SAN AGUSTÍN
CLÍNICA

POLITICA DE CALIDAD Y PLAN ESTRATÉGICO 2024 - 2027

INDICE

3 INTRODUCCION

5 POLITICA INSTITUCIONAL FODA

4 MISION VISION VALORES

6 ESTRUCTURA ORGANIZACION DE LA POLITICA

8 EJES ESTRATEGICOS

9 EVALUACION Y CONTROL

INTRODUCCION

El Gobierno Hospitalario Institucional y los demás encargados de generar y establecer normas para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud, han establecido a lo largo del tiempo diferentes lineamientos que pretenden estandarizar y generar el mejoramiento de la calidad de la atención que se presta en nuestra institución. El Sistema de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, establece todas aquellas normas, instituciones y procesos, que, aplicados de una manera sistemática, pueden producir impacto en la calidad de la atención de la salud.

La prestación de servicios seguros, humanizados y alineados con el cumplimiento de altos estándares de calidad es un compromiso constante Clínica San Agustín, por lo cual, la estructuración de políticas que guíen el actuar del cliente interno en la

institución y en el proceso de atención, y las cuales se integren con el direccionamiento estratégico institucional, es de vital importancia para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población.

El desarrollo de la Política de Calidad y prestación de servicios de Salud es una de las estrategias fundamentales en la mejora continua de los procesos, ya que enmarca el camino y la dirección que debe seguir la organización.

Las empresas prestadoras de servicio de salud como organización necesitan de herramientas gerenciales para la búsqueda de supervivencia, crecimiento y desarrollo, se entiende que se debe centrar nuestro objetivo hacia el usuario (cliente) y al mercado (comunidad) para lograr un excelente reconocimiento, fundamentado en los beneficios de sus servicios con principios de calidad.

El Plan Estratégico invita a todos a arrimar el hombro para lograr un cambio que se desea y que se ha previsto de antemano. Ese cambio no es otro que el de cumplir la Misión de la Institución con el máximo grado de excelencia.

En concreto, este Plan pretende:

1. Que los pacientes y sus familias, sus necesidades y demandas sean el punto de referencia para organizar y guiar las actividades de la Institución.

2. Que los profesionales que trabajan en Clínica San Agustín se sientan a gusto en su trabajo, estén bien capacitados y tengan un elevado grado de autoestima profesional.

3. Prestar una asistencia con las máximas garantías científico-técnicas.

4. Disminuir la variabilidad de las diferentes formas y procesos de trabajo.

5. Reducir los riesgos y aumentar la seguridad para los pacientes y trabajadores.

6. Aumentar la eficiencia de los recursos

MISION

Proporcionar asistencia sanitaria especializada de calidad a los habitantes de la provincia de Neuquén, contribuyendo a satisfacer las necesidades de salud y el bienestar de la comunidad.

Desarrollar nuestra vocación docente e investigadora, aportando en la capacitación de futuros profesionales especialistas.

Brindar en nuestros servicios equidad, eficiencia, excelencia y calidad.

VISION

Queremos ser para los neuquinos un lugar de referencia, que proporcione soluciones a sus problemas de salud de la manera mas eficiente posible.

Queremos ser para los profesionales, un lugar de trabajo atractivo, valorado por la eficiencia clínica, el nivel tecnológico y una gestión de calidad.

Queremos ser para las instituciones y organizaciones de nuestro entorno, un colaborador necesario para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y el bienestar de la comunidad.

VALORES

COMPROMISO CON EL PACIENTE

- Consideración integral del paciente
- Eficacia clínica
- Atención y trato personalizado
- Información adecuada

PROFESIONALIDAD

- Desarrollo de las competencias profesionales
- Actualización permanente de los conocimientos
- Ética profesional

POLITICA INSTITUCIONAL

ANÁLISIS FODA

ANALISIS EXTERNO

AMENAZAS

» Coyuntura económica, politica y social turbulenta

» Crisis en el sistema de salud

» Económico-financiera: Deterioro de los precios por la inflación, teniendo en cuenta el período promedio de cobro y de pago

» Crecimiento de la calidad y de la inversión de la competencia

» RRHH: Escasez de oferta de enfermeros y de algunas especialidades médicas

» CAMBIO CLIMATICO: Desafíos nuevos ante nueva carga de enfermedades y/o vulnerabilidad de infraestructuras

