a prestadores de servicios de salud**

Al cierre del mes de diciembre 2015, SeNaSa ha pagado por servicios de salud RD\$10,610,791,416; unos RD\$1,783,329,723 más que el mismo período en 2014. Los valores pagados mensualmente por prestaciones de servicios de salud, representan el 75% del total de los ingresos durante el periodo enero – diciembre. Para una mejor comprensión, se detallan para los diferentes regímenes y planes en la siguiente tabla:

**VALORES PAGADOS POR RÉGIMENES Y PLANES**

SeNaSa. PERIODO: ENERO – DICIEMBRE, 2015

MES	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	PENSIONADOS Y JUBILADOS	OTROS PLANES	TOTAL PAGADO	INGRESOS	%PAGOS/INGRESOS
Enero	236,549,800	366,732,880	9,444,336	10,157,133	622,884,150	1,027,939,556	61%
Febrero	404,706,437	404,045,100	13,887,960	16,844,241	839,483,739	1,020,179,748	82%
Marzo	410,247,664	416,766,853	14,833,244	17,710,625	859,558,386	1,038,666,556	83%
Abril	322,188,930	450,790,951	11,260,752	16,602,901	800,843,534	1,042,602,451	77%
Mayo	389,966,461	511,702,868	12,403,319	15,896,036	929,968,685	1,042,595,161	89%
Junio	349,107,015	419,608,726	13,706,927	15,847,080	798,269,747	1,050,675,009	76%
Julio	415,198,127	488,982,931	13,639,267	20,654,369	938,474,694	1,059,663,103	89%
Agosto	383,468,032	606,489,544	10,819,362	21,751,919	1,022,528,856	1,064,985,405	96%
Septiembre	327,946,368	552,158,948	11,712,752	15,860,782	907,678,850	1,068,710,775	85%
Octubre	341,852,940	490,584,807	10,312,216	16,582,807	859,332,770	1,086,465,051	79%
Noviembre	345,926,219	645,547,527	10,981,007	22,491,458	1,024,946,212	1,168,173,930	88%
Diciembre	404,197,112	624,278,361	13,365,565	24,544,591	1,006,385,629	1,175,996,052	91%
<b>Total</b>	<b>4,331,355,106</b>	<b>5,977,689,497</b>	<b>146,366,707</b>	<b>214,943,943</b>	<b>10,670,355,252</b>	<b>12,846,652,798</b>	<b>83%</b>

En el Régimen Contributivo, el pago ascendió a RD\$4,331.4 MM; mientras que para el Subsidiado RD\$5,977.6 MM; Pensionados y Jubilados RD\$146.4 MM; por otros Planes se destinaron por pago de servicios de salud, el monto de RD\$214.9 MM. Hay que destacar que durante el periodo enero – diciembre, SeNaSa recibió por ingresos un total de RD\$12,846.6 MM.

El valor pagado al Régimen Subsidiado, durante el año 2015, incluye los montos pagados a los Servicios Regionales de Salud (SRS); al Ministerio de Salud Pública (MSP); PROMESE/CAL, SIRS WEB, y por Autorizaciones Médicas para la población afiliada. Estos valores de manera global

presentaron un comportamiento ascendente durante el periodo, con excepción en los meses junio y octubre donde se observa un declive respecto a los meses anteriores. Al mes de diciembre las facturas de Prestadores de Servicios de Salud están siendo pagadas en 27 días promedio; calculados desde la recepción hasta la entrada de los cheques al área de Caja. Cerrando el año con un tiempo promedio para pagos a PSS de 20 días.

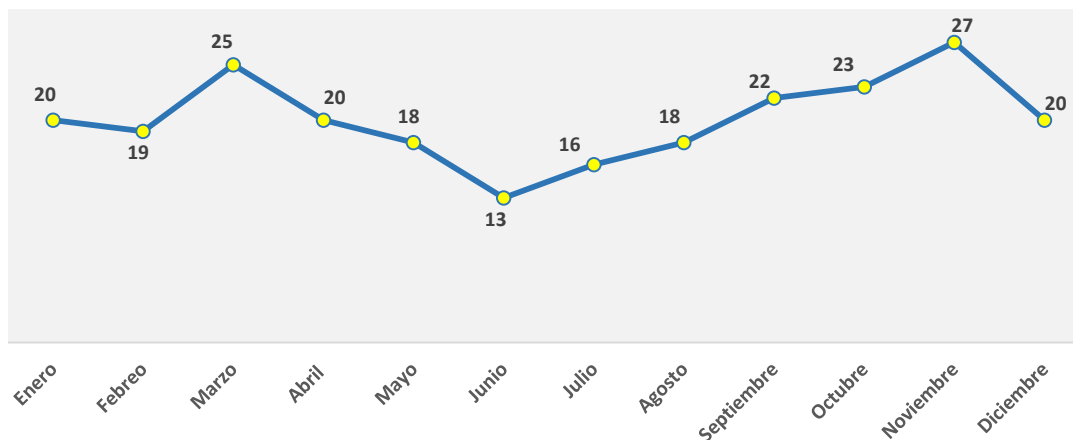
**VALOR PAGADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO**  
**SeNaSa. PERIODO: ENERO – DICIEMBRE, 2015**

MES	SRS	MSP	PROMESE/CAL	SIRS WEB	AUTORIZACIONES	TOTAL
Enero	43,580,490	1,000,000	10,014,139	172,483,877	139,654,374	<b>366,732,880</b>
Febrero	74,753,511	1,000,000	11,227,339	142,937,157	174,127,093	<b>404,045,101</b>
Marzo	85,136,491	1,000,000	11,849,492	159,245,011	159,535,858	<b>416,766,853</b>
Abril	65,898,530	1,000,000	11,820,721	200,470,941	171,600,759	<b>450,790,951</b>
Mayo	79,621,291	1,000,000	11,480,826	225,007,450	194,593,302	<b>511,702,868</b>
Junio	83,778,531	1,000,000	11,480,826	202,440,169	120,909,200	<b>419,608,726</b>
Julio	83,432,980	1,000,000	12,237,641	217,298,544	175,013,766	<b>488,982,931</b>
Agosto	110,803,619	1,000,000	12,606,032	226,651,593	255,428,300	<b>606,489,544</b>
Septiembre	60,374,003	1,000,000	22,331,506	228,341,567	240,111,872	<b>552,158,948</b>
Octubre	69,016,019	2,000,000		229,877,632	189,691,156	<b>490,584,807</b>
Noviembre	81,012,211	1,000,000	40,521,958	247,932,745	275,080,613	<b>645,547,527</b>
Diciembre	83,848,696		34,652,995	317,946,390	187,830,280	<b>624,278,361</b>
<b>Total</b>	<b>921,256,372</b>	<b>12,000,000</b>	<b>190,223,475</b>	<b>2,570,633,076</b>	<b>2,283,576,573</b>	<b>5,977,689,497</b>

El comportamiento del tiempo promedio de pago a los PSS, osciló entre 13 a 25 días, con una tendencia hacia la horizontalidad durante el periodo. Este comportamiento presentó su pico más alto durante el mes de marzo, mientras que el más bajo durante el mes de julio.

El comportamiento del tiempo promedio de pago a los PSS y Proveedores durante el periodo enero - diciembre, osciló entre 13 a 25 días, con una tendencia horizontal. Este comportamiento presentó su pico más en el mes de marzo y el más bajo en julio, promediando para el periodo un pago a los 19 días.

**Comportamiento Tiempo Promedio de Pago a PSS**  
**SeNaSa. Periodo: enero - diciembre, 2015**



5

## GESTION ADMINISTRATIVA



### VI. GERENCIA ADMINISTRATIVA

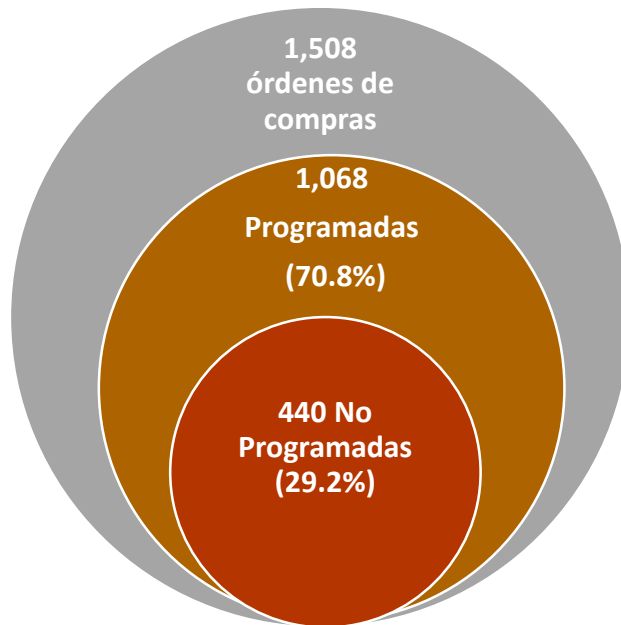
#### 1. % de ejecución del Plan Anual de Compras Y Contrataciones

Para el año fueron planificadas 1,135 compras y contrataciones. Sin embargo, se realizaron 1,508 órdenes de compras, de las cuales 1,068 estaban programadas y 440 no programadas. La meta consistía en dar respuesta oportuna al 80% de las compras y contrataciones. Fue alcanzado un 88.43% de las compras programadas (668) de un total para el año de 778 planificadas por las distintas dependencias, por lo que el este indicador tuvo un 110.53% de ejecución.

**EJECUCIÓN DEL PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES  
AÑO 2015**

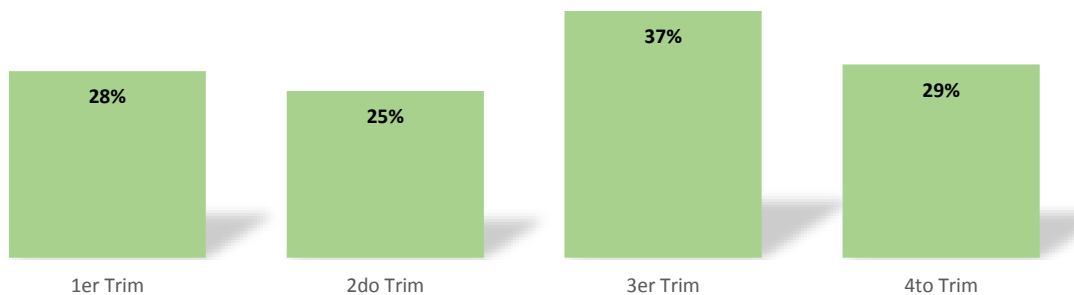
Trimestre	Compras Solicitadas	Ejecutadas	% Ejecución
Primer	219	190	87%
Segundo	323	294	91%
Tercer	153	122	79.7%
Cuarto	83	82	99%
<b>Total</b>	<b>778</b>	<b>688</b>	<b>88%</b>

Es importante indicar que 357 compras del PACC 2015 que se quedaron sin ejecutar, no fueron solicitadas por las gerencias que las programaron, lo que representa el 39,8% del Plan Anual de Compras y Contrataciones (PACC).

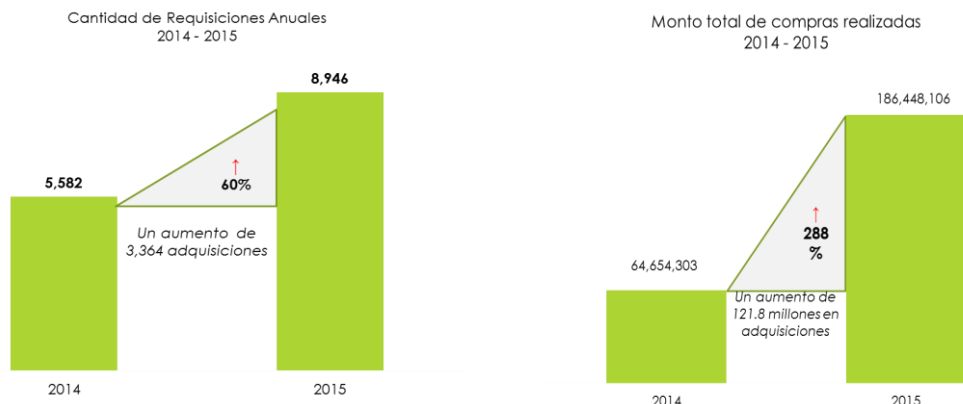


Las compras y contrataciones no programadas han oscilado entre un 25% y un 39%, lo que quiere decir que alrededor de una de cada tres compras es no programada, lo que conlleva un proceso de re planificación de la Gerencia Administrativa y, en ocasiones, priorización para dar respuestas a este tipos de solicitudes. A continuación el comportamiento trimestral:

**% de Compras No Programadas del total de compras efectuadas por trimestre 2015**



El comportamiento interanual de las compras y contrataciones ha sido significativo. La cantidad de requisiciones de compras pasaron de 5,582 en 2014 a 8,946 en 2015, un incremento 3,364 solicitudes adicionales. En cuanto al valor de las compras realizadas, se pasó de RD\$64.7 millones a RD\$186.4 millones, lo que equivale a decir crecimiento de RD\$121.8 millones en un año.



Los procesos por *Comparación de Precios* se duplicaron entre un año y otro. En 2015 se realizaron 18 procedimientos de este tipo, es decir el doble con relación al año anterior. Asimismo, se pasó de una a cuatro *Licitaciones Públicas*.

Los resultados obtenidos fueron derivados de la constante reiteración de la Gerencia Administrativa de que las áreas soliciten sus compras en función de lo programado en su PACC con tiempo de antelación, la identificación de las compras previstas por las gerencias en su PACC para validar su ejecución en el respectivo trimestre, la implementación parcial de la restructuración de las funciones del Departamento de Compras a pesar de que todos los recursos requeridos no fueron suministrados.

No obstante, se presentaron algunos elementos desfavorables como la falta de programación de las compras solicitadas durante el año, la entrega de solicitudes sin especificaciones técnicas y de debilidades técnicas observadas en los módulos del sistema que maneja el personal de compras.

