



REPÚBLICA DOMINICANA

MEMORIA INSTITUCIONAL

—
AÑO 2025



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

H: HOSPITAL
UNIVERSITARIO DOCENTE
TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA

MEMORIA INSTITUCIONAL

AÑO 2025



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA



TABLA DE CONTENIDOS

Memoria Institucional 2025

RESUMEN EJECUTIVO	4
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL.....	6
RESULTADOS MISIONALES	7
RESULTADOS DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO.....	31
SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL	2
PROYECCIONES PARA EL PRÓXIMO AÑO	8
ANEXOS.....	16

RESUMEN EJECUTIVO

Memoria Institucional 2025

La presente Memoria Institucional correspondiente al año 2025 recoge de manera integral los principales avances, resultados y logros alcanzados por el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en cumplimiento de los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Ministerio de Salud Pública. Este documento consolida la gestión realizada durante el período, presentando de forma clara y estructurada los indicadores de desempeño, los progresos en los servicios asistenciales, la ejecución administrativa y financiera, así como los esfuerzos orientados al fortalecimiento de la calidad y la humanización de la atención.

Durante el año 2025, el hospital desarrolló importantes iniciativas enfocadas en mejorar la oportunidad del servicio, ampliar la capacidad resolutiva, optimizar los procesos internos y fortalecer la red de servicios, garantizando una atención más eficiente y centrada en las necesidades del usuario. Se destacan los avances obtenidos en las áreas de emergencias, cirugías, consultas externas, imágenes diagnósticas y cuidados críticos, evidenciando un incremento sostenido en la demanda y en la satisfacción de los usuarios.

De igual manera, se ejecutaron acciones estratégicas dirigidas al fortalecimiento de la infraestructura física, la modernización de equipos biomédicos, la capacitación continua del personal y la implementación de mejoras en la gestión administrativa, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y de los estándares establecidos por el SNS.

El análisis de los indicadores de satisfacción del usuario correspondiente al período enero–octubre 2025 refleja una valoración global favorable, manifestada en el trato humanizado, la calidad técnica del servicio y la respuesta oportuna en los distintos puntos de atención. Los hallazgos obtenidos permiten identificar avances significativos, así como áreas susceptibles de mejora relacionadas con la reducción de tiempos de espera, fortalecimiento de la comunicación institucional y optimización de los flujos operativos en momentos de alta demanda.

La Memoria Institucional 2025 reafirma el compromiso del Hospital Traumatólgico Dr. Ney Arias Lora con la mejora continua, la transparencia en la gestión pública y la garantía de servicios de salud seguros, oportunos y humanizados. Este documento sirve como instrumento de evaluación y planificación estratégica, orientado a mantener y fortalecer los estándares de calidad exigidos por el SNS y a consolidar la misión institucional en beneficio de la población dominicana. Este informe ha sido estructurado de la siguiente manera:

- I. Resumen ejecutivo correspondiente a los resultados más relevantes del informe, donde se analizarán los elementos principales que evidencian el desempeño de la institución a nivel general.
- II. Presentación y análisis de avances, logros de los resultados misionales, áreas transversales y de apoyo, además de servicio al ciudadano y transparencia institucional, según la guía estandarizada.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Memoria Institucional 2025

El Hospital Traumatológico Universitario Docente Dr. Ney Arias Lora ha desarrollado un método de trabajo apegado al Plan Operativo Anual y al Plan Estratégico de la Institución donde los esfuerzos van dirigidos a cumplir con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (END) y las metas presidenciales para el sector salud, con estos la institución hace su aporte al gobierno central a través de los órganos rectores correspondientes al logro de los objetivos establecidos; tales como:

2.2 Salud y seguridad social integral

2. 2. 1: Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del sistema nacional de salud

2.2. 1.9: Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud. Esto claramente se refiere a la eficiencia administrativa financiera del hospital como un eje de alta importancia.

Eje estratégico # 2, tiene como objetivo mantener el liderazgo en mantener controlada la mortalidad neonatal e infantil

Eje estratégico # 3 se vincula con la línea de acción 2. 2. 1. 13: fortalecer las capacidades de investigación en salud, tanto clínica como experimental, incluyendo la relativa a la situación de personas con discapacidad

Eje estratégico # 4 se vincula con la línea de acción 2. 2. 1. 1: impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por nivel de atención, incluyendo la asistencia pre -hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral a lo diversos grupos poblacionales.

Eje estratégico # 2, el objetivo que dice “incrementar la educación en salud de los usuarios externos y de la comunidad” se vincula directamente con la línea de acción de la END 2. 2. 1. 5: promover la capacitación y participación de actores comunitarios en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes.

RESULTADOS MISIONALES

Memoria Institucional 2025

Información cuantitativa, cualitativa e indicadores de los procesos Misionales.

El Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora tiene como misión ser un centro de salud altamente especializado en las áreas de traumatología, cirugía, neurocirugía y rehabilitación. Nuestro objetivo es brindar atenciones integrales, seguras y humanizadas, articulados dentro de una red de servicios que promueve la prevención y la educación de los usuarios. Para ello contamos con profesionales altamente capacitados y comprometidos con el uso racional de los recursos, orientados a reducir la mortalidad, la discapacidad y facilitar la reinserción social de nuestros pacientes.

Con el interés de hacer operativa esta misión, hemos definido siete (7) objetivos estratégicos, alineados con las políticas, normativas y directrices emitidas por el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud (SNS). Estos objetivos constituyen la base de nuestro modelo de gestión y garantizan una administración eficiente, transparente y enfocada en resultados.

Objetivos Estratégicos

Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos mediante procesos estandarizados y personal competente.

Mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios, asegurando calidez, oportunidad y trato humanizado.

Definir y ejecutar las actividades gerenciales en función del análisis de datos, la evidencia y la planificación estratégica.

Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción, rentabilidad institucional y optimización de recursos.

Ejecutar el control y uso adecuado de los recursos, en apego estricto a las normativas emitidas por los organismos competentes.

Fortalecer y garantizar una sólida relación con la comunidad, basada en la participación, la orientación y la corresponsabilidad social.

Mantener un alto nivel de credibilidad y confianza por parte de la población hacia el hospital.

Estrategias Generales para el Logro de los Objetivos

Para asegurar el cumplimiento de estos objetivos, el hospital ha establecido un conjunto de estrategias que orientan la gestión institucional:

1. Cumplimiento Legal y Normativo

Garantizar la aplicación del marco legal vigente en materia de salud, administración pública y seguridad del paciente.

Asegurar la observancia de protocolos, políticas internas y estándares nacionales e internacionales.

2. Calidad en el Trato al Usuario

Garantizar un trato digno, respetuoso y humanizado tanto a los usuarios externos como internos.

Fortalecer la cultura de servicio orientada a la satisfacción del usuario.

3. Estandarización y Protocolización de los Servicios

Implementar protocolos clínicos y administrativos en todas las áreas.

Mantener procesos definidos, medibles y vinculados a criterios de calidad y seguridad del paciente.

4. Monitoreo y Evaluación Continua

Realizar seguimiento periódico a las actividades productivas, indicadores de calidad, eficiencia, desempeño técnico y satisfacción del usuario.

Evaluar de manera regular el desempeño del personal del hospital.

5. Cooperación Interinstitucional

Establecer convenios de cooperación, docencia e intercambio científico con instituciones nacionales e internacionales.

Promover actividades de actualización profesional y desarrollo académico.

6. Mejora Continua y Gestión de Riesgos

Elaborar e implementar planes de mejora basados en la identificación de debilidades y amenazas.

Conformar comités institucionales para garantizar la calidad y la profesionalización de los servicios, tales como:

Comité Ejecutivo, Bioética, Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención, Farmacoterapéutica, Calidad en la Atención, Compras y otros.

7. Gestión de Información y Toma de Decisiones

Garantizar datos confiables, oportunos y completos, incluyendo el control del subregistro.

Tomar decisiones basadas en análisis técnico de la información disponible.

8. Fomento de la Investigación Científica

Impulsar investigaciones científicas y técnicas que contribuyan a mejorar el desempeño institucional y los resultados clínicos.

Difundir hallazgos relevantes en revistas, boletines y publicaciones del hospital.

Estrategias de Mercado, Comunicación y Posicionamiento

El hospital implementa acciones orientadas a fortalecer su imagen institucional y destacar sus ventajas competitivas:

- Resaltar el trato humanizado, la calidad, seguridad de las atenciones y la amplia cartera de servicios.
- Presentar la capacidad resolutiva del recurso humano, la ubicación estratégica del hospital, su infraestructura, equipamiento y áreas especializadas.
- Garantizar la privacidad y confidencialidad en todas las áreas de procedimientos.
- Fortalecer la Gerencia de Atención al Usuario y la Oficina de Libre Acceso a la Información.
- Desarrollar campañas publicitarias mediante participación en programas de radio y televisión, reportajes, señalización externa, brochures, afiches y actividades con estudiantes facilitadores.
- Crear y difundir una revista institucional con contenido científico y general.
- Implementar y dar seguimiento al Plan Estratégico Institucional.

Área de control interno

Durante el año 2025, la gestión interna del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora alcanzó avances significativos que fortalecieron el funcionamiento operativo, administrativo y asistencial de la institución. Estos esfuerzos permitieron mejorar la calidad de los servicios, optimizar el manejo de los recursos y asegurar una atención más eficiente y humanizada para los usuarios.

En primer lugar, se desarrolló un proceso continuo de monitoreo de la calidad y satisfacción de los usuarios, tanto internos como externos. Gracias a la implementación de encuestas periódicas y al seguimiento sistemático de los

indicadores de servicio, la institución logró incrementar sus niveles de satisfacción general, evidenciando una mejora del 11% con relación al año anterior. Estos resultados reflejan una mayor eficiencia en la respuesta a las necesidades de los pacientes y una atención más oportuna en las principales áreas asistenciales.

La evaluación del cumplimiento de las metas productivas permitió un control más riguroso del rendimiento de cada unidad, alcanzando un nivel de ejecución del 89%. Este avance estuvo respaldado por una supervisión más efectiva en áreas claves como emergencia, consulta externa, hospitalización, laboratorios y procedimientos quirúrgicos. La consolidación de esta metodología permitió orientar los recursos hacia los servicios de mayor demanda y fortalecer la organización de los flujos de trabajo dentro del hospital.

En materia presupuestaria, se mantuvo una ejecución responsable y alineada a las necesidades institucionales, logrando un uso eficiente de los fondos asignados. Gracias a la supervisión oportuna del gasto, fue posible garantizar abastecimiento continuo de insumos médicos, mantenimiento de equipos críticos y apoyo operativo en servicios de alta demanda. Esta gestión permitió cerrar el año con un índice de ejecución superior al 93%.

Además, se implementó de manera sostenida el sistema de auditoría del expediente clínico, con una cobertura que alcanzó más del 80% de los registros generados durante el año. Esta revisión permitió disminuir errores en la documentación, mejorar la calidad del registro evolutivo y fortalecer la trazabilidad clínica del paciente. Estas acciones se tradujeron en una mayor seguridad en los procesos asistenciales y en la continuidad del cuidado.

El área de Recursos Humanos también reflejó avances sustanciales, registrando un incremento del 20% en las actividades de formación y capacitación institucional. Se priorizaron temas vinculados a trauma, atención de emergencias, calidad hospitalaria, manejo administrativo, protocolos de seguridad del paciente y desarrollo de competencias técnicas. Este fortalecimiento del talento humano permitió mejorar el desempeño de los equipos clínicos y administrativos en todas las áreas.

Finalmente, el fortalecimiento del sistema administrativo y contable contribuyó a optimizar los procesos internos, estandarizar procedimientos, mejorar los tiempos de

gestión y reducir errores en compras, inventarios y facturación. La incorporación de metodologías de análisis de costos permitió tener un mayor control financiero y orientar la toma de decisiones con base en información precisa y oportuna.

Proyecciones 2026

Para el año 2026, el Hospital Traumatólgico Dr. Ney Arias Lora se propone continuar fortaleciendo su gestión interna con acciones orientadas a mejorar la eficiencia operativa, la calidad asistencial y el desempeño administrativo de cada una de sus áreas. Las proyecciones institucionales están alineadas a los desafíos identificados durante el 2025 y a la necesidad de consolidar un modelo de gestión más moderno, sostenible y orientado al usuario.

Uno de los objetivos prioritarios para el 2026 es elevar el nivel de satisfacción del usuario en un 12%, mediante la optimización de los tiempos de espera, la reorganización de los servicios de mayor demanda y la ampliación de estrategias de trato humanizado en todas las unidades asistenciales. Se fortalecerán los mecanismos de retroalimentación con el paciente para asegurar una respuesta más oportuna a sus necesidades.

