



“HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO PROF. JUAN BOSCH”

**PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO
Y PRODUCCIÓN 2017 – 2020
Y
PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) 2017**

La Vega
Febrero 2017

Aprobado por: Dr. Jose Luis Coronado García

Contenido

| | |
|---|-----------|
| I. CRÉDITOS: | 7 |
| II. INTRODUCCIÓN | 9 |
| SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES | 11 |
| III. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO “PROF. JUAN BOSCH” | 12 |
| A) Informaciones Generales del Hospital de Traumatológico y Quirúrgico “PROF. JUAN BOSCH” | 12 |
| B) Nuestra Misión:..... | 14 |
| C) Nuestra Visión:..... | 14 |
| D) Valores:..... | 14 |
| E) Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado..... | 15 |
| F) Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH)..... | 15 |
| G) Organigrama Orgánico Gerencial HTQPJB | 17 |
| H) Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Desconcentrado:..... | 18 |
| I) Principales Grupos de Interés:..... | 18 |
| J) Cartera de Servicios por Direcciones y Departamentos. | 19 |
| K) Distribución Recursos Humanos..... | 31 |
| i. Informe acciones de personal..... | 37 |
| ii. Comportamiento Histórico del Índice de Rotación del Personal: | 37 |
| iii. Comportamiento Histórico Dotación Recursos Humanos: | 38 |
| IV. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN VIII | 41 |
| A) Perfil Demográfico, Social y Económico Cibao Central. | 41 |
| i. Población, Sexo y Grupo de Edad Cibao Central. | 41 |
| ii. Quintiles de Riquezas por Provincias y General de la Región VIII. | 42 |
| iii. Porcentaje de la población total afiliada o beneficiaria de algún seguro de salud, por tipo de administradora de riesgos de Salud Región VIII..... | 42 |
| iv. Total Población Afiliada a las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS), Según Régimen en la Región VIII; Marzo 2011 | 43 |
| B) Situación de Salud Población Atendida en el Cibao Central 2016..... | 44 |
| 1) Morbilidad | 44 |
| i. Motivos de Consulta Externa. | 44 |
| ii. Motivos de Atención Emergencia. | 44 |
| iii. Motivos de Hospitalización. | 45 |
| 2) Mortalidad | 45 |
| i. Causas de Mortalidad Intra Hospitalaria..... | 45 |
| ii. Causas de Mortalidad General en la Población de la Región..... | 46 |
| V. MERCADO DE SALUD EN EL CIBAO CENTRAL | 47 |
| A) Perfil de la Competencia..... | 47 |
| i. Centros de Salud, Ubicación, Capacidad Instalada..... | 47 |
| B) Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTQPJB..... | 54 |
| SECCIÓN: OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS GENERALES | 55 |

| | |
|---|-----------|
| VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES; ESTRATEGIAS GENERALES PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS. | 56 |
| A) Objetivos Estratégicos Generales del HTQPJB: | 56 |
| B) Estrategias Generales para garantizar el logro de los objetivos. | 57 |
| i. Estrategias Generales Para Garantizar los Fundamentos del Hospital: | 57 |
| ii. Estrategias de Mercado: | 57 |
| iii. Planificación y Control | 57 |
| SECCIÓN: RESULTADOS GENERALES AÑO 2016. | 58 |
| VII. RESULTADOS GENERALES. | 59 |
| A) Tabla: Producción General por Gerencia por mes, Año 2016. | 59 |
| B) Tabla: Comportamiento Productividad por Departamentos y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2016. | 64 |
| C) Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2016. | 65 |
| D) Tabla: Consolidado Actividades Realizadas Año 2016 y Año 2015 y Variación Observada. | 67 |
| E) Tabla: Total Actividades Realizadas en el Periodo 2016, Total Actividades Estimadas para el año 2016, Total Actividades Realizadas año 2015, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el Periodo 2016 con Relación al Periodo 2015, Crecimiento Alcanzado Año 2016. | 68 |
| F) Tabla: Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por gerencia, general, por mes, Año 2016. | 69 |
| G) Tabla: Comportamiento mortalidad, por gerencia, general, por mes, año 2016. | 70 |
| H) Tabla: Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programados y Suspendidos, por Servicios, Acumulado del Año 2016. | 71 |
| I) Tabla: Total y Porcentaje Causas de suspensión de cirugías electivas programadas, por mes y acumulado, año 2016. | 72 |
| J) Tabla: Resultados Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas año 2016. | 76 |
| K) Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimiento de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Período 2016. | 77 |
| L) Principales condiciones que determinaron la asistencia de los usuarios en el hospital durante el año 2016. | 78 |
| i. Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Año 2016. | 78 |
| ii. Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Año 2016. | 78 |
| iii. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Año 2016. | 79 |
| iv. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Año 2016. | 79 |
| v. Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Año 2016. | 80 |
| M) Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2016. (EPI-1) | 81 |
| N) Informe de la vigilancia, prevención y control de la infección intrahospitalaria (IIH). Hospital traumatológico y quirúrgico profesor “Juan Bosch”. El Pino, La Vega, República Dominicana. Enero-Diciembre, 2016. | 82 |
| O) Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos Año 2016. | 87 |
| i. Encuesta Usuarios Externos: | 87 |
| ii. Encuesta Usuarios Internos: | 94 |
| P) Informe Nivel Cumplimiento Plan Resolución Debilidades y Control de Amenazas. | 100 |
| i. Tabla: Nivel de Cumplimiento ejecución Plan para Corregir Debilidades, controlar Amenazas y Acumulado General del Plan Debilidades y Amenazas, HTQPJB; Año 2016. | 100 |
| ii. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan corrección riesgos según objetivos, acumulado, año 2016, HTQPJB. | 100 |

| | | |
|------|---|-----|
| iii. | Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades para corregir debilidades (riesgos internos) y control de las amenazas (riesgo externos), 1er. Cuatrimestre, año 2016, HTQPJB | 101 |
| iv. | Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan general para corregir debilidades y control de las amenazas, acumulado año 2016, HTQPJB..... | 101 |
| Q) | Informe Nivel Cumplimiento Plan Inversión. | 102 |
| i. | Tabla: Nivel de Ejecución del Plan Inversión, Según Concepto año 2016 | 102 |
| ii. | Gráfico: Nivel ejecución plan de inversión según reglón, HTQPJB; 2016 | 102 |
| iii. | Gráfico: Nivel acumulado de ejecución del plan general de inversión hospital traumatológico y quirúrgico "Prof. Juan Bosch" 2016 | 103 |
| R) | Informe Financiero Año 2016..... | 104 |
| i. | Ingresos..... | 104 |
| ii. | Costos y Gastos | 105 |
| iii. | Comportamiento Mensual de los Descuentos y Exoneraciones año 2016. | 106 |
| iv. | Análisis Resultados Informe Financiero año 2016..... | 107 |
| v. | Tabla: Comportamiento Resultados Financieros Generales por Trimestre y Acumulado General año 2016. 113 | |

SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2017 114

VIII. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA); MATRIZ ANÁLISIS FODA PARA EL AÑO 2017; MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS E IMPACTOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS; MATRIZ VALORACIÓN DE RIESGOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS; MATRIZ PLAN MITIGACIÓN RIESGOS (DEBILIDADES Y AMENAZAS), PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES EN EL 2017..... 115

| | | |
|----|---|-----|
| A) | Análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA). | 115 |
| B) | Matriz Identificación de Riesgos e impactos para el Logro de los Objetivos..... | 154 |
| C) | Matriz Valoración de Riesgos para el Logro de los Objetivos..... | 187 |
| D) | Matriz Plan Mitigación Riesgos (debilidades y amenazas), para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el 2017. | 203 |

IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS PARA EL AÑO 2017. 270

| | | |
|----|---|-----|
| | UNIDADES ESTRATÉGICAS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (GERENCIA)..... | 270 |
| A) | Criterios Utilizados Para la Formación de las GERENCIA en el HTQPJB. | 270 |
| B) | Capacidad Productiva Estimada de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud 2017. | 271 |
| C) | Capacidad Productiva Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2017. 273 | |
| D) | Datos para los Cálculos:..... | 275 |

X. FORMULACIÓN DE METAS GENERALES Y ESPECÍFICAS; Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIA PARA EL AÑO 2017..... 277

| | | |
|----|---|-----|
| A) | Metas Generales del Hospital para el Año 2017..... | 277 |
| B) | Metas y Estrategias de Desarrollo Específicas para las Gerencias 2017. | 279 |

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIO 279

| | | |
|--|---|-----|
| | Gerencia: Ortopedia y Traumatología | 279 |
| | Gerencia: Cirugía General y Especialidades..... | 282 |
| | Gerencia: Maxilofacial y Odontología | 284 |
| | Gerencia: Neurocirugía | 285 |
| | Gerencia: Medicina Física y Rehabilitación..... | 287 |
| | Gerencia: Unidad de Cuidados Intensivos | 289 |

| | |
|---|------------|
| Gerencia: Medicina Interna y Especialidades..... | 291 |
| Gerencia: Anestesiología | 293 |
| Gerencia: Urgencia / Emergencia..... | 294 |
| Gerencia: Laboratorio Clínico..... | 296 |
| Servicio: Banco de Sangre..... | 298 |
| Gerencia: Imagenología | 300 |
| Gerencia: Farmacia..... | 302 |
| Gerencia: Laboratorio de Anatomopatología..... | 304 |
| Unidad Hemodiálisis..... | 305 |
| Bloque Quirúrgico..... | 306 |
| Gerencia: Enfermería | 308 |
| Servicio: Consulta Externa | 310 |
| Unidad: Monitoreo y Control Bioseguridad Hospitalaria..... | 311 |
| SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA | 313 |
| Sub-Dirección Académica | 313 |
| DIRECCIÓN GENERAL..... | 314 |
| Gerencia: Servicio Social | 314 |
| Gerencia: Atención al Usuario | 315 |
| Unidad: Asesoría Legal | 316 |
| Oficina de Acceso a la Información Pública: | 318 |
| Gerencia: Comunicaciones y Relaciones Públicas..... | 319 |
| Servicio: Control de Proceso y Registros..... | 321 |
| SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA | 322 |
| Gerencia: Compras Generales..... | 322 |
| Gerencia: Tesorería..... | 323 |
| Gerencia: Contabilidad | 324 |
| Unidad: Análisis de Costos..... | 325 |
| Gerencia: Facturación y Seguros | 326 |
| Unidad: Control de Registros Clínicos..... | 327 |
| SUB-DIRECCIÓN GESTIÓN TALENTO HUMANO: | 328 |
| Sub-Dirección Talento Humano | 328 |
| SUB-DIRECCIÓN: PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO:..... | 329 |
| Gerencia: Planificación, Información y Conocimiento:..... | 329 |
| Gerencia: Epidemiología..... | 330 |
| Gerencia: Apoyo a Investigaciones Clínicas..... | 332 |
| Gerencia: Estadísticas, Admisión y Archivo | 333 |
| Servicios: Admisión y Archivo | 334 |
| Gerencia: Tecnología de la Información:..... | 335 |
| Gerencia: Monitoreo y Evaluación..... | 337 |
| SUB-DIRECCIÓN SERVICIOS GENERALES DE APOYOS..... | 338 |
| Gerencia de lavandería y esterilización:..... | 338 |
| Gerencia: Mantenimientos y Reparaciones:..... | 340 |