## 2. % de expedientes de los proveedores actualizados

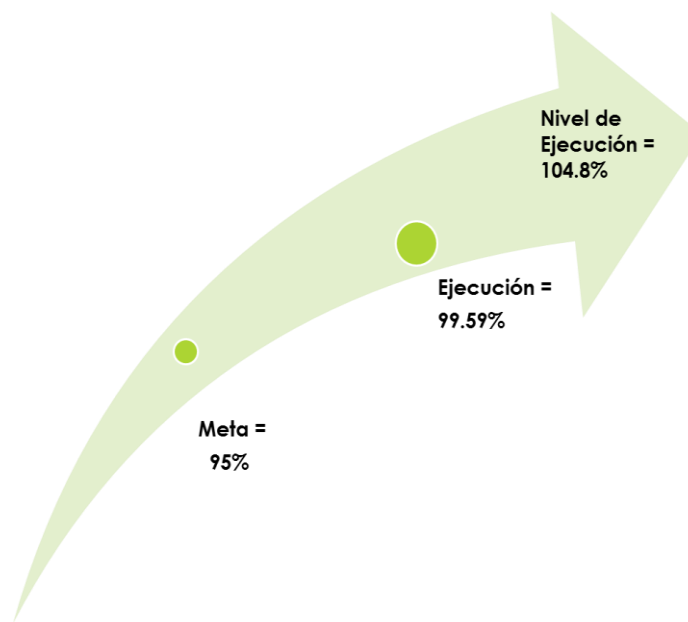
Debido a que la mayoría de las compras realizadas durante el período fueron realizadas bajo las normativas establecidas por la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, obliga a que los proveedores participantes en los procesos de compra tengan al día los documentos legales. En tal sentido este indicador se ejecutó en un 100%. Hay que destacar que el factor que influye en el logro de este resultado, es que todos los procesos de compra de la institución están siendo conducidos en apego a la normativa de la DGCCP, a los fines de exigir de los proveedores la constante actualización de su documentación.

El  
**100%**  
de los expedientes de  
los proveedores se  
encuentran  
actualizados



### 3. % de requerimientos de servicios generales solucionados

La meta anual para este indicador es lograr el 95% la ejecución de los requerimientos de servicios generales solicitados. En el año el periodo, fueron realizadas 12,935 solicitudes de las cuales se ejecutaron 12,883 para un porcentaje de ejecución del 99.59% por lo que este indicador logró superar la meta establecida con un 104.83% de ejecución de los requerimientos solucionados.



Los requerimientos por "Mantenimiento Correctivo", disminuyeron significativamente, pasando de 590 en el año 2014 a 347 durante el 2015, un 41% menos de requerimientos en comparación al 2014. Esto evidencia el resultado del fortalecimiento de los mantenimientos preventivos y la mejora en la calidad de los equipos adquiridos.

De los 12,935 requerimientos de servicios generales fueron solicitados durante el año de la manera siguiente:

REQUERIMIENTOS SOLUCIONADOS  
AÑO 2015

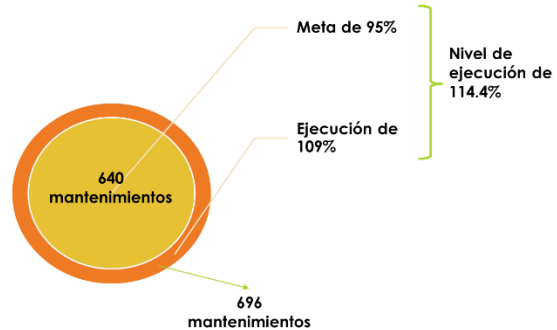
Trimestre	Cantidad de Solicitudes	Ejecutado	% Ejecución
Primer	3,906	3,894	99.69%
Segundo	2,835	2,821	99.50%
Tercer	2,965	2,940	99.15%
Cuarto	3,229	3,228	99.96%
<b>Total</b>	<b>12,935</b>	<b>12,883</b>	<b>99.60%</b>

Los factores que favorecieron el desempeño fueron, principalmente, el uso de documentos para registro organizado de las informaciones; el seguimiento de los casos orientados al resultado, el cual es el cierre oportuno de los casos solicitados; los reportes semanales sobre el estatus de los casos y socialización con las áreas responsables del cierre; el alto grado de colaboración y compromiso de los colaboradores de este Departamento; y en los casos que requieren de adquisiciones que deben ser procesadas por la Unidad de Compras, identificando como oportunidad de mejora los tiempos de respuesta de las solicitudes requeridas a esta unidad.

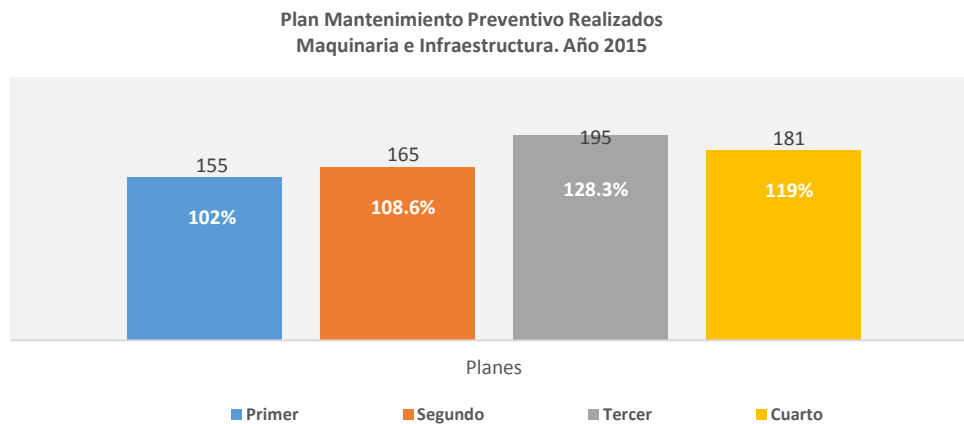
#### 4. % ejecución del plan de mantenimiento preventivo de maquinaria e infraestructura.

Para este indicador, se había establecido lograr una meta de 95% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo de las maquinarias e infraestructura física.

Durante el período citado se logró ejecutar en 114.47%. Durante el período se ejecutaron 696 servicios de mantenimiento preventivo de las maquinarias e infraestructura física en los respectivos trimestres.



En el grafico más abajo, se presenta el comportamiento trimestral de la ejecución del plan de mantenimiento preventivo de maquinaria e infraestructura de la institución y el porcentaje de ejecución:



Entre los aspectos a destacar para el logro de los resultados, se encuentran:

*Control de la emisión de pagos.* El control de la GADM en la emisión de los pagos de iguales de mantenimiento, los cuales son soportados con las evidencias de que los servicios fueron brindados.

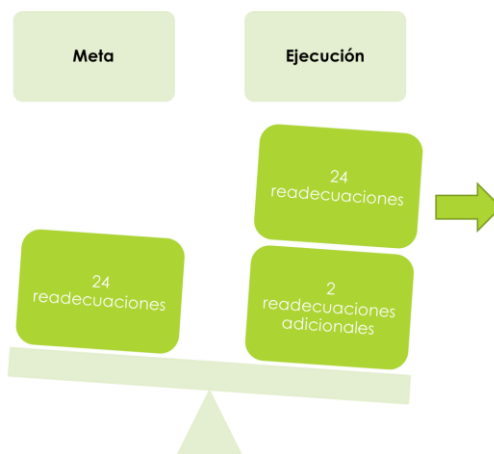
*Requisitos para renovaciones de contratos.* Consiste de un informe con recomendación del Departamento de Servicios Generales la cual sugiere renovar o no los servicios brindados, procurando esto garantizar que la empresa certifique para la entidad contratante la calidad y oportunidad de los mantenimientos.

*Proceso de compra de iguala de mantenimiento con altos estándares.* La realización de un proceso de compra para la iguala de mantenimiento de aires acondicionados, realizada con altos criterios técnicos a los fines de garantizar para la institución mediante un proceso transparente y participativo la selección de un empresas que satisfaga los requerimientos solicitados.

*Seguimiento sistemático a acuerdos contractuales.* Seguimiento permanente del Departamento de Servicios Generales del cumplimiento de los acuerdos pactados con las partes.

### 5. Cantidad de readecuaciones o remozamientos de áreas de trabajo ejecutadas.

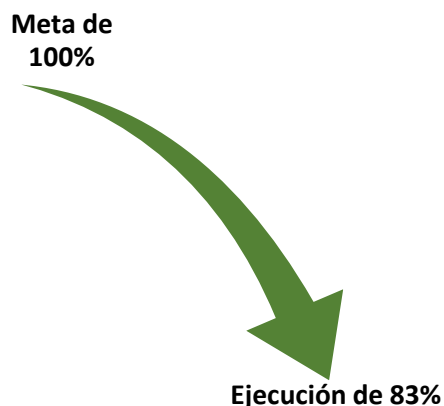
Durante el año 2015, se programaron 24 readecuaciones o remozamientos de áreas de trabajo, y fueron realizadas 26, superando lo programado al ejecutar un 108.33% este indicador. Durante este periodo, se realizaron 26 readecuaciones de áreas de trabajo cumpliendo con lo establecido en el indicador.



El fortalecimiento del área de Proyectos, el seguimiento permanente por parte de la Gerencia Administrativa a este indicador y, a su vez, la designación de un recurso que monitorea la ejecución con calidad y oportunidad de estos trabajos, influyeron determinadamente en el alcance de las metas propuestas para el 2015.

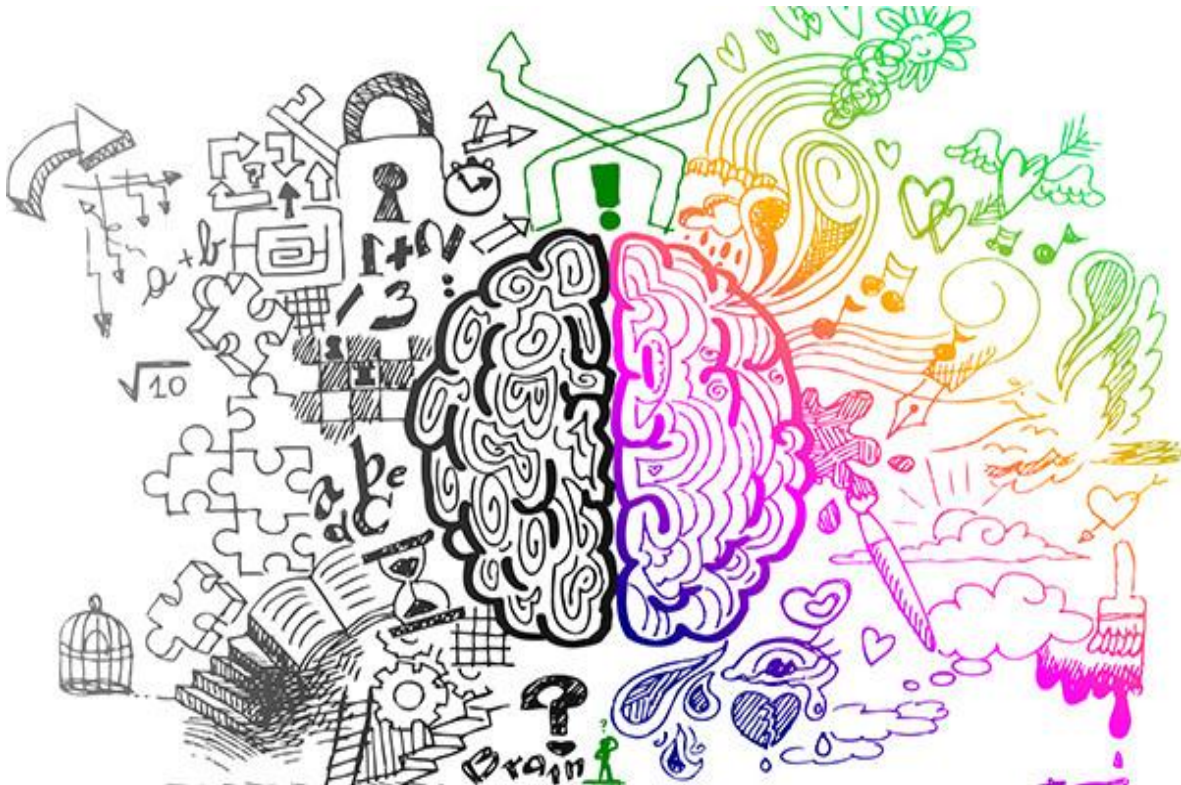
### 6. Ejecución de habilitación de nuevas oficinas

En la habilitación de nuevas oficinas se logró un 83% de ejecución. Entre las razones que impidieron que se alcanzara el resultado tienen que ver con debilidades que demandaron un desgaste significativo en el equipo, falta de recurso humano capacitado en gestión de proyectos y en el área de ingeniería civil, dificultades con los procesos de compras, escasez de encontrar locales que cumplan con los requisitos, carencia de oportunidad en la respuesta de validación de los locales identificados.



# 6

## GESTION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO



### 1. GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD

En marzo del 2015, SeNaSa se postuló al premio a través un relatorio que recoge 9 criterios, los cuales se centran en el bienestar de sus afiliados, usuarios, colaboradores y prestadores de servicios de salud. Tras superar esta etapa, en julio de 2015 la ARS Estatal recibió la vista de un equipo de evaluadores, quienes pudieron constatar que lo plasmado en el documento de postulación corresponde a la realidad de SeNaSa e incluso supera las aseveraciones contempladas en el instrumento de postulación.

Tras la visita, los evaluadores enviaron el “Informe de retorno” en el que acreditaron a SeNaSa como finalista del Premio Iberoamericano a la Calidad y destacan las buenas prácticas que se ejecutan en la institución. En ese sentido, resaltan que el



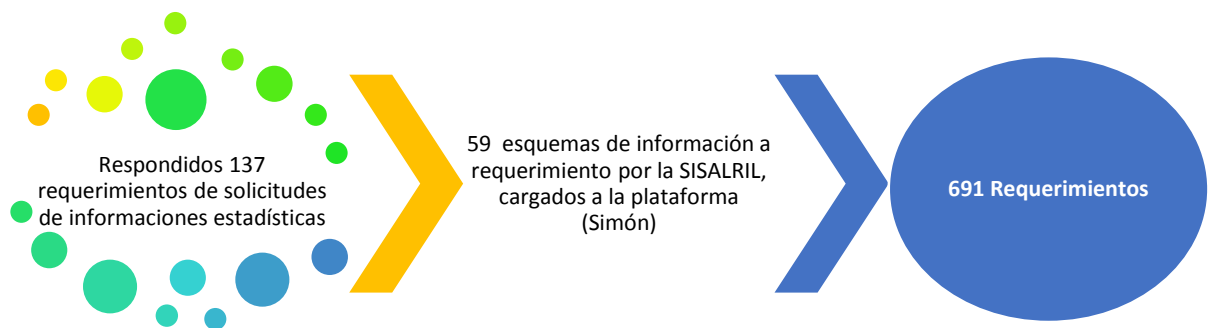
liderazgo de la organización se refleja externamente en su implicación con la ciudadanía a todos los niveles, consiguiendo que esta organización sea una de las instituciones públicas del país con mayores niveles de reconocimiento, reputación social y transparencia en la gestión.