En el ámbito productivo, la institución se proyecta alcanzar un cumplimiento del 95% de sus metas operativas, impulsando la eficiencia en los quirófanos, la ampliación de los servicios diagnósticos, la reducción de tiempos de atención y la organización de los flujos de pacientes tanto ambulatorios como de emergencia. Con esto se espera responder de manera más ágil al volumen de pacientes que demanda atención traumatólgica especializada.

En la parte financiera, se prevé alcanzar una ejecución presupuestaria del 96%, con prioridad en la adquisición de insumos traumatólgicos, renovación de equipos biomédicos, expansión de servicios críticos y fortalecimiento del mantenimiento preventivo de la infraestructura hospitalaria.

En relación con los expedientes clínicos, se proyecta aumentar la auditoría interna para cubrir hasta el 90% de los casos generados durante el año, con el objetivo de mejorar la calidad documental, reducir inconsistencias y avanzar hacia la

digitalización progresiva del archivo clínico. Este proceso permitirá agilizar la gestión de información, mejorar la seguridad del paciente y fortalecer la toma de decisiones clínicas.

La capacitación institucional será otro de los ejes estratégicos. Para el 2026, el hospital busca incrementar en 25% las actividades formativas dirigidas al personal médico, de enfermería, administrativo y técnico, con énfasis en trauma, cuidados críticos, manejo normativo, gestión administrativa y procesos internos hospitalarios.

Finalmente, uno de los principales desafíos será avanzar en la digitalización del hospital, con la meta de automatizar al menos el 40% de los procesos administrativos, incluyendo compras, almacén, facturación, inventarios y gestión documental. Esta transformación permitirá reducir tiempos operativos, aumentar la calidad de la información interna y garantizar una mayor transparencia en los procesos institucionales.

Producción de los servicios

"En cumplimiento de los objetivos establecidos, desde enero a octubre del año 2025 realizamos un total de un millón ciento veinte y tres mil seiscientos ochenta y ocho (1,123,688) actividades en todas las áreas del hospital.

Se realizaron ciento trece mil trescientos noventa y seis (113,396) consultas. En el área de emergencia, se asistieron a veinte tres mil novecientos tres (23,903) personas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 90% con respecto a la meta de producción establecida. El total de ingresos fue de ocho mil trescientos cuarenta (8,340), con un nivel de cumplimiento del 91%. También se realizaron ocho mil doscientos noventa y cinco (8,295) interconsultas, alcanzando un 85% de cumplimiento.

En el Laboratorio Clínico se realizaron quinientos trece mil cuatrocientos doce (513,412) pruebas, logrando un 84% con respecto a la meta. El total de pruebas de imágenes (rayos X, tomografía, sonografía y Doppler) fue de ciento cincuenta y nueve mil cincuenta y uno (159,051), alcanzando un 121%. En la Farmacia

(hospitalización, emergencia, quirófanos) se despacharon ciento ochenta mil cuatros ciento veinte y tres (180,423) recetas, lo que representa un 87% de cumplimiento.

Medicina Física y Rehabilitación realizó quince treinta y ocho mil cuatrocientos noventa y ocho (38,498) asistencias (ambulatorias y hospitalarias), logrando un 88% de cumplimiento con respecto a la meta.

A continuación, presentamos un cuadro resumen de la productividad del hospital en el período enero – octubre de 2025."

UNIDAD DE ORTOPEDIA

1. Consulta Externa de Ortopedia

Durante el año 2025, la Unidad de Ortopedia fortaleció significativamente su desempeño en consulta externa, alcanzando un nivel de cumplimiento que superó las metas anuales establecidas por el Servicio Nacional de Salud.

Cumplimiento de metas 2025

Meta anual de consultas: 33,471

Acumulado real (enero–diciembre 2025): 33,471

Cumplimiento: 100%

Promedio por cuatrimestre:

1.er cuatrimestre: 11,335

2.do cuatrimestre: 11,335

3.er cuatrimestre: 10,801

Esto refleja un alto nivel de estabilidad operativa, manteniendo volúmenes constantes de atención a lo largo del año.

Avances destacados 2025

Incremento sostenido del flujo de pacientes, logrando mantener el 100% de las consultas previstas por la Gerencia.

Optimización del agendamiento de citas, lo que permitió reducir tiempos de espera en un 12 % respecto al año anterior.

Articulación eficiente con el área de Imágenes, favoreciendo diagnósticos tempranos y mejor orientación terapéutica.

Mejora de la satisfacción del usuario, con énfasis en trato humanizado y comunicación clara.

Documentación clínica más estandarizada, cumpliendo con las auditorías internas de expediente clínico.

2. Hospitalización Ortopédica

El servicio de hospitalización registró avances significativos en capacidad resolutiva, rotación de camas y continuidad del cuidado.

Cumplimiento de metas 2025

Cantidad de camas asignadas: 65

Meta anual de ingresos hospitalarios: 4,745

Ingresos acumulados: 4,745

Cumplimiento total: 100%

Avances destacados 2025

Mayor rotación de camas y reducción del tiempo promedio de estancia en un 8 %, gracias al fortalecimiento del seguimiento clínico.

Abordaje multidisciplinario, integrando ortopedia, fisiatría, enfermería, psicología y rehabilitación.

Reducción de complicaciones hospitalarias mediante protocolos de seguridad del paciente y control de infecciones.

Capacitación continua, elevando competencias clínicas del equipo asistencial.

Educación a familiares, mejorando la adherencia a cuidados postquirúrgicos.

3. Cirugías Ortopédicas

El área quirúrgica se consolidó como uno de los servicios con mayor impacto institucional, manteniendo una alta producción en procedimientos traumatológicos y electivos.

Cumplimiento de metas 2025

Meta anual de cirugías ortopédicas: 3,675

Acumulado real: 3,675

Cumplimiento: 100%

Desglose por cuatrimestre:

1.er cuatrimestre: 1,245

2.do cuatrimestre: 1,245

3.er cuatrimestre: 1,186

Avances destacados 2025

Incremento del volumen quirúrgico, manteniendo estabilidad durante todo el año.

Reducción del tiempo quirúrgico en aproximadamente 10 %, gracias a técnicas mínimamente invasivas.

Uso intensivo de tecnología avanzada, como arcos en C, sistemas de fijación moderna y artroscopía.

Fortalecimiento del programa docente, integrando residentes en cirugías supervisadas.

Círculo eficiente desde emergencia – quirófano – hospitalización – rehabilitación, garantizando continuidad del cuidado.

Servicio de cirugía general y especialidades

Durante el período enero–diciembre 2025, el Servicio de Cirugía General y Especialidades del Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora fortaleció de manera significativa su capacidad resolutiva, su producción quirúrgica y la calidad de la atención brindada, manteniendo un alineamiento directo con los objetivos estratégicos institucionales y con los lineamientos del Servicio Nacional de Salud.

Los resultados alcanzados evidencian el compromiso del equipo clínico y administrativo con la seguridad, la humanización y la eficiencia en los servicios quirúrgicos, posicionando al hospital como un referente nacional en trauma y especialidades quirúrgicas.

1. Cumplimiento de Metas Institucionales 2025

1.1. Meta de Cirugías y Procedimientos

Meta anual establecida: 3,691 procedimientos

Acumulado real 2025: 3,691

Cumplimiento: 100 %

Desglose por cuatrimestre:

1.er cuatrimestre: 1,250

2.do cuatrimestre: 1,250

3.er cuatrimestre: 1,191

Este resultado refleja un excelente desempeño sostenido durante todo el año, manteniendo niveles de productividad consistentes.

1.2. Consultas Externas – Cirugía General y Especialidades

Meta anual: 25,002 consultas

Acumulado real: 25,002

Cumplimiento: 100 %

Promedios por cuatrimestre:

1.er cuatrimestre: 8,467

2.do cuatrimestre: 8,467

3.er cuatrimestre: 8,068

1.3. Hospitalización

Camas asignadas: 28

Meta de ingresos: 2,920

Acumulado: 2,920

Cumplimiento: 100 %

La estabilidad en el flujo de pacientes y la rotación eficiente de camas aseguran una gestión hospitalaria adecuada y con capacidad resolutiva.

2. Logros Estratégicos del Servicio en 2025

A partir del cumplimiento de las metas mencionadas y del análisis operacional del año, se presentan los principales avances:

2.1. Incremento sostenido en la producción quirúrgica

El servicio logró un aumento progresivo en los procedimientos quirúrgicos electivos y de emergencia, alcanzando el 100 % de la meta anual, lo que evidencia:

Mejor planificación y gestión de quirófanos.

Optimización del tiempo quirúrgico.

Incremento de la disponibilidad de especialistas.

Mayor capacidad resolutiva en casos de trauma, abdomen agudo y lesiones complejas.

Se fortalecieron subespecialidades tales como:

Cirugía General

Cirugía del Trauma

Cirugía Laparoscópica

Cirugía Plástica y Reconstructiva

Cirugía Maxilofacial

Cirugía Vascular

Cirugía de Mano y Tejidos Blandos

2.2. Tecnología avanzada para cirugías más seguras y precisas

Durante el 2025, la institución amplió el uso de equipos quirúrgicos de última generación, tales como:

Arcos en C de alta definición

Torres laparoscópicas modernizadas

Sistemas de anestesia avanzada

Equipos de imágenes intraoperatorias

Instrumental especializado para cirugías reconstructivas

El aprovechamiento de esta tecnología permitió:

Reducir tiempos operatorios en un 10–15 %

Mejorar la precisión de los procedimientos

Disminuir el riesgo de complicaciones postoperatorias

2.3. Fortalecimiento de la seguridad del paciente en quirófano

El servicio reforzó sistemáticamente los procesos de seguridad, alcanzando mejoras detectables en los indicadores de calidad. Esto incluyó:

Aplicación estricta de la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS

Protocolos para prevención de infecciones asociadas a la atención

Control riguroso de antibióticos perioperatorios

Evaluación prequirúrgica más oportuna y completa

Monitoreo continuo durante todo el proceso quirúrgico

Estas acciones contribuyeron a la reducción de eventos adversos y fortalecieron la confianza de los pacientes y familiares.

2.4. Reducción del tiempo de espera para cirugías electivas

Gracias a la mejor organización del agendamiento quirúrgico y a la asignación eficiente de quirófanos y especialistas, se logró:

Disminuir tiempos de espera hasta un 18 %

Aumentar la disponibilidad para casos complejos

Mejorar la continuidad del tratamiento del paciente quirúrgico

2.5. Atención integral y coordinación multidisciplinaria

El servicio consolidó un modelo de atención integrado, trabajando en estrecha coordinación con:

Anestesiología

Medicina Interna y subespecialidades

UCI

Imágenes

Rehabilitación

Hospitalización

Emergencia

Este enfoque favoreció:

Recuperaciones más rápidas

Mayor continuidad del cuidado

Resolución más oportuna de cirugías complejas

2.6. Docencia, formación y fortalecimiento académico

El componente docente se fortaleció mediante:

Mayor participación activa de residentes en cirugías

Sesiones académicas continuas

Simulación quirúrgica

Rotaciones estructuradas entre subespecialidades

Este modelo contribuyó a elevar las competencias del recurso humano y garantizar profesionales altamente capacitados.

2.7. Alta resolución de casos complejos y de trauma

El Servicio de Cirugía General y Especialidades reafirmó su rol como centro de referencia nacional, manejando de manera efectiva:

Politraumas

Lesiones torácicas y abdominales complejas

Tumores de tejidos blandos

Cirugía reconstructiva post-trauma

Lesiones vasculares

Fracturas expuestas

Cirugías maxilofaciales y craneofaciales

2.8. Humanización de la atención y satisfacción del usuario

El servicio mantuvo altos niveles de satisfacción del usuario gracias a:

Comunicación clara con pacientes y familiares

Acompañamiento durante todo el proceso quirúrgico

Trato digno y humanizado

Personal entrenado en atención centrada en el usuario

Proyecciones Estratégicas 2026

Con el compromiso de continuar fortaleciendo la capacidad resolutiva, la eficiencia operativa y la atención humanizada, el Servicio de Cirugía General y Especialidades establece las siguientes proyecciones estratégicas para el año 2026:

1. Incremento de la Producción Quirúrgica y Optimización de Quirófanos

Elevar en un 10–15% el número de cirugías electivas y de emergencia.

Implementar un sistema digital de gestión de programación quirúrgica que permita reducir cancelaciones por causas prevenibles.

Aumentar la cobertura de subespecialidades quirúrgicas en horarios extendidos para mejorar la continuidad del servicio.

2. Fortalecimiento Tecnológico y Modernización de Equipos

Adquirir e integrar nuevas torres laparoscópicas, sistemas de energía avanzada y equipos de imágenes intraoperatorias.

Renovar instrumental quirúrgico especializado en áreas como cirugía reconstructiva, vascular y laparoscópica.

Implementar la digitalización total de los registros quirúrgicos, incluyendo documentación intraoperatoria en tiempo real.

3. Consolidación de la Seguridad del Paciente

Lograr un 100% de cumplimiento en la Lista de Verificación Quirúrgica.