OPORTUNIDADES

» Imágen o una percepción de una clínica de alta complejidad

» Posibilidad de formar profesionales en especialidades médicas (Residencias) y técnicos (convenio con instituciones formadoras) para luego incorporarlos al staff institucional

» Incorporación de avances tecnológicos y permanente actualización en investigación médica

» Procesos de acreditaciones externas institucionales en marcha

ANALISIS INTERNO

FORTALEZAS

» Muy buena ubicación geográfica dentro de la ciudad de Neuquén, buena accesibilidad para los usuarios

» Nuestros valores, visión y misión están asumidos por los colaboradores y se trasmiten al paciente

» Alto nivel de satisfacción del usuario, medido por experiencia del paciente

» El espíritu de mejora continua de los colaboradores

» Institución formadora de profesionales médicos y de enfermería

» Institución acreditada en calidad en varias oportunidades

» Disponer de una gestión basada en procesos

» Los servicios de apoyo son internos a la organización (hemoterapia, lavadero, esterilizacion)

DEBILIDADES

» Proyecto de incentivos de talento humano aún con mucho por implementar

» Deficitaria estrategia comunicacional interna

» Falta de Mantenimiento preventivo de equipamiento propio

» Número insuficiente de profesionales medicos en algunas especialidades

Estructura y Organizacion de la politica

La Política de Calidad y prestación de servicios de Salud de Clínica San Agustín, busca satisfacer las expectativas tanto de los usuarios externos como internos, de tal manera que todos los procesos estén alineados con la calidad de la atención en salud.

OBJETIVO

Definir los lineamientos institucionales a seguir por el cliente interno, alineados con el direccionamiento estratégico, que abarquen el cumplimiento de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y mediante los cuales se garantice al cliente externo la prestación de servicios de alta calidad, seguros, humanizados, con enfoque, control y gestión de la tecnología y el riesgo, y con los cuales se logre un impacto positivo en la calidad de vida y de la salud de la población, la fidelización del usuario y su familia y se asegure el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

DEFINICION

Prestar servicios de salud de excelente calidad cumpliendo la normatividad vigente, garantizándole a nuestros usuarios, a su familia y la comunidad, accesibilidad, seguridad, oportunidad, y humanización en la atención, orientando los procesos institucionales a la satisfacción de clientes internos y externos, promoviendo el mejoramiento continuo.

Para ello desde el año 2013 el Gobierno Hospitalario crea la Unidad de Calidad, integrado por Dirección Médica, Auditoría Médica Interna, Jefe de Servicio de CM, cuyas responsabilidades son inherentes al cargo que ocupan.

Establece su Programa de Seguridad de pacientes, confeccionando un estatuto específico para dicho programa.

EXPECTATIVAS

INTERNAS

PARTE INTERESADA	EXPECTATIVA	NIVEL DE INFLUENCIA	INTERES	CRITICIDAD DE RELACION	ACCIONES	METODO DE EVALUACION	OTROS REQUISITOS	CUMPLIMIENTO (*)
ACCIONISTAS PRINCIPALES	*Invertir para obtener rédito económico*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Obtener y mantener niveles de inversión.* *Obtener ganancias* *Aumentar capital*	*Balance económico anual*	*Ninguno*	*3*
COLABORADORES *PROFESIONALES EXTERNOS*	*Desarrollar su expertiz en un ambiente de calidad asistencial*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Mantener capacitaciones actualizadas* *Recertificaciones actualizadas*	*Adjuntar capacitaciones específicas* *Reclamos y quejas recibidas por parte de los usuarios y/o personal* *Denuncias judiciales*	*Seguros de mala praxis* *Matriculación vigente*	*3*
TRABAJADORES EN RELACION DE DEPENDENCIA	*Desarrollar sus actividades de manera sustentable y en un ambiente de trabajo saludable*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Obtener y mantener los recursos humanos necesarios para la prestacion de servicios, gestionando la seguridad en el trabajo* *Cuidar el ambiente dosnde se desarrollen sus actividades* *Recertificaciones actualizadas*	*Evaluación de desempeño.* *Detección de desvíos.* *Reclamos y quejas recibidas por parte del personal.* *Denuncias y reclamos sindicales* *Adjuntar capacitaciones específicas*	*Matriculación vigente* *Seguros de mala praxis*	*3*