| | |
|---|------------|
| Gerencia: Limpieza y Desechos Hospitalarios: | 341 |
| Gerencia: Alimentos y Bebidas: | 343 |
| Servicio Nutrición..... | 345 |
| Gerencia: Vigilancia y Seguridad..... | 346 |
| Unidad de Vigilancia..... | 347 |
| Gerencia: Transportes..... | 348 |
| XI. NECESIDADES POR GERENCIA E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD DEL HOSPITAL 2017..... | 349 |
| A) Tabla: Plan General de inversión por gerencia y conceptos..... | 349 |
| XII. PRESUPUESTO GENERAL Y CRECIMIENTO ESPERADO..... | 371 |
| A) Tabla producción general actividades estimadas 2017. | 371 |
| B) Total Actividades Realizadas en el 2016, Total Actividades Estimadas para el 2017 y Porcentaje de Incremento Estimado para el 2017 con relación al 2016..... | 372 |
| C) Total, actividades esperada e ingresos estimados según precio promedio por actividades producidas 2017..... | 373 |
| D) Distribución Presupuesto General Según Renglones 2017..... | 375 |
| SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN | 376 |
| XIII. MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2017..... | 377 |
| A) Tabla: Indicadores, metas establecidas manera general y trimestral. | 377 |
| XIV. FORMULAS PARA CALCULAR INDICADORES HOSPITALARIOS | 379 |
| A) Formulas:..... | 379 |

I. CRÉDITOS:

| No. | NOMBRES | CARGOS |
|-----------------------------|---|--|
| Coordinación General | | |
| 1. | Dr. José Luis Coronado García | Director General, Coordinador de la Residencia de Anestesiología. |
| 2. | Dr. Roberto Cerda T. | Presidente Cergo Consulting Group (CCG) |
| 3. | Dra. Juliana Fajardo G. | Coordinadora Técnica Proyecto CCG. |
| Colaboradores | | |
| 4. | Dr. Marcel A. José Bacó Eró. | Gerente Médico y de Servicios Complementarios |
| 5. | Dr. Rafael Núñez Ureña | Enc. Dpto. Medicina Interna y Especialidades. Coordinador Gral. Consejo de Enseñanza. |
| 6. | Dr. Cristóbal Mata Castillo | Enc. Dpto. Ortopedia, Enc. Bloque Quirúrgico y Coordinador de la Residencia de Ortopedia. |
| 7. | Dra. Dalenis Pérez | Enc. Dpto. UCI |
| 8. | Dr. Roberto Francisco Abreu | Enc. Dpto. Neurocirugía |
| 9. | Dr. Edward Alonzo | Enc. Dpto. Máxilofacial. |
| 10. | Dr. Mercedes Báez | Enc. Dpto. Anestesiología. |
| 11. | Dra. Crissolidés Pérez | Enc. Dpto. Emergencia |
| 12. | Lic. Hirsalsa Acevedo Genao | Enc. Dpto. Enfermería. |
| 13. | Dr. Víctor A. Jiménez Portes | Enc. Dpto. Anatomía Patológica. |
| 14. | Dr. Julio Paredes | Enc. Dpto. Imagenología. |
| 15. | Dr. Erick Salcedo Matos | Enc. Dpto. de Cirugía y Coordinador de la Residencia de Cirugía. |
| 16. | Dra. Gertrudis de la Cruz | Unidad de Hemodiálisis |
| 17. | Dr. Fernando Reyes | Enc. Dpto. Epidemiología |
| 18. | Lic. Graciela Ospina | Enc. Bio-Seguridad |
| 19. | Dra. Ángela Orquídea García | Enc. Dpto. Farmacia. |
| 20. | Dra. Heidi Tavarez De León | Enc. Dpto. Unidad de Control de Registro Clínico |
| 21. | Dra. Marianela Rosario | Enc. Dpto. Medicina Física y Rehabilitación. |
| 22. | Lic. Dominga de León | Enc. Dpto. Laboratorio Clínico |
| 23. | Lic. Ana Antonia Rosario | Directora Técnica de Banco de Sangre |
| 24. | Sr. Miguel Coronado Ciprián | Supervisor de Avanzada |
| 25. | Lic. Yaniris Del C. Rodríguez Genao | Gerencia Financiera y Administrativa |
| 26. | Lic. Gilberto Bautista | Enc. Dpto. Contabilidad |
| 27. | Lic. Railin Espinosa | Enc. de Tesorería |
| 28. | Lic. María Acevedo | Enc. Créditos y Cobros |
| 29. | Lic. Carmen Luisa De León | Enc. Activos Fijos |
| 30. | Lic. Glenis Severino | Enc. Dpto. Costos |
| 31. | Lic. Alfonso Henríquez | Asesor de Costos. |
| 32. | Lic. Franklin G. Santos Rodríguez | Enc. Facturación, Seguros e Iguales. |
| 33. | Lic. Martín Altagracia López Sencion | Enc. de la Unidad de Revisión y Análisis de Procesos |
| 34. | Sr. Francis De Jesús Rodríguez | Enc. Dpto. Compras |
| 35. | Lic. Víctor Manuel Gervacio | Enc. Almacén de Medicamentos |
| 36. | Lic. Alvin Evangelista | Enc. Almacén Material Gastable. |
| 37. | Lic. José Agustín Reyes | Enc. Almacén de Comedor. |
| 38. | Ing. Juan Gabriel Polonia | Gerente de Planificación |
| 39. | Lic. Katherine Cornelio | Enc. de Evaluación y Monitoreo |
| 40. | Lic. Katiulka Amada Contreras | Enc. de Estadística, Admisión y Archivo |
| 41. | Ing. Milciades Angeles | Enc. Dpto. Tecnología de la Información |
| 42. | Albania Alt. Valdez Duran, MA. | Gestión del Talento Humano. |
| 43. | Lic. Juan Manuel García Núñez | Enc. de Logística Protocolar. |

| No. | NOMBRES | CARGOS |
|------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 44. | Lic. Nelson Marmolejos | Enc. Nómina |
| 45. | Lic. Zoraya Cordero | Enc. Dpto. Atención Al Usuario. |
| 46. | Sr. Franco Paulino. | Enc. Dpto. Relaciones Públicas. |
| 47. | Lic. Keyci Aybar | Enc. de la OAI |
| 48. | Sra. Belkis Ramona Monegro. | Enc. Dpto. Servicio Social |
| 49. | Lic. José Agustín Luciano | Enc. Comedor. |
| 50. | Sr. Severino Aponte Disla | Enc. Transportación. |
| 51. | Col. Juan Neptalí Quezada. | Enc. Dpto. Seguridad y Vigilancia. |
| 52. | Lic. José Luis Rodríguez | Enc. Dpto. Servicios Generales. |
| 53. | Sr. Emilio Gil. | Enc. Dpto. Mantenimiento |
| 54. | Ing. Alba Iris Vásquez | Enc. de Planta Física. |
| 55. | Licda. Yris Alt. Marmolejos | Enc. Dpto. Legal |
| 56. | Licda. Luisa Maria de Leon | Enc. De Educación Continuada |

II. INTRODUCCIÓN

“Cristaliza tus metas. Elabora un plan para alcanzarlas. Fíjate una fecha límite. Entonces, con suprema confianza, lleva adelante tu proyecto”. Paul J. Meyer

La Ley 498-06, en su artículo I establece “El Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública está integrado por el conjunto de principios, normas, órganos y procesos a través de los cuales se fijan las políticas, objetivos, metas y prioridades del desarrollo económico y social evaluando su cumplimiento” como marco de referencia para orientar la definición de los niveles de producción de bienes prestación de servicios y ejecución de la inversión a cargo de las instituciones públicas.

En esta ley, establece como instrumentos de planificación: La Estrategia Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público, los Planes Regionales y los Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales.

Desde el inicio de sus operaciones, el Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” ha venido dando cumplimiento a lo establecido en dicha ley con la elaboración del Plan Estratégico y de Desarrollo, instrumento de gestión diseñado en el interés de orientar el quehacer Gerencial haciendo énfasis en las estrategias organizativas, en la planificación orientada hacia la sostenibilidad, el monitoreo al cumplimiento de metas y en la garantía de la seguridad y satisfacción de nuestros usuarios.

Más adelante, se promulga la Ley No.1-12, que establece la “Estrategia Nacional de Desarrollo”, como marco teórico-conceptual sobre la que descansará la transición de la sociedad dominicana actual hacia una sociedad basada en el conocimiento y con una visión a largo plazo definida.

Dicha ley en el objetivo 2.2 establece los aspectos relacionados con “Salud y seguridad social integral” y específicamente en el objetivo 2.2.1 manda a “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”.

De ahí, que tomando en cuenta la ley 498-06, la ley I-12, así como lo establecido para ser un **“Hospital del Futuro en el Presente”**, definimos nuestros objetivos generales para garantizar el logro de las metas propuestas. Estos objetivos son los siguientes:

1. Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos.
2. Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.
3. Definir y ejecutar las actividades Gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación.
4. Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad.
5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.
6. Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.
7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.

El modelo de gestión que hemos implementado, establece además que para el logro de lo planificado, es imprescindible que exista coherencia entre los objetivos, la metodología, la institución y las políticas nacionales, en el interés de lograr una gestión orientada a resultados, de ahí que iniciamos el documento a partir del análisis del entorno en el cual se encuentra ubicado el hospital, con el propósito de determinar el perfil de nuestros grupos de interés, pasando por un análisis de los resultados obtenidos en el año 2016.

Es a partir de esta primera parte del documento donde para el período 2017-2020, hemos identificado nuestros objetivos estructurales, establecido metas en función de nuestras capacidades y diseñado planes de mejora que nos permitan alcanzar el logro de más y mejores resultados. De igual manera, hemos identificado las estrategias de desarrollo de cada Unidad Estratégica de Producción de Servicios de Salud (GERENCIA), en la cual se identifican aspectos relacionados con el plan de inversión en aspectos como recursos humanos, capacitación, equipamiento e infraestructura.

El objetivo fundamental de este documento es proporcionar una herramienta de gestión a la dirección y al personal Gerencial del hospital que garantice atenciones de salud con calidad y seguridad, así como un uso eficiente y oportuno de los recursos, razón por la cual esperamos que como herramienta de gestión sea utilizado por las autoridades y jefes de departamentos para la toma de decisiones objetivas, así como que sea de dominio de todo el personal de la institución.

SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES.

III. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO “PROF. JUAN BOSCH”

A) Informaciones Generales del Hospital de Traumatológico y Quirúrgico “PROF. JUAN BOSCH”

- Ubicación..... El Pino, Provincia La Vega
Nivel de Atención:3^{er} Nivel de atención especializado en Traumatología y Cirugía.

| INFORMACIÓN | ESPECIFICACIÓN |
|--------------------------------------|---|
| Área de terreno | 70,000 m ² |
| Área de construcción | 20,000 m ² (distribuidos en 6 edificaciones) |
| Cantidad de empleados | 829- Colaboradores. (Índice 10.1 empleados por cama en uso) |
| Camas instaladas | 145- Camas |
| Camas en uso | 88 - Camas |
| Quirófanos | 7- Salas de cirugía. |
| Farmacias | 2- Farmacia, (dispensación interna). |
| Ambulancias | 2 - Unidades. |
| Consultorios | 21 - Consultorios. |
| Camas UCI | 8 - Camas. |
| Área de urgencias/ emergencia | 1- Área (8 camillas, observación 3 Camillas). Shock Room 2 Triage 2, Area de Cura 2 camillas, sala de Yeso 2 camillas |
| Laboratorio clínico | 1- Área. |
| Banco de sangre | 1- Área. |
| Laboratorio de anatomía patológica | 1- Área. |
| Endoscopia y colonoscopia | 1- Unidad. |
| Unidad de Hemodiálisis | 8- Unidades. |
| Torres Laparoscópica | 2- Unidades. |
| Artroscopia | 1- Unidad. |
| Área Terapia Física y Rehabilitación | 1- Área (1- unidades de hidroterapia, 3- unidades ultrasonido, 4- lámpara de terapia infrarrojo, 2- CPM, 1- tracción cervical, 2- barras paralelas, 1- gimnasio, compresas fría y caliente, otros.) 2- Unidades Combinadas, 20 Tens |
| Microscopio quirúrgico | 2- Unidades. |
| Rayos X | 12- Equipos (1- telecomando, 2- huesos pulmón, 4- portátiles, 1- panorámico, 2- dentales, 2- arcos en C). |
| Tomógrafo | 1- Equipo. |
| Unidad sonografía | 2- Equipo. |
| Unidad audiometría y timpanometría | 1- Equipo, (cámara Insonorizada). |
| Área maxilofacial | 4- Sillones |
| Unidad video conferencia | 1- Área, (capacidad para 32 personas, puede ser aumentado hasta 40 personas). |
| Salón multiuso | 1- Área, (capacidad para 100 personas, puede ser aumentado hasta 120 personas) |
| Cafetería | 1- Área, (capacidad 80 personas) |
| Comedor | 1- Área, (capacidad 64 personas, puede ser aumentado hasta 80 personas) |
| Cocina | 1- Área |
| Lavandería | 1- Área (3- máquinas lavado, 2- máquinas secado, 2- planchados) |
| Morgue | 1- Área (2- neveras de 3 cavidades, 1- camilla necropsia, 1- mesa necropsia). |
| Parqueos | 400- Parqueos (16- para minusválido) |
| Helipuerto | 1- Área |
| Sistema tratamiento de agua | 1- Sistema de osmosis inversa |
| Planta de tratamiento del agua | 1- Sistema biológico. |

| INFORMACIÓN | ESPECIFICACIÓN |
|---|--|
| residuales | |
| Sistema energía de emergencia | 3- Unidades alternas (2 de un mega cada una y una 400 KVA para área críticas). |
| Sistema de UPS | 1- Unidad (125 KVa de 8 horas de autonomía). |
| Sistema de manejo de residuos hospitalarios | 1- Unidad (incineración pirolítica clase III, FDA, 30 Kg por hora). |
| Sistema de Gases y Succión | 1- Unidad central , (oxígeno, líquido y gaseoso de emergencia, aire comprimido, óxido nitroso, sistema de succión central). |
| Sistema de Oxígeno Central | 1- Unidad |
| Sistema de Vigilancia | 1- Unidad |
| Resonador | 1- Unidad |

B) Nuestra Misión:

Somos una institución de servicios de salud especializada, que brinda atenciones, con calidad y humanizadas, con énfasis en traumatología y cirugía, utilizando procesos asistenciales estandarizados e integrales, apoyados en la utilización eficiente de los recursos y el uso racional de tecnologías, promoviendo el constante desarrollo del conocimiento científico a través de la docencia e investigación.

(Última Revisión y actualización marzo 2017)

C) Nuestra Visión:

Alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios traumatológicos y quirúrgicos basados en la autogestión y la oferta de servicios de salud oportunos, accesibles y de calidad, garantizando la sostenibilidad y el desarrollo de nuestros Recursos Humanos.

(Última Revisión y actualización marzo 2017)

D) Valores:

Excelencia: Brindando servicios por encima de las expectativas esperadas.

Calidad: Trabajando para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios dentro de un proceso de mejora continua de todas nuestras actividades y procesos estandarizados, garantizando la equidad en la atención, el uso de la tecnología y conocimientos actualizados en salud.

Humanidad: Promoviendo en nuestro personal la sensibilidad y devoción ante sus semejantes, para garantizar un trato digno y de respeto a nuestros usuarios.

Educación: Promoviendo las actividades educativas para facilitar la formación especializada, actualización, información e investigación de Recursos Humanos facilitándoles las herramientas necesarias para desarrollar intervenciones de promoción, prevención y atención en salud.

Responsabilidad social: Promoviendo la excelencia en la entrega de servicios, con especial atención en las personas, para poder cumplir con nuestro compromiso social, económico y ambiental.

Trabajo en equipo: Implementando una serie de estrategias, procedimientos y metodologías interrelacionadas, para lograr nuestra meta, que es la satisfacción y la seguridad en la atención de nuestros usuarios.

Lealtad: Tenemos el firme compromiso de cumplir y defender el derecho de nuestra institución y de los usuarios a brindar y recibir atenciones de calidad.

Honestidad: Actuando con verdad, transparencia, justicia, ética y coherencia, tomando las decisiones en base al análisis de datos.

Integridad: Nuestro compromiso con el cumplimiento de los ejes transversales de la institución

(Última Revisión y actualización marzo 2017)

E) Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado.

Es gestionado a través del Consejo de Administración del Hospital (CAH) y de la Dirección General Hospital (DGH) la cual es el nivel operativo, en coordinación con la Gerencia Financiera y Administrativa, Gerencia Recursos Humanos, Gerencia Médica y Servicios Complementarios, Gerencia Planificación, Información y Conocimiento, Gerencia Servicios Generales de Apoyo.

F) Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH)

Responsabilidades del DGH:

- ✓ Es responsable de la dirección y administración de las operaciones del hospital y asegurar el logro de los objetivos por delegación del CAH.
- ✓ Constituir el órgano de gobierno directo del hospital y actuar en representación del CAH, de acuerdo con los estatutos.
- ✓ Realizar una gestión con equidad, honestidad, eficiente, eficaz, en beneficio de la institución y de los usuarios.
- ✓ Ser miembro ex – oficio del CAH con derecho a voz y voto.
- ✓ Dirigir las iniciativas operativas y de desarrollo estratégico, así como las políticas del hospital.
- ✓ Ser responsable ante todo el CAH y no frente a miembros individuales del CAH.
- ✓ Cumplir y hacer cumplir las disposiciones emanadas del CAH, de los estatutos y cualesquiera otras medidas dispuestas por la autoridad competente.
- ✓ Guiar la formulación de planes y programas, así como los recursos que para tales fines fueron asignados.
- ✓ Ejecutar las políticas, planes y programas por mandato del CAH.
- ✓ Invitar a algunas reuniones del CAH, a los funcionarios del hospital, asesores nacionales e internacionales, personas que a su criterio puedan aportar sus conocimientos que puedan servir de apoyo para tomar decisiones, pero siempre con la anuencia del presidente del CAH.
- ✓ Organizar los comités necesarios para el buen funcionamiento de la institución y evaluar si son ejecutados con eficiencia y eficacia los planes formulados por estos comités.

Funciones del DGH:

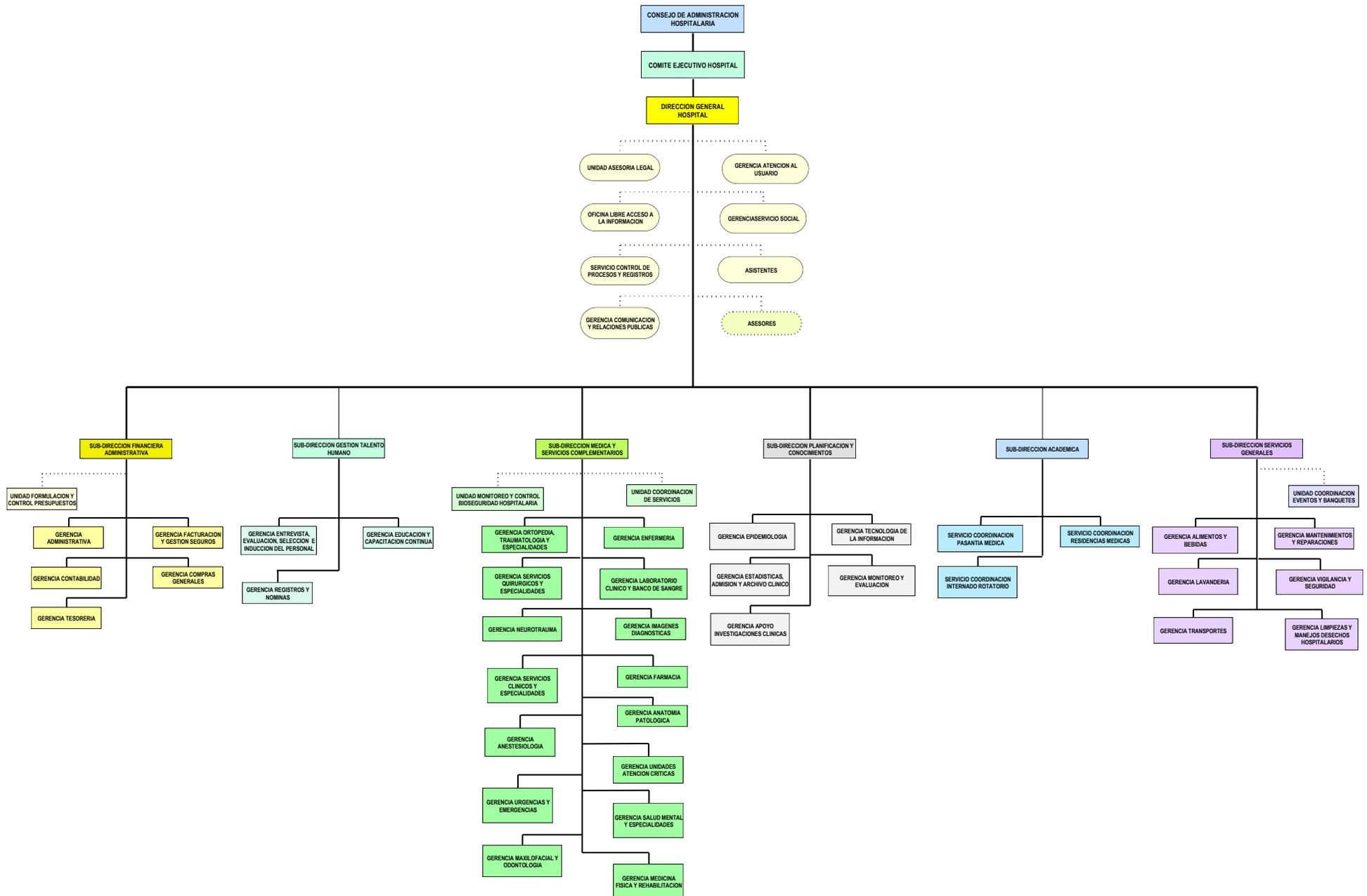
Para cumplir con sus funciones contará con los servicios de un equipo de técnicos y profesionales, seleccionados de acuerdo con los procedimientos, requerimientos y especificaciones para cada puesto, siguiendo los criterios determinados en el “Manual de Contratación del Personal” establecido en el hospital, conforme a las disposiciones y lineamientos trazados por el CAH y la Secretaria de Estado de Trabajo.