El resultado final fue medalla de plata en la décimo sexta versión del “Premio Iberoamericano de la Calidad”, para el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), en el que se reconoce la excelencia en la gestión de empresas e instituciones de Argentina, Colombia, Cuba, España y México.



#### **1. % de requerimientos de informaciones estadísticas entregada en los tiempos acordados**

A inicio del año 2015, se produjo un reforzamiento del personal de la Unidad, este con la finalidad desarrollar un sistema estadístico institucional que dé respuesta a las necesidades de los colaboradores internos y externos. Durante este periodo, fueron respondidos 137 requerimientos de solicitudes de informaciones estadísticas, además 59 esquemas de información a requerimiento de la SISALRIL y cargados a la plataforma (SIMON), esto representa un 101% de ejecución, respecto a la meta establecida del 95%.



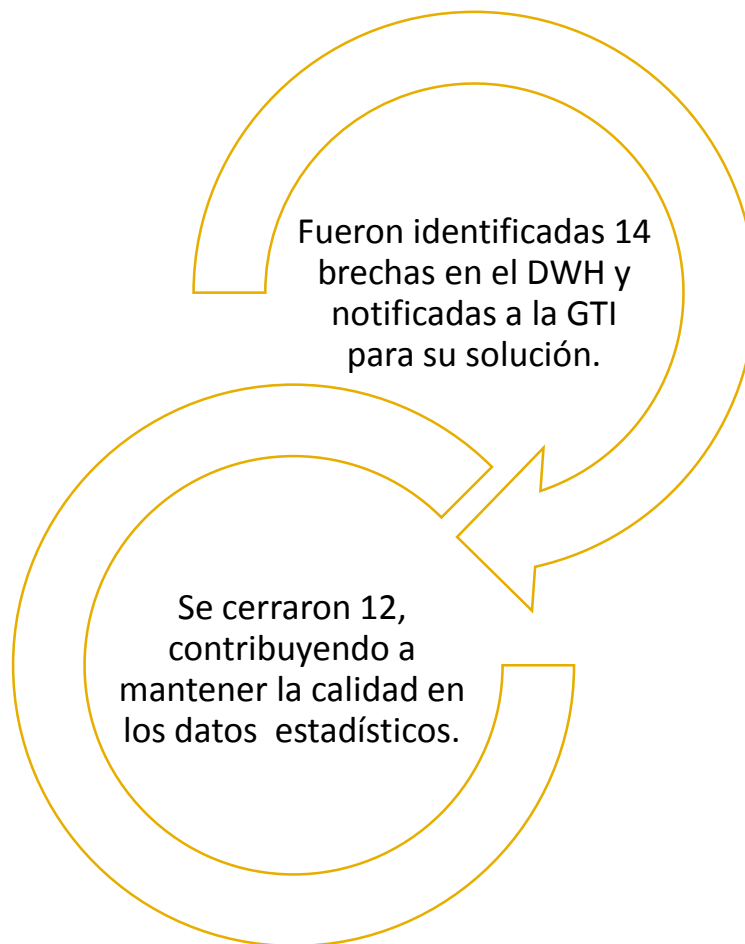
## 2. % de documentos estadísticos elaborados en los tiempos establecidos

Se programó para el periodo enero – diciembre, la elaboración de 23 documentos estadísticos, los cuales fueron culminados en un 100%. Adicionalmente a estos documentos programados, se encuentran en procesos de elaboración dos documentos relacionados con los Prontuarios Estadístico (1 mensual) y el prontuario estadístico regional (1 mensual), estos se encuentran en un 90% para su finalización; y el informe de cuentas nacionales con un 70% de ejecución debido a que no se tiene conocimiento de lo ejecutado en el cuarto trimestre.

Dentro de los documentos elaborados durante el periodo, se encuentran: Informe de Cuentas Nacionales de Salud 2014, Informe Estadístico de Gestión de Riesgo; Planes de encuestas para medir satisfacción de colaboradores de SeNaSa, y satisfacción de usuarios de AU. Se destaca la elaboración de informaciones estadísticas reutilizables (5 cada mes) para la sección de Gobierno Abierto/pág. Web-SeNaSa; además de los reportes trimestrales emitidos para esta sección (12 cada trimestre). Otros documentos de importancia son los: Boletines estadísticos, Paquetes informaciones estadísticas Institucionales, Prontuarios estadísticos, Memoria anual de SeNaSa.

## 3. % de brechas identificadas en el DWH cerradas

Durante el año 2015, fueron identificadas 14 brechas en el DWH y notificadas a la Gerencia de Tecnología e Informática para su solución, de las cuales 12 fueron cerradas, contribuyendo a mantener la calidad en los datos estadísticos, lo que representa el 86%, superando la meta de 85%.



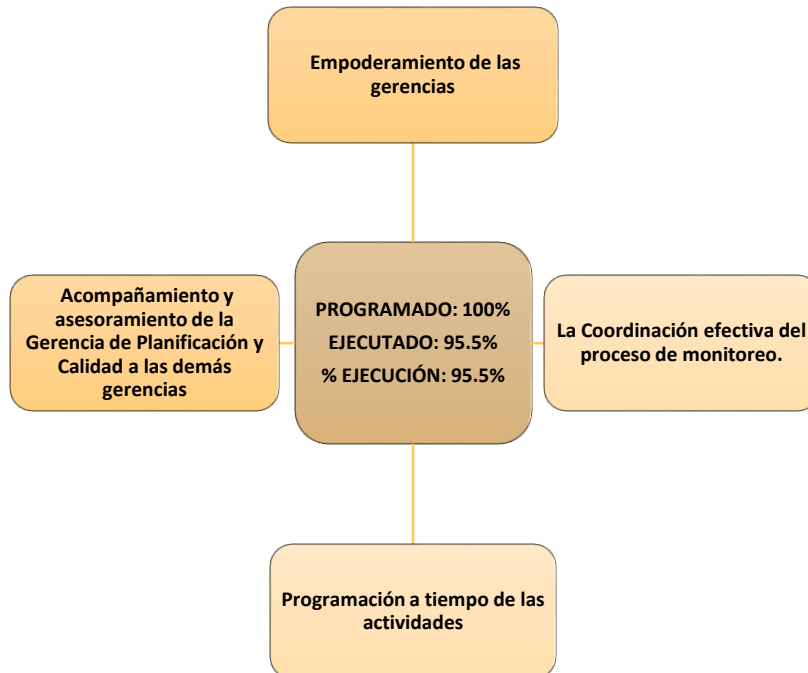
#### **4. % de monitoreos y evaluaciones realizadas en el tiempo**

Se programaron cuatro monitoreos y evaluaciones (dos monitoreos y dos evaluaciones), los cuales se realizaron en un 100% en el plazo establecido. Dentro de las estrategias que favorecieron este logro, se destacan:

- La programación oportuna de monitoreo y evaluación del POA
- El tiempo suficiente para que las gerencias realicen análisis interno
- El seguimiento y adiestramiento oportuno en el uso de los instrumentos de trabajo
- El establecimiento y seguimiento a los compromisos gerenciales.

#### **5. % de gerencias que realizan sus monitoreos y evaluaciones en los tiempos establecidos**

De un total de 24 gerencias y oficinas gerenciales, el 95.5% de estas realizaron sus monitoreos y evaluaciones en los tiempos establecidos durante todo el periodo. En el 4to. Trimestre la Gerencia de Tecnología Informática no realizó monitoreo ni evaluación.



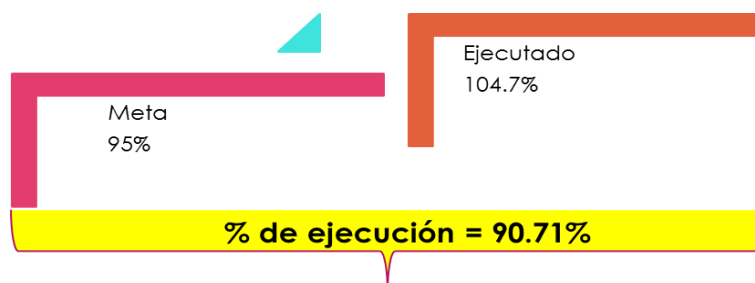
## 6. % de evaluaciones de la ejecución presupuestaria realizada a tiempo

En esta evaluación se analizó la eficiencia y calidad del gasto con relación a lo programado, tomando en cuenta los elementos que han permitido a la Alta Dirección tomar decisiones, con la finalidad de optimizar los recursos económicos. Se programó realizar estas ejecuciones en un 100%, el cual fue alcanzado en su totalidad. Como factores que influyeron en este logro, se mencionan:

- El establecimiento de plazos para la entrega de las informaciones.
- El monitoreo y seguimiento a los requerimientos presupuestarios, la evaluación de la eficiencia y la calidad del gasto.
- El asumir la gestión presupuestaria en todos los niveles de la organización
- Fortalecimiento de la coordinación intergerencial, específicamente con la Gerencia Financiera.

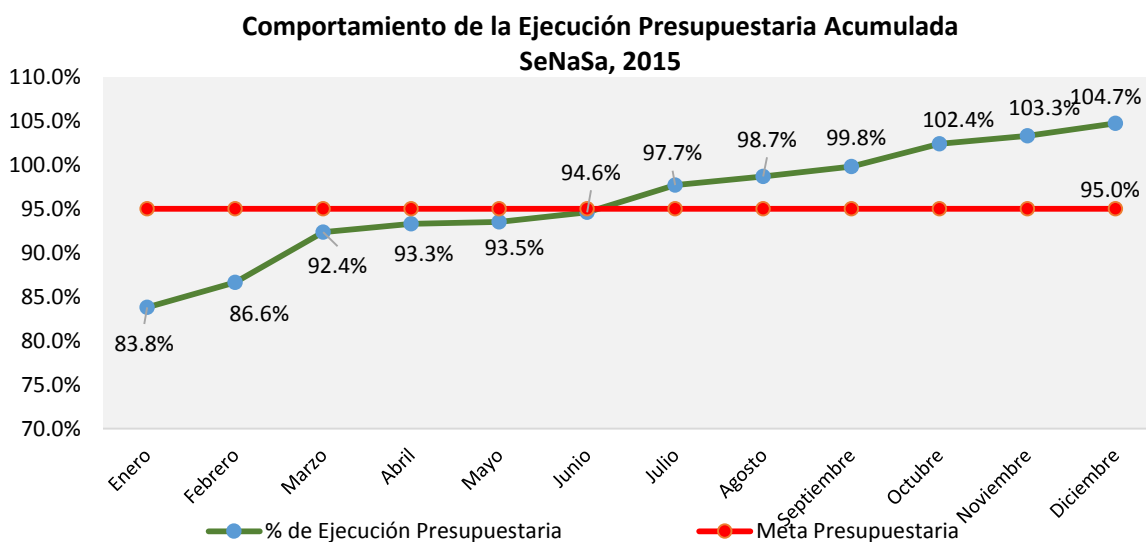
## 7. % de Ejecución presupuestaria.

El presupuesto de 2015 alcanzaba los RD\$13,055.94 millones y fueron ejecutados RD\$13,673.73 millones, unos RD\$617.78 millones más. Dicho resultado fue impactado principalmente por el aumento de la siniestralidad ya que la misma finalizó superior al 90%, un 5% mayor a la meta (85%).





Dicho resultado fue impactado principalmente por el aumento de la siniestralidad ya que la misma finalizó superior al 90%, un 5% mayor a la meta (85%). La ejecución presupuestaria acumulada en el periodo alcanzó el 104.7%, de una meta de 95%.

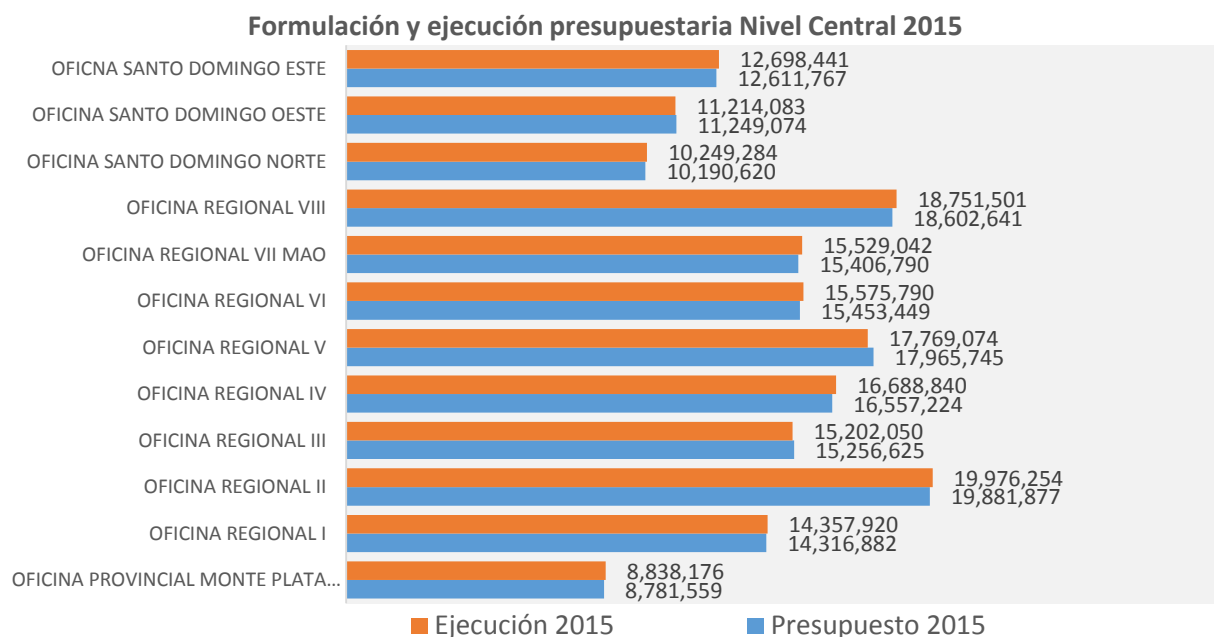


En el nivel central, la mayor sobrejexecución se produjo en la Gerencia de Servicios de Salud con (RD\$916.5 MM), motivado por el aumento del gasto en salud producido, sobre todo en el Régimen Subsidiado. Ese solo concepto de dicha gerencia supera el déficit entre formulado y ejecutado para el 2015.