(*) 1:incumple - 2:parcial - 3: cumplido

EXTERNAS

PARTE INTERESADA	EXPECTATIVA	NIVEL DE INFLUENCIA	INTERES	CRITICIDAD DE RELACION	ACCIONES	METODOS DE EVALUACION	OTROS REQUISITOS	CUMPLIMIENTO
USUARIO O PACIENTE	*Recibir servicio de calidad asistencial en Clínica San Agustín según requisitos normativos*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Brindar cuidados humanizados* *Mantener la seguridad del paciente* *Brindar cuidados centrados en el paciente*	*Experiencia del paciente (Satisfacción)*	*NINGUNO*	*3*
COMPETIDORES	*Adquirir insumos de calidad y generar confianza y relaciones estables y duraderas*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Seguir de cerca el comportamiento de competidores para identificar ventajas competitivas*	*Matriz FODA* *Participación de eventos*	*NINGUNO*	*3*
PROVEEDORES	*Adquirir insumos de calidad y generar confianza y relaciones estables y duraderas*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Realizar una buena gestión de compras según estandares internos establecidos* *Identificar requisitos claves a seguir / revisar en cada compra*	*Evaluación de proveedores* *Analisis para el alta de los mismos* *Cumplimiento de entrega*	*Habilitaciones adecuadas*	*3*
ASOCIACION DE CLINICAS Y OBRAS SOCIALES	*Cumplimiento de convenios y acuerdos prestacionales*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Mantener vigentes los convenios* *Análisis de observaciones y desvíos* *Actualizar periodicamente los sistemas de codificación de nomenclador nacional o sus homologaciones*	*Débitos y desgloses*	*NINGUNO*	*3*
ORGANOS DE APLICACION (Ministerio de Salud publica)	*Habilitaciones institucionales de servicio*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CADA INTERVALOS*	*Presentar documentacion cada 5 años*	*Vigencia de habilitaciones*	*NINGUNO*	*3*
ESTADO (Impuestos, recaudación, etc)	*Controlar la actividad y defender los interesreses provinciales y nacionales*	*ALTO*	*BAJO*	*MANTENER SATISFECHO*	*Evitar conflictos, sanciones y pérdidas económicas*	*Recepción y gestión de reclamos. sanciones y multas*	*NINGUNO*	*3*
SISTEMA BANCARIO (Santander - Bco. Provincia)	*Prestar Créditos* *Mantener cuentas activas*	*ALTO*	*MEDIO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Mantener las cuentas sueldo, Mantener los saldos adecuados*	*Control del sistema contable*	*NINGUNO*	*3*
SINDICATOS	*Derechos laborales* *Cumplimiento del convenio colectivo de trabajo*	*ALTO*	*BAJO*	*MANTENER SATISFECHO*	*Evitar conflictos y cumplir con los requisitos*	*Reclamos y gestión recibidos de conflictos ocasionados*	*NINGUNO*	*3*
UNIVERSIDADES	*Mantener vínculo institucional para formación de sus estudiantes* *Mantener lugares disponibles de posgrado*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Residencias médicas activas* *Docentes nombrados por la Universidad de pregrado*	*Comite de Docencia institucional* *Ley 22127*	*SEGUROS DE MALA PRAXIS* *SEGUROS DE RIESGO DE TRABAJO*	*3*
COMUNIDAD	*Impactos ambientales positivos* *Cumplimiento de buenas prácticas de trabajo*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Evitar conflictos y operar cumpliendo con los requisitos*	*Recepcion de reclamos*	*NINGUNO*	*3*
ORGANISMOS DE ACREDITACION EXTERNA (ISO - ITAES)	*Mantener las acreditaciones y certificaciones*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Mantener las certificaciones actualizadas*	*Certificaciones*	*NINGUNO*	*3*
ASEGURADORA INSTITUCIONAL	*Mantener los seguros vigentes*	*ALTO*	*ALTO*	*GESTIONAR CERCANAMENTE*	*Mantener vigencias*	*Nivel de cobertura*	*NINGUNO*	*3*

(*) 1:incumple - 2:parcial - 3: cumplido

EJES ESTRATEGICOS DE LA POLITICA DE CALIDAD - PLAN ESTRATÉGICO

» OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia

PROGRAMA: atención centrada en el usuario y su familia

Proyectos Estratégicos:

- Implementación del modelo de gestión basado en el paciente y su familia: capacitaciones frecuentes y formación continua
- Revisión y actualización de la estructura organizacional: reorganización de encargaturas
- Conocer las expectativas del Usuario Externo en relación a las prestaciones recibidas: análisis de encuestas.
- Mejorar los índices de satisfacción en la atención

» OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización

PROGRAMA: Programas de Práctica clínica: competitividad

Proyectos Estratégicos:

- Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos
- Fortalecer y acrecentar los conocimientos de los trabajadores en nuestra Institucion.
- Implementar un plan de capacitación permanente orientado a los intereses estratégicos de la institución.
- Instrumentar una herramienta de gestión protocolizada orientada al abordaje de dificultades y/o a mejora de procesos y problemas puntuales
- Disminuir las tasas de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS)

» OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo

PROGRAMA: capital Humano

Proyectos Estratégicos:

- Implementar un modelo de gestión por competencias
- Mantener convenios ya vigentes con la Universidad.
- Fortalecimiento de la cultura organizacional
- Acciones de promoción de vida sana, cultura y deporte
- Generar y validar instancias de salud ocupacional, enfatizando el autocuidado, implementar desayuno saludable.

» OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad

PROGRAMA: fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad

Proyectos Estratégicos:

- Gestionar la acreditación con excelencia
- Cumplimiento -Adopción- de estándares nacionales e internacionales
- Consolidación del sistema de gestión integral de calidad
- Trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos
- Uso racional de medicamentos
- Reducir el riesgo asistencial sobre los pacientes y el laboral para el personal hospitalario, a través de modalidades de recolección de información y detección de causas raíz que permiten establecer mecanismos de prevención de eventos adversos

» OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros

PROGRAMA: adecuación y mejoramiento de infraestructura física

Proyectos Estratégicos:

- Elaboración del Plan maestro de infraestructura física
- Plan maestro de sostenibilidad ambiental
- Reducir la huella ambiental del sector salud y promover ambientes saludables.

Con este plan estratégico buscamos mejorar en forma continua nuestra atención, satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, y cumplir los requisitos de organismos reguladores y otras partes interesadas, promoviendo:

- La definición de objetivos de calidad y seguridad.
- La gestión basada en procesos.
- La utilización de indicadores para el monitoreo y evaluación de objetivos y procesos.
- La participación y capacitación del recurso humano, uniendo los esfuerzos en la definición e implementación de medidas preventivas, correctivas y oportunidades de mejora.
- La utilización de tecnologías, que simplifiquen la tarea diaria

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Para la evaluación y control del Plan Estratégico, se ha definido un proceso que estará a cargo de la Comité de Calidad y Seguridad, de la Auditoría Interna y de la Dirección Médica.

El sistema de control de Gestión del Plan, contempla en sí mismo, un monitoreo por parte de los profesionales a cargo de cada Objetivo Estratégico, con la medición del cumplimiento de las metas e indicadores definidos.

Al final del período de corte, se evaluará el estado de avance y cumplimiento de cada Objetivo Estratégico y se sugerirán, en casos de incumplimiento, planes de mejora, correctivos y diseñar medidas que permitan alcanzar el mayor grado de cumplimiento del Plan.

El sistema de Evaluación y Control del Plan implica, seguimiento y análisis del grado de cumplimiento de los Planes Anuales, con cortes a los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año.

CONTROL DE GESTIÓN CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)

Esta herramienta nos permitirá monitorear mediante indicadores el cumplimiento del Plan Estratégico planteado para nuestra Institución.

INDICADORES

En base a nuestros Objetivos Estratégicos controlaremos los siguientes Indicadores:

1-Atención basada en el usuario

- Encuestas de Experiencia del paciente (satisfacción)
- Demora de turnos por Especialidad
- Tiempo de demora en entrega de informes
- Control de IACS
- Control de caídas
- Control de UPP propias

2- Competitividad

- Porcentaje de Ocupación
- Giro cama
- Porcentaje Enfermeros/Cama
- Porcentaje de Médicos/Cama