- a) **Representante del Hospital:** El DGH es el representante legal del mismo y tendrá la autoridad para hablar en nombre del hospital y representarlo en asuntos oficiales.
- b) **Dirección de Personal:** El DGH goza de la facultad de realizar la contratación de todo el personal del hospital. La contratación de los Jefes de departamentos deberá ser presentada al CAH para su ratificación. Tendrá la facultad de despedir a cualquier empleado del hospital por motivos justificados, disponer ascensos o descensos de puesto, trasladar de áreas al personal si lo cree conveniente para el beneficio de la institución.
- c) **Informes:** Presentar informe mensual y cuatrimestral sobre producción, estado financiero del hospital, indicadores, entre otros.
- d) **Garantía de la Calidad en la Atención Médica Hospitalaria:** Deberá garantizar la calidad de las atenciones basado en protocolos, normas y procesos estandarizados y un plan de capacitación de educación continua y entrenamiento del personal. Además del desarrollo de actividades claves enfocadas en garantizar la calidad que desarrollará cada jefe de departamento en su departamento, para lo cual deberá recibir informes periódicos de los jefes de departamentos y desarrollo de esas actividades. Como medida de control garantizará a través de la Gerencia de Monitoreo y Evaluación las auditorías periódicas del adecuado y oportuno llenado de las informaciones en las historias clínicas; cumplimiento de los protocolos y procesos de atención, para asegurar que los procedimientos y logística establecidas de manera general y por los departamentos sean cumplidos por el personal operativo y dirigenal como base de la seguridad brindada en la atención ofrecida en el hospital.

- e) **Sistemas de Información:** Debe propiciar que se aplique un sistema de información capaz de generar reportes con indicadores útiles para el Sistema Nacional de Salud, el CAH, los jefes clínicos y los jefes de departamentos. Debe poner énfasis en sistemas de información que brinden datos sobre la condición financiera del hospital de manera oportuna, confiable y que proporcionen datos estadísticos, clínicos y administrativos. Debe presentar un informe mensual al CAH respecto a las actividades desarrolladas, cumplimiento de metas, comportamiento de indicadores y costos de los procedimientos y la condición financiera del hospital.

Debe garantizar que se mantenga una vigilancia constante del buen llenado de los registros y la calidad de los datos registrados en los departamentos.

G) Organigrama Orgánico Gerencial HTQPJB



H) Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Desconcentrado:

- a) Los recursos son recibidos a través del Poder Ejecutivo, (Presupuesto, Ministerio de Salud Pública) fundamentado en la entrega de servicios a los usuarios.
- b) También se captan fondo a través de las contribuciones de los usuarios, contratos con empresas, donaciones recibidas de personas e instituciones y venta de servicios a Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) públicas y privadas.

I) Principales Grupos de Interés:

- i. Son los **Usuarios Externos** y sus necesidades al ser la razón de existir del hospital.
- ii. Los **Usuarios Internos (Colaboradores)** al ser nuestro principal capital, y el soporte principal para el logro de los objetivos del hospital.
- iii. Las **personas e instituciones que financian** la prestación de los servicios de salud en la institución como son las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS's) privadas, pública y mixtas.
- iv. **Grupos de interés secundarios:** Proveedores, entidades de financiamiento, entidades de educación superior, centros homólogos, entidades relacionadas y comunidades entre otros. Estos representan oportunidades para mejorar y/o complementar las acciones que desarrolla el hospital.

J) Cartera de Servicios por Direcciones y Departamentos.