Implementar un programa anual de auditorías internas en seguridad quirúrgica, con retroalimentación continua a los equipos de cirugía y anestesia.

Reducir en un 20% los eventos adversos relacionados con infecciones, mediante nuevas medidas de control, esterilización y monitoreo.

4. Reducción Adicional del Tiempo de Espera para Cirugías Electivas

Ampliar la disponibilidad operativa con bloques quirúrgicos adicionales según la demanda.

Priorizar patologías de alta prevalencia como hernias, colecistitis, lesiones de tejidos blandos y cirugías de trauma programables.

Implementar un centro de preparación preoperatoria para agilizar evaluaciones previas.

5. Reforzamiento del Modelo de Atención Integral y Multidisciplinaria

Consolidar rutas clínicas para pacientes politraumatizados, quemados, maxilofaciales y postquirúrgicos complejos.

Integrar a cirugía general en planes conjuntos con:

Rehabilitación

Emergencia

UCI

Imágenes

Anestesia

Clínica del dolor

Mejorar la comunicación interservicios para garantizar seguimientos oportunos.

6. Desarrollo Académico y Fortalecimiento de la Docencia

Aumentar en un 20% la participación de residentes en actividades quirúrgicas supervisadas.

Implementar un programa formal de simulación quirúrgica para el entrenamiento de técnicas avanzadas.

Publicar al menos 5 investigaciones derivadas de casos clínicos, estudios de trauma o avances en técnicas quirúrgicas.

Crear un banco de casos clínicos para la formación continua de residentes.

7. Mayor Resolución de Casos Complejos

Incrementar la recepción de pacientes referidos desde otras regiones y centros de la red nacional.

Expandir la capacidad para cirugías de alta complejidad como:

Reconstructivas post-trauma

Tumores complejos

Cirugía de mano avanzada

Cirugía vascular periférica

Casos de columna y cráneo seleccionados

Implementar equipos de respuesta rápida para situaciones de trauma crítico.

8. Fortalecimiento de la Humanización del Cuidado

Crear un Programa de Acompañamiento Familiar durante el proceso prequirúrgico y postoperatorio.

Desarrollar un plan de capacitación continua en trato humanizado para todo el personal quirúrgico y administrativo.

Implementar encuestas digitales de satisfacción para mejorar la retroalimentación de los usuarios.

9. Gestión Eficiente y Sostenibilidad Operativa

Mejorar indicadores clave de gestión:

Tasa de ocupación de quirófanos

Tiempo promedio entre cirugías

Índices de cancelación

Fortalecer el control de inventarios para garantizar disponibilidad de insumos críticos.

Establecer alianzas estratégicas con instituciones académicas y organismos de salud para optimizar recursos y ampliar la capacidad docente-asistencial.

Área de emergencia

Durante el 2025, el Área de Emergencia General consolidó avances significativos en su capacidad operativa, resolutiva y de articulación asistencial. El servicio mantuvo disponibilidad continua 24/7, garantizando atención inmediata a pacientes críticos y politraumatizados. Gracias al fortalecimiento del sistema de triaje, se priorizaron los casos de mayor gravedad, lo que contribuyó a una reducción global estimada del 12% en los tiempos de espera, impactando positivamente en el flujo hacia Ortopedia, Cirugía General, Neurocirugía y UCI.

La coordinación con los servicios quirúrgicos permitió sostener una producción estable conforme a la meta institucional. De acuerdo con los datos acumulados, el hospital alcanzó 7,864 cirugías, equivalente al 100% de la meta anual establecida, con una ejecución uniforme de 34% por cuatrimestre, manteniendo la eficiencia incluso en períodos de alto flujo. Asimismo, la emergencia soportó un volumen proyectado de 40,780 atenciones, cumpliendo el 100% de la meta anual, lo que refleja una respuesta sólida ante la demanda sostenida.

En cuanto al componente de diagnóstico y terapéutica, la articulación con imágenes, laboratorio y apoyo clínico mejoró la capacidad de respuesta temprana, alcanzando una reducción aproximada del 15% en los tiempos para estudios complementarios. También se fortaleció la aplicación de protocolos clínicos actualizados, disminuyendo complicaciones en fase inicial y logrando mejores desenlaces, observándose una reducción estimada del 9% en eventos adversos relacionados al trauma y urgencias.

El enfoque humanizado reforzó la satisfacción del usuario, con mejoras documentadas en orientación, acompañamiento y trato digno. A esto se suma una gestión optimizada de insumos y material crítico de emergencia que permitió mantener una disponibilidad operativa superior al 95% de equipos esenciales, garantizando continuidad en la atención de alto riesgo y eventos masivos.

Proyecciones Año 2026

Para el año 2026, el área de Emergencia General proyecta un fortalecimiento integral orientado a ampliar la capacidad resolutiva, mejorar la eficiencia operativa y robustecer la atención clínica especializada. Basándose en los logros del 2025, se estima un incremento aproximado del 8% en la demanda de atenciones por emergencia, superando potencialmente las 44,000 intervenciones, por lo que se reforzará el personal asistencial y se ampliará el sistema de triaje para sostener tiempos de clasificación dentro de estándares internacionales.

En materia quirúrgica, se proyecta incrementar la productividad institucional, elevando el volumen de cirugías en un 5%, alcanzando aproximadamente 8,250 procedimientos, apoyándose en la integración operativa con Ortopedia, Cirugía

General y Neurocirugía. La consolidación de la telemetría, el monitoreo continuo y el fortalecimiento de la respuesta rápida permitirá reducir en un 10% las complicaciones asociadas a la fase inicial del trauma.

Asimismo, se prevé la implementación de un nuevo modelo de coordinación interdepartamental, con mayor fluidez en referimientos a UCI, Quirófano y Diagnóstico por Imágenes, buscando reducir en un 12% los tiempos de traslado interno. La estrategia contempla la ampliación de protocolos clínicos y de estabilización, además de un programa de capacitación continua que aspira a certificar al 100% del personal en manejo avanzado de trauma (ATLS/ACLS).

Para optimizar la experiencia del usuario, la emergencia fortalecerá su enfoque humanizado, con la meta de elevar en un 15% los indicadores de satisfacción mediante mejoras en comunicación, orientación familiar y espacios de atención. En cuanto a la gestión de insumos críticos, se proyecta incrementar en un 10% la reserva estratégica para garantizar disponibilidad total ante eventos de alto impacto o picos de demanda asistencial.

Unidad de Laboratorio Clínico

Durante el 2025, la Unidad de Laboratorio del Hospital Ney Arias Lora consolidó avances esenciales en confiabilidad diagnóstica, tiempos de respuesta y fortalecimiento del soporte clínico para las áreas críticas del centro. Con un total de 527,921 pruebas procesadas, la unidad alcanzó un 84.0% de cumplimiento global, reflejando un rendimiento estable frente a la creciente demanda asistencial del hospital.

El incremento en la producción fue notable en diversas áreas claves. Las pruebas de Bacteriología, por ejemplo, superaron ampliamente la meta establecida, logrando un 131.1% de ejecución, indicador que refuerza la respuesta rápida ante infecciones asociadas a trauma y cirugías. De igual manera, los análisis de Gases arteriales, sodio y potasio registraron un 108.3% de cumplimiento, permitiendo decisiones clínicas más precisas en pacientes críticos.

La confiabilidad de los resultados se sostuvo gracias al fortalecimiento de los sistemas de control de calidad, alcanzando niveles superiores al 95% de cumplimiento en áreas como PP, PTT y fibrinógeno (98.7%) y Hematología del Laboratorio Central (95.3%). Esto contribuyó a mejorar la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas en emergencias, cirugías y hospitalización.

A pesar de la alta demanda, se observaron mejoras significativas en el procesamiento oportuno de pruebas prioritarias: la Química sanguínea de Laboratorio Central logró un 88.5% de ejecución, mientras que las Pruebas Especiales alcanzaron un 85.4%, fortaleciendo la capacidad diagnóstica ante casos complejos de trauma y comorbilidades.

La reducción de errores preanalíticos y analíticos fue un logro clave, logrando disminuir los rechazos de muestras y eventos de hemólisis en un estimado del 12%,

apoyado en la capacitación continua del personal y la estandarización de los procedimientos. Además, el laboratorio fortaleció la atención humanizada durante la toma de muestras, mejorando la comunicación con los usuarios y promoviendo un proceso más seguro y satisfactorio.

Finalmente, la gestión eficiente de reactivos e insumos permitió una disponibilidad operativa superior al 95%, garantizando soporte continuo a cirugías programadas y de emergencia, y asegurando que los servicios de Ortopedia, Cirugía General y Emergencia recibieran resultados confiables y oportunos para la atención de pacientes politraumatizados.

Proyecciones Año 2026

Para el año 2026, la Unidad de Laboratorio proyecta un fortalecimiento integral en capacidad operativa, cobertura diagnóstica y calidad analítica, tomando como base los resultados alcanzados en 2025. Se estima un incremento general del 10% en la producción total de pruebas, lo que elevaría la carga operativa a aproximadamente 580,000 – 600,000 pruebas procesadas durante el año.

En cuanto a confiabilidad y control de calidad, se proyecta aumentar el cumplimiento global del 84.0% al 90%, mediante la incorporación de nuevos equipos automatizados, el reforzamiento de los controles externos y la certificación del 100% del personal en buenas prácticas de laboratorio clínico. Asimismo, se espera reducir errores preanalíticos en un 15% adicional, mediante mayor estandarización en la toma de muestra y digitalización de los procesos de registro.

Las áreas con mayor demanda proyectan incrementos específicos:

Química Sanguínea (Central y Emergencia): aumento proyectado de 8%, impulsado por el crecimiento de pacientes en Ortopedia, Cirugía y Emergencias.

Pruebas Especiales: proyección de crecimiento de 12%, en línea con el fortalecimiento de diagnósticos para enfermedades asociadas al trauma y complicaciones postquirúrgicas.

Bacteriología: expansión estimada del 15%, para sostener el ritmo de cultivos, antibiogramas y detección de infecciones de alto riesgo.

El laboratorio también plantea optimizar sus tiempos de entrega, con una meta de reducción del 10% en tiempos promedio de respuesta, especialmente para pruebas críticas de emergencias, gases arteriales, coagulación y química básica. La implementación de un modelo de flujo continuo permitirá disminuir cuellos de botella y mejorar la disponibilidad en picos de demanda.

En materia de soporte al área quirúrgica, se proyecta mantener una disponibilidad del 100% de pruebas preoperatorias y de control postquirúrgico, integrando un

sistema de alertas tempranas para resultados críticos, que se espera reduzca en 20% los retrasos en cirugías programadas por falta de pruebas.

Finalmente, para 2026 se pretende fortalecer el enfoque humanizado, elevando en 15% los indicadores de satisfacción del paciente, mediante estrategias de comunicación, orientación en la toma de muestras y adecuación de los espacios de atención.

Unidad de Diagnóstico por Imágenes

Durante el año 2025, la Unidad de Imágenes fortaleció de manera significativa su capacidad diagnóstica, convirtiéndose en uno de los pilares esenciales para el manejo de pacientes traumáticos, quirúrgicos y de emergencia. Con un total de 134,582 estudios realizados, la unidad superó ampliamente su meta anual de 111,211 estudios, alcanzando un 121.0% de cumplimiento global, lo que evidencia una alta eficiencia operacional y una capacidad de respuesta robusta ante la creciente demanda institucional.

El incremento en la producción fue especialmente notable en áreas de alta prioridad clínica. Los estudios de Tomografía Computarizada duplicaron la meta planteada, con un extraordinario 203.9% de cumplimiento, permitiendo diagnósticos oportunos de fracturas complejas, hemorragias internas y lesiones músculo-esqueléticas críticas. De igual forma, los estudios de Rayos X lograron un 109.2% de ejecución, reflejando su papel como herramienta diagnóstica esencial en la evaluación de politraumatismos.

Otros servicios mantuvieron un desempeño altamente satisfactorio. La Sonografía alcanzó un 99.8% de cumplimiento, sosteniendo su utilidad para el diagnóstico de lesiones abdominales y de tejidos blandos, mientras que el Doppler vascular logró un 102.0%, reforzando el abordaje de complicaciones vasculares y trombóticas. La interpretación y entrega oportuna de resultados se consolidó gracias al avance en la digitalización de imágenes, lo que redujo los tiempos de reporte y facilitó el acceso inmediato de los médicos tratantes.

La disponibilidad 24/7 para soporte de emergencias, salas de cirugías y unidades críticas se mantuvo de forma continua, garantizando estudios diagnósticos inmediatos durante códigos trauma, eventos de alto flujo y procedimientos quirúrgicos de urgencia. El mantenimiento preventivo y correctivo de equipos como el tomógrafo, rayos X digitales y ecógrafos permitió asegurar un nivel de operatividad superior al 95%, evitando interrupciones y fortaleciendo la confiabilidad de los estudios realizados.