#### Formulación y ejecución presupuestaria Nivel Central 2015

Gerencias y Regionales	Presupuesto 2015 (RD\$)	Ejecución 2015 (RD\$)	Disponibilidad (RD\$)	% Ejecución
COSENASA	1,000,000	200,275	799,725	20
Dirección Ejecutiva	20,851,285	26,896,867	-6,045,582	129
Gerencia de Servicios de Salud	10,995,750,976	11,912,272,945	-916,521,969	108.3
Gerencia de Afiliación	215,146,761	151,464,208	63,682,553	70.4
Gerencia de Comunicación	64,699,071	43,518,403	21,180,669	67.3
Gerencia de Planificación y Calidad	49,148,612	26,948,086	22,200,526	54.8
Consultoría Jurídica	10,848,997	9,934,998	913,999	91.6
Oficina de Fiscalización y Control Interno	17,487,705	13,419,768	4,067,938	76.7
Gerencia de Tecnología Informática	82,673,239	62,706,628	19,966,611	75.8
Gerencia de Recursos Humanos	49,646,632	69,874,763	-20,228,131	140.7
Gerencia Administrativa	715,907,641	231,399,088	484,508,553	32.3
Gerencia Financiera	594,667,587	856,277,920	-261,610,332	144
Acceso a la Información	1,174,911	1,921,504	-746,593	163.5
Gerencia Sistema Atención al Usuario y Relación con el Prestador	60,666,015	46,401,503	14,264,513	76.5
<b>Subtotal Nivel Central</b>	<b>12,879,669,433</b>	<b>13,453,236,955</b>	<b>-573,567,522</b>	<b>104.5</b>

En el nivel regional, el presupuesto formulado para el 2015 fue de RD\$ 176.27 millones. En el mismo periodo fueron ejecutados RD\$176.85 millones, es decir poco más de medio millón de pesos con relación a lo formulado, para una desviación de solo 0.3%.



## 8. % de procesos institucionales con diagnósticos y rediseños realizados

Durante el año 2015, se programó implementar los procesos de diagnósticos y rediseños institucionales en el 100%, quedando por debajo de esta meta con un 76% de ejecución. Esta ejecutoria, se describe a continuación de manera puntual por trimestre:

**76% de ejecución de la meta de procesos institucionales con diagnósticos y rediseños realizados**

### Avance en el diagnóstico y rediseños de los procesos institucionales

Procesos	Etapas	Trimestre	Estatus	Ejecución
Reembolso	Levantamiento del proceso de reembolso	2do.	Finalizado	100%
Reembolso	RECEPCION (Centro de Contacto Directo)	2do.	Finalizado	100%
Reembolso	APROBACION (Respuesta Especializada y Gerencia de Servicios de Salud)	2do.	Finalizado	100%
Reembolso	PAGOS (Gerencia Financiera, Contabilidad, Ejecución Presupuestaria, Tesorería)	2do.	Finalizado	100%
Reembolso	Análisis, rediseño y propuesta de mejora del proceso de reembolso	3er.	Finalizado	100%
Reembolso	Continuar con la implementación del proyecto reembolso (realizar taller de empoderamiento y tener listo el módulo web)	4to.	En proceso	50%
Compras directas	Análisis y propuesta de rediseño de compras directas	3er.	Finalizado	100%
Compras directas	Presentar la propuesta de rediseño de compras directas	4to.	No iniciado	0%
Afiliación	Iniciar con el levantamiento del proceso de afiliación	3er.	Iniciado	10%
Productos y servicios de apoyo	Levantar productos y servicios de las gerencias de apoyo	3er.	Finalizado	100%
<b>Total</b>				<b>76%</b>

## 9. % Implementación Modelo organizacional

Para el primer trimestre del año 2015, se propuso como meta, la elaboración de tres manuales, quedando pendiente su aprobación. Estos manuales fueron:

- Manual de estandarización de estructura
- Manual de modificación de estructura y creación de puestos
- Manual homologación de puestos

## 10. % de cumplimiento del POA

Las gerencias del nivel central alcanzaron un 83% en el cumplimiento de los indicadores del Plan Operativo Anual (POA), siendo las gerencias Financiera y Servicios de Salud las que más alto porcentaje de alcanzaron, así como las oficinas de Acceso a la Información y de Fiscalización y control Interno. El resto de las gerencias obtuvo un resultado regular.

### CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LOS INDICADORES DEL POA GERENCIA DEL NIVEL CENTRAL. SeNaSa. Enero-diciembre, 2015

Gerencia o Área	Siglas	% de cumplimiento	Nivel de cumplimiento
GERENCIA DE AFILIACIÓN	GAFI	70.0%	REGULAR
GERENCIA FINANCIERA	GFIN	100.00%	ALTO
GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD	GPLAN	75.00%	REGULAR
GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	GRH	78.6%	REGULAR
GERENCIA DE SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y RELACION CON EL PRESTADOR	GSAU	77.8%	REGULAR
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	GSS	91.7%	ALTO
GERENCIA DE TECNOLOGÍA	GTI	77.8%	REGULAR
OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN	OAI	100.0%	ALTO
GERENCIA ADMINISTRATIVA	GADM	71.4%	REGULAR
GERENCIA DE COMUNICACIÓN	GCOM	70.0%	REGULAR
OFICINA DE FISCALIZACION Y CONTROL INTERNO	OFCI	100.0%	ALTO
<b>Promedio General</b>		<b>82.9%</b>	<b>MEDIO</b>

Fuente: Módulo POA/GTI/GPLA

Por su parte, en el Nivel Regional el logro de los indicadores fue más significativo que en el Nivel Central. El resultado consolidado fue de 91%, siete puntos porcentuales más que el nivel central. De las 12 oficinas regionales evaluadas, 7 de ellas alcanzaron niveles altos (90% o más) en la ejecución de metas. Las mismas fueron las oficinas de Santo Domingo Este, Santo Domingo Oeste, Monte Plata, Regional II, Regional IV, Regional V y Regional VII.

### Nivel Regional

Gerencia o Area	Siglas	% de cumplimiento	Nivel de cumplimiento
Oficina Santo Domingo Este, Región 0	R0-SDE	92.3%	ALTO
Oficina Santo Domingo Norte, Región 0	R0-SDN	85.7%	MEDIO
Oficina Santo Domingo Oeste, Región 0	R0-SDO	100.0%	ALTO
Oficina Monte Plata, Región 0	R0-MP	92.9%	ALTO
Oficina Regional I	OR-I	80.0%	MEDIO
Oficina Regional II	OR-II	92.3%	ALTO
Oficina Regional III	OR-III	85.7%	MEDIO
Oficina Regional IV	OR-IV	100.0%	ALTO
Oficina Regional V	OR-V	93.3%	ALTO
Oficina Regional VI	OR-VI	87.5%	MEDIO
Oficina Regional VII	OR-VII	93.3%	ALTO
Oficina Regional VIII	OR-VIII	84.6%	MEDIO
<b>Promedio General</b>		<b>90.6%</b>	<b>ALTO</b>

# 7

## GESTION DEL TALENTO HUMANO



### 2. GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

- **Definido e implementado un programa de salud ocupacional y seguridad laboral.**

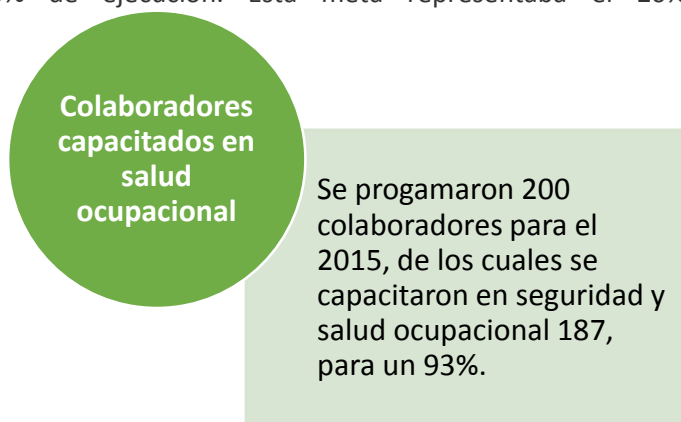
Como parte del proceso de gestión de calidad, a inicio del año 2015, fue aprobada la designación de un responsable de Seguridad y Salud Ocupacional, fueron descritas sus competencias, definición el perfil y descripción del puesto. Al finalizar el tercer trimestre, esta Unidad está funcionando en un 100%. Se destaca que se han diseñado diferentes herramientas para la prevención de accidentes laborales y ya ha impartido diferentes charlas de capacitación sobre prevención de riesgos. Dentro de estos:

- Evaluación e Informe de riesgos sede 27 de febrero
- Guía de señalización
- Procedimiento comunicación accidente/ incidente.
- Procedimientos de Investigación accidentes/ incidentes

- Procedimiento equipos de protección personal
- Informe sobre situaciones de riesgos (cuadro eléctrico edificio Naco, medidas adoptadas en tormenta Erika)
- Informe sobre situación extintores edificios de Naco y 27 de febrero
- Informe sobre situación de la señalización de seguridad en Gerencia Regional Santiago, 27 de febrero y Naco
- Inicio de investigación situación de riesgo psicosocial en Gerencia Provincial Oeste

### 3. % de colaboradores capacitados en salud ocupacional

Al finalizar el año, se programó capacitar a 200 colaboradores en el área de Seguridad Ocupacional; estableciendo una meta de 93%. En el periodo fueron capacitados 187 colaboradores, lo que representa el 93% de ejecución. Esta meta representaba el 20% del personal fijo



### 4. Cantidad de Programa de salud ocupacional elaborado

Al finalizar el año, la unidad de Seguridad y Salud Ocupacional había realizado diferentes levantamientos para reforzar el programa de salud ocupacional, alcanzando el 100% de cumplimiento de la meta programada. Dentro de estos:

- El levantamiento de las dimensiones de los parqueos para discapacitados,
- Informes de iluminación de la fachada de los edificios,
- Informe de la situación luminarias en el área de Atención al Usuario,
- Informe de señalización de los edificios Naco y 27 Febrero,
- Un levantamiento sobre los equipos de protección que requiere el personal para garantizar las condiciones de seguridad.

### 5. Cantidad de actividades realizadas para contribuir con el medio ambiente

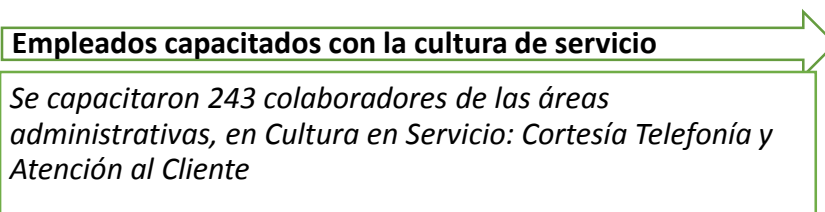
Fueron realizadas dos actividades, que contribuyen con el medio ambiente, una fue la jornada de reforestación realizada, sembramos 1,500 plantas de caoba en la entrada del Salto de Socoa, área afectada por un incendio forestal; la otra, un taller realizado donde participaron 15 mujeres del área de Servicios Generales, capacitadas en técnicas de reciclaje para diseñar accesorios usando como material principal las Botellas y fundas plásticas y papel.

## 6. Cantidad de árboles Salvados

El compromiso de SeNaSa como institución ecológicamente responsable, se refleja con los resultados obtenidos durante el año 2015, al reciclar 4,434 kilos de desechos sólidos, y con esto evitar la tala de 135 árboles. Dentro de los factores para este logro, se pueden citar: la reducción de la cantidad de papeles, el rehúso de papel y control del uso de materiales, y la cantidad de descargas de cajas de documentos, destinadas para la trituración, lo que aumentó la cantidad de desechos no tóxicos.

## 7. % Empleados capacitados con la cultura de servicio

Al finalizar el cuarto trimestre, se capacitaron 243 colaboradores de las áreas administrativas, en Cultura en Servicio, para un nivel de cumplimiento de un 97%, logrando sobrepasar la meta programada con un 21%. Dentro de estos capacitados, el 26% de los empleados fijos. Los talleres impartidos fueron: Cortesía Telefonía y Atención al Cliente.



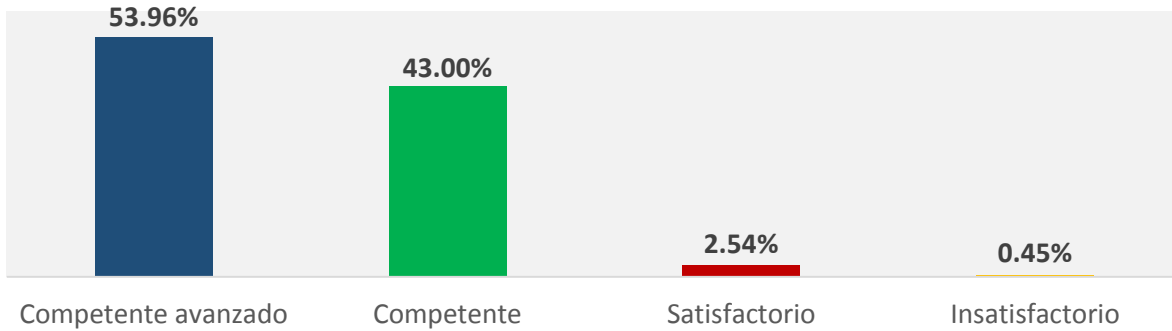
## 8. % Empleados que arrojan resultados competente en la evaluación de desempeño

Al finalizar el año fueron evaluados 669 colaboradores, representando un 89.31% del personal que podía ser evaluado bajo este sistema. La meta programada fue de un 95% de empleados con resultados competente en sus evaluaciones del desempeño; obteniendo el 97.15% superando la meta en 2.15% de lo establecido.

Los colaboradores evaluados con resultados competentes en el desempeño de sus funciones, fueron calificados en: un 53.96% es competente avanzado, el 43.00% es competente, 2.54% satisfactorio, y 0.45% insatisfactorio.



## Resultados Evaluación de Desempeño



### 9. % de ejecución del plan de capacitación

Para este periodo octubre-diciembre obtuvimos nivel de ejecución de un 77% del plan de capacitación, de una meta del 100%. Las capacitaciones programadas fueron: Diplomado de Auditoria Médica, charla de Ética Institucional, Taller de Cuadro de Mando Integral, y política e indicadores del SGC.

***El 77% del Plan de Capacitación fue ejecutado en 2015***

### 10. % de colaboradores con resultados insatisfactorios recurrentes con planes de mejora

En el periodo del enero-diciembre se realizaron 20 acuerdos de mejora a colaboradores con bajo nivel de rendimiento. Al finalizar el año fueron evaluados los niveles de desempeño de los colaboradores con acuerdos y en función de los resultados se tomarán acciones.

### 11. Cantidad de premiaciones a empleados meritorios

En el mes de agosto fue realizado " Premio al Talento Humano, donde se reconocieron 39 colaboradores a nivel nacional, para un 100% de cumplimiento de la meta establecida. Estos incluyen colaboradores del nivel central y del nivel regional, basados en los criterios de selección establecidos.