Actualizada diciembre 2016

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|--|--|---|
| GERENCIA: MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | |
| DEPARTAMENTO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | | |
| Consulta Externa | Recepción de los usuarios en el área de consulta externa, ya sea de primera vez o subsecuente en la consulta o departamento pertinente. Usuarios de primera vez para conducirlos o informarles al área subespecializada a la que deben asistir y cuáles son los pasos y documentos requeridos de acuerdo a su patología de base diagnosticada en consulta primera vez. Patologías quirúrgicas de ortopedia, de cirugía general, cirugía plástica, bucomaxilofacial, oftalmológica, urológica, cirugía vascular, así como, neurología, nefrología, anestesiología, cardiología, psicología, psiquiatría, nutrición, ginecología u otras. Identificación de historiales previos o informaciones pertinentes sanitarias que sean de competencia para la asesoría y servicio al usuario. Conducción y canalización de procedimientos burocráticos administrativos de los usuarios privados o asegurados para conseguir autorizaciones, citas para procedimientos quirúrgicos, completar formularios de ingreso o clínico/quirúrgico para enviar al dpto. pertinente, sea admisión y archivo u otro. | Referimiento interno de medicina familiar o primera vez con los documentos, analíticas y fichas clínicas completadas para exploración futura o subsecuente por el área pertinente. Confección de la historia clínica, indicaciones de los estudios pertinentes de laboratorio, de imágenes, u otros procedimientos menores como son: curas menores o retiro de suturas en consultorios, procedimientos menores, cambio de apósitos, tallado y pesado, Papanicolaou, biopsias menores. Además se añadirán aquellos procedimientos o conductas específicas mencionadas en otros dptos. en lo subsecuente. Colaboración con los demás departamentos del hospital para la realización y complementarización de tareas específicas o en común. Suministro de materiales gastables y papelería en los distintos consultorios. |
| Ortopedia y Traumatología | Fracturas con lesiones asociadas neurológicas o vasculares, fracturas abiertas o contaminadas, usuarios politraumatizados, fracturas de manejo ambulatorio, lesiones articulares de hombro, codo rodilla y tobillo, fracturas de cintura escapular, hombro, brazo, codo, y antebrazo, muñeca y dedos, fracturas de caderas, trans-trocantéricas, cervicales, cabeza femoral, pelvis, acetabulares, fracturas de fémur en cualquier segmento y fracturas de tibia y peroné, fracturas maleolares y del pie, fracturas de columna. Lesiones por pérdida de hueso, acortamiento, malformaciones congénitas pie equino-varo pie, zambo, genu-valgo, manejo tumores óseos, manejo de osteomielitis. | Reducciones y enyesado. Fijación y osteosíntesis. Reemplazos articulares. Inmovilización de fracturas. Reducción e inmovilización de luxaciones. Colocación de fijadores, reducciones y enyesado, artroscopia Procedimientos reconstructivos quirúrgicos. Manejo de tumores óseos Implantes y reemplazos articulares. Artrocentesis diagnóstica. |
| DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES | | |
| Cirugía General | Heridas traumáticas: heridas de arma blanca, heridas por arma de fuego, politraumatizado general, politraumatizado con quemaduras, trauma herida de cuello, trauma herida de tórax (hemoneumotórax, hemopericardio, tórax flácido, múltiples facturas, lesiones traqueo bronquiales). Trauma y heridas abdomen (hemoperitoneo: lesión hepática, páncreas, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas). Heridas retroperitoneales, Heridas y traumas extremidades y lesiones vasculares traumáticas. quiste del conducto tirogloso, quistes y tumores del tiroides, paratiroides y demás tejidos blandos del cuello, abdomen agudo: úlceras pépticas gástricas y , duodenales perforadas o hemorrágicas, sangrado gastrointestinal alto, varices esofágicas sangrantes, colecistitis aguda y crónica, colédoco litiasis, pancreatitis aguda, absceso pancreático, ictericia obstructiva, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis aguda, diverticulitis, sangrado intestinal bajo, peritonitis, sepsis, abscesos, eventraciones y dehiscencias, cuerpo extraño, cáncer gastrointestinal, Tratamiento quirúrgico: Traqueotomía, acalasia, hernia hiatal, tumores de esófago gástrico, colon, hernias ventrales epigástricas, umbilicales, Spiegel, post operatorias, | Paracentesis, exploración de heridas, laparoscopia, toracoscopia, tubo de pecho, toracentesis, pericardiocentesis, toracotomía, fijación costal, traqueotomía, laparotomía exploratoria, hepatografía, segmentectomía, esplenografía, esplenectomía, nefrorrafia, nefrectomía, suturas vasculares (cava, aorta, ilíacas), sutura de perforaciones gastrointestinales, gastrostomía, yeyunostomía (alimentación), gastrectomía (total, parcial), vagostomía + gastroderivación y anastomosis para úlceras, colesistectomía clásica y laparoscopia, exploración colédoco, drenaje pancreático, derivación pseudoquiste pancreático, pancreatectomía, Duval Pweston Gilesby, derivaciones bilioentéricas, lisis de adherencias, resecciones intestinales, colostomía, ileostomía, cecostomía, Apendicetomía, lavado cavidad y drenaje por sepsis y abscesos, hemorroidectomías, fiscerectomía, fistulectomía, tiroidectomía total, subtotal, lobectomía, nodulectomía, paratiroidectomías, paratiroidectomías, |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---|---|--|
| | <p>inguinales, femorales, petit, bocio, enfermedad tiroglosa, enfermedad braquial, glándulas salivares (parótidas y submaxilares), paratiroides.</p> <p>mamas: tumoraciones y quistes de piel, tegumento, ganglios (sistema linfático), biopsias.</p> <p>Hemorroides, fisura anal fisura perianal, prolapso, incontinencia y enfermedad pilonidal , manejo quirúrgico de la obesidad</p> | <p>extirpación de quistes y fístula tiroglosa, branquiales, mastotomías por quistes, mastectomías por cáncer, herniorrafias, extirpación de quistes y tumores (piel y tejido blando), amputaciones por problemas vasculares, infecciosos (gangrenas, diabetes). Gastrectomía laparoscópica en manga</p> |
| Oftalmología | <p>Cuerpos extraños superficiales y penetrantes, traumas diversos en los ojos, blefaritis, conjuntivitis bacteriana o viral, conjuntivitis alérgica, úlceras de conjuntivas, patología del saco y conductos lagrimales, quemaduras, querato conjuntivitis (seca, alérgica, química, traumática), secapterigion, queratitis vírica, queratitis distrofia endotelial de Fuchs, queratocono, epiescleritis, escleritis, uveítis, anterior, posterior y uveítis parasitaria, tumores del ojo, melanoma del iris, glaucoma, desprendimiento de la retina, oclusión de la arteria de la retina, degeneración macular, senil exotropía, infantil exotropía, neuropatía óptica, catarata, ametropía, luxación del cristalino postraumático, hemorragia vítrea, retinopatía diabética.</p> | <p>Retiro de cuerpo extraño, suturas diversas, cirugías diversas, consultas de emergencias, aplicación de medicamentos.</p> |
| Cirugía Plástica | <p>Quemaduras, mordeduras, cirugías de manos, reimplantes de miembros, reconstrucciones post traumáticas, post tumoral, escaras de presión, corrección de cicatrices, rejuvenecimiento facial, heridas complejas.</p> | <p>Cirugías reconstructivas, (contracturas post-quemaduras), lesiones de mano, cirugías estéticas. abdominoplastía aumento o disminución de senos cirugía de nariz, cirugía de párpados</p> |
| Cirugía Vascul | <p>Aneurismas, lesiones arteriales y venosas, varices, (insuficiencia venosa periférica) insuficiencia arterial periférica.</p> | <p>Reparación de lesiones arteriales y venosas, safenectomía, by pass arterial, reparaciones vasculares, fistulas arteriovenosas y Accesos vasculares para hemodiálisis, Amputaciones</p> |
| Cirugía Torácica | <p>Tumores pulmonares, quistes y bulas pulmonares, neumotórax, abscesos pulmonares, hemotórax, lesiones pleurales, trauma torácico, patología mediastínica, timoma, quiste pericárdico, taponamiento cardiaco, derrame pericárdico, lesiones de traquea y esófago, derrames pleurales, empiemas, quilotórax.</p> | <p>Toracotomía mínima y abierta, lobectomía pulmonar, pneumonectomía, timectomía, pericardiocentesis, toracocentesis, pleurodesis, decorticación, drenaje torácico, resección de quistes pericárdicos, ventana pericárdica, reparación de lesiones traqueales y esofágicas, exéresis de tumores esofágicos, esofaguectomía.</p> |
| Cura y Ostromía | <p>Heridas abiertas e infectadas, abscesos, cura de ostromía</p> | <p>Desbridamiento y cura de heridas, drenaje de abscesos, sutura.</p> |
| Cirugía Ginecológica | <p>Miomatosis uterina, desgarros vaginales, quiste de ovarios, recto-cistocele, quiste de Bartholino, , displasia cervical, dolor pélvico crónico,</p> | <p>Histerectomía, reparación de desgarros perineales, extirpación de quistes y tumores de ovario, colpoperinorrafia, drenaje de absceso y extirpación quiste glándula Bartholino, conización cervix. Laparoscopia diagnóstica</p> |
| DEPARTAMENTO EMERGENCIA | | |
| Emergencia | <p>Politraumatismos, heridas diversas, quemaduras, laceraciones, intoxicaciones, abdomen agudo, dolores de diversas causas, asfixias, traumas torácicos, abdominales, craneoencefálicos, faciales, músculoesqueléticos (fracturas, esguinces, luxaciones etc.), genitourinarias, geriátricos, paro cardiorrespiratorio, shock hipovolémico, crisis convulsiva de diferentes etiologías, penetración de cuerpo extraño y sustancias irritantes y/o corrosivas en ojos, oídos, nariz, boca, heridas por armas de fuego de diferentes calibres y tipos, heridas por armas blancas, manejo de lesiones ambientales(hipotermia, urgencias por calor, mordeduras y picaduras por artrópodos y reptiles, semiahogamiento, quemaduras térmicas y químicas , lesiones eléctricas</p> | <p>Consulta de urgencias /asistencia de emergencias, observación, reanimación hídrica parenteral/ transfusión sanguínea extracción de cuerpo extraño, taponamiento nasal, maniobras de reanimación cardio-pulmonar, desfibrilación, servicios de ambulancia, lavado gástrico, nebulización, lavado de oído, hidratación parenteral/ oral, intubación endotraqueal, toracostomía mínima bajo sello de agua (tubo de pecho), indicación de estudios por imágenes, toma de muestras para analítica, administración de medicamentos.</p> |
| Observación (Área de Recuperación) | <p>Observación de usuarios por 4-6 horas, trauma leve, moderado, asma, deshidrataciones, traumas craneales, descargas eléctricas (quemaduras) intoxicaciones, espera</p> | <p>Hidratación usuarios, administración primera dosis de medicamentos, transfusiones</p> |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---|---|--|
| | para ser admitido en hospitalización, miocardiopatías, accidentes cerebrovasculares, abdomen agudo. | sanguíneas (hospitalarias/ambulatorias), nebulizaciones, monitoreo. |
| Quirófano Emergencia | Herida penetrante de tórax y abdomen, control de hemorragias en amputaciones, fractura abiertas, heridas por arma blanca de grandes dimensiones, parto inminente, trauma cerrado de abdomen con evidencia de shock hipovolémico, trauma músculo- esquelético cerrado (fracturas cerradas, luxaciones) hemartrosis. | Amputaciones, artrocentesis, reducciones, laparoscopia y laparotomía de emergencia, partos inminentes, reducciones cerradas, lavado quirúrgico, cirugías menores, procedimientos quirúrgicos diversos de usuarios ingresados en planta. |
| Área de Sutura | Heridas diversas, heridas por armas de fuego sin compromiso a órganos o sistemas vasculonervioso. | Exploración de heridas, sutura de heridas, retiro de suturas, drenajes (cambio de sondas), desbridamiento. |
| Sala de Yeso | Traumas, esguinces, fracturas, luxaciones menores | Reducción de fracturas menores e inmovilización, reducción de luxaciones e inmovilización, colocación de yeso (botas, guantes de yeso, etc.) colocación de férulas, Velpeaux. |
| DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES | | |
| Medicina interna | Evaluación prequirúrgica, HTA sistémica, cardiopatías hipertensivas e isquemias, angina de pecho (estable e inestable), accidentes cerebro vasculares (isquémicos y hemorrágicos), miocardiopatías, insuficiencia cardiaca, anemia, diabetes tipo 1 y 2, asma, neumonía, anemia, enfermedades reumatológicas, accidentes cerebro-vasculares, convulsiones, epilepsia, déficit neurológicos, secuelas neurológicas post trauma, lumbalgias | Evaluación pre-quirúrgica, colocación de catéter, sondajes, frotis de sangre periférica, toracentesis, aspirado medula ósea, paracentesis, EKG, fondo de ojo, punción lumbar |
| Medicina Familiar | Consulta primera vez, patologías generales. | Consultas, tratamiento de morbilidades, capacitaciones, registro de información, derivación de usuarios a consulta especializada. |
| Gastroenterología | Sangrado gastro-intestinal alto y bajo, síndrome ulcero péptico, enteritis aguda y crónica, síndrome icterico. | Endoscopia. |
| Cardiología | Cardiopatías hipertensivas e isquémicas, angina de pecho (estable e inestable), miocardiopatías, insuficiencia cardiaca, arritmias. | Electrocardiograma, fondo de ojo, digitalización, anticoagulantes. |
| Infectología | Sepsis, gangrena, encefalitis post trauma, neumonía, | Punción lumbar, control infecciones. |
| Salud Mental | Depresiones, ansiedad, psicoterapia, crisis histérica, trastornos de conducta, intentos de suicidio. | Interconsultas, evaluaciones, apoyo psicológico, administración de fármacos, psicoterapia. |
| Nefrología | Insuficiencia renal aguda y crónica, hemodiálisis, infecciones vías urinarias, hematurias | Diálisis renal y peritoneal. |
| Hematología | Anemias, leucemias, coagulopatías, mielodisplasias. | FSP, aspirado de medula ósea |
| Endocrinología | Consulta de patologías clínicas, manejo de trastornos agudos en usuarios politraumatizados. | Consultas |
| Neumología | Consulta de patologías clínicas, manejo de usuarios críticos. | Broncoscopía, lavado bronquial, broncoscopía diagnóstica en trauma torácico, toma de muestras para biopsias. |
| Nutrición | Consulta, trastornos nutricionales, manejo clínico de obesidad, manejo clínico de usuarios desnutridos, anorexia, bulimia. | Tamizaje nutricional, soporte nutricional enteral y parenteral, preparación de fórmulas. |
| DEPARTAMENTO CUIDADOS INTENSIVOS | | |
| UCI Adultos | Politraumatizado, trauma craneoencefálico severo, post quirúrgicos complicados , hematomas intracraneales post trauma , lesiones traumáticas de columna vertebral , trauma de tórax, hemo neumotorax, fracturas múltiples de huesos largos, trauma cerrado de abdomen, ruptura de vísceras huecas, embolia grasa, trombembolismo pulmonar , trauma difuso de tejido blando, sepsis y shock séptico, síndrome de distress respiratorio agudo , shock hipovolémico, encefalopatía tóxica, tétanos, desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico, meningitis post traumática, herida de arma de fuego y arma blanca . | Colocación de catéter venoso central y PVC, intubación endotraqueal, traqueostomía , ventilación mecánica invasiva y no invasiva , terapia respiratoria, nutrición enteral y parenteral, toracocentesis y paracentesis, EKG, monitorización básica e invasiva , capnografía . |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|--|---|--|
| DEPARTAMENTO NEUROCIROUGÍA | | |