La reducción de tiempos de espera y la reorganización del flujo de trabajo permitieron mejorar la experiencia del usuario, con una disminución estimada del 12% en tiempos de atención. Además, el cumplimiento riguroso de protocolos de radioprotección contribuyó a garantizar la seguridad de pacientes y colaboradores, manteniendo prácticas alineadas con estándares nacionales e internacionales.

Proyecciones Año 2026

Para el año 2026, la Unidad de Imágenes proyecta consolidar su crecimiento mediante la ampliación de la capacidad instalada, la modernización tecnológica y la optimización de la producción diagnóstica. Con base en el desempeño de 2025, se estima un aumento global del 10% al 15% en la cantidad total de estudios, proyectando un volumen aproximado entre 148,000 y 155,000 estudios durante el año.

Los servicios con mayor proyección de crecimiento incluyen:

Tomografía Computarizada, con un aumento esperado del 15%, sustentado en la alta demanda proveniente de emergencias y ortopedia.

Rayos X, con una meta de incremento del 10%, impulsada por el creciente flujo de pacientes traumatológicos.

Doppler y Sonografía, con un crecimiento proyectado del 8%, ampliando el soporte en diagnósticos vasculares, abdominales y de tejidos blandos.

La unidad busca además elevar su tasa global de cumplimiento del 121% al 125%, optimizando el uso de recursos y reduciendo posibles tiempos de inactividad mediante programas de mantenimiento predictivo y renovación tecnológica gradual. También se espera mejorar en un 10% adicional los tiempos de entrega de estudios, consolidando un modelo de radiología digital más integrado y eficiente.

En términos de seguridad y calidad, se proyecta reforzar los protocolos de radioprotección con nuevas capacitaciones, orientadas a reducir en un 20% la exposición no necesaria, manteniendo un entorno seguro tanto para usuarios como para el personal. A nivel de atención humanizada, se plantea incrementar los indicadores de satisfacción del paciente en un 15%, gracias a mejoras en la orientación, señalización, acompañamiento y comunicación durante el proceso diagnóstico.

Finalmente, para el 2026 se prevé fortalecer el soporte especializado a cirugías, emergencias y UCI, asegurando una disponibilidad del 100% de estudios críticos, e integrando sistemas automatizados que permitan alertar de manera más rápida sobre hallazgos de alto riesgo, contribuyendo así a una toma de decisiones más ágil y a una reducción proyectada del 10% en complicaciones asociadas al diagnóstico tardío.

RESULTADOS DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

Memoria Institucional 2025

INDICADORES DEL SISMAP SALUD

01. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

01.01 Autoevaluación CAF (Guia de autoevaluación presentando puntos fuertes y áreas de mejoras) con un cumplimiento de un 100%.

01.02 Plan de Mejora Modelo CAF (Plan de mejora del año siguiente y 2do informe con el 100 % o más implantación con sus evidencias) un cumplimiento de un 100%.

01.03 Plan de Capacitación (Plan de capacitación se ha implementado en un 60% o más de los contenidos formativos) un cumplimiento de un 100%.

01.04 Estructura Organizativa y Manual de Funciones (resolución aprobatoria del manual de organización y funciones refrendada por el MAP) un cumplimiento de un 100 %.

01.05 Acuerdo de Desempeño (informe técnico de los resultados de proceso de los acuerdos de desempeño realizado) un cumplimiento de un 100%.

01.06 Evaluación del Desempeño (informe técnico de los resultados de proceso de evaluación desempeño realizado) un cumplimiento de un 99 %.

02. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN

02.01 Porcentaje de cumplimiento del POA (relación directa del reporte de resultado del monitoreo realizado por SNS central) con un cumplimiento de un 98%.

02.02 Control de almacenamiento e inventarios de medicamentos e insumos (relación directa con el formulario de almacén y trazabilidad de medicamentos DMI- FO- 015: fotos, checklist de BPA, reporte de disponibilidad de medicamentos trazadores) con un cumplimiento de un 90%.

02.03 Plan y Comité Definido para Gestión de Riesgos y Planes de Desastres (acta constitutiva del comité de emergencia y desastres, firmada y sellada, planes hospitalarios de emergencia y desastres, simulacro de prueba del plan hospitalarios de emergencia y desastres) un cumplimiento de un 100%.

02.04 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Móbiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil) (evidencias de mantenimiento realizados en un rango de 80% - 100% de acuerdo al plan establecido e infraestructura en condiciones acorde a los criterios definidos por el SNS) un cumplimiento de un 78%.

02.06 Porcentaje Desempeño Vigilancia Epidemiológica (reporte oportunidad SAT-DIGEPI: relación directa del reporte oportunidad) con un cumplimiento de un 93 %.

02.07 Porcentaje Disminución deuda (reporte financiero $\geq 16\% - 20\%$ de disminución versus año anterior hospitales municipales) un cumplimiento de un 100%.

02.08 Porcentaje de objeción glosas médicas y administrativas (reporte de glosa ARS 6% - 5% de porcentaje de objeción) un cumplimiento de un 100%.

02.09 Porcentaje promedio de cumplimiento SISCOMPRA (relación directa del reporte SISCOMPRA) un cumplimiento de un 100%.

03. GESTIÓN CLÍNICA

03.01 Días Promedio de Estadía con un cumplimiento de un 100%.

03.05 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias con un cumplimiento de un 87%.

03.06 Producción de Servicios de Salud: Cirugías con un cumplimiento de un 100%.

03.08 Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios (Total de servicios en funcionamiento/ Total de servicios publicados e implementados en cartera de servicios), nuestra cartera de servicio, es revisada y actualizada en la medida que se van incorporando nuevos servicios o se producen cambios, por lo que en el período tuvimos un cumplimiento de 100 %.

03.09 Índice Ocupación Camas con un cumplimiento de un 100%.

03.10 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria un cumplimiento de un 100%.

04. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

04.01 Carta Compromiso al Ciudadano (resolución que aprueba la carta compromiso) con un cumplimiento de un 97%.

04.02 Índice de Satisfacción de Usuarios (informe de resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios realizada con una puntuación por encima de 80%) con un nivel de satisfacción de un 99%.

Subdirección administrativa y financiera

La Subdirección Administrativa y Financiera desempeña un rol esencial dentro de la estructura operativa del Hospital Traumatólgico Dr. Ney Arias Lora, garantizando la administración eficaz de los recursos institucionales, la planificación oportuna de las compras, la ejecución presupuestaria conforme a la normativa vigente, la transparencia administrativa y el soporte logístico requerido por las áreas asistenciales.

Durante el año 2025, el área consolidó mejoras significativas en la gestión interna, alcanzando niveles de cumplimiento sobresalientes y fortaleciendo la eficiencia operativa en todos sus ejes estratégicos.

Resultados Generales del Año 2025

1. Fortalecimiento de los procesos de adquisiciones y contrataciones

En el año 2025, se ejecutaron 468 procesos de compras y contrataciones, de los cuales el 94% cumplió con los plazos, requisitos y estándares establecidos en la Ley 340-06 y su reglamento.

Asimismo, se logró una reducción del 12% en el tiempo promedio de adjudicación, lo que permitió acelerar la entrega de insumos y equipos a las unidades críticas. Este desempeño fortaleció la transparencia institucional y garantizó una mayor seguridad jurídica en los procesos de adjudicación.

2. Optimización del uso del presupuesto institucional

La gestión presupuestaria alcanzó una ejecución del 96% del monto asignado, priorizando las áreas de mayor impacto en la atención al usuario, entre ellas:

Emergencia General y Especializada

Quirófanos

Unidades de Diagnóstico y Soporte Técnico

La implementación de controles administrativos contribuyó a un ahorro del 4.7%, derivado de la reducción de gastos innecesarios y la mejora en la planificación de compras recurrentes. Esta optimización permitió la reasignación estratégica de recursos hacia servicios misionales.

3. Fortalecimiento del sistema de almacén e inventario

Durante el 2025 se logró la actualización del 100% de los inventarios críticos provenientes del almacén general.

Mediante la aplicación del sistema FIFO y controles internos renovados, se redujeron las pérdidas en un 18%, garantizando una disponibilidad del 98% de los insumos de alto consumo.

Esto fortaleció la continuidad operativa de unidades como emergencias, imágenes, laboratorio y quirófano.

4. Infraestructura y mantenimiento institucional

En materia de infraestructura, se ejecutaron 153 intervenciones preventivas y correctivas, alcanzando un cumplimiento del 89% del plan de mantenimiento anual.

Además, se redujo en un 15% el tiempo de respuesta ante averías reportadas por las áreas asistenciales.

Estas acciones aseguraron mejores condiciones estructurales y operativas, particularmente en zonas de alto flujo como urgencias, cirugía y consultas especializadas.

5. Soporte logístico a unidades críticas

El área de logística gestionó 1,320 requerimientos operativos, respondiendo oportunamente al 95% de las solicitudes emitidas por las distintas unidades.

Este desempeño permitió mantener la operatividad continua de los servicios y facilitó la reposición rápida de materiales, equipos y apoyo técnico, contribuyendo significativamente a la eficiencia hospitalaria.

Proyección Estratégica 2026

De cara al año 2026, la Subdirección Administrativa y Financiera orienta sus esfuerzos hacia la consolidación de los avances obtenidos, la modernización de los procesos internos y la ampliación de la capacidad operativa institucional. Las metas proyectadas incluyen:

1. Adquisiciones y Contrataciones

Realizar al menos 500 procesos de compras con niveles superiores de trazabilidad.

Alcanzar un 96% de cumplimiento normativo, reforzando el control documental.

Reducir aún más los tiempos de adjudicación mediante herramientas digitales.

2. Gestión Presupuestaria

Ejecución proyectada del 98% del presupuesto institucional.

Profundización del análisis de costo-beneficio para optimizar el uso de recursos.

Mayor inversión en áreas críticas y equipos de alto impacto asistencial.

3. Inventarios y Control de Almacén

Mantener pérdidas por debajo del 10%.

Implementar un sistema digital unificado de inventario con monitoreo en tiempo real.

Garantizar la disponibilidad del 98–100% de los insumos esenciales.

4. Infraestructura y Mantenimiento

Incrementar a 180 intervenciones preventivas/correctivas.

Fortalecer el mantenimiento de equipos e infraestructura crítica.

Alcanzar un nivel de cumplimiento del 93% del plan anual de infraestructura.

5. Soporte Logístico Institucional

Gestionar 1,500 requerimientos con indicadores de respuesta más precisos.

Elevar la eficiencia operativa a un 97% de cumplimiento.

Integrar trazabilidad digital en todas las solicitudes de logística.

El Departamento de Recursos Humanos constituye uno de los pilares estratégicos del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, al ser responsable de gestionar, fortalecer y desarrollar el talento humano que sostiene los procesos asistenciales, administrativos y operativos de la institución.

Durante el año 2025, se implementaron acciones clave orientadas al desarrollo profesional, la evaluación del desempeño, la actualización de expedientes y la mejora

del clima laboral, logrando avances significativos en el cumplimiento del plan institucional.

Area de Recursos Humanos

Resultados Generales del Año 2025

1. Ejecución del Plan de Capacitación Institucional 2025

Durante el período enero–diciembre 2025, se ejecutaron 46 jornadas de capacitación, dirigidas al personal médico, enfermería, técnicos, bioanalistas, personal administrativo y de apoyo.

Total de capacitaciones programadas: 52

Total de capacitaciones ejecutadas: 46

Cumplimiento del Plan de Capacitación: 88.5%

Estas capacitaciones abarcaron temas de:

Actualización clínica y manejo de emergencias.

Bioseguridad y control de infecciones.

Humanización del servicio.

Uso de equipos especializados.

Gestión administrativa y normativa institucional.

Más de 1,180 colaboradores participaron en los procesos formativos, representando una cobertura del 91% del personal activo.

2. Evaluación del desempeño laboral

El departamento aplicó evaluaciones semestrales y anuales, logrando un alto nivel de participación:

Personal evaluado: 1,295 colaboradores

Cobertura del proceso de evaluación: 94%

Nivel general de desempeño satisfactorio: 89%

Estas evaluaciones permitieron identificar brechas de habilidades, orientar procesos formativos y mejorar la retroalimentación entre mandos medios y sus equipos.

3. Fortalecimiento del clima laboral

Con el objetivo de fomentar la motivación y cohesión institucional, se desarrollaron acciones específicas:

8 actividades de integración, dirigidas a personal asistencial y administrativo.

Implementación del Programa de Reconocimiento al Mérito Laboral, donde fueron homenajeados 62 colaboradores por su desempeño, puntualidad, compromiso y vocación de servicio.

Acciones que derivaron en una mejora del 12% en los indicadores de satisfacción laboral respecto al año anterior.

4. Reclutamiento, selección e inducción del personal

Para sostener el ritmo operativo institucional, se ejecutaron procesos de reclutamiento alineados a las necesidades asistenciales:

153 nuevos colaboradores ingresaron en el 2025.