### 12. Cantidad de grupos de enfoque realizados

Al finalizar el año, realizamos tres (3) grupo enfoque con un nivel de cumplimiento de un 100% de la meta establecida. Estos grupos de enfoque se conformaron con el objetivo de integrar a los colaboradores en el diseño de las estrategias, que permitirán aumentar la pasión en sus puestos de trabajo, con nuestra misión y con la institución. En los grupos recolectamos informaciones para comprender las actitudes y las percepciones de los empleados acerca del ambiente de trabajo y la institución, y sobre todo impulsar la pasión y el orgullo institucional.



# GESTION TECNOLOGICA



## IV. GERENCIA DE TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA

### 1. Cantidad de proyectos de innovación de tecnología de la información implementados

Para el año 2015 se programaron 12 proyectos de innovación de los cuales se ejecutaron 3, representando un 25% de la meta programada. Los proyectos realizados fueron: El sistema de turno fue implementado satisfactoriamente en las oficinas regionales y provinciales priorizadas; Planes Complementarios se completó en su versión 4.4; y el cableado de las regionales.

25%

- De los proyectos de innovación en tecnología de la información fueron implementados (3 de 12).

Los proyectos que no se ejecutaron fueron:

1. Implementación y configuración de los productos contenidos en el contrato de licenciamiento de Microsoft
2. Implementación primera fase del proyecto de continuidad del negocio (Migración de Base de datos, adquisición de almacenamiento y elaboración del plan de contingencia)
3. Implementación de inteligencia de negocios basada en el datawarehouse
4. Implementación de una plataforma de gestión de seguridad unificada (UTM) que garantice la Seguridad, Confidencialidad y estabilidad de las comunicaciones entre Sede Central, Oficinas Regionales y provinciales.
5. Desarrollo y lanzamiento aplicación para proyecto SeNaSa Móvil.
6. Implementación del Gobierno de Tecnología de la Información (TI).
7. Plataforma Thin Client implementada en el Centro de Autorizaciones, Centro de Llamadas y Centro de Contacto Directo de Atención al Usuario.
8. Puesta en marcha de Data Center principal.
9. Migración líneas telefónicas a SipTrunking.

Los factores que influyeron en rezago de la meta fueron deficiencia del personal en el área de programación, razón que conllevó mover al gestor de proyectos a realizar actividades de programación para dar respuesta a las necesidades; la falta de seguimiento gerencial a los proyectos de innovación; y los cambios producidos en la Gerencia de Tecnología Informática.

## 2. Cantidad de soluciones tecnológicas de la Infraestructura de Servidores y Equipos Informáticos

Se planificaron 12 soluciones tecnológicas a la infraestructura y se realizaron en su totalidad (100%). Las mismas corresponden a:



### Soluciones de infraestructura de servidores

- Migración de los buzones a la nube de Microsoft,
- Instalación de un nuevo servidor web para la intranet,
- Servidores en las oficinas regionales,
- Configuraciones especiales con el servidor de mensajería de la empresa,
- Implementación de nuevos servidores de publicación de página web, correos y dns público,
- Limpieza de la lista negras (blacklist) de los correos de la empresa,
- Re-instalación de un Host virtual,
- Aumento del servidor de imágenes de la empresa,
- Restauración de los servicios del servidor de la regional Oeste,
- Configuración de dos (2) Unidades de Almacenamiento (Data Storage HP 2040),
- Instalación de dos (2) servidores Nuevos para los Equipos Virtuales de la Empresa y
- Instalación de un nuevo servidor de Base de Datos con mayor capacidad de Memoria Ram, Procesamiento y una nueva versión de Sistema Operativo.

Entre los resultados alcanzados con estas soluciones, podemos mencionar:

- Migración de todos los empleados regionales y de nivel central, la instalación en 6 regionales de los servidores nuevos obtenidos en la Licitación Pública Nacional 01-2014, la implementación de un nuevo servidor asegurando la calidad de los servicios.
- Estabilidad de los servicios redundantes en los servidores virtuales de la institución, garantizando la continuidad del negocio a nivel web, imágenes, internet., las páginas web publicadas y el correo electrónico.
- Disposición de almacenamiento para el resguardo de las imágenes por lo menos por tres meses más, hasta recibir la caja de discos solicitada.
- Puesta en funcionamiento y operación de la Oficina Provincial Santo Domingo Oeste.
- Servidores de publicación y en la configuración de un certificado e seguridad para la mensajería interna y externa.
- Estabilidad de los servicios redundantes en los servidores virtuales de la institución, garantizando la continuidad del negocio a nivel web, imágenes, internet. Las páginas web publicadas y el correo electrónico.
- Disposición de almacenamiento para el resguardo de las imágenes por lo menos por tres meses más.
- Puesta en funcionamiento equipos virtuales con mayor capacidad de memorias, procesadores y velocidad en discos duros.

### **3. Cantidad de mejoras a los sistemas informáticos**

Para el periodo Enero - Diciembre fueron realizadas 222 modificaciones a los sistemas informáticos, representado esto el 111% de la meta programada para el año 2015. Durante el proceso de mejoras hemos identificado que: 1. Las modificaciones realizadas fueron implementadas conforme a lo requerido; 2. Fueron involucrados los usuarios para realizar las pruebas a las modificaciones; 3. Los tiempos de entrega estuvieron acorde a lo acordado con el usuario; y 4. Se han priorizado las actividades dependiendo del impacto de cara al afiliado, es decir los requerimientos de las gerencias misionales.

### **4. Cantidad de soluciones tecnológicas de la infraestructura de Redes y Comunicaciones**

La meta era de 4 soluciones tecnológicas de la infraestructura de Redes y Comunicaciones a realizar, una cada trimestre. En dicho periodo fueron ejecutadas 8 soluciones, las cuales se detallan a continuación:

- Mantenimiento preventivo de Equipos de Comunicaciones y Redes. Instalación de nuevas actualizaciones de los softwares de seguridad mediante la página oficial de Cisco.
- Garantías de Equipos Redes y Comunicaciones. Las actualizaciones y garantías de los equipos de comunicaciones para realizar las descargas de softwares y aplicativos para las actualizaciones de los equipos de comunicaciones y redes.
- Especificaciones Técnicas Equipos de Seguridad Unificada UTM, Fueron elaborados los términos de referencias para los equipos de Seguridad para respaldar las informaciones de la institución mediante los controles de navegaciones de los servicios de Internet, Firewall, Control de Contenidos Web, etc.
- Términos de referencias Cableado Estructurado para las Oficinas Regionales. Elaboración de documento para establecer la estandarizaciones del cableado estructurado para las Oficinas Regionales a ser contempladas en sus remodelaciones conjuntamente con la Gerencia Administrativa para su ejecución y contratación.
- Readecuación del cableado de la Oficina Administrativa, Adecuaciones del cableado estructurado para 36 puntos de redes para la oficina administrativa
- Readecuación de la Oficina de Planificación, Adecuaciones para 23 puntos de redes para la oficina de Planificación en las remodelaciones del departamento e ingreso de personal nuevo en el área.
- Instalación de Cableado Estructurado en la Oficina Puerto Plata. Instalaciones del cableado estructurado para la nueva oficina de SeNaSa en Puerto Plata para las instalaciones de Rack, canaletas y faceplates para un total de 8 puntos de redes
- Readecuación del Cableado e Instalación de la Central Oficina Santo Domingo Oeste. Terminación y seguimiento a las instalaciones del cableado estructurado en la oficina de Santo Domingo Oeste, así como la entrega de las especificaciones para las instalaciones de la nueva Central Telefónica en la zona.
- Readecuación del Cableado e Instalación de la nueva central en la Oficina Santiago. Terminación y seguimiento a las instalaciones del cableado estructurado en la oficina de Santo Domingo Oeste. Así como la entrega de las especificaciones para las instalaciones de la nueva Central Telefónica en la zona.

##### **5. % de mantenimientos preventivos a equipos informáticos**

Fueron realizados 2,235 mantenimientos, los mismos representan el 107.04% de la meta programada para el año. El aumento del % de ejecución fue producto de la adquisición de equipos y de la habilitación de nuevas áreas de trabajo que se suman al parque de equipos informáticos ya existentes. El resultado fue alcanzado por el empoderamiento del personal técnico a nivel nacional, la elaboración oportuna del cronograma y el seguimiento al cumplimiento de la ejecución de los mismos y realización anticipada de la compra de los insumos para la ejecución del mantenimiento.

##### **6. % de mantenimientos preventivos la base de datos para el trimestre**

Las actividades realizadas en contraste con lo programado presentan algunas variaciones, cuyas variaciones se debieron a lo accidentado del año, en el departamento de tecnología en el 2015 tuvo 3 gerentes de tecnología lo que dificultó grandemente la gestión y la adquisición de los insumos para realizar las actividades.

El proceso de mantenimiento de las base de datos es un proceso programado y que se realiza automáticamente. Los procesos como desfragmentación de índices, control del crecimiento del log de transacciones de las Bases de datos, actualización de estadísticas no interviene el administrador de Base de datos. Pero hay actividades como “Realizar la actualización de las bases de datos a los servidores de las oficinas regionales y Central de acuerdo al plan de actualización” que fueron afectadas por la transición y cambios de varios gerentes en la gerencia de tecnología.

#### **7. % de mantenimientos preventivos a los servidores**

Para el año 2015 fueron realizados cuatro (4) mantenimientos de servidores, representando esto el 100% de lo programado en semestre. Se realizaron los mantenimientos de los servidores en el nivel central y en la Sede Naco.

#### **8. % de mantenimiento preventivo a equipos de redes y comunicaciones**

Durante el periodo Enero - Diciembre se lograron las ejecuciones en un 100% de lo programado, contando con las actualizaciones de los equipos informáticos de redes y comunicaciones. Permitiendo el lograr una cobertura y seguridad ante los ataques informáticos. Los mismos corresponden a actualización de servicios y IOS de los equipos de comunicaciones y actualización y prevención de nuevas amenazas cibernéticas.

Los aspectos que favorecieron el resultados fueron: contar con las disponibilidades de licenciamiento de los equipos de redes y comunicaciones y las disposiciones de la Gerencia de Tecnología Informática y la Gerencia Administrativa ante las adquisiciones y renovaciones de licenciamiento.

#### **9. % de No conformidades del SGC solucionados en el tiempo establecido**

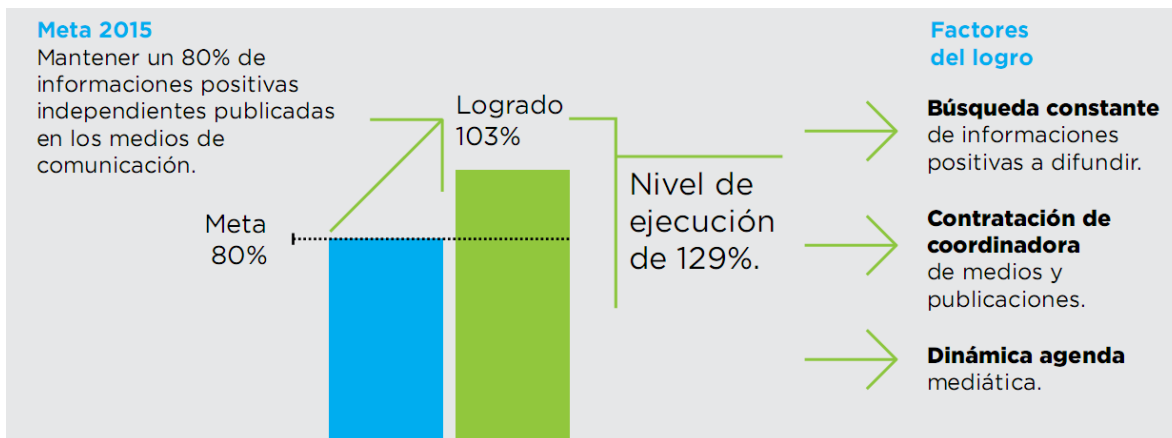
La GTI tuvo 5 No Conformidades reportadas de las cuales 4 fueron cerradas, esto equivale al 80% de ejecución. Se realizaron las acciones correctivas de las no conformidades, pero se pudieron ejecutar las mismas.



### 13. GERENCIA DE COMUNICACIÓN

#### 1. informaciones positivas independientes, publicadas en los medios de comunicación impresos y digitales priorizados.

Para el año 2015, se programó monitorear las informaciones difundidas por los medios de comunicación digital e impresos. En el período enero-diciembre, se colocó como meta mantener un 80% de informaciones positivas independientes publicadas en los medios de comunicación y se logró un 103%, esto significa un 129% de cumplimiento respecto a la meta.

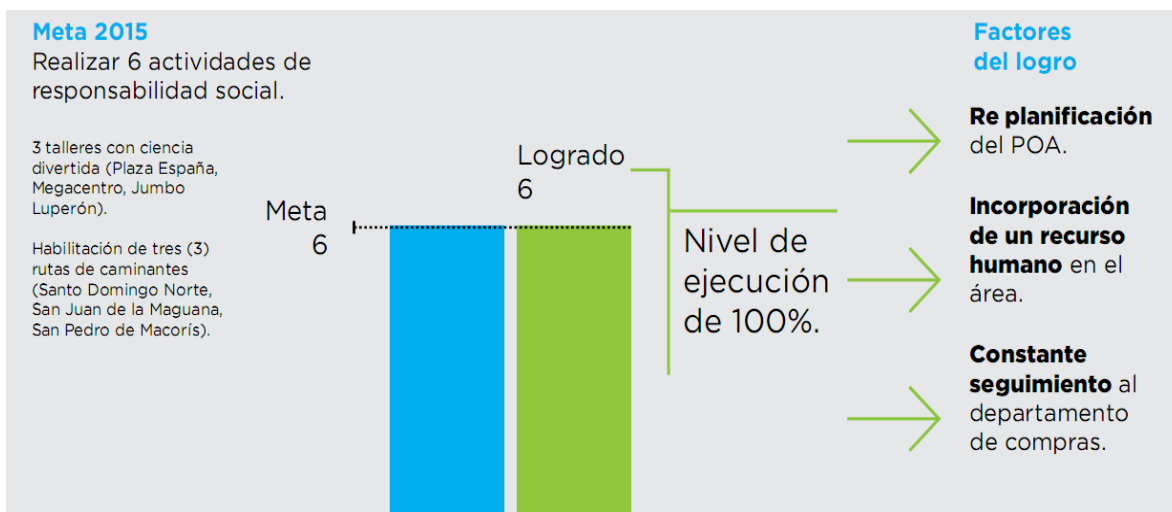


Hay que resaltar que estas informaciones son difundidas por los medios de comunicación al abordar temas del sector salud y gubernamental. Dentro de los factores que influyeron para el cumplimiento de la meta, se pueden citar: la dinamización de las informaciones relacionadas con la afiliación de la trabajadoras domésticas, el tema de traspaso de los agentes de la Policía Nacional; así como el logro de la medalla de la calidad provincial en Santiago de los Caballeros; y el haber obtenido el Premio Iberoamericano hacia la Excelencia de Servicios.