| Neurotrauma | <p>Traumatismos craneoencefálico cerrado: conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales.</p> <p>Traumatismo craneoencefálico abierto: fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca.</p> <p>Lesiones traumáticas de columna vertebral. Lesiones traumáticas de nervio periférico. Complicaciones y secuelas de trauma cráneo encefálico. Hidrocefalia postraumática, defecto óseo craneal, absceso cerebral traumático, fístula carotídeocavernosa, hematoma subdural crónico.</p> | <p>Manejo clínico del usuario neurotraumatizado. Craniectomía descompresiva. Evacuación de hematomas. Craniectomía, esquirectomía, extracción de cuerpo extraño. Laminectomía descompresiva. Fijación de columna, abordaje anterior de columna cervical. Reparación de nervio periférico. Derivación ventrículo peritoneal o atrial. Craneoplastia. Drenaje de abscesos y hematomas.</p> |
| Neurocirugía | <p>Patologías vasculares cerebrales: hematomas intraparenquimatosos espontáneos, aneurismas intracraneales.</p> <p>Tumores diversos del sistema nervioso. Enfermedades infecciosas del sistema nervioso: absceso cerebral, empiema. Malformaciones congénitas del sistema nervioso: hidrocefalias, mielomeningocele, encefalocele, craneosinostosis, quistes diversos. Patologías de columna vertebral: hernia discal, enfermedades degenerativas de la columna (fracturas patológicas).</p> | <p>Evacuación de hematomas espontáneos, clipaje de aneurisma. Extirpación de tumores. Drenaje de abscesos y empiema. Derivación ventrículo peritoneal, reparación de mielomeningocele y encefalocele, apertura de suturas del cráneo y reconstrucción craneal. Laminectomía y discectomía lumbar, abordaje anterior de columna cervical, fijación de columna. Manejo neuroquirúrgico.</p> |
| DEPARTAMENTO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | |
| Terapia Física y Rehabilitación | <p>Incapacidad motora, lesiones medulares. Trauma cráneo-encefálico. Parálisis facial central. Paraplejías y hemiplejías, tetraplejías, hemiparesias, lesión de nervio periférico, hernia discal. Limitaciones funcionales post inmovilización, amputaciones, quemaduras, secuelas, encamamiento prolongado, Disfasia, afasia (trastornos del habla). Limitaciones funcionales post inmovilización. Amputaciones, quemaduras, limitaciones funcionales, incapacidad funcional.</p> | <p>Calor húmedo superficial y profundo. Hidromasajes. Rango de movimiento articular. Estimulación eléctrica. Hidroterapia. Mecanoterapia. Terapia ocupacional.</p> |
| DEPARTAMENTO CIRUGÍA MÁXILOFACIAL | | |
| Maxilofacial | <p>Fracturas panfaciales, fracturas Le Fort tipo I, II, III Fractura nasal, fracturas mandibulares, sínfisis, parasínfisis, cuerpo, ángulo, ramo, cóndilo, coronoides, fractura de maxilar, fractura de malar, fractura de arco, fractura de orbita, fractura frontal. Fractura coronal no complicada, fractura coronal complicada, fractura corona- raíz no complicada, fractura corona-raíz complicada, fractura radicular, trauma al tejido periodontal, subluxación, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar.</p> <p>Patología infecciosa oro facial. (Inflamación, reacción inflamatoria, flemones, inflamación del diente y su entorno, inflamación de la región del maxilar, inflamación de la región mandibular, sinusitis odontogénica, infecciones en maxilares, comunicaciones. Tumores no odontogénicos. Tumores malignos formadores de hueso: Osteosarcoma, Condrosarcoma, fibrosarcoma Glándula salivares: Desorden de secreción: Xerostomía, sialorrea, sialadenosis, sialolitiasis, quiste de los conductos salivares, sialadenitis, tumores salivares de origen epitelial, adenoma monomorfo, pleomorfo, tumores malignos de glándula salivar. Estudios Radiográficos Cirugía Plástica Facial:</p> | <p>Manejo conservador o quirúrgico. Colocación de férula de Erich, taponamiento endonasal, refracturación y fijación con material de osteosíntesis, o con micro o macro placa de titanio. Exodoncia, inmovilización con diente adyacente mediante braquets ortodóntico, férula de Erich, férula de composite o acrílico.</p> <p>Colocación de apósito sedante en el caso de pulpitis y otras patologías del diente. Panorámicas.</p> |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---|---|---|
| | Cirugía Ortognática Cirugía rejuvenecimiento facial Listing Facial Blefaroplastia Rinoplastia primarias o secundaria Labio Leporino y paladar hendido Cirugía de Apnea del sueño Uvulopalatofaringoplastia Correccion Septum nasal Mentoplastia Osteotomia de Power Avance Maxilo-mandibular CPP Implantología dentaria. | |
| DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA | | |
| Patología Clínica y Quirúrgica. | Patología quirúrgica: Estudios anatomopatológicos | Biopsias y piezas quirúrgicas histopatológicas. Procesamiento de muestras e interpretación. Almacenamiento de datos. Reporte de piezas quirúrgicas. |
| Citología | Estudios citológicos | Frotis cervicovaginal, tumores, líquidos en cavidades y órganos (tiroides, ganglios, etc.), citología de biopsia por aspiración de aguja fina. |
| Morgue | Patología forense: Trámites de acta de defunción, retiro de cadáveres, disposición de miembros amputados. | |
| DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGÍA | | |
| Anestesiología | Consulta de anestesia, anestesia, analgesia, sedación, manejo de vías aéreas, resucitación cardio-pulmonar, punción de vena y arteria (canalizaciones), consulta preanestesia, parche hemático espinal. | Medicación pre-anestésica, complicaciones post-anestésicas, administración de anestesia general: endovenosa, inhalatoria y balanceada. Administración anestesia regional: bloqueo peridural, bloqueo subaranoideo, bloqueo de plexo braquial, bloqueo de Bier. Monitorización: (tipo I y tipo II) presión arterial no invasiva, PVC EKG, pulsioxímetro, etco2, temperatura, otros. Manejo de vías aéreas: intubación oro traqueal, intubación naso traqueal, mascara laríngea, Guedel, mascarilla facial. Administración de fluidos: sangre, líquidos y electrolitos. Canulación: vía venosa, vía periférica, vía central, arterial. Analgésica post-quirúrgica Colocación de catéter peridural Anestesia y analgesia postquirúrgica Parche hemático espinal. |
| DEPARTAMENTO FARMACIA | | |
| Farmacia Hospitalaria | Dispensación de medicamentos y material médico quirúrgico a las áreas de hospitalización, emergencia, UCI, Cirugía, yeso, cura. | Entrega de medicamentos y material médico quirúrgico, a las áreas de manera oportuna y eficiente. Garantizar la existencia de los medicamentos e insumos médicos necesarios para la asistencia de los usuarios en el centro. Almacenamiento de los medicamentos y material gastable, control de caducidades, organización, otros. Registro de consumos de medicamentos por unidades estratégicas y por usuarios. |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---|--|--|
| | | Funcionamiento de la guía fármaco terapéutica elaborada en base a los requerimientos establecidos en los protocolos clínicos de procedimiento del área médica. Garantizar la eficiencia y eficacia de la Gerencia. |
| DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | | |
| Enfermería | Realizar dieta del usuario, proporcionar higiene general, toma de signos vitales, proporcionar apoyo emocional a usuarios y familiares, arreglo de la unidad del usuario, administración de medicamentos, colocación de sonda vesical y nasogástrica, protección de las áreas de presión, traslado de usuarios a las diferentes áreas, cuidados post mortem Admisión y egreso del usuario, escritura en expediente clínico y kardex de medicamento, asistencia al médico y orientación al usuario en consulta externa, alimentación asistida a discapacitados, toma de muestras de orina y heces fecales, pase de visita con el médico a los usuarios, asistir en colocación de catéter venoso central, medir presión venosa central "PVC", circular en área quirúrgica, controlar balance hídrico de los usuarios, Solicitar los insumos necesarios, toma de temperatura, reanimación cardiopulmonar "RCP", oxigenoterapia, aspiración nasogástrica, cuidado de traqueotomía, higiene bucal, colocación de patos u orinales, preparación y esterilización de material quirúrgico, canalización de vías periféricas, preparación pre-quirúrgica, orientación a usuarios y familiares antes de la cirugía, realización de curas, Vigilar monitoreo de usuario de UCI, cambio de posición según necesidad, aplicación de enemas evacuantes, aplicación de lámparas de calor, masaje percutorio, aspiración endotraqueal, lavado de manos, uso de guante estéril, alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión. | Higiene general, toma de signos vitales, arreglo de unidad, administración de medicamentos, Colocación de sonda vesical, colocación de sonda nasogástrica, Protección de las áreas de presión, Traslado de usuarios a las diferentes áreas, cuidados post mortem, admisión y egreso del usuario, alimentación por gavage, toma de muestra de orina y heces fecales, pases de visitas con el médico a los usuarios, medir "PVC", circular en área quirúrgica, toma de temperatura, reanimación cardiopulmonar "RCP", colocación de oxígeno, aspiración nasogástrica, cuidado de traqueotomía, higiene bucal, preparación y esterilización de material quirúrgico, canalización de vías periféricas, preparación pre-quirúrgica, cura de heridas, aplicación de enemas evacuantes, aplicación de lámparas de calor, masaje percutorio, aspiración endotraqueal, lavado de manos, uso de guante estéril, alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión. |
| DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE | | |
| BANCO DE SANGRE | Promoción de la donación voluntaria de sangre. Captación y selección de donantes internos y externos. Reclutamiento de Donantes solidarios para cirugías electivas, así como a los donantes por reposición de sangre usadas en urgencias. Extracción, conservación o almacenamiento, tamizaje y procesamiento de las unidades de sangre y sus componentes. Separación de hemocomponentes (Sangre total, paquete globular, plasma rico en plaquetas, plasma fresco congelado, Concentrado de plaquetas) Entrega de resultados a los donantes. | Entrevista. Toma de muestra. Hematología: Hemograma Inmunoematología: Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU Pruebas Especiales: HIV, HBsAg, HVC, HTLV I-II, CORE TOTAL, VDRL. |
| DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO | | |
| | PRUEBAS REGULARES | PRUEBAS ESPECIALES |
| Hematología | Hemograma, hematozoarios, conteo de plaquetas, eritrosedimentación, frotis de sangre periférica, conteo de reticulocitos, conteo de eosinofilos, falcemia, filaria, estudio liquido sinovial, estudio liquido cefalorraquídeo, investigación de hemoglobina, retracción de coagulo, serie blanca, serie roja. | Alfa fetoproteína, antígenos australiano, IgM, HBsAG, hepatitis C, marcadores hepáticos, anti HIV-I-II, test de guayaco, antígeno CEA-125, antígeno CEA total, dengue ant IgM- IgG, Anti A IgM- IgG, ferritina, grupo sanguíneo y Rh, inmunoglobulina E, toxoplasma IgM- IgG, PSA total, PSA libre, HTLV I y II. |
| Coagulación y Serología | VDRL, VDRL en liquido cefalorraquídeo, FTA-ABS, ANA, A.S.O, antiestreptolisina O, proteína C reactiva, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial tromboplastina, fibrinogeno, factor reumatoide, | |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|----------------------------------|---|--|
| | proteína C reactiva, monotest, reacción aglutinina febriles, tipificación, Coombs directo, Coombs indirecto, dengue, Ig G, Ig M, HIV. | |
| Bioquímica Sanguínea | Glucemia, glicemia post prandial, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, Urea, Hb glucosilada, triglicéridos, bilirrubina, curva tolerancia a la glucosa, fosfatasa alcalina, BUN, creatinina, proteína totales, albúmina, amilasa, lipasa, LDH, CPK, CKMB, transferrina, aldolasa, electrolitos, hierro, gases arteriales, amilasa en suero, calcio en suero, cloro en suero, CPK total, creatinina, fósforo en suero, magnesio en suero, potasio en suero, proteína totales, proteína en orina, proteína en LCR, sodio en suero, hierro en suero, captación de hierro, depuración de creatinina, TGG. | |
| Endocrinología | Estradiol, gonadotropina B, FSH, LH, progesterona, prolactina, T3, T4 libre-total, testosterona, troponina cualitativa, TSH. | |
| Microbiología | Cultivos (varios), antibiograma, tinción de Gram, BK, BARR, coprocultivo, espermacultivo, hemocultivo, tinción, Zeihl Neelsen, urocultivo. | |
| Parasitología | Coprológico, investigación de sangre oculta, leucocitos, filarias, hematozoarios, digestión, investigación perianal de oxiuros. | |
| Uroanálisis | Examen de orina completo, prueba de embarazo en orina, proteína Bence Jones. | |
| DEPARTAMENTO IMÁGENES | | |
| Rayos X | Traumas diversos, Luxaciones, Esguinces, Fracturas, Procesos Infecciosos, Dolores de origen a investigar, tumoraciones, malformaciones, seguimiento evolución tratamiento o patología; Patologías Endocrinas, Sistema Cardiovascular, sistema Gastrointestinal, Sistema Genitourinario, Sistema Respiratorio, Patologías y trastornos de los órganos de los sentidos. | Craneo AP y Lateral, Senos Paranasales, Huesos Propios de la Nariz, Water, Perfil de Cavum (Adenoide), Columna Cervical AP, Lateral y Oblicua; Cuello AP y Lateral; Columna Dorsal AP, Lateral y Oblicua; Columna Lumbo/Sacra P, Lateral y Oblicua; Pelvis AP y Rana, Coccix, Cadera (Coxo/Femoral), Tórax PA, Tórax AP (Costilla), Torax Lateral, Torax Oblicuo, Hombro P, Lateral y Oblicua; Clavícula, Escápula, Brazo AP, Lateral; Codo AP, Lateral; Muñeca AP, Lateral; Mano AP, Oblicua; Fémur AP, Lateral; Rodilla AP, Lateral y Axial; Pierna (Tibia y Peroné) AP, Lateral; Tobillo AP, Lateral; Pie AP, Lateral; Calcáneo, Panorámica de Miembros Inferiores, Abdomen Simple Decúbito, Abdomen Simple de Pie, Abdomen decubito lateral, Edad Osea, Serie Osea, Mastoides AP, Lateral. |
| Sonografía | Traumas diversos, Luxaciones, Esguinces, Fracturas, Procesos Infecciosos, Dolores de origen a investigar, tumoraciones, malformaciones, seguimiento evolución tratamiento o patología; Patologías Endocrinas, Sistema Cardiovascular, sistema Gastrointestinal, Sistema Genitourinario, Sistema Respiratorio, Patologías y trastornos de los órganos de los sentidos. | Abdominal. Pélvica suprapúbica. Músculo-esquelética. Partes blandas. Tiroides. Escrotal. Mamas. Cuello. Oftálmica. |
| Tomografía | Traumas diversos, Luxaciones, Esguinces, Fracturas, Procesos Infecciosos, Dolores de origen a investigar, tumoraciones, malformaciones, seguimiento evolución tratamiento o patología; Patologías Endocrinas, Sistema Cardiovascular, sistema Gastrointestinal, Sistema Genitourinario, Sistema Respiratorio, Patologías y trastornos de los órganos de los sentidos. | Cráneo: Fase Simple, Contrastado y Ventana Ósea. Hipófisis (contrastada). Orbita (simple y contrastada). Oído (simple y contrastada). Mastoides. Senos Paranasales. Cara. Cuello: Simple y Contrastado (Partes Blandas). Columna Cervical. Columna Dorsal. |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|--|---|---|
| | | Columna Lumbar. Pelvis: Simple y Contrastada. Tórax Simple y Contrastado. Abdomen Simple y Contrastado. Cóccix. Extremidades Superiores e Inferiores. Colonoscopia virtual. |