3-Capital Humano

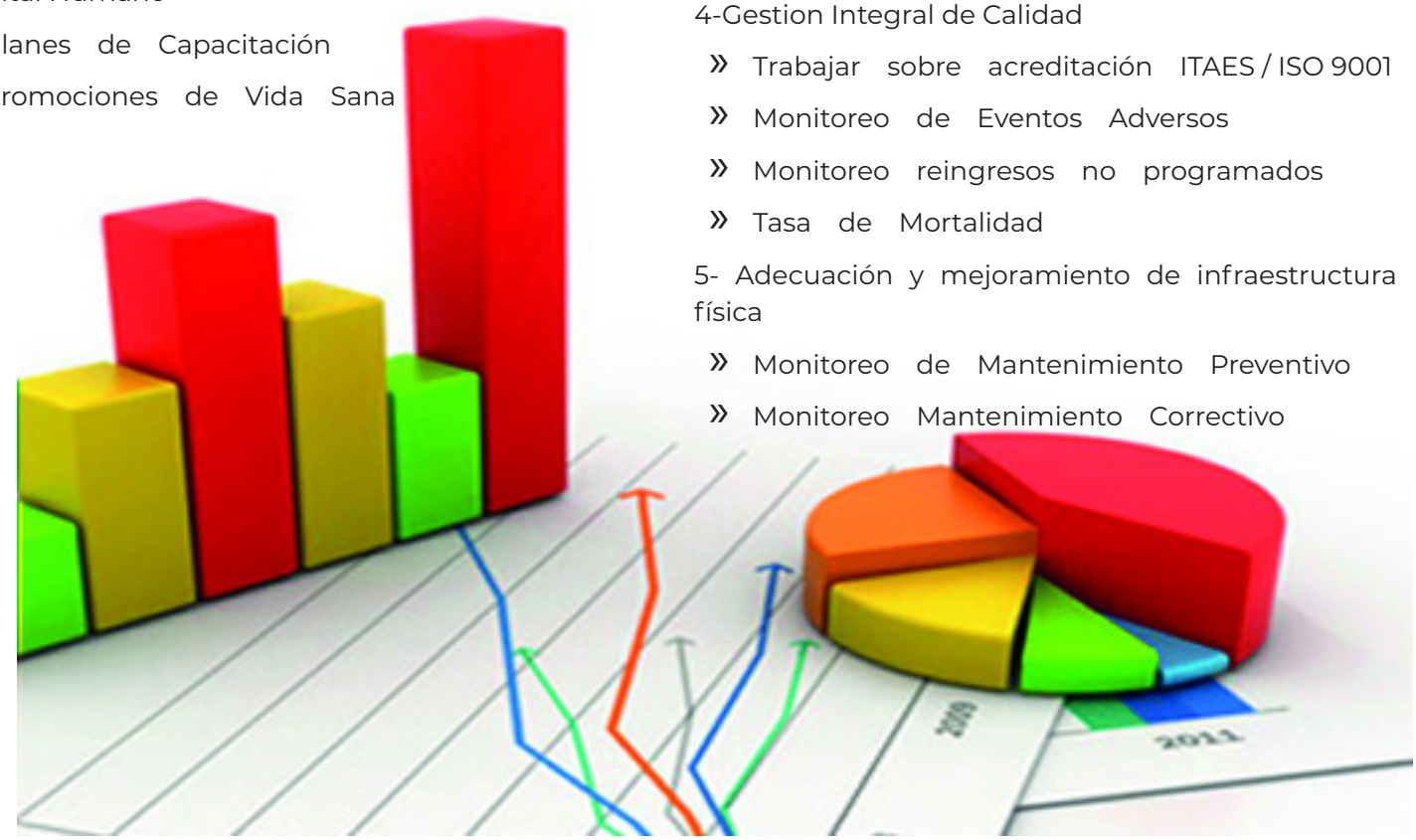
- Planes de Capacitación
- Promociones de Vida Sana
- Implementación y seguimiento de Desayuno Saludable
- Mantener actuales Convenios con la UNCO
- Mantener Convenios con Escuela de Enfermería

4-Gestion Integral de Calidad

- Trabajar sobre acreditación ITAES / ISO 9001
- Monitoreo de Eventos Adversos
- Monitoreo reingresos no programados
- Tasa de Mortalidad

5- Adecuación y mejoramiento de infraestructura física

- Monitoreo de Mantenimiento Preventivo
- Monitoreo Mantenimiento Correctivo



En esta Planificación estratégica seguimos reafirmando una premisa fundamental:

"Los resultados financieros solo se pueden conseguir si los pacientes están satisfechos, solo se consiguen pacientes satisfechos si los procesos internos les generan y aportan valor y solo se logran mejoras en los procesos internos mediante la innovación y el aprendizaje" y "lo que no se puede medir no se puede controlar, lo que no se puede controlar no se puede gestionar; lo que no se puede gestionar no se puede mejorar"

Revisión	Fecha	Página N°	Descripción	Responsable	Firma
00	Agosto 2020	-	Emisión Original	Gobierno Hospitalario	
01	Octubre 2024	5, 6 y 7	Incorporación de Partes interesadas y Actualizacion de FODA	Gobierno Hospitalario	
02	Julio 2025	6 y 7	Incorporación de nuevas Partes Interesadas Internas Modificación a la política	Gobierno Hospitalario	

ANEXO I

POLITICA DE CALIDAD

LA ORGANIZACION SE COMPROMETE A:

1 - Desarrollar las políticas necesarias para el cumplimiento de los lineamientos que surgen de nuestra misión, visión y valores.

2 - Asegurar los recursos para lograr atención de calidad, eficiente y centrada en las personas.

3 - Promover en los colaboradores una formación constante para que se sientan involucrados en la conducta de la empresa

4 - Continuar el trabajo en promoción de salud con la comunidad

5 - Trabajar incansablemente para asegurar la mejora continua, la eficacia de nuestro sistema de gestión de calidad y nuestra atención médica.

6 - Analizar y revisar constantemente nuestros procesos de servicios, identificando riesgos y oportunidades potenciales que puedan afectar la conformidad del mismo

7 - Adoptar medidas necesarias para fomentar la humanización del cuidado, que se evidencia en la satisfacción y experiencia del paciente, capacitar en la comunicación permanente, el respeto por los valores, creencias y diversidad de las personas que acuden en nuestra ayuda, así como su autonomía y sus derechos

8- Identificar, comprender y garantizar el cumplimiento de los Requisistos aplicables

ANEXO II

PLANILLA DE OBJETIVOS DE CALIDAD

META	OBJETIVO	ACCIONES	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLES	RECURSOS	INDICADORES
EXPERIENCIA DE PACIENTE	Lograr aumentar el grado de satisfaccion en la atencion de los pacientes en un 10% con respecto a las mediciones del año pasado	- Revisión de la Norma de procedimiento asociada para su actualización a la nueva metodología. - Colocar QR con acceso de encuestas de satisfaccion en las habitaciones - Encuestas de satisfaccion que se entregan al momento de la internacion - Libro de quejas y sugerencias a disposicion de los pacientes en mostrador de guardia - Encuesta de Valoraciones de Google (capacitacion al personal de secretariado)	ENERO 2025	DIC 2025	direccion medica auditoria medica	Personal tiempo	- Informe de encuestas - Informe de quejas y sugerencias
CAPACITACION Y FORMACIÓN	Fomentar y facilitar los medios para el acceso capacitacion continua de los trabajadores y colaboradores Disminuir en 2% los valores asociados a las métricas internacionales de seguridad y calidad de paciente respecto del año anterior (Meta Internacional de la #1 a la #6)	- Registro del cumplimiento del Plan Anual de Capacitaciones programadas por los responsables del servicio tanto en su realizacion como en la asistencia - Reactivacion del comite de Docencia de la Insitucion como instrumento - Seguimiento estadístico y reporte a nivel nacional y, realización de campañas con el personal de salud sobre las metas internacionales	ENERO 2025	DIC 2025	Dra Meana Comite de Docencia RRHH Comite de Infectologia Comité de Seguridad	Personal Dinero Material Educativo Infraestructura	- Cumplimiento de plan de capacitaciones. (Armar las evaluaciones de dichas capacitaciones por QR desde RRHH) - Porcentaje obtenidos de cada meta (1 a 6) reportadas localmente por el Comité de Infectología y Comité de Seguridad en relación a aquellas reportadas a nivel nacional.
METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD	Mejorar trimestralmente el cumplimiento interno de las metas internacionales.	Seguimiento estadístico y reporte de las metas internacionales	ENERO 2025	DIC 2025	Dra. Romano	Personal Tiempo	META 1 - META 2 META 3 - META 4 META 5 - META 6 META UPP
INDICADORES HOSPITALARIOS	Mejorar la actividad actual de los servicios ofrecidos en cuanto a recursos humanos y fisiscos, actividad asitencia y económica	Seguimiento estadístico y reporte de los indicadores provinciales	ENERO 2025	DIC 2025	Dra. Romano	Personal Tiempo	Indicadores de estructura Indicadores de rendimiento Indicadores de calidad