Todos estos logros, han dado a SeNaSa un posicionamiento de principalía en los medios de comunicación del país, donde las personas perciben sus valores de justicia social (equidad), honestidad, transparencia, y trato humano como el estandarte para el logro de sus objetivos en beneficio de sus afiliados.

## 2. % de actividades completadas del programa de responsabilidad social.

Para establecer relaciones con grupos de interés externo, SeNaSa estableció alianzas estratégicas con diferentes empresas e instituciones. En el período enero-diciembre de 2015, se Programó realizar 6 actividades de responsabilidad social, logrando realizar las 6, para un nivel de cumplimiento de un 100%.



A inicio de año, se patrocinó el concierto que organizara la Fundación Vanessa, una de las instituciones de renombre en la sociedad santiaguera. Luego en el tercer trimestre, las alianzas estratégicas fueron realizadas con el Ministerio de Cultura, a fin de aplicar descuentos y preferencia para afiliados de SeNaSa del Régimen Contributivo que visitan museos, asisten a obras teatrales y a eventos especiales. Además acuerdos con la empresa Nestlé, para el apoyo de actividades de esparcimiento y de salud, programadas por las instituciones.

Otro aspecto a resaltar en el año 2015, fue la firma de un convenio de colaboración con la fundación Manos Unidas por el Autismo, así como, el lanzamiento del club de caminantes, habilitando rutas de caminantes, la realización de talleres con ciencia divertida, jornadas de hipertensión arterial, y la visitar a centro educativos en el marco del programa de sensibilización a la ciudadanía.

### 3. Ampliación de la comunidad de seguidores de SeNaSa en las redes sociales y la página web.

#### a) % de incremento de seguidores en las redes sociales.

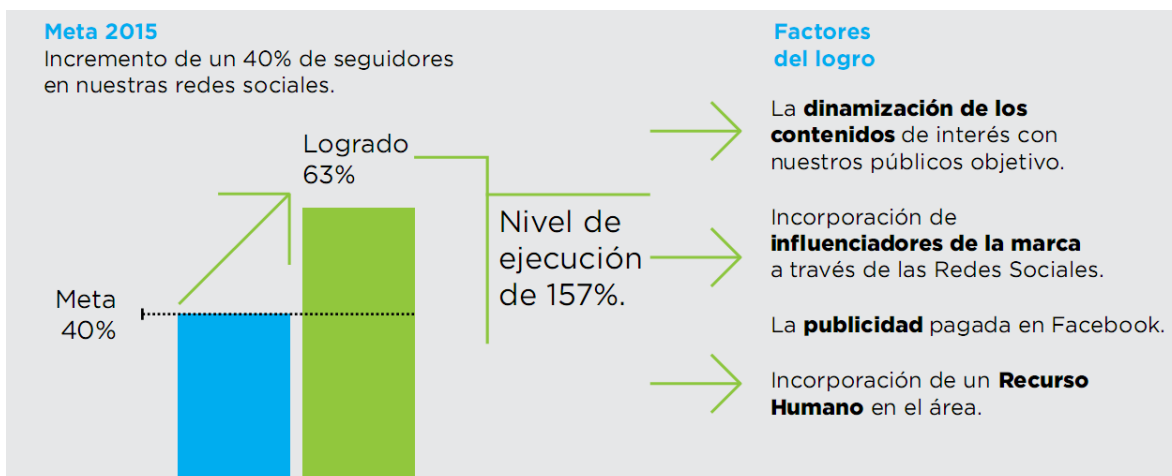
Durante el periodo enero – diciembre del 2015, hubo un incremento de seguidores de SeNaSa en las redes sociales (Facebook, twitter e instagram). Desde inicio del periodo, hubo un aumento sostenido del uso de las redes sociales. En el primer trimestre, se registraron 11,929 seguidores de las redes sociales de los cuales 5,602 utilizaron el Facebook, un total de 5,471 Twitter; mientras que 856 utilizaron el Instagram. Este incremento se registró en los otros trimestres del año, y para el cuarto se registraron 19,618 seguidores: 9,438 a través de Facebook; 7,680 Twitter, y 2,500 a través de Instagram, para un total de 62,397 seguidores.

SEGUIDORES DE SeNaSa EN LAS REDES SOCIALES  
AÑO 2015

Trimestre	Seguidores	Facebook	Twitter	Instagram
Primer	11,929	5,602	5,471	856
Segundo	14,282	6,756	6,130	1,396
Tercer	16,568	7,736	6,816	2,016
Cuarto	19,618	9,438	7,680	2,500
<b>Total</b>	<b>62,397</b>	<b>29,532</b>	<b>26,097</b>	<b>6,768</b>

Al comparar el comportamiento de los seguidores de SeNaSa en las redes sociales con el año 2014, estos se incrementaron en un 132%, de los cuales los mensajes a través de Facebook alcanzaron un 120%; mientras el 97% por Twitter; y el 937% de Instagram.



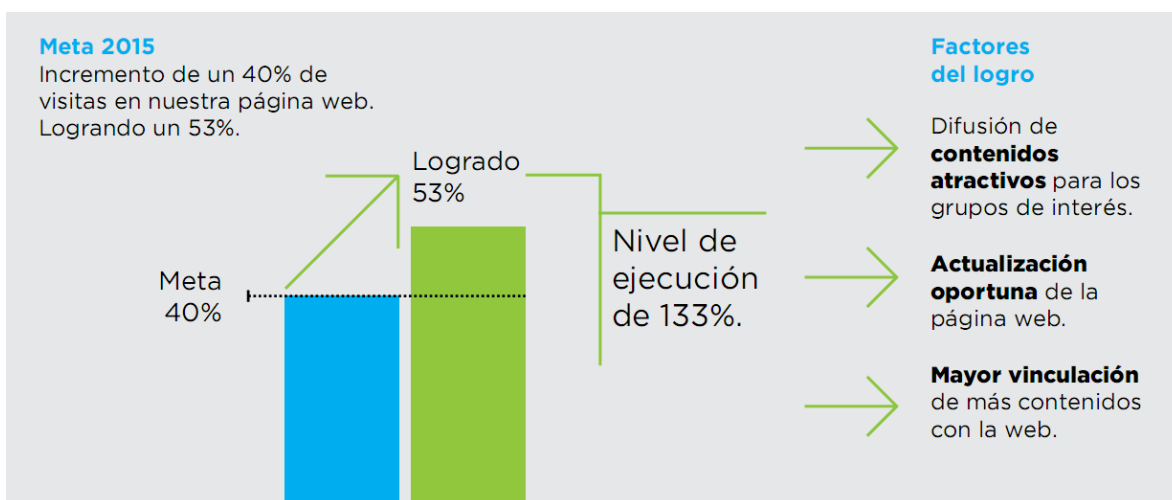


Evolución de las Redes Sociales de SeNaSa  
Años: 2014 - 2015

Red Social	2014	2,015	Incremento (%)
Facebook	4,292	9,438	120%
Twitter	3,906	7,680	97%
Instagram	241	2,500	937%
<b>Total</b>	<b>8,439</b>	<b>19,618</b>	<b>132%</b>

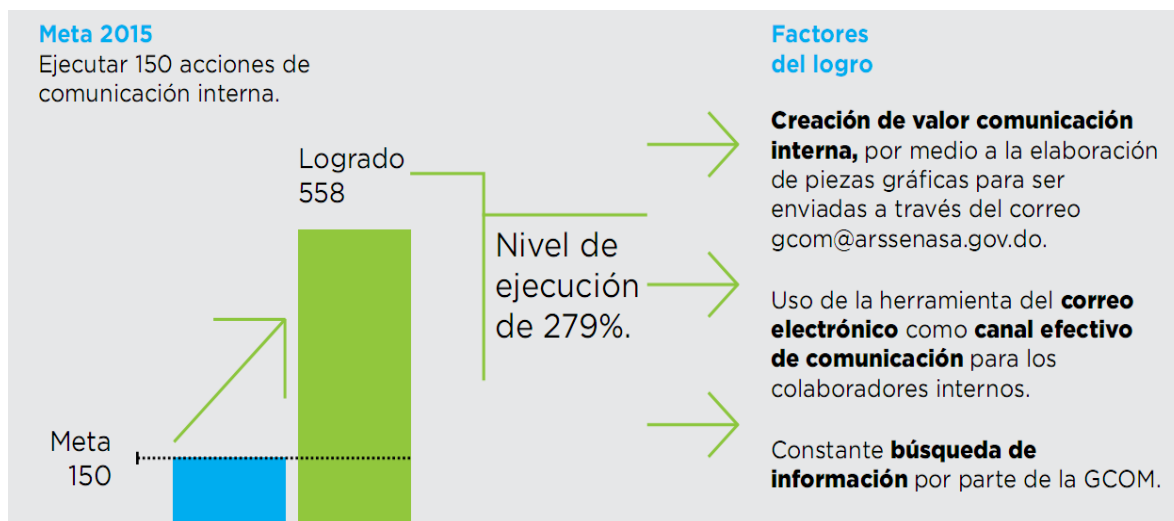
**b) % de incremento de seguidores en las redes sociales.**

De igual forma hubo un incremento de visitas al portal institucional con 1,309,779 visitas. De inicio este incremento fue debido a la gran promoción para la afiliación de las trabajadoras domésticas. Esta campaña de comunicación, se utilizó como fuente primaria la página web, desde donde los usuarios podían descargar las informaciones y la carta modelo de certificación, requisito básico para la solicitud de afiliación. El tema tuvo mucha acogida mediática y la web fue promocionada intensamente por las redes sociales. La meta era de incrementar un 40% de visitas a la página Web, logrando un 53%, para un nivel de ejecución de 133%.



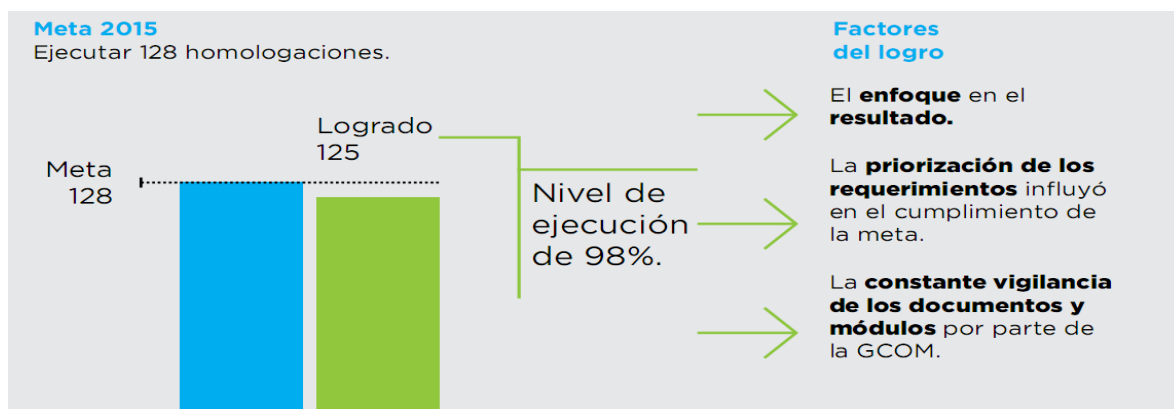
#### 4. % de acciones de comunicación interna

Para el período enero-diciembre 2015, se programó ejecutar 150 acciones de comunicación interna y se lograron 558 para un nivel de ejecución de 279%.



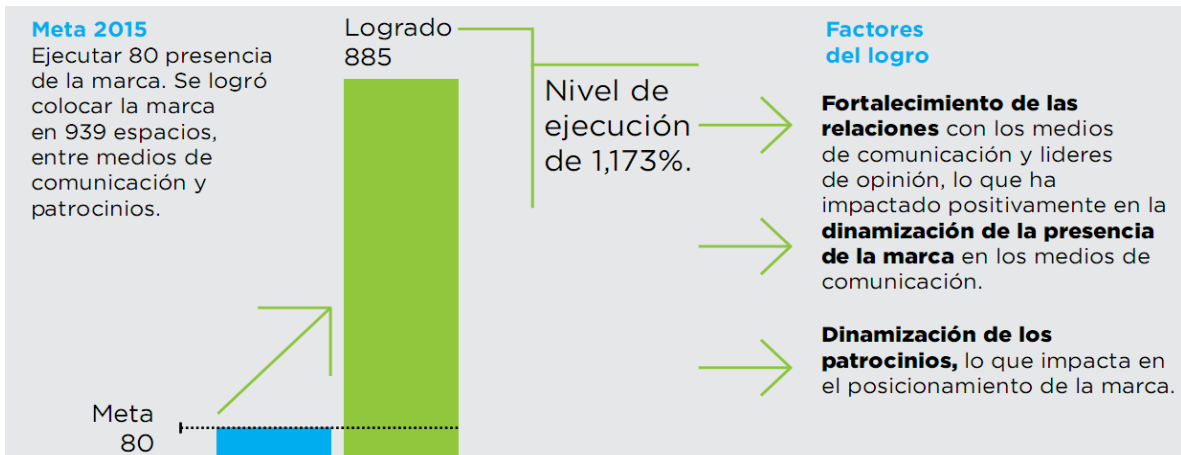
#### 5. Cantidad de homologaciones y materiales impresos diseñados

Para el período enero-diciembre de 2015, se programó realizar 128 homologaciones de documentos, módulos y artículos promocionales, logrando la realización de 125, para un nivel de cumplimiento de un 98%. Este nivel de logro fue posible primero, por el enfoque en el resultado obtenido; segundo por la priorización de los requerimientos establecidos; tercero, por la constante vigilancia de los documentos y módulos por parte de la GCOM.



#### 6. Cantidad de Presencia de la Marca

Para el período enero-diciembre de 2015, se programó ejecutar 80 presencia de la marca, se realizaron 885, logrando colocar la marca en 939 espacios, entre medios de comunicación, actividades internas y patrocinios para un nivel de cumplimiento de 1,173% de la meta establecida.