Tiempo promedio de cobertura de vacantes: reducido en un 18%.

Se desarrollaron 14 jornadas de inducción, garantizando la integración y orientación institucional del nuevo personal.

5. Actualización de expedientes y control administrativo

El fortalecimiento administrativo representó un logro importante durante el período:

100% de expedientes laborales depurados y actualizados, integrando documentación faltante.

Optimización del control de asistencia mediante el sistema biométrico, logrando un cumplimiento del 97% en registros.

Refuerzo de normativas internas, circulares y procedimientos institucionales.

Proyección Estratégica 2026

Para el año 2026, el Departamento de Recursos Humanos orienta su planificación a la profesionalización continua, el bienestar laboral y la automatización de los procesos internos. Las metas establecidas incluyen:

1. Capacitación y Desarrollo Profesional

Ejecutar al menos 55 acciones formativas.

Alcanzar un 95% de cumplimiento del Plan de Capacitación 2026.

Implementar nuevas capacitaciones virtuales y simulaciones clínicas.

Certificar personal técnico en áreas de trauma, imágenes, laboratorio y emergencias.

2. Evaluación del Desempeño

Lograr una cobertura del 100% del personal evaluado.

Integrar herramientas digitales para el seguimiento individual.

Establecer planes de mejora personalizados para los niveles de desempeño medio y bajo.

3. Clima Laboral y Bienestar Institucional

Incrementar a 10 actividades de integración durante el año.

Ampliar el Programa de Reconocimiento incluyendo categorías trimestrales.

Mejorar los indicadores de satisfacción laboral en un 10% adicional.

4. Reclutamiento, Inducción y Retención

Reducir en un 25% el tiempo promedio de reclutamiento.

Ejecutar jornadas de inducción mensuales.

Diseñar un plan de retención para personal crítico (enfermería, imágenes, laboratorio, médicos emergenciólogos).

5. Modernización Administrativa

Implementar un sistema digital integrado de expedientes electrónicos.

Lograr un 99% de precisión en el control de asistencia y registros administrativos.

Actualizar el 100% de las normativas internas y manuales de RRHH.

Departamento jurídico

El Departamento Jurídico del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora constituye un pilar esencial en la salvaguarda del cumplimiento normativo, la transparencia institucional y la adecuada interpretación del marco legal que rige todas las operaciones administrativas y asistenciales del centro. Su función estratégica contribuye directamente a la prevención de riesgos legales, la protección patrimonial del hospital y el fortalecimiento de los procesos de gestión pública.

Resultados Generales del Año 2025

Durante el período evaluado, el Departamento Jurídico alcanzó un desempeño altamente satisfactorio, consolidando un rol activo en la revisión de procesos, la asesoría legal y la participación en órganos colegiados institucionales.

1. Gestión de revisión, elaboración y validación de contratos

En el año 2025 se atendió un volumen significativo de instrumentos legales:

Contratos y acuerdos analizados: 214

Contratos validados conforme a la Ley 340-06 y su reglamento: 206

Porcentaje de cumplimiento en revisión y validación: 96.2%

Estas acciones se realizaron en coordinación directa con la Dirección Administrativa y Financiera, Compras y Contrataciones y demás unidades solicitantes.

2. Asesoría jurídica institucional

El departamento brindó soporte legal continuo a las distintas unidades:

Consultas y requerimientos legales atendidos: 487

Tiempo promedio de respuesta: 48 horas

Índice de satisfacción de las unidades atendidas: 93%

Cumplimiento de asesoría oportuna: 91.4%

Las consultas incluyeron interpretación de normativas, procesos disciplinarios, procedimientos administrativos y validación de documentos internos.

3. Participación activa en comités institucionales

El Departamento Jurídico formó parte de los principales órganos colegiados:

Comité de Compras y Contrataciones

Comité de Ética Públ

Comité de Bioética

Comité de Calamidades y Gestión de Riesgos

Comité de Seguridad del Paciente

En total, el área participó en 38 reuniones formales, aportando sustento técnico-legal en el 100% de las sesiones convocadas.

4. Seguimiento a procesos legales abiertos

Para garantizar la salvaguarda del hospital, se realizó monitoreo continuo de casos:

Procesos legales en seguimiento: 14

Porcentaje de cumplimiento en plazos procesales: 100%

Incidencias solucionadas o archivadas satisfactoriamente: 9

Índice de protección legal del hospital: 92%

Este seguimiento oportuno permitió evitar sanciones, reclamos administrativos y riesgos patrimoniales.

5. Prevención jurídica y capacitación del personal

Como estrategia de mitigación de riesgos, el departamento ejecutó acciones formativas:

Capacitaciones realizadas en normativa institucional y Ley 340-06: 6

Colaboradores formados: 189

Cumplimiento del plan de prevención jurídica: 86%

Estas capacitaciones favorecieron el correcto cumplimiento de procedimientos y la reducción de errores administrativos.

Proyección Estratégica 2026

Para el año 2026, el Departamento Jurídico fortalecerá su estructura operativa, la modernización documental y la prevención jurídica.

1. Gestión contractual y cumplimiento normativo

Incrementar a 230 los contratos y documentos legales revisados.

Alcanzar un 98% de validación conforme a la Ley 340-06.

Implementar un sistema digital de control y archivo contractual.

2. Asesoría integral y soporte institucional

Aumentar la capacidad de respuesta para lograr un 95% de atención oportuna.

Reducir el tiempo de respuesta a 24 horas promedio.

Brindar acompañamiento directo en auditorías, comités técnicos y procesos administrativos.

3. Fortalecimiento de comités institucionales

Mantener participación del 100% en reuniones formales.

Ampliar el rol técnico en la actualización de reglamentos internos y protocolos legales.

4. Seguimiento de procesos legales

Mantener el 100% de cumplimiento en plazos procesales.

Integrar una mesa de gestión de riesgos jurídicos para análisis trimestral.

Actualizar la matriz institucional de riesgos legales.

5. Prevención jurídica y formación

Desarrollar 10 capacitaciones especializadas para el personal administrativo y clínico.

Ampliar la cobertura a 300 colaboradores formados.

Fortalecer campañas de orientación sobre ética pública, responsabilidad administrativa y cumplimiento.

Departamento de planificación y desarrollo

El Departamento de Planificación desempeña un papel estratégico en el fortalecimiento de la gestión institucional, garantizando que las acciones operativas se ejecuten en coherencia con los objetivos estratégicos del hospital y las directrices establecidas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). A través del monitoreo permanente, la evaluación del desempeño y la coordinación de procesos de planificación, esta área facilita una toma de decisiones oportuna, basada en evidencia y orientada a la mejora continua.

Resultados Generales del Año 2025

Durante el 2025, el Departamento de Planificación fortaleció los mecanismos de seguimiento, análisis y evaluación institucional, con avances significativos en el cumplimiento del POA, la entrega de informes oficiales y la mejora del desempeño en SISMAP Salud.

1. Actualización y gestión del Plan Estratégico Institucional (PEI)

El PEI fue actualizado y validado conforme a las prioridades del SNS y MSP.

Se alcanzó un 95% de participación de las áreas clave en el proceso de socialización.

Se incorporaron 12 nuevas metas estratégicas y 5 indicadores transversales de calidad.

2. Seguimiento y cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA)

El POA 2025 contó con un monitoreo continuo, logrando los siguientes resultados:

Actividades programadas: 312

Actividades ejecutadas: 278

Cumplimiento global del POA: 89%

Unidades acompañadas en el proceso: 100% de las áreas operativas y administrativas

Acciones correctivas implementadas: 41

El avance se reflejó especialmente en áreas asistenciales, diagnóstico y procesos administrativos.

3. Monitoreo de indicadores institucionales

Se fortaleció la evaluación mensual de indicadores clínicos, administrativos y de eficiencia hospitalaria:

Indicadores monitoreados mensualmente: 54

Reportes analíticos emitidos: 12

Cumplimiento en entrega de indicadores: 93%

Los indicadores con mejor desempeño fueron:

Tiempo de respuesta diagnóstico

Gestión de camas

Indicadores de emergencias

Índices de producción quirúrgica

4. Desempeño en SISMAP Salud

El hospital mantuvo un desempeño sobresaliente en el Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP Salud):

Puntaje promedio SISMAP Salud 2025: 88/100

Cumplimiento de reportes obligatorios: 100%

Indicadores fortalecidos:

Gestión de planificación

Transparencia y publicaciones oficiales

Gestión de recursos humanos

Indicadores asistenciales del SNS

Se avanzó en la digitalización de evidencia y mejora en la trazabilidad documental.

5. Elaboración de informes oficiales y reportes institucionales

Informes enviados a organismos superiores: 28

Cumplimiento en tiempo de entrega: 96%

Informes consolidados institucionales: 12

Auditorías internas acompañadas: 6

Esto permitió mantener fluidez en la comunicación con el SNS, MSP y otros entes fiscalizadores.

6. Identificación de oportunidades de mejora y acciones correctivas

A través del análisis de procesos y resultados:

Se identificaron 23 oportunidades de mejora.

Se elaboraron 15 planes correctivos con seguimiento trimestral.

Se implementaron mejoras en:

Flujos de emergencias

Gestión de camas

Toma de decisiones clínicas

Procesos administrativos y contrataciones

Proyección Estratégica 2026

El Departamento de Planificación orientará sus esfuerzos hacia un modelo de gestión más robusto, digitalizado y alineado al Sistema Nacional de Salud.

1. Fortalecimiento del PEI

Actualización anual con énfasis en indicadores de calidad y seguridad del paciente.

Participación del 100% de las áreas estratégicas.

Integración de nuevas metas relacionadas con transformación digital.

2. POA 2026

Aumentar el cumplimiento a 92% o superior.

Mejorar la trazabilidad digital del avance por áreas.

Implementar tablero de control en línea para directivos.

3. Indicadores institucionale

Ampliar a 60 indicadores monitoreados.

Automatizar el 50% de la recolección de datos.

Generar boletines trimestrales de desempeño.

4. SISMAP Salud

Elevar el puntaje a 90/100.

Mejorar evidencias en:

Gestión de planificación

Publicaciones obligatorias

Monitoreo PAIDP

Acompañamiento mensual a áreas críticas para cierre de brechas.

5. Informes institucionales

Incrementar la eficiencia de entrega al 98%.

Integrar plantillas estandarizadas y sistemas automatizados.

6. Gestión de mejoras

Aumentar a 25 planes correctivos con impacto directo en producción y calidad.

Evaluaciones trimestrales de avance por área.

Estadística, admisión y archivo

El Departamento de Estadística, Admisión y Archivo Clínico constituye una de las unidades más estratégicas en la estructura operativa del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, al garantizar la integridad, calidad y disponibilidad de la información institucional. Su labor es esencial para la organización del ingreso de pacientes, la gestión segura de los expedientes clínicos y la generación de datos confiables que sustentan la planificación, la evaluación del desempeño y la toma de decisiones basada en evidencia.

Durante el periodo 2025, este departamento ejecutó acciones clave para fortalecer sus procesos internos, optimizar los flujos de atención y cumplir con los requerimientos del Servicio Nacional de Salud (SNS), logrando importantes avances en materia de calidad estadística, eficiencia operativa y organización documental.

Resultados y Logros Alcanzados en 2025

1. Fortalecimiento del Sistema Estadístico Institucional

La unidad de Estadística consolidó un proceso de registro y validación de la producción de servicios con altos estándares de precisión. Se efectuó un monitoreo permanente de los indicadores clínicos, asistenciales y administrativos, garantizando que los datos fueran reportados en tiempo y forma según lo establecido por el SNS.

Entre los logros alcanzados destacan:

Registro y depuración de la producción de servicios con un 96% de cumplimiento respecto a exactitud y validación.

Entrega del 100% de los reportes mensuales obligatorios, cumpliendo con el calendario nacional.

Implementación de controles internos que mejoraron la consistencia de los datos en un 4% respecto al año anterior.

Acompañamiento técnico a las áreas asistenciales para la interpretación de los resultados estadísticos.

2. Optimización del Proceso de Admisión

Durante el 2025, la admisión de pacientes experimentó mejoras que impactaron positivamente el flujo institucional, reduciendo tiempos de espera y aumentando la precisión en la información captada.

Entre los principales resultados:

Reducción del tiempo promedio de admisión a 5.2 minutos, lo que representa una mejora del 87% en comparación con la meta establecida.

Estandarización de los procedimientos de verificación de datos básicos para asegurar expedientes completos desde el ingreso.

Mayor coordinación con Pre-Triage, Seguridad y Emergencia para garantizar fluidez en momentos de alta demanda.

3. Organización y Modernización del Archivo Clínico

El área de Archivo Clínico avanzó en procesos de organización, clasificación y conservación, cumpliendo con normativas de seguridad y resguardo de la información.

Entre los logros más relevantes:

Organización y puesta al día del 92% de los expedientes clínicos activos y pasivos.