META	OBJETIVO	ACCIONES	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESPONSABLES	RECURSOS	INDICADORES
LAZOS CON LA COMUNIDAD	Aumentar las acciones de promocion de salud a 3 en el año. Mejorar los mecanismos de comunicacion para el aprovechamiento de los recursos de promocion de la salud.	- Acciones de concientización en Jumbo dias del donante de sangre, dia mundial de la HTA, dia mundial de la diabetes - Exposicion de la pagina web con los recursos para pacientes en las salas de espera y consultorios. (Agregar folletos en consultorio) - Promocion en las redes de las acciones de concientizacion	ENERO 2025	DIC 2025	Dra. Romano Dra. Meana	Personal Tiempo Dinero	Acciones realizadas con la comunidad. Analitycs de recursos dispuestos en la redes y página web.
ACCIONES DE MEJORA A LA PRESTACION DE SERVICIOS	Aumentar las especialidades médicas para lograr atención integral del paciente y acceso a estudios complementarios.	- Contratación de más profesionales - Incorporación del servicio de oncohematología - Aumento de la disponibilidad de ecografistas para ampliar la cantidad de horas/turnos a prestar el servicio	ENERO 2025	DIC 2025	Dra. Lignieres Jorge Ferrari	Personal Dinero Infraestructura	Cantidad de profesionales y equipos a disposición. Hs. y días de atención para conocer nueva disponibilidad de prestación de turnos respecto de estándar nacional para clínicas privadas.
MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES	Formalizar un programa de control y seguimiento de equipamiento calibrable	Identificar que equipamientos requieren mantenimiento y su periodicidad. Identificar quienes son los responsables del mantenimiento, si es el proveedor o fabricantes. Designar un responsable del control de los registros.	ENERO 2025	DIC 2025	Luis Ferrari Dr. Alejo Dalgalarando Dra. Lignieres	Personal Sofward Tiempo Dinero	Porcentaje de cumplimiento de plan de mantenimiento

Las mediciones de indicadores se realizan en forma mensual y estan bajo la responsabilidad de la Unidad de calidad y Gobierno hospitalario. Se distribuyen al personal mensualmente a través de grupos de whathsapp y se expone en sistema a traves del Server Publico.

ANEXO III

MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Basado en el análisis FODA

RIESGO		IMPACTO				
		MINIMA	MENOR	MODERADA	MAYOR	MAXIMA
PROBABILIDAD		1	2	4	8	16
CASI SEGURO	5	5	10	20	40	80
PROBABLE	4	4	8	16	32	64
POSIBLE	3	3	6	12	24	48
IMPROBABLE	2	2	4	8	16	32
RARO	1	1	2	4	8	16

NIVELES DE RIESGO		Medidas
RIESGO ACEPTABLE		Se vigilará aunque no requiere medidas preventiva per se
RIESGO TOLERABLE		Introducir medidas preventivas,mantener las variables controladas
RIESGO ALTO		Medidas preventivas obligatorias. Controlar las variables de riesgo
RIESGO EXTREMO		Requiere medidas preventivas urgentes.

OPORTUNIDAD		BENEFICIO				
		MINIMA	MENOR	MODERADA	MAYOR	MAXIMA
PROBABILIDAD		1	2	3	4	5
MUY ALTA	5	5	10	15	20	25
ALTA	4	4	8	12	16	20
MEDIA	3	3	6	9	12	15
BAJA	2	2	4	6	8	12
MUY BAJA	1	1	2	3	4	5

NIVELES DE OPORTUNIDADES		Medidas
OPORTUNIDAD IMPORTANTE		Requiere acciones concretas para mantener esta variable
OPORTUNIDAD FAVORABLE		Estrategias orientadas a mantener este objetivo
OPORTUNIDAD APRECIABLE		Estudiar de incorporar medidas para lograr este objetivo
OPORTUNIDAD MARGINAL		Su logro no es relevante