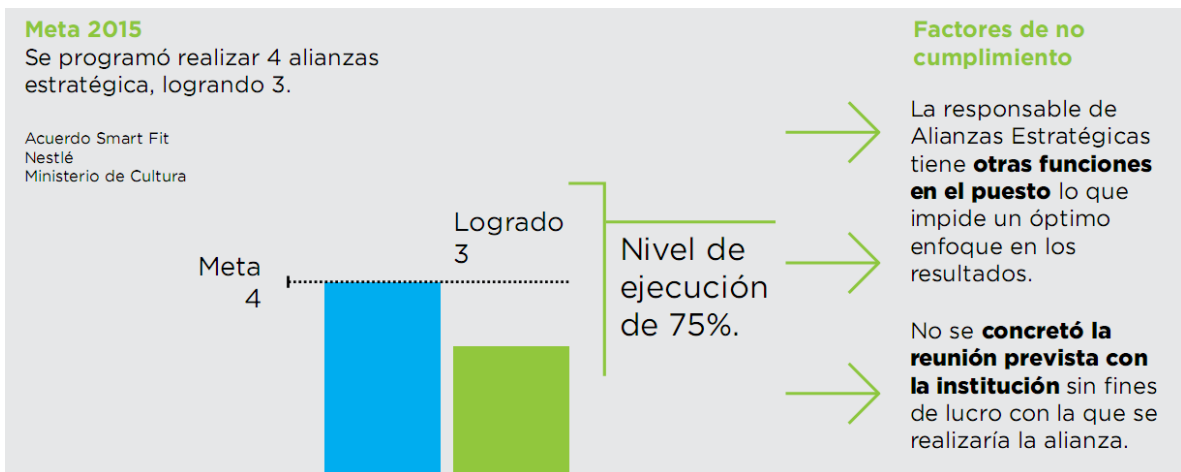


### 7. % de quejas, sugerencias y reclamos canalizados hacia las distintas gerencias en los tiempos establecidos.

En el 2015 fueron recibidos 41 requerimientos, de los cuales 32 no fueron respondidos en el tiempo establecido. En el cuarto trimestre hubo un avance significativo respondiendo en el tiempo establecido la totalidad (9) de requerimientos. Para este periodo se designó la Analista Técnico para dar seguimiento oportuno al Buzón de sugerencia.

### 8. Cantidad de Alianzas Estratégicas

Para el año se programaron cuatro alianzas estratégicas, lográndose tres de ellas. Las mismas fueron con Smart Fit, Nestlé y el Ministerio de Cultura.



# GESTION DE FISCALIZACION Y CONTROL INTERNO



## 14. OFICINA DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL INTERNO

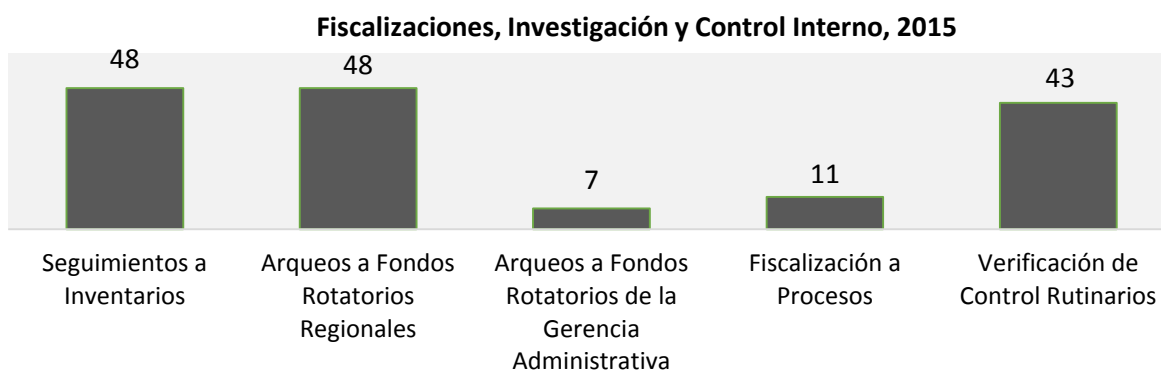
- **Cantidad de fiscalizaciones y verificaciones realizadas**

Durante el año 2015, la Oficina de Fiscalización y Control Interno, programó la implementación de 172 actividades de fiscalización y verificación, de las cuales 157 llevadas a cabo, lo que representa un nivel de cumplimiento de 91.2% de ejecución. El desempeño obtenido fue debido a la buena planificación de las actividades y al esfuerzo realizado por el equipo de colaboradores de esta oficina.



Esas actividades incluyen 48 seguimientos a inventarios tanto a nivel regional como a nivel central, 48 arqueos a fondos rotatorios regionales, 7 arqueos a fondos rotatorios de la gerencia administrativa, 11 fiscalizaciones a procesos y 43 verificaciones de control rutinarios, entre estos: nominas, conciliaciones bancarias, expedientes de compras, Estados Financieros, Entradas de Diario, recepción de combustible, entre otros.

Entre las fiscalizaciones más relevantes se destacan: la fiscalización a los procesos de Evaluación y reevaluación de proveedores de bienes y servicios, la Evaluación y reevaluación de prestadores de servicios de salud, trámite de cuentas médicas de los prestadores de servicios de salud, y la inversión de los recursos en la banca nacional.

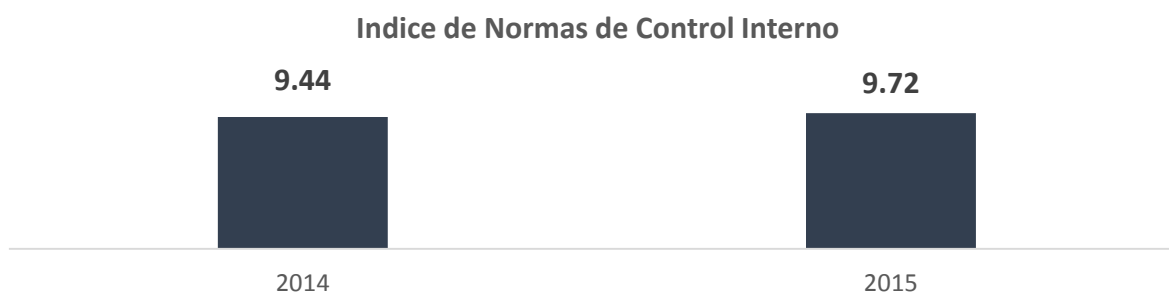


- **Normograma y documentos de fiscalización y control interno elaborado**

Durante el año 2015, como parte de las responsabilidades de la Oficina de fiscalización y control interno, y en busca de la mejora y mantenimiento de los controles institucionales, se programó la elaboración de dos documentos: un instructivo para el uso de los fondos rotatorios y el Normograma institucional los cuales fueron concluidos en un 100%, los cuales tienen por objeto mantener el control interno como parte de la cultura institucional.

- **Índice de implementación de Normas de Control Interno en la Institución**

Para el primer semestre del año, las valoraciones de las normas de control interno estuvieron en un rango de 10, siendo monitoreadas semestralmente por la Contraloría General de la Republica, en el último monitoreo del 2014 el resultado fue 9.44 de 10 puntos.



En el tercer trimestre, las Normas Básicas de Control Interno fueron modificadas por la Contraloría General de la República, por lo que en el cuarto trimestre fueron presentadas a las autoridades de SeNaSa para su implementación.

Actualmente la Oficina de Fiscalización y Control Interno a través de la Unidad de Control Interno se encuentra trabajando en la implementación del primer componente Ambiente de Control, donde se están migrando los principios y las actividades aplicables de la antigua NOBACI. De igual modo se están actualizando las evidencias para el cumplimiento de las mismas.

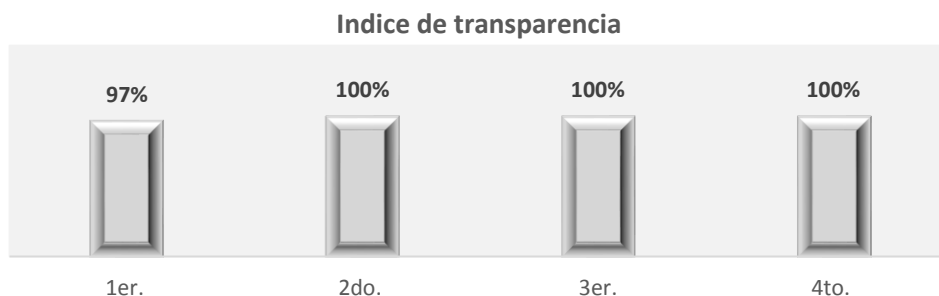
## GESTION DE ACCESO A LA INFORMACION



### 15. OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACION

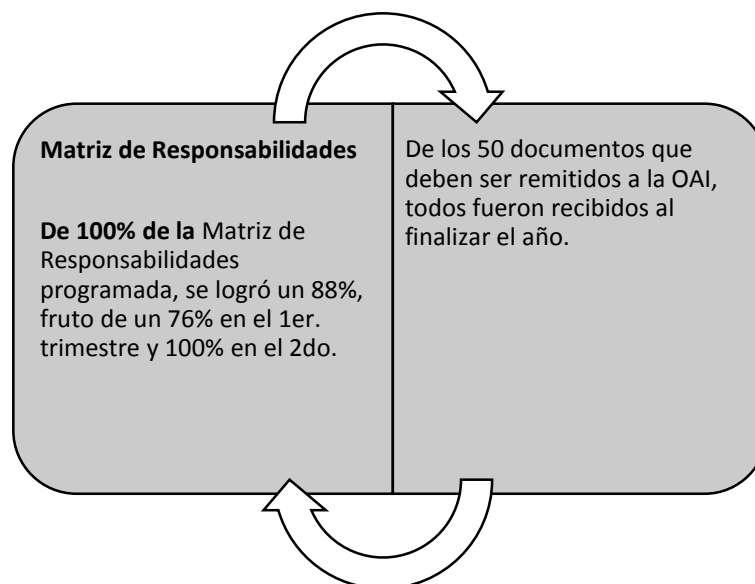
- **% de informaciones publicadas y actualizadas en la sección de transparencia según exige la Ley 200-04.**

Dando cumplimiento a la Ley 200 – 04, sobre la transparencia y actualización de información Pública, SeNaSa desde los inicios ha estado evaluada por la DIGEIG, alcanzando grandes calificaciones en su cumplimiento. En el primer trimestre la calificación fue de 97% de cumplimiento de ejecución para la publicación y actualización de la sección de transparencia; en el segundo, tercer, y cuarto trimestre, los ítems que estaban contemplados en el portal de transparencia, todos fueron actualizados en los tiempos establecidos, alcanzando un 100% de calificación.



Hay que destacar que para alcanzar este logro fue necesario el seguimiento sistemático de la OAI, el apoyo de las áreas y de la Dirección Ejecutiva, así como de las publicaciones de documentos preliminares, que han contribuido a que los resultados de las evaluaciones realizadas por la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental arrojaran este resultado.

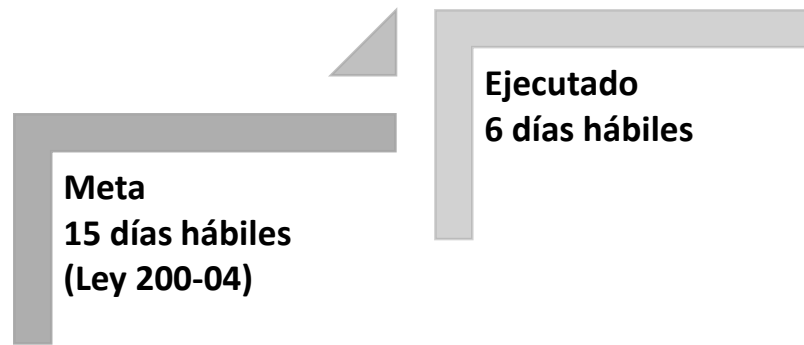
- **% de cumplimiento de la Matriz de Responsabilidades**



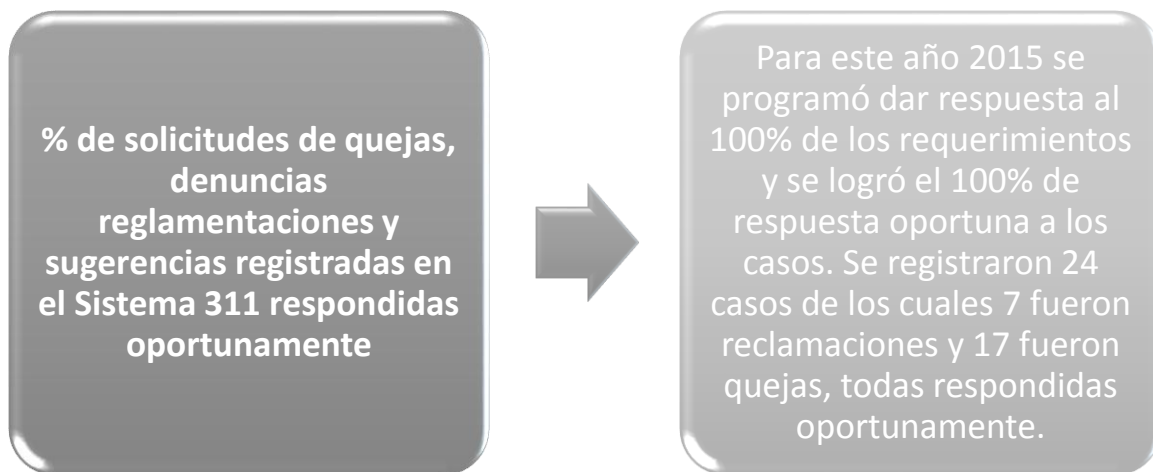
- **% de solicitudes de información respondidas dentro del plazo legal**

Para este año se programó responder al 100% de las solicitudes de Acceso a la Información dentro del plazo legal y el resultado fue un índice de 100% de respuesta. Fueron recibidas 38 solicitudes de acceso a la información de tipo financiero, institucional, servicios, estadísticas, y todas respondidas dentro de los plazos ordinarios de 15 días hábiles. Se destaca además, que se les dieron respuesta oportunamente a 24 casos registrados, de los cuales 7 fueron reclamaciones, y 17 quejas.





- **Quejas, denuncias reglamentaciones y sugerencias registradas en el Sistema 311 respondidas oportunamente**



- **Cantidad de monitoreos sobre Información Reservadas de la Institución realizados cuatrimestralmente**

Para este año 2015, fue programado realizar dos monitoreos de levantamiento de información reservada de la institución, los cuales fueron realizados para un resultado de 100% de ejecución del indicador. Fue realizado un monitoreo en el mes de julio y otro en el mes de noviembre, se visitaron las gerencias de afiliación, atención al usuario, Salud, Tecnología y Financiera.