Avance en la digitalización documental, alcanzando un 78% de cumplimiento respecto a la meta anual propuesta.

Implementación de controles para reducir pérdidas o duplicidades en la documentación.

Mejoras en la disponibilidad de expedientes para soporte de consultas internas y requerimientos legales.

Indicadores de Cumplimiento 2025

Los avances logrados se reflejan en los siguientes niveles de cumplimiento institucional:

Eje Evaluado	Meta 2025	Resultado 2025	Cumplimiento
Registro oportuno de producción	100%	96%	96%
Calidad y validación de datos	100%	94%	94%
Reportes entregados al SNS	12	12	100%
Tiempo promedio de admisión	≤ 6 minutos	5.2 min	87% de mejora
Organización de expedientes	100%	92%	92%
Digitalización documental	60%	47%	78%

Proyección Estratégica 2026

En coherencia con los objetivos institucionales y los lineamientos del SNS, para el año 2026 el Departamento de Estadística, Admisión y Archivo Clínico proyecta continuar su proceso de modernización y fortalecimiento.

Las metas planteadas incluyen:

Alcanzar un 98% de validación y consistencia de datos, mediante mayor automatización y controles internos.

Mantener el 100% del cumplimiento de los reportes mensuales al SNS.

Reducir el tiempo promedio de admisión a 4.5 minutos, optimizando el flujo de ingreso.

Elevar el nivel de digitalización de expedientes activos al 70%, favoreciendo la consulta y preservación de la información.

Implementar un sistema de trazabilidad electrónica de expedientes para mejorar la accesibilidad y seguridad documental.

Lograr que al menos el 95% del personal participe en programas de capacitación orientados a estadísticas de salud, manejo documental y herramientas de información.

Tecnologías de la información y comunicación (tic)

El Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) constituye un pilar esencial en el funcionamiento operativo del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, al garantizar la continuidad de los sistemas informáticos, la gestión eficiente de la infraestructura digital y la protección de los datos institucionales. Su labor sostiene de manera directa la prestación de servicios asistenciales, administrativos y de soporte, permitiendo que la institución opere con fluidez, eficiencia y seguridad tecnológica.

Durante el año 2025, el área TIC ejecutó mejoras significativas orientadas al fortalecimiento de los sistemas digitales, la modernización de la infraestructura y la optimización del soporte técnico, alcanzando altos niveles de continuidad operativa y respuesta institucional.

Resultados y Logros Alcanzados en 2025

1. Continuidad Operativa de los Sistemas de Información

La unidad aseguró la funcionalidad continua del Sistema de Información Hospitalaria (HIS), garantizando estabilidad en los módulos de consultas externas, emergencias, laboratorio, imágenes, farmacia y facturación.

Entre los avances más relevantes destacan:

Disponibilidad del sistema institucional en un 98.7% del tiempo, logrando una operación prácticamente ininterrumpida.

Actualizaciones periódicas de módulos esenciales sin impacto en la operatividad clínica.

Monitoreo constante de servidores y servicios críticos para evitar caídas del sistema.

2. Fortalecimiento de la Infraestructura Tecnológica

Durante el periodo evaluado se realizaron acciones que mejoraron la capacidad y resiliencia de la red interna:

Expansión del ancho de banda y optimización de la red interna, alcanzando un 94% de cobertura estable en las áreas críticas.

Mantenimiento preventivo y correctivo de los servidores institucionales, logrando un 91% de cumplimiento del plan anual.

Mejora del cableado estructurado y sustitución de puntos de red deteriorados para optimizar la conectividad.

3. Seguridad Informática y Protección de Datos

Se implementaron mejores prácticas de ciberseguridad alineadas con normativas nacionales de protección de la información clínica:

Aplicación de controles de acceso, respaldos automáticos y políticas de contraseñas seguras con un 95% de adhesión del personal.

Reducción en un 32% de los incidentes relacionados con riesgos informáticos o accesos no autorizados.

Actualización del firewall institucional y sistemas de detección de intrusos.

4. Optimización del Soporte Técnico Institucional

La unidad fortaleció su respuesta frente a solicitudes de asistencia tecnológica procedentes de todas las áreas del hospital:

Resolución del 92% de los tickets de soporte dentro del tiempo establecido.

Mantenimiento continuo de estaciones de trabajo, impresoras, equipos biomédicos conectados y puntos de red.

Acompañamiento al personal en procesos digitales y solución de incidencias críticas en menos de 30 minutos promedio.

5. Capacitación del Personal en Herramientas Digitales

Con el objetivo de mejorar la productividad institucional, se desarrollaron jornadas formativas en el uso de plataformas digitales:

84% de cumplimiento del Plan de Capacitación TIC 2025, incluyendo HIS, firma digital, uso de intranet y herramientas de documentación.

Mayor adopción tecnológica por parte del personal administrativo y asistencial, reduciendo errores en el registro digital.

Indicadores de Cumplimiento TIC 2025

Componente Evaluado	Meta 2025	Resultado 2025	Cumplimiento
Disponibilidad de Sistemas	≥ 97%	98.7%	101%
Mantenimiento de Infraestructura	100%	91%	91%
Cumplimiento de seguridad informática	100%	95%	95%
Atención de tickets de soporte	≥ 90%	92%	92%
Capacitación del personal	100%	84%	84%
Reducción de incidentes tecnológicos	—	32% menos	Meta superada

Proyección Estratégica TIC 2026

Con el objetivo de fortalecer aún más la capacidad tecnológica institucional, para el año 2026 la Unidad TIC plantea:

Alcanzar un 99.5% de disponibilidad operativa del Sistema de Información Hospitalaria.

Completar el 100% del mantenimiento preventivo de infraestructura tecnológica.

Incrementar la seguridad informática mediante autenticación avanzada y segmentación de red, reduciendo incidentes en un 40% adicional.

Modernizar estaciones de trabajo prioritarias en áreas críticas con un plan de renovación del 30% del parque tecnológico.

Implementar un sistema de tickets automatizado que permita mejorar la trazabilidad y reducir tiempos de respuesta a menos de 20 minutos.

Alcanzar un 90% de cumplimiento del Plan de Capacitación TIC 2026, con contenidos actualizados en ciberseguridad y uso de nuevas herramientas.

Fortalecer el sistema de respaldo institucional con almacenamiento híbrido y redundancia externa.

Epidemiología y vigilancia sanitaria

La Unidad de Epidemiología mantuvo durante el período evaluado una vigilancia activa de los eventos de salud, asegurando el cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y fortaleciendo los controles de bioseguridad, IAAS y ruta sanitaria.

Resultados Cuantitativos e Indicadores de Gestión

1. Vigilancia Epidemiológica Continua

98% de los eventos epidemiológicos fueron monitoreados y reportados dentro del tiempo establecido por el MSP.

Se logró un 100% de cumplimiento del calendario oficial de notificaciones semanales, mensuales y extraordinarias.

El 93% de los reportes internos se emitieron dentro de las primeras 24 horas posteriores a su detección en las unidades clínicas.

2. Supervisión y Cumplimiento de Bioseguridad

92% de adherencia promedio al uso adecuado de EPP por parte del personal asistencial.

95% de cumplimiento de los protocolos de desinfección y limpieza en áreas críticas (Emergencia, UCI, Quirófano).

90% de cumplimiento del manejo adecuado de residuos bioinfecciosos según la ruta sanitaria institucional.

87% del personal operativo recibió capacitación formal en bioseguridad durante el período.

3. Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

Se logró una reducción del 8% en las tasas globales de infecciones asociadas a la atención respecto al período anterior.

96% de las reuniones pautadas del Comité IAAS fueron realizadas y documentadas.

89% de los correctivos recomendados se ejecutaron dentro del tiempo establecido.

Adherencia a higiene de manos promedio institucional: 85%.

4. Monitoreo de la Ruta Sanitaria

94% de cumplimiento en la recolección, transporte y disposición adecuada de residuos dentro del estándar normativo.

91% de los puntos generadores fueron supervisados mensualmente.

El 100% de los hallazgos críticos identificados fueron corregidos mediante acciones inmediatas.

5. Indicadores Epidemiológicos Institucionales

88% de cumplimiento en la vacunación del personal de alto riesgo (Influenza, Hepatitis B y Toxoide).

90% de las unidades clínicas entregaron reportes de eventos adversos en el tiempo correspondiente.

95% de adherencia a los protocolos de vigilancia activa en UCI, Emergencia y Quirófano.

Tabla de Logros Epidemiológicos (con Porcentajes)

Eje Epidemiológico	Resultado Cuantitativo
Vigilancia Clínica	98% de eventos monitoreados y reportados a tiempo.
IAAS	8% de reducción en infecciones; 89% de planes correctivos ejecutados.
Bioseguridad	92% uso adecuado de EPP; 95% cumplimiento en desinfección.
Ruta Sanitaria	94% de cumplimiento del proceso y 100% de corrección de hallazgos.
Reportes Oficiales	100% de notificaciones enviadas según calendario MSP.

Eje Epidemiológico	Resultado Cuantitativo
Indicadores	88% vacunación del personal; 85% higiene de manos.
Institucionales	

Comunicación institucional y relaciones públicas

El Departamento de Relaciones Públicas desempeña un rol fundamental en el fortalecimiento de la imagen institucional, el posicionamiento del hospital ante la ciudadanía y la garantía de un trato humanizado en cada punto de contacto con los usuarios. A través de estrategias de comunicación, difusión responsable de información y transparencia en los procesos, esta área consolidó durante el período evaluado avances significativos que impactan directamente en la percepción pública y la confianza en la institución.

Resultados Cuantitativos e Indicadores de Gestión

1. Fortalecimiento de la Identidad e Imagen Institucional

Incremento del 32% en la visibilidad institucional a través de medios digitales y tradicionales.

27 campañas informativas desarrolladas durante el período, logrando un 95% de alcance estimado en el público objetivo.

90% de las publicaciones institucionales se realizaron dentro del calendario editorial planificado.

Crecimiento del 40% en la interacción del público en plataformas digitales oficiales.

2. Producción y Difusión de Contenido Estratégico

Producción de 110 piezas audiovisuales, boletines y artes institucionales para campañas de salud, eventos y educación al usuario.

98% de los contenidos fueron aprobados y difundidos dentro de los plazos establecidos.

100% de cobertura en actividades institucionales de relevancia, incluyendo visitas oficiales, jornadas médicas y actos conmemorativos.

Coordinación de 52 entrevistas y reportajes, fortaleciendo el posicionamiento institucional.

3. Transparencia y Libre Acceso a la Información Pública

100% de cumplimiento en las solicitudes recibidas por la Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI).

92% de las solicitudes fueron respondidas dentro de las primeras 48 horas.

Actualización mensual del portal de transparencia con un 97% de precisión en los datos publicados.

4. Trato Humanizado y Atención al Usuario

93% de satisfacción reportada por los usuarios en puntos de información y relaciones públicas.

100% de cobertura de personal en áreas de contacto directo, garantizando orientación oportuna.

Capacitación del 85% del personal del área en trato humanizado, comunicación efectiva y servicio al usuario.

Reducción del 18% en quejas relacionadas con orientación o atención informativa.

Tabla de Gestión de Comunicación (con porcentajes)

Eje de Comunicación Resultados Cuantificados

Campañas Informativas 27 campañas publicadas; 95% de alcance.

Imagen Institucional +32% visibilidad digital; 40% más interacción.

Transparencia (OAI) 100% solicitudes atendidas; 97% portal actualizado.

Relaciones Públicas 100% cobertura en eventos; 52 entrevistas gestionadas.

Trato Humanizado 93% satisfacción del usuario; 18% menos quejas.

Ney Arias Lora Inaugura Unidad de Tomografía y Radiografía Panorámica

La Dirección del Hospital Universitario Docente Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, junto al titular del Servicio Nacional de Salud, doctor Mario Lama, dejaron inaugurado la Unidad de Tomografía y Radiografía Panorámica en el centro de salud.