| Resonancia | Traumas diversos, Luxaciones, Esguinces, Fracturas, Procesos Infecciosos, Dolores de origen a investigar, tumoraciones, malformaciones, seguimiento evolución tratamiento o patología; Patologías Endocrinas, Sistema Cardiovascular, sistema Gastrointestinal, Sistema Genitourinario, Sistema Respiratorio, Patologías y trastornos de los órganos de los sentidos. | Cráneo: Fase Simple y contrastado. Mandíbula (ATM). Hipófisis Fase simple y contrastada. Cuello: Simple y Contrastado (Partes Blandas). Columna Cervical. Columna Dorsal. Columna Lumbar. Pelvis: Simple y Contrastada. Tórax Simple y Contrastado. Abdomen Simple y Contrastado. Cóccix. Extremidades Superiores e Inferiores. Cadera. Próstata. Escroto. Glúteo. |
| Estudios Contrastados | Traumas diversos, Luxaciones, Esguinces, Fracturas, Procesos Infecciosos, Dolores de origen a investigar, tumoraciones, malformaciones, seguimiento evolución tratamiento o patología; Patologías Endocrinas, Sistema Cardiovascular, sistema Gastrointestinal, Sistema Genitourinario, Sistema Respiratorio, Patologías y trastornos de los órganos de los sentidos. | Urografía Excretora. Uretrografía Retrograda. Cistograma De Relleno. Tránsito Intestinal. Esófagograma. Serie Gastroduodenal. Serie Esófago-Gastro-Duodenal. Colon Baritado. Colon Baritado Con Doble Contraste. Fistulograma. Colangiografía Por Tubo En T y/o Transquirúrgica. Histerosalpingografía |
| GERENCIA: SERVICIOS GENERALES DE APOYO HOSPITALARIO | | |
| DEPARTAMENTO LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIOS | | |
| Limpieza y Desechos Hospitalarios | Limpieza de áreas y eliminación de desechos. | Limpieza y desinfección de áreas, eliminación de desechos, servicios de jardinería, clausura y limpieza de áreas especiales, asepsia y antisepsia de áreas críticas (quirófanos y UCI). |
| DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO | | |
| Mantenimiento | Reparación y actividades de mantenimiento preventivo. Seguimiento a contratos de compañías. | Mantenimiento preventivo, mantenimiento permanente, reparación de averías, instalación de equipos, pintura, carpintería, plomería, supervisión, seguimiento y evaluación a los contratos de compañías contratadas. Mantenimientos especiales de equipos. |
| DEPARTAMENTO LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN | | |
| Lavandería y Esterilización | Lavado de ropa sucia, esterilización ropa y equipos. | Lavado de ropa y uniformes, planchado, lencería, lavado especial de ropa altamente contaminante, taller de costura. |
| DEPARTAMENTO ALIMENTACIÓN | | |
| Alimentación | Satisfacer demanda ingesta de alimentos. | Producción alimentos para usuarios y comedor, preparación de dietas especiales. |
| DEPARTAMENTO TRANSPORTACIÓN | | |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|--|---|---|
| Transportación | Transporte especializado (ambulancia), carga de compras, mensajería. | Servicios de traslado usuarios, carga insumos, material y equipos, servicios adicionales, servicios de emergencia, servicio de mensajería. |
| GERENCIA: PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO | | |
| DEPARTAMENTO INFORMÁTICA | | |
| Informática | Instalación de softwares y hardwares, entrenamientos, asistencia técnica. | Administración del sistema, programación, apoyo técnico, reparaciones y mantenimiento, capacitaciones, instalación de programas, reparaciones, monitoreo de la red, administración del sistema telefónico y de comunicación interna y externa, servicio de video conferencia |
| DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA | | |
| Epidemiología | Controlo de enfermedades. Investigación procesos de morbilidad y mortalidad. Análisis de de datos vitales, búsqueda activa de casos, coordinación de comité control de infecciones, capacitaciones, vigilancia eventos. Proceso de enseñanza métodos y técnica de investigación en salud. | Vigilancia de enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica, vigilancia de efectos indeseados, accidentes de trabajo, infecciones intra-hospitalarias, emisión de alertas, capacitaciones, registro de datos, discusiones de casos de mortalidad, vacunaciones, generación de informes. Saneamiento básico Educación continuada. |
| DEPARTAMENTO ESTADÍSTICAS, ARCHIVO Y ADMISIÓN | | |
| Estadística | Registro, archivo, análisis y administración de datos. | Registro de información y datos, e informaciones, procesar las informaciones estadísticas, tabulación de datos, análisis de datos, diseño de fuentes para recolección de datos, capacitaciones, supervisión del sistema de registro de datos, generación de informes, informe de la guardia diaria. |
| Archivo | Preparación de récords nuevos, archivado y entrega de record. Administración de los récords de los usuarios. Almacenamientos de récords (archivar). Entrega de récords (consulta externa). Preparación de record nuevos (admisión, consulta externa y emergencia). Registro de usuarios (admisión, consulta externa y emergencia). Disponibilidad de camas (admisión y estaciones de enfermería en sala). Asignaciones de próximas citas (admisión y archivo). Hospitalización de usuarios a cirugías programadas (admisión). | Administración de los récords de los usuarios, almacenamiento de récords, entrega de récords, preparación de record nuevos. |
| Admisión | Registro de datos generales de los usuarios. | Registro de usuarios, brindar información a los usuarios, generación de factura consultas, emergencias, laboratorio e imágenes, gestión y asignación de camas hospitalarias (disponibilidad de camas). |
| DEPARTAMENTO MONITOREO Y EVALUACIÓN | | |
| Monitoreo y Evaluación | Monitoreo de indicadores de calidad, satisfacción de usuarios, desempeño técnico y metas de producción. | Encuestas a usuarios, evaluaciones de calidad, desempeño técnico, producción, diseño instrumentos recolección e información, análisis y recomendaciones, capacitaciones. |
| DEPARTAMENTO APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS | | |
| Apoyo Clínico | Diseño y/o validación de protocolos de investigaciones. Acompañamiento y monitoreo a los investigadores. | Capacitaciones, asesoría metodológica, diseño protocolos de investigación. |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---|--|---|
| DIRECCIÓN: GENERAL | | |
| DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL | | |
| Servicio Social | Apoyo emocional, categorización socio-económica, educación, información y comunicación, estudios de casos, programas de cirugías electivas, apoyo a familiares de accidentados, desarrollo de actividades y programas de prevención de accidentes, apoyo a usuarios con secuelas. | Categorización de los usuarios, promoción y prevención de la salud, charlas, conferencias, seguimiento a los usuarios, investigación socio demográfico, facilidades para referimientos y contra-referimientos, asistencia al pase de visita, soporte y apoyo emocional, visitas domiciliaria, canalización de servicios dentro y fuera de la institución, gestión de transporte a usuarios de alta, facilitar vestimenta a usuarios politraumatizados. |
| Oficina de Libre Acceso a la Información | Para dar Cumplimiento a la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública y al Decreto No. 130-05 que aprueba su Reglamento de Aplicación, se pone a disposición de los ciudadanos los contenidos de transparencia considerados en esta. Nuestro objetivo es garantizar el libre acceso a la información pública de forma completa, veraz y oportuna, a fin de satisfacer las necesidades de la ciudadanía. | El ciudadano puede realizar su solicitud de acceso a la información por las siguientes vías: escrita, telefónica, via mail, fax. Además de contar con el servicio de la plataforma del sistema de atención ciudadana 311, sobre quejas, reclamaciones, suGerencias, a través del portal web, del teléfono, etc. |
| DEPARTAMENTO ATENCIÓN AL USUARIO | | |
| Servicio Atención al Usuario | Solicitud informaciones, solicitud de registro de citas, reclamaciones y quejas. | Entrega de tickets, información al usuario, organización de procedimientos en el área de consulta externa, recibir quejas y reclamaciones, coordinar las soluciones de las quejas y reclamaciones, recibir suGerencias de los usuarios, recibir llamadas y dar informaciones, informar al usuario sobre estimado de gastos incurridos durante el internamiento. Educar con charlas a usuarios y familiares de estos, organizar eventos recreativos para los usuarios, hacer encuestas a usuarios |
| DEPARTAMENTO RELACIONES PUBLICAS Y PUBLICACIONES | | |
| Relaciones Publicas | Rueda de prensa, conferencia de prensa, nota de prensa, coordinar entrevistas, coordinar reportajes. | Rueda de prensa, nota de prensa. |
| Publicaciones | Publicaciones de revistas, boletines, afiches y todo tipo de publicaciones. | Preparación de revistas, boletines, afiches y otro tipo de publicaciones. |
| DEPARTAMENTO LEGAL | | |
| Legal | <p>Elaboración de contratos laborales, descargos, y documentación legal, laboral, confección de contratos civiles, comerciales, arrendamientos, constitución de deudor, garantías, préstamos, hipotecarios.</p> <p>En caso de litigios demandas y conciliaciones en materia laboral, civil, comercial, intimaciones, contrataciones de servicios y representaciones.</p> <p>A solicitud de los diferentes departamentos: participar en la revisión de los procesos de compra y venta de equipos, contrataciones de servicios, etc.</p> | <p>Confección de contratos para contratación de personal, adquisición de bienes y servicios, venta de servicios, acuerdos de donación, acuerdos de cooperación</p> <p>Representaciones legales en asuntos relacionados con ars, arl, seguros de accidentes, demandas médicas, reclamaciones, etc.</p> <p>Revisión de diferentes contratos.</p> <p>Elaboración de contratos de venta de servicios a las ARS del sector salud.</p> <p>Formar parte de comité de compras y comité de muerte.</p> <p>Intimaciones de pago a solicitud de Dpto. De cobros.</p> <p>Seguimiento y asesoría al personal médico, sobre asuntos relacionados con el marco legal vigente en el sector salud.</p> |
| DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD | | |
| Seguridad | Vigilancia y protección a: puerta principal de entrada para vehículos de motor, puerta principal de salida para vehículos de motor, planta física, empleados, visitantes, | Detector de metales, radio comunicación, entrega de ticket a los conductores de vehículos |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|--|--|--|
| | usuarios, familiares, parqueo visitantes, parqueo empleados, lobby, salas de espera, oficina director, módulos de internamiento, emergencia, segundo (2 ^{do}) nivel, áreas de consultas, áreas de estar para médicos, áreas administrativas, plantas eléctricas de emergencia, depósito propano, helipuerto, depósito o almacén de medicamentos, ascensores, plan de evacuación para desastres naturales o por incendio. | de motor, solicitar factura de pago a los usuarios por los servicios médicos prestados. Solicitar autorización escrita del director para la salida de cualquier equipo, suministro o material propiedad del hospital o para introducir alimentos, electrodomésticos, entre otros. |
| Vigilancia | Monitoreo y vigilancia activa las 24 horas, cámaras de vigilancia en grabación el año completo, todas las puertas principales tienen punto de accesos controlados por sensores permitiendo el control mediante tarjetas y cada empleado con su perfil de permiso. | Control total en todas las puertas con sensores para el acceso a dicha área, teniendo en cuenta que solo podrán acceder a los departamentos según el perfil de permiso que tenga cada empleado. También se cuenta con un total de 74 cámaras en constante grabación 24/7/365. |
| GERENCIA: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA | | |
| DEPARTAMENTO ANÁLISIS DE COSTOS | | |
| Análisis de Costos. | Determinar el costo de los procedimientos realizados en el hospital. | Captura de información, alimentación del sistema, generación de informes, análisis de datos, recomendaciones. |
| DEPARTAMENTO DE COMPRA SUMINISTROS. | | |
| Compra Suministros. | Suministrar insumos y materiales. | Recibe solicitudes, pide cotizaciones, solicita ordenes de compra, compra. |
| DEPARTAMENTO TESORERÍA | | |
| Tesorería | Cobro a los usuarios | Encargado de cobros, depósitos y entrega de cheques a los suplidores. |
| DEPARTAMENTO DE CRÉDITO Y COBRO | | |
| Crédito y Cobro | Otorgar créditos y cobro de estos. | Otorgar crédito a usuarios de escasos recursos, gestionar el cobro de los mismos. |
| DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN | | |
| Facturación | | Generar factura para cobro a usuarios e instituciones. |
| DEPARTAMENTO AUDITORIA INTERNA | | |
| Auditoria Interna | Velar por el fiel cumplimiento de todas las políticas, normas y procedimientos de la institución en las áreas administrativas y financieras. | Examen de los documentos que avalan las transacciones financieras y administrativas, Desarrollo de plan anual de auditoria, Sugerir todas las medidas y ajustes que fortalezcan el ambiente de control interno de la institución. |
| DEPARTAMENTO CONTABILIDAD | | |
| Contabilidad | Contabilizar las entradas y salidas de los recursos económicos, y mantener al día las finanzas de la institución. | Registro, control y supervisión de los activos fijos, Registro de entrada de diario, Procesamiento de datos para estados financieros, nómina, confección de cheques, Registro de expedientes de cuentas por pagar, Reporte de disponibilidad diaria. |
| DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN | | |
| Administración | Administración de los bienes muebles e inmuebles. | Registros de los muebles e inmuebles, realización de inventarios, mantener actualizado registro de los bienes de la institución, autorizar movilización y descarte de bienes. |
| DEPARTAMENTO VENTA Y COMPRA DE SERVICIOS | | |
| Seguros e iguales. | Formalizar la venta de servicios a ARS pública y privadas y otras instituciones. Valorar la factibilidad de compra de servicios o acuerdos con otras instituciones prestadoras de servicios. | Solicitud de cobertura, venta de servicios, facturación a usuarios asegurados y privados, solicitud de reclamaciones a las ARS. |
| GERENCIA: RECURSOS HUMANOS | | |
| DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA Y EVALUACIÓN | | |
| Educación Continua y Evaluación | Evaluaciones diversas, necesidad de capacitación, superación profesional y personal. | Evaluación para ingresar a laborar en el hospital. Evaluaciones psicométricas y psicoemocionales, evaluación por resultados obtenidos (objetivos). Pruebas, tesis, cursos de capacitación en las diversas áreas con miras al desarrollo y superación profesional, gestionar la participación del personal en |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO | MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS | PROCEDIMIENTOS A REALIZAR |
|---------------------------------------|--|---|
| | | cursos en universidades del país y del extranjero, evaluación del desempeño técnico, vigilancia de accidentes de trabajo. |
| DEPARTAMENTO REGISTRO Y NOMINA | | |
| Registro y Nomina | Preparación y actualización de la nómina en base al personal contratado fijo o temporal. | Registro y nómina del personal. |
| DEPARTAMENTO CONTRATACIÓN | | |
| Contratación Personal | Formalización de contratos. | Formulación de contratos. |
| Call Center | Necesidad información oportuna y fiable. Programar de citas. Cambiar citas por cualquier eventualidad. Presentar de quejas, suGerencias o agradecimientos. | Brindar información oportuna y fiable. Asignación y programación de citas. Comunicación con el usuario en caso de algún cambio en el servicio, por cualquier eventualidad. Realización de encuestas. Viabilizarían de quejas, suGerencias o agradecimientos. |