- **Cantidad de actividades de Promoción Externa de una Cultura de Transparencia en SeNaSa**

Para este año fueron programadas 9 actividades de promoción externa de la transparencia institucional de las cuales fueron realizadas 7 para un porcentaje de ejecución de 78%. Dentro de

estas actividades de promoción externa sobre la transparencia están: un encuentro con los Responsables de Acceso a la Información de Instituciones del Sistema de Seguridad Social; una Conferencia en la Universidad Autónoma de Santo Domingo sobre Transparencia, Rendición de Cuentas y Ética Pública. De igual forma, participamos como panelista en un Panel sobre Buenas Prácticas en Materia de Transparencia organizado con la Dirección; General de Ética e Integridad Gubernamental, y fue desarrollada una campaña de difusión externa de #culturadetransparencia en las redes sociales con mensajes alusivos al día internacional del Derecho a Saber, la importancia de ciudadanos informados entre otros.

- **Porcentaje de cumplimiento en la implementación de Gobierno Abierto en SeNaSa**

Para este año se programó implementar al 100% la normativa A3 sobre Datos Abiertos y este indicador fue ejecutado al 100%. Para el primer trimestre solo se había contemplado realizar el levantamiento de información que consistía en visitar a las gerencias para identificar que informaciones podían publicarse. Sin embargo, la Gerencia de Afiliación respondió oportunamente y antes de finalizar el primer trimestre teníamos informaciones publicadas en formato reutilizable en el Portal de Transparencia avanzando, además la configuración de distribución de contenido de la sección de Gobierno Abierto.

Se publicaron las informaciones reutilizables en las áreas de salud, atención al usuario, afiliación y Financiera. También se estructuró el contenido conforme a la categoría de Bienestar Social conforme a la normativa A3 de la OPTIC sobre Datos Abiertos en el Portal de Datos Abiertos de la República Dominicana. Finalmente en el mes de octubre logramos certificarnos en la normativa A3 sobre Datos Abiertos.



## • ANEXOS

---

---

**GERENCIA DE AFILIACION**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Incrementada en 30,000 la cartera de afiliados del Régimen Contributivo	% de expedientes de afiliados del Régimen Contributivo completados	85.00	32.30	38.0%	0
	% de incremento de la cartera de afiliados del Régimen Contributivo	30,000	58,590	195.3%	1
Incrementada en 16,425 la cartera de afiliados de los Planes Alternativos de Salud	Cantidad de Promotores y Corredores reclutados	60.00	74.00	123.3%	1
	% de afiliados con Planes Alternativos con relación a meta anual	5,760	5,004.00	86.9%	1
Mantenida en 10,567 afiliados del Plan Especial para pensionados y jubilados	Cantidad de Pensionados y Jubilados afiliados	10,567	10,538	99.7%	1
Incrementada en 400,000 la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado	% de incremento de la cartera de afiliados del Régimen Subsidiado	400,000	301,759	75.4%	0
Fortalecida la gestión de afiliación de los diferentes regímenes y planes de salud	% de cargas de datos enviadas a UNIPAGO sin errores	95%	83%	87.4%	1
	Cantidad de días laborales para completar cambio de régimen de afiliación	2	2.05	97.6%	1
	Cantidad de días laborales para la entrega de los carné a los encargados de aseguramiento de las instituciones identificadas una vez generada la dispersión	5.43	5.93	91.6%	1
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	4	2	50.0%	0
					<b>70.0%</b>

**GERENCIA DE ATENCION AL USUARIO Y RELACION CON EL PRESTADOR**

<b>Resultado</b>	<b>indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Aumentada la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención al usuario	% requerimientos de los usuarios respondidos en los tiempos establecidos nivel central	95	90	94.7%	1
	% de llamadas respondidas en el Centro de Llamadas	95	95	100.0%	1
	% requerimientos de los usuarios respondidos en los tiempos establecidos Nivel Regional	90	79	87.8%	1
	Tiempo promedio en minutos que los usuarios permanecen en los Centros de Contacto Directo	19	32.04	59.3%	0
	% de cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Respuestas nivel central	95	96	101.1%	1
	% de cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo y Evaluación Nivel Regional	95	87	91.6%	1
	% requerimientos de los prestadores respondidos en los tiempos establecidos	95	89	93.7%	1
	% de llamadas respondidas en el Centro de Llamadas Atención al Prestador	75	71	94.7%	1
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del SGC solucionados en el tiempo establecido.	5	2	40.0%	0
					<b>77.8%</b>

**GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Garantizado que los servicios entregados correspondan con las atenciones y las tarifas contratadas y con los niveles de satisfacción esperados de los usuarios.	% de Hospitalizaciones en Centros Priorizados que autorizan por el SIRS auditados por Auditoría de Concurrencia	95	81	85%	1
	% de Hospitalizaciones en Centros Priorizados que autorizan por el Sistema de Autorizaciones, auditados por Auditoría de Concurrencia.	97	88.6	91%	1
	% de expedientes de las PSS priorizadas que autorizan por el Sistema de Autorizaciones, auditados en un tiempo máximo de quince días calendario a partir de la notificación de la factura	100	94.89	95%	1
	% de expedientes de las PSS priorizadas que facturan a través del SIRS, auditados en un tiempo máximo de quince días calendario a partir de la notificación de la factura.	99.7	98	98%	1
Fortalecida la gestión institucional.	% de No Conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido.	100	100	100%	1
	% de documentos controlados del SGC Actualizados	4	3	75%	0

Resultado	Indicador	Programado	Ejecutado	% ejecución	Cumplimiento: ≥85%=SI=1, <85%=NO=0
Garantizado el acceso a los servicios de salud a los afiliados de los diferentes regímenes y planes.	Índice de brechas de prestadores de servicios de salud.	3.5	3.9	90%	1
	% de afiliados de diferentes regímenes y planes identificados como crónicos (HTA/DIABETICOS) integrados a programas de seguimiento.	35	35	100%	1
	% de Requerimientos procedentes de la GSAU y SISALRIL solucionados o respondidos en los tiempos establecidos	95	99	104%	1
	% de PSS Evaluadas a partir del cumplimiento de los 6 meses de haber sido contratadas.	100	100	100%	1
	% de PSS Re-Evaluadas a partir del cumplimiento del tiempo establecido para su reevaluación.	289	288	100%	1
Mejorada la capacidad de toma de decisiones basadas en datos fiables.	% de autorizaciones médicas emitidas sin error por los Oficiales del Departamento de Autorizaciones	98	99.45	101%	1
					<b>92%</b>

**GERENCIA FINANCIERA**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Garantizada la estabilidad financiera de la Institución	% del Gasto Administrativo	9.26	8.93	103.70%	1
	% de Rendimiento de las Inversiones	7.22	9.91	137.26%	1
	% de Siniestralidad por Régimen y Plan	88	90.26	97.50%	1
	Índice de Inversión sobre las Reservas Técnicas	1.4	1.34	95.71%	1
Mejorada la Eficiencia y eficacia de la gestión financiera	% de antigüedad de saldo por pagar a PSS a 30 días o menos	90	97	107.78%	1
	Días promedio de pago a Prestadores de Servicios de Salud	25	23	108.70%	1
	% de devolución de facturas a PSS	12	4.8	250.00%	1
	% de oficinas regionales que realizan recepción de facturas de PSS	8	8	100.00%	1
					<b>100%</b>



**GERENCIA ADMINISTRATIVA**

<b>Resultado</b>	<b>indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Garantizada la calidad de los bienes y servicios administrativos	% de ejecución del Plan Anual de Compras Y Contrataciones	80	88	111%	1
	% de expedientes de los proveedores actualizados	100%	100%	100%	1
	% de requerimientos de servicios generales solucionados	95%	99.96%	105%	1
	% ejecución del plan de mantenimiento preventivo de maquinaria e infraestructura.	95%	114.5%	120%	1
	Cantidad de readecuaciones o remozamientos de áreas de trabajo ejecutadas.	24	26	108%	1
	% de ejecución de habilitación nuevas oficinas	100%	83%	83%	0
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	4	3	75%	0
					<b>71.4%</b>

**GERENCIA DE PLANIFICACION Y CALIDAD**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Fortalecida la gestión institucional	% de documentos estadísticos elaborados en los tiempos establecidos	23	31	134.8%	1
	% de requerimientos de informaciones estadísticas entregada en los tiempos acordados	95	98.1	103.3%	1
	% de brechas identificadas en el DWH cerradas	85	85	100.0%	1
	% de monitoreos y evaluaciones realizadas en el tiempo establecido	100	100	100.0%	1
	% de gerencias que realizan sus monitoreos y evaluaciones en los tiempos establecidos	100	96.88	96.9%	1
	% de evaluaciones de la ejecución presupuestaria realizada a tiempo	4	4	100.0%	1
	% de ejecución presupuestaria	95	104.7	110.2%	1
	% de documentos actualizados o elaborados	23	21	91.3%	1
	% de áreas con el proyecto 5'S implementado	3	1	33.3%	0
	% de implementación de un modelo de desarrollo organizacional	100	87	87.0%	1
	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	5	1	20.0%	0
	% de procesos institucionales con diagnósticos y rediseños realizados	100	83	83.0%	0
					<b>75.0%</b>

**GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Fortalecida la seguridad y salud ocupacional institucional	Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional funcionando	100	100	100.0%	1
	Cantidad de Programa de salud ocupacional elaborado	1	1.00	100.0%	1
	% de colaboradores capacitados en salud ocupacional	200	187.00	93.5%	1
Elevada las competencias e idoneidad de los colaboradores y fortalecimiento de la cultura de servicio	% Empleados capacitados con la cultura de servicio	200	243.00	121.5%	1
	% de ejecución del plan de capacitación	100	77.00	77.0%	0
	Cantidad de charlas de Socialización relacionadas a valores éticos y morales	4	5.00	125.0%	1
	% de colaboradores con resultados insatisfactorios recurrentes con planes de mejora	100	100.00	100.0%	1
Elevados los niveles satisfacción y motivación de los colaboradores	% de colaboradores con renovación de uniformes	37.5	18.75	50.0%	0
	Cantidad de publicaciones de colaboradores destacados	4	4.00	100.0%	1
	Cantidad de grupos de enfoque realizados	3	3.00	100.0%	1
	Cantidad de premiaciones a empleados meritorios	39	39.00	100.0%	1
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	2	0.00	0.0%	0
Fortalecida la responsabilidad social de SeNaSa	Cantidad de actividades realizadas para contribuir con el medio ambiente	2	2	100.0%	1
	Cantidad de árboles Salvados	1800	1931	107.3%	1
					<b>79%</b>

**GERENCIA DE TECNOLOGIA INFORMATICA**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% Ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Proyectos de innovación de tecnología de la información implementados	Cantidad de proyectos de innovación de tecnología de la información implementados	12.00	3.00	25%	0
Evaluada y readecuada la plataforma tecnológica de SeNaSa en base a las necesidades de la organización	Cantidad de soluciones tecnológicas de la infraestructura de Redes y Comunicaciones	4.00	5.00	125.00	1
	Cantidad de soluciones tecnológicas de la Infraestructura de Servidores y Equipos Informáticos	12.00	12.00	100.00	1
Mejorada la calidad de la información generada en los sistemas de información	Cantidad de mejoras a los sistemas informáticos	200.00	222.00	111.00	1
Garantizada la estabilidad de los sistemas de información	% de mantenimientos preventivos a equipos informáticos	2088.00	2235.00	107.04	1
	% de mantenimiento preventivo a equipos de redes y comunicaciones	2.00	2.00	100.00	1
	% de mantenimientos preventivos la base de datos para el trimestre	4.00	4.00	100%	1
	% de mantenimientos preventivos a los servidores	4.00	4.00	100.00	1
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del SGC solucionados en el tiempo establecido	2.00	1.00	0.50	0
					<b>78%</b>

**GERENCIA DE COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Aumentadas las visitas en el portal institucional	% de incremento de visitas al portal institucional	40	62	155.0%	1
Mejorada la comunicación interna de SeNaSa	% de quejas, sugerencia y reclamos canalizados hacia las distintas gerencias en los tiempos establecidos	41	32	78.0%	0
	% de acciones de comunicación interna	200	557	278.5%	1
Fortalecida los vínculos y la imagen de SeNaSa en los públicos estratégicos	Cantidad de homologaciones y materiales impresos diseñados	128	125	97.7%	1
	% de actividades completadas del programa de Responsabilidad Social	6	6	100.0%	1
	Cantidad de alianzas estratégicas firmadas con empresas e instituciones	4	3	75.0%	0
	% de incremento de seguidores en la redes sociales (facebook, twitter e instagram)	40	63	157.5%	1
	% de informaciones positivas independientes publicadas en los medios de comunicación impresos y digitales priorizados	80	83	103.8%	1
	cantidad de presencia de la marca SeNaSa	80	885	1106.3%	1
Fortalecida la gestión institucional	% de No conformidades del Sistema de Gestión de Calidad solucionados en el tiempo establecido	4	3	75.0%	0
					<b>70%</b>

**OFICINA DE FISCALIZACION Y CONTROL INTERNO**

<b>Resultado</b>	<b>indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% Ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥85%=SI=1, &lt;85%=NO=0</b>
Fortalecida la fiscalización, investigación y control interno	Cantidad de verificaciones y fiscalizaciones realizadas	172	157	91%	1
	Normograma y documentos de fiscalización y control interno elaborado	2	2	100%	1
	% de ejecución de las acciones de las Normas Básicas de control Interno (NOBACI) bajo responsabilidad de la Oficina de Fiscalización y Control Interno	10	9.7	97%	1
	Unidad de investigación y control de fraudes conformada	100	100	100%	1
					<b>100%</b>

**OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACION**

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Programado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>% ejecución</b>	<b>Cumplimiento: ≥90%=SI=1, &lt;90%=NO=0</b>
Fortalecida la Transparencia y oportunidad de la información pública de SeNaSa	% de informaciones publicadas y actualizadas en la sección de transparencia según exige la Ley 200-04	95	100	105%	1
	% de cumplimiento de la Matriz de Responsabilidades	100	88	88%	1
	% de solicitudes de información respondidas dentro del plazo legal	38	38	100%	1
	% de solicitudes de quejas, denuncias reclamaciones y sugerencias registradas en el Sistema 311 respondidas oportunamente	100	100	100%	1
Garantizada la Protección de la Información Reservada de la Institución	Cantidad de monitoreos sobre Información Reservadas de la Institución realizados cuatrimestralmente	2	2	100%	1
Promovida la Transparencia y ética Institucional	Cantidad de actividades de promoción Interna de una Cultura de Transparencia institucional	13	14	108%	1
	Cantidad de actividades de Promoción Externa de una Cultura de Transparencia en SeNaSa	21	19	90%	1
Implementado el Gobierno Abierto en SeNaSa	Porcentaje de cumplimiento en la implementación de Gobierno Abierto en SeNaSa	100	100	100%	1
					<b>100%</b>