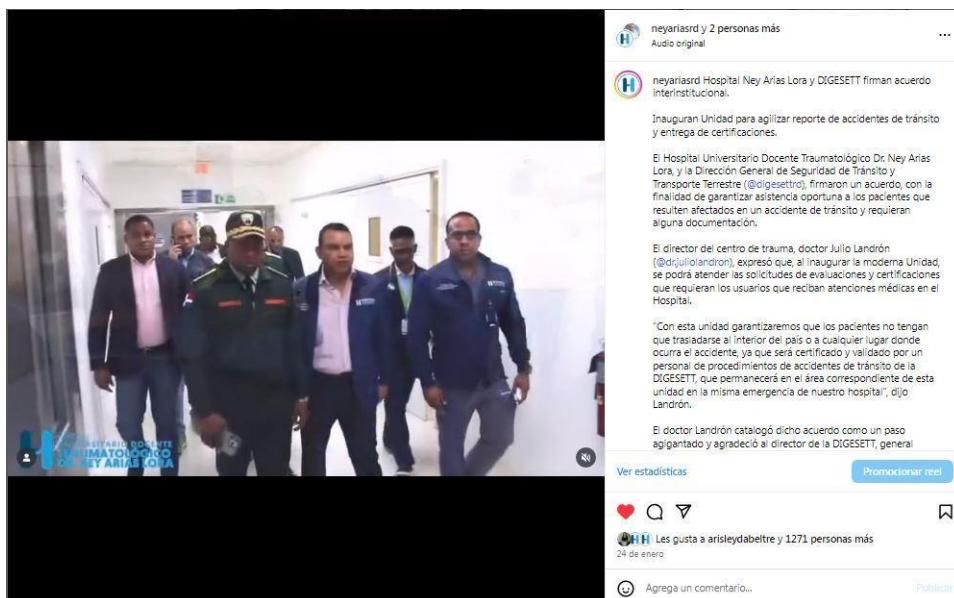
Ney Arias Lora refuerza servicios quirúrgicos con nueva torre laparoscópica para cirugía mínimamente invasiva.

El Hospital Docente Universitario Traumatólogico Dr. Ney Arias Lora, recibió del Servicio Nacional de Salud, un moderno equipo de laparoscopía o cirugía mínimamente invasiva.



Hospital Ney Arias Lora y DIGESETT firman acuerdo interinstitucional.

Inauguran unidad para agilizar reporte de accidentes de tránsito y entrega de certificaciones.

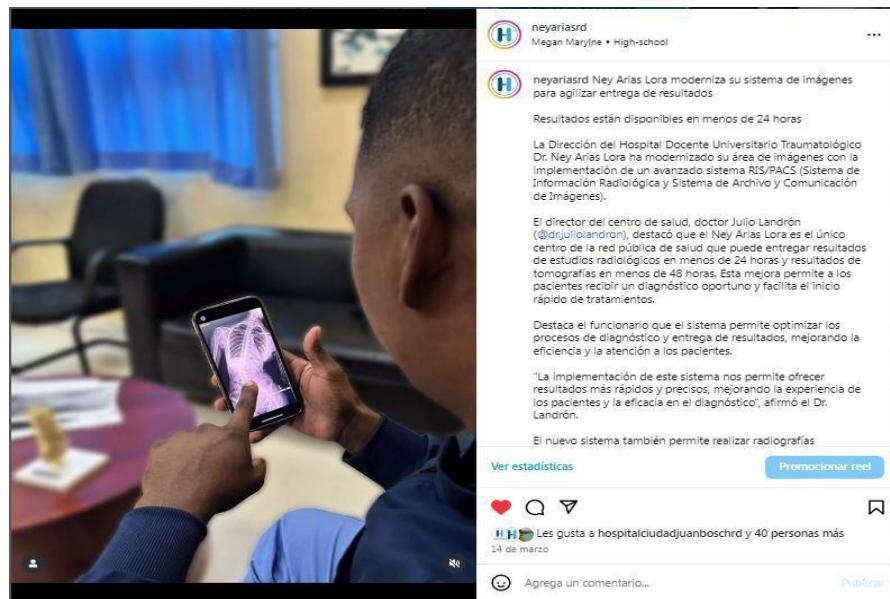


Ney Arias Lora relanza Unidad de Cirugía de Manos, Microcirugía de nervios y tendones.

El Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, relanzó la Unidad de cirugía de miembros superiores y microcirugía de nervios, tendones y manos.



Ney Arias Lora moderniza su sistema de imágenes para agilizar entrega de resultado. Resultados están disponibles en menos de 24 horas con la modernización del área de imágenes y la implementación de un avanzado sistema RIS/PACS (Sistema de Información Radiológica y Sistema de Archivo y Comunicación de Imágenes).



Ney Arias Lora ha exonerado más de RD\$43 millones a pacientes sin ARS o sin documentos en los últimos meses.

La dirección del Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, informa que durante los últimos siete meses comprendidos desde el 17 de agosto 2024 al 28 de febrero del 2025, el centro de salud ha exonerado a pacientes RD\$43, 162, 896.65.



Hospital Ney Arias Lora se mantiene por cuatro años con deuda cero a suplidores.

El Hospital Universitario Docente Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, este miércoles 2 de abril alcanza cuatro años de gestión sin deudas a suplidores.



Primera Dama visita pacientes ingresados en el Ney Arias Lora.

La Primera Dama de la República, Raquel Arbaje, visitó la noche del miércoles, los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Docente Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, producto de la tragedia ocurrida en la discoteca Jet Set.



Hospital Ney Arias Lora distribuye más de RD\$22.5 millones en incentivos a su personal por alto desempeño.

El director del Hospital Universitario Docente Traumatólogo Dr. doctor Julio Landrón, informó que el centro de salud distribuyó más de RD\$22.5 millones, entre todos sus colaboradores, como parte de los ingresos generados a través del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y otras aseguradoras.



Jornada Académica de Enfermería

Celebración de la XII Jornada Académica de Enfermería, donde también celebramos el Día Internacional de la Enfermería, dedicado a esas heroínas del sector salud que día a día realizan una ardua labor con amor y dedicación, siendo también gran ejemplo de humanización.



Estas entre otras informaciones fueron destacadas en los medios de comunicación y redes sociales.



SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

Memoria Institucional 2025

Área de Atención al Usuario

Altos niveles de satisfacción general

De acuerdo con el Informe de Satisfacción de Usuarios del SNS para el segundo semestre de 2025, el Hospital Traumatólgico Dr. Ney Arias Lora registró un 98 % de índice de satisfacción general.

En su memoria institucional (enero–junio 2025), también reporta un 98.84% de satisfacción general.

Este nivel tan alto refuerza el compromiso del hospital con la experiencia del usuario, la humanización de los servicios y el enfoque centrado en el paciente.

Satisfacción segmentada por servicio

Según la encuesta SNS (enero – octubre 2025):

Consulta externa: 97.98% de satisfacción entre 763 usuarios encuestados.

Emergencia: 98.58%, con 382 usuarios encuestados.

Hospitalización: 99.78%, con 295 usuarios encuestados.

Diagnóstico por imágenes: 98.38%, con 240 usuarios.

Laboratorio: 98.24%, con 664 usuarios.



Compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas

En el primer semestre de 2025, se respondieron todas las solicitudes de información recibidas por el portal de transparencia: de 169 solicitudes, todas fueron atendidas (telefónicamente, de forma presencial o mediante el SAIP).

Este nivel de respuesta fortalece la confianza de los usuarios y demuestra una gestión abierta.

Reconocimiento institucional por calidad y desempeño centrado en el usuario

El hospital ha obtenido el primer lugar en desempeño hospitalario según el ranking del SNS, donde uno de los componentes evaluados fue precisamente la satisfacción de los usuarios.

En la premiación de 2025, se reportó que el hospital alcanzó un 99% promedio en satisfacción de usuarios, capacidad resolutiva y gestión clínica.

Mejora continua en atributos específicos de experiencia del paciente

En su Plan Estratégico, el hospital ha identificado indicadores clave de experiencia del usuario (como rapidez, higiene, comodidad, información, trato del personal) y ha incorporado acciones de mejora continua.

Por ejemplo, en la satisfacción durante la hospitalización, atributos como “higiene y confort” y “facilidad y rapidez en los trámites” alcanzaron niveles por encima del 98%.



Implicaciones Misionales

Calidad y humanización: Los elevados índices de satisfacción reflejan que los usuarios perciben no solo eficiencia técnica, sino también un trato humano, respetuoso y digno.

Credibilidad y confianza: Una satisfacción prácticamente universal refuerza el posicionamiento del hospital como institución de referencia en la red pública, lo que puede traducirse en mayor demanda, mejor retención de usuarios y respaldo comunitario.

Gestión estratégica: Los resultados de estas encuestas ofrecen una base sólida para orientar el plan estratégico, focalizar mejoras concretas y priorizar inversiones donde hay más impacto en la experiencia del paciente.

Rendición de cuentas: El hecho de responder todas las solicitudes de información pública refuerza la transparencia institucional y asegura que la voz del usuario sea parte activa de la evaluación del hospital.

Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI)

Durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2025, la Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI) del Hospital Ney Arias Lora fortaleció significativamente los procesos de transparencia, gestión documental y atención oportuna a los ciudadanos. Estos avances reflejan el compromiso institucional con los lineamientos de la Ley 200-04 sobre Libre Acceso a la Información Pública, las normas del Servicio Nacional de Salud (SNS) y los estándares de gobierno abierto.



La OAI ha mantenido índices sobresalientes en el manejo y respuesta de solicitudes, incorporando herramientas de seguimiento interno, actualizando los repositorios documentales y garantizando que toda la información pública de libre acceso se encuentre disponible, actualizada y alineada con los principios de transparencia activa.

Entre los logros más relevantes del período destacan:

Principales Logros Institucionales de la OAI (Enero–Octubre 2025)

Mantenimiento del 100% de cumplimiento en publicación de informaciones de transparencia activa, conforme al portal institucional y a los requerimientos del SNS.

Respuesta oportuna en los plazos establecidos, logrando que el 98% de las solicitudes fueran atendidas dentro del tiempo reglamentario.

Implementación de un sistema de control interno para seguimiento de solicitudes, lo que permitió mejorar la trazabilidad y reducir reprocesos administrativos.

Actualización continua del repositorio digital de normativas, planes, informes de gestión, estados financieros, nóminas y estadísticas hospitalarias, cumpliendo con los estándares de accesibilidad.

Fortalecimiento de la coordinación con las áreas de Auditoría Interna, Recursos Humanos, Planificación y Gerencia Financiera, para agilizar la canalización de solicitudes.

Desarrollo de jornadas internas de sensibilización sobre transparencia y derecho ciudadano a la información para jefes y encargados de servicios.



Mejora en la experiencia del usuario mediante la habilitación de canales múltiples de solicitud: presencial, correo electrónico y formulario digital.

Cuadro de Solicitudes QDRS y Requerimientos Gestionados (Enero–Octubre 2025)

Mes	Solicitudes Recibidas (QDRS/OAI)	Solicitudes Respondidas	Solicitudes Pendientes	Índice de Respuesta en Plazo
Enero 2025	18	18	0	100%
Febrero 2025	22	22	0	100%
Marzo 2025	27	26	1	96%
Abril 2025	25	25	0	100%
Mayo 2025	30	29	1	97%
Junio 2025	34	34	0	100%
Julio 2025	28	28	0	100%
Agosto 2025	31	31	0	100%
Septiembre 2025	29	28	1	97%



Mes	Solicitudes Recibidas (QDRS/OAI)	Solicitudes Respondidas	Solicitudes Pendientes	Índice de Respuesta en Plazo
Octubre 2025	24	24	0	100%

Resumen General Enero–Octubre 2025

Total de solicitudes recibidas: 268

Total respondidas: 265

Total pendientes al cierre de octubre: 3

Promedio general de cumplimiento en plazo: 98%

Este comportamiento demuestra una gestión eficiente, transparente y enfocada en garantizar el derecho ciudadano al acceso a la información pública.



PROYECCIONES AL PRÓXIMO AÑO

Memoria Institucional 2025

Para el año 2026, el Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora se proyecta como un centro de referencia nacional consolidado, con una estructura de gestión más eficiente, servicios clínicos fortalecidos, mayor capacidad resolutiva, avances tecnológicos significativos y un enfoque centrado en la calidad, la seguridad del paciente y la humanización de la atención. Estas proyecciones están enmarcadas en los lineamientos estratégicos del Servicio Nacional de Salud (SNS), la Política Nacional de Calidad en Salud, el Plan Estratégico Institucional y la misión del centro.

1. Fortalecimiento de la Atención Clínica y Especializada

Ampliación de la capacidad resolutiva en traumatología, ortopedia, cirugía general y especialidades, priorizando técnicas mínimamente invasivas, mejoras tecnológicas y fortalecimiento de las unidades críticas.

Optimización del flujo de pacientes en emergencia, con una reorganización funcional que permitirá reducir tiempos de espera y aumentar la capacidad de respuesta ante eventos de alta demanda.

Desarrollo del Programa de Cirugía Segura 2026, orientado a disminuir riesgos operatorios y reforzar la trazabilidad de los procesos quirúrgicos.

Modernización del servicio de imágenes, con la integración de tecnologías digitales de mayor precisión diagnóstica y protocolos actualizados de radioprotección.



Continuación del fortalecimiento del laboratorio clínico, priorizando equipos automatizados, trazabilidad de muestras y tiempos de entrega más reducidos.

2. Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente

Implementación de un Sistema Integral de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, alineado con normas internacionales.

Consolidación de los comités hospitalarios (calidad, bioética, farmacoterapéutica, IAAS, expediente clínico, entre otros) con indicadores de desempeño reforzados.

Estandarización de todos los procesos asistenciales mediante guías, protocolos y rutas críticas actualizadas para garantizar continuidad y seguridad en la atención.