K) Distribución Recursos Humanos.

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|---|-----------------|------------|
| DIRECCIÓN GENERAL | 97 | 12% |
| DIRECCIÓN GENERAL | 7 | |
| DIRECTOR GENERAL | 1 | |
| ASESORES TÉCNICOS | 2 | |
| SECRETARIA EJECUTIVA | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| ASISTENTE MEDICO | 0 | |
| CHOFER | 2 | |
| | | |
| ASUNTOS INTERNACIONALES Y DONACIONES | 0 | |
| ENCARGADO DE ASUNTOS INTERNACIONALES Y DONACIONES. | 0 | |
| | | |
| DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL | 6 | |
| ENCARGADO DE SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL | 1 | |
| PSICOLOGOS | 1 | |
| ENCARGADA DE ASUNTOS COMUNITARIOS | 1 | |
| AUXILIAR DE SERVICIO SOCIAL | 3 | |
| | | |
| DEPARTAMENTO ATENCIÓN AL USUARIO | 23 | |
| ENCARGADO DE ATENCIÓN AL USUARIO | 1 | |
| SUPERVISORES | 1 | |
| AUX. ATENCIÓN AL USUARIO | 18 | |
| SECRETARIA | 2 | |
| SACERDOTE | 1 | |
| | | |
| DEPARTAMENTO LEGAL | 3 | |
| ENCARGADO DEPARTAMENTO LEGAL | 1 | |
| ASISTENTE | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| | | |
| DEPARTAMENTO SEGURIDAD | 53 | |
| ENCARGADO DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD | 1 | |
| ASISTENTE DE SEGURIDAD | 1 | |
| SUPERVISORES | 9 | |
| AUX. SEGURIDAD | 37 | |
| AUX. DE VIGILANCIA | 4 | |
| SECRETARIA SISTEMA DE VIGILANCIA | 1 | |
| | | |
| DEPARTAMENTO RELACIONES PUBLICAS Y PUBLICACIONES | 5 | |
| ENC. SERVICIO DE RELACIONES PUBLICAS | 1 | |
| ASISTENTE | 0 | |
| AUX. DE RELACIONES PUBLICAS | 3 | |
| FOTÓGRAFO | 1 | |
| | | |
| GERENCIA MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | 491 | 59% |
| SUB-DIRECCIÓN MEDICA | 2 | |
| SUB DIRECTOR MÉDICO QUIRÚRGICO Y ASISTENCIAL | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| | | |
| ENSEÑANZA | 1 | |
| COORDINADOR GENERAL DEL CONSEJO DE ENSEÑANZA | 0 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| | | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|---|-----------------|----------|
| CONSULTA EXTERNA | 6 | |
| ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA | 0 | |
| SECRETARIA | 0 | |
| MÉDICOS GENERALES DE CONSULTA | 6 | |
| MÉDICOS PASANTES DE POST-GRADO | 0 | |
| DEPARTAMENTO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | 31 | |
| JEFE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | 12 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| TÉCNICOS DE YESO | 2 | |
| AUDITOR | 1 | |
| RESIDENTES DE ORTOPEDIA | 14 | |
| DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES | 43 | |
| JEFE DE CIRUGÍA | 1 | |
| MÉDICOS CIRUJANOS GENERALES | 8 | |
| MEDICO GINECOLOGO-ONCOLOGO | 2 | |
| CIRUJANOS PLÁSTICOS | 2 | |
| CIRUJANO VASCULAR | 2 | |
| MEDICO URÓLOGO | 3 | |
| MEDICO OFTALMÓLOGO | 3 | |
| SECRETARIA DE OFTALMOLOGÍA | 1 | |
| MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO | 1 | |
| MÉDICOS GENERALES | 0 | |
| RESIDENTES MÉDICOS CIRUGÍA | 19 | |
| AUXILIAR DE ESTERILIZACIÓN | 1 | |
| DEPARTAMENTO NEUROCIRUGÍA | 12 | |
| ENCARGADO DE SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | 5 | |
| MÉDICOS AUXILIARES | 5 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| DEPARTAMENTO MAXILOFACIAL | 13 | |