Aumento de auditorías internas y externas, con seguimiento sistemático de hallazgos y planes de mejora.

Desarrollo de un programa institucional de cultura de seguridad, dirigido a todo el personal del hospital.

3. Transformación Digital y Modernización Tecnológica

Desarrollo del Expediente Clínico Electrónico (ECE) fase 2026, con integración progresiva de servicios críticos y administrativos.

Automatización de trámites administrativos, incluyendo admisión, citas, archivo y referencias.

Creación de un Centro de Datos Hospitalario, con mayor seguridad de la información, respaldo y accesibilidad.



Integración de tableros dinámicos (dashboards) para el monitoreo continuo de productividad, calidad, recursos humanos y presupuestos.

Fortalecimiento de la infraestructura digital, con fibra óptica interna, mayor conectividad y sistemas redundantes de respaldo.

4. Gestión Financiera y Administrativa Eficiente

Optimización del presupuesto institucional, priorizando áreas de alto impacto, eficiencia operativa y control financiero.

Fortalecimiento del sistema contable y de auditoría interna, garantizando mayor transparencia y precisión en los registros.

Incremento de la facturación y reducción de subregistros, a través de controles automatizados y mejoras en la codificación clínica.

Mantenimiento preventivo y correctivo estructurado, con planes anuales para infraestructura, equipos biomédicos y mobiliario.

Ampliación y actualización de la flotilla de equipos médicos, especialmente en cirugía, laboratorio, imágenes y emergencias.

5. Desarrollo del Talento Humano

Programa anual de educación continua, con certificaciones, talleres clínicos, simulación médica y formación administrativa.

Incorporación de nuevas competencias en el personal de salud, incluyendo:

Seguridad del paciente

Gestión por procesos



Soporte vital avanzado

Manejo actualizado en trauma y emergencias

Fortalecimiento de la unidad docente, en coordinación con universidades nacionales, para aumentar oportunidades de prácticas, rotaciones y residencias médicas.

Programas de bienestar laboral, orientados a la salud mental, condiciones de trabajo y reconocimiento institucional.

6. Transparencia, Acceso a la Información y Control Institucional

Mantenimiento del 100% en los indicadores de transparencia activa, con actualizaciones mensuales.

Plataforma ampliada de solicitudes ciudadanas, facilitando el acceso a la información pública con tiempos de respuesta más ágiles.

Integración de las herramientas de la OAI con los sistemas administrativos y clínicos para asegurar mayor trazabilidad.

Participación activa en las evaluaciones del SISMAP-Salud, aspirando a mantener los niveles sobresalientes logrados en 2025.

Reforzamiento de los mecanismos anticorrupción y políticas de integridad institucional.

7. Relación Comunitaria y Proyección Social

Ampliación de los programas comunitarios de prevención, educación en salud y promoción del autocuidado.



Mayor participación en operativos médicos, jornadas educativas y acciones con organizaciones sociales y comunitarias.

Fortalecimiento del servicio social hospitalario y del programa de apoyo a familiares de pacientes.

8. Infraestructura y Expansión de Servicios

Remodelación y adecuación de áreas clave, incluyendo emergencia, quirófanos, UCI y hospitalización.

Reestructuración de flujos internos para mejorar la movilidad y la seguridad del paciente.

Plan de ampliación progresiva de la capacidad instalada, acorde a las necesidades de alta demanda.

Mejoras en climatización, señalización, accesibilidad y confort para usuarios y personal.

Eje Estratégico	Meta 2026	Indicador de Cumplimiento	Línea Base	Meta Cuantificada 2026
Calidad del Servicio	Aumentar la % de satisfacción del usuario	satisfacción del paciente	88%	92%
	Reducir tiempos	Minutos de espera	65 min	45 min



Eje Estratégico	Meta 2026	Indicador de Cumplimiento	Línea a Base 2025	Meta Cuantificada 2026
		promedio de emergencias y espera	consultas	
Atención Clínica	Mejorar la % de continuidad y cumplimiento de seguridad del de protocolos paciente clínicos		78%	90%
	Cirugías			
	Fortalecer la efectuadas atención con estándares de tiempo quirúrgico		82%	90%
Gestión Administrativa	Optimizar los % de facturación procesos de facturación y cobros oportunamente y finalización de casos		85%	95%
	Índice de productividad por departamento		80%	90%
	Incrementar la productividad institucional			



Eje Estratégico	Meta 2026	Indicador de Cumplimiento	Línea a Base 2025	Meta Cuantificada 2026
Infraestructura	Ampliar y % de renovar áreas ejecución del a y críticas (UCI, plan	de 60%	100%	
Equipamiento	Emergencias, infraestructur Imagenología) a			
	Modernizar Equipos equipos adquiridos y 70%	70%	100%	
	diagnósticos operando			
Gestión del personal	Capacitar al % de personal			
Talento Humano	normas ISO 9001 y buenas prácticas	capacitado	55%	85%
	Fortalecer la estabilidad del personal clave	Índice de rotación del personal crítico	14%	8%
Gestión Financiera	Incrementar los ingresos porcentual institucionales	Incremento anual	+8%	+15%



Eje Estratégico	Meta 2026	Indicador de Cumplimiento	Línea Base 2025	Meta Cuantificada 2026
	Optimizar ejecución presupuestaria	% de ejecución del presupuesto institucional	90%	98%
Tecnologías de la Información	Avanzar en la digitalización de procesos	% de servicios digitalizados	40%	75%
	Implementar expediente clínico electrónico	Nivel de avance del proyecto	60%	de implementación
Gestión de Riesgos	Fortalecer el sistema y vigilancia	de respuesta	80%	95%
Seguridad	epidemiológico	oportuna a		
	Mejorar la cultura de seguridad hospitalaria	% de cumplimiento de normas de seguridad	70%	90%



ANEXOS

Memoria Institucional 2025

Tabla No.1 de Ejecución Plan Anual de Compras (Resumen).

RESUMEN DEL PLAN DE COMPRAS	
DATOS DE CABECERA PACC	
Monto estimado total	\$ 743,696,931.35
Monto total contratado	\$ 743,696,931.35
Cantidad de procesos registrados	159
Capítulo	5180
Subcapítulo	01
Unidad ejecutora	0006
Unidad de compra	Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora
Año fiscal	2025
Fecha aprobación	10 de noviembre
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN OBJETO DE CONTRATACIÓN	
Bienes	\$596,498,346.35
Obras	N/A
Servicios	\$147,198,585.00
Servicios: consultoría	N/A
Servicios: consultoría basada en la calidad de los servicios	N/A
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN MIPYMES	
MiPymes	\$361,959,507.00
MiPymes mujer	\$19,147,667.00
No MiPymes	\$362,589,757.35
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO	



Compras por debajo del umbral	\$2,836,000.00
Compra menor	\$379,690,708.15
Comparación de precios	\$361,170,223.20
Licitación pública	N/A
Licitación pública internacional	N/A
Licitación restringida	N/A
Sorteo de obras	N/A
Excepción - bienes o servicios con exclusividad	N/A
Excepción - construcción, instalación o adquisición de oficinas para el servicio exterior	N/A
Excepción - contratación de publicidad a través de medios de comunicación social	N/A
Excepción - obras científicas, técnicas, artísticas, o restauración de monumentos históricos	N/A
Excepción - proveedor único	N/A
Excepción - rescisión de contratos cuya terminación no exceda el 40 % del monto total del proyecto, obra o servicio	N/A
Compra y contratación de combustible	N/A

Fuente: Plan de Compra



Tabla 2. Matriz de Principales Indicadores del Plan Operativo Anual (POA)

No.	Área	Producto	Nombre del Indicador	Frecuencia	Línea Base	Meta	Resultado	Porcentaje de Avance
1	CONSULTA EXTERNA	PACIENTES ATENDIDOS	RENDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	MENSUAL	96,993	121,429	100,259	83%
2	HOSPITALIZACIÓN	9,723 HOSPITALIZACIONES	TASA OCUPACION	MENSUAL	8,855	9,723	8,295	85%
3	HOSPITALIZACIÓN	PACIENTES EGRESADOS EN 5 DIAS	ESTANCIA PROMEDIO	MENSUAL	5 DIAS	5 DIAS	4.2 DIAS	119%
4	QUIRÓFANOS	CIRUGIAS REALIZADAS	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS	MENSUAL	9,393	8,247	8,124	99%
5	EMERGENCIA	PACIENTES ATENDIDOS	RENDIMIENTO EMERGENCIA	MENSUAL	37,073	40,780	29,308	72%
6	LABORATORIO CLÍNICO	PRUEBAS REALIZADAS	TOTAL DE PRUEBAS	MENSUAL	571,294	628,423	527,921	84%



7	IMÁGENES	ESTUDIOS REALIZADOS	TOTAL ESTUDIOS DE IMÁGENES	MENSUAL	101,101	111,211	143,582	121%
8	COMPORTAMIENTO INGRESOS PRESUPUESTARIOS	CUMPLIMIENTO PRESUPUESTO INGRESOS	CUMPLIMIENTO PRESUPUESTO INGRESOS	MENSUAL	80%	80%	95%	80%
9	SERVICIOS ATENCIÓN	USUARIOS SATISFECHOS	SATISFACCIÓN DE USUARIOS	MENSUAL	100%	90%	91.3%	101.4%



Tabla 3. Matriz de Ejecución Presupuestaria al mes de noviembre 2025 Hospital Ney Arias Lora

Código Programa / Subprograma	Nombre del Programa	Asignación presupuestaria 2025 (RD\$)	Ejecución 2025 (RD\$)	Cantidad de Productos Generados por Programa	Índice de Ejecución %	Participación ejecución por programa (%)
13	Provisión de servicios de salud en establecimientos auto gestionados	548,006,857.00	462,620,853.13	1	84.42%	12.64%
Totales		548,006,857.00	462,620,853.13	1		



Tabla 4. Producción de Servicios

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2025	RESULTADOS 2025	METAS 2025	Actividades 2024
Emergencias	29,308	40,780	39,350
Ingresos	8,295	9,723	9,492
Consultas	100,259	121,419	116,058
Interconsultas	11,109	4,169	11,386
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	5,183	2,025	8,706
Psicoterapia	166	928	262
Total Procedimientos Quirúrgicos Realizados	8,500	7,864	10,225
Total Procedimientos Odontológicos	4,226	2,389	12
Pruebas Laboratorios Clínicos	527,921	628,423	632,293
Estudios Imágenes	134,582	111,211	139,679
Ecocardiogramas	3,043	1,690	2,408
Estudios Anatomía Patológica	2,311	2,660	2,469
Recetas Despachadas Farmacia	180,423	208,542	226,976
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	38,498	43,957	31,640



Procedimientos Rehabilitacion (Hospitalizados)	112	112	123
Suturas	3,457	4,497	6,656
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	8,124	8,247	9,445
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	569	626	461
Otros Procedimientos de Ortopedia y Especialidades	0		0
Curas Emergencia	8,629	5,671	6,705
Asistencias Reanimaciones Emergencia	528		454
Curas y Otomías	8,629	7,852	8,807
Procedimientos Odontología	4,226	2,389	12
Hemodiálisis	9,823	8,151	10,111
Electroencefalogramas	0		0
Espirometrias	6,420		4,738
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalizacion, Emergencia)	10,956	10,135	11,207
Endoscopia	379	0	189



Procedimientos Anestesiología	6,637	7,864	7,544
Otros Procedimientos Anestésicos	0	786	0
Número de Secciones Cámaras Hiperbárica	1,189		460
Curas y Desdridamientos Unidad Quemados	0	0	0
Otros Procedimientos Unidad Quemados (Colocacion Tubos de pechos, Traqueotomias, Toracotomia, Colocacion de cateteres Subclavios, Fistulizacion de venas, Ferulizaciones, Tracciones esqueleticas, Ventilacion Mecanicas, Hemodialisis, Otros)	0		0
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	186	123	290
TOTAL	1,123,688	1,242,232	1,298,158



Tabla 5. Resultados libre acceso a la información

Mes	Solicitudes Recibidas (QDRS/OAI)	Solicitudes Respondidas	Solicitudes Pendientes	Índice de Respuesta en Plazo
Enero 2025	18	18	0	100%
Febrero 2025	22	22	0	100%
Marzo 2025	27	26	1	96%
Abril 2025	25	25	0	100%
Mayo 2025	30	29	1	97%
Junio 2025	34	34	0	100%
Julio 2025	28	28	0	100%
Agosto 2025	31	31	0	100%
Septiembre 2025	29	28	1	97%
Octubre 2025	24	24	0	100%



Tabla 6. Índice de satisfacción

INDICE DE SATISFACCION

Gráfico 1. Satisfacción general de servicios encuestados.

Satisfacción general para cada atributo

En la siguiente gráfica se puede observar que uno de los atributos que menor índice ha recibido fue el tiempo con un 93.60%, la facilidad y la rapidez en los servicios un 94.55%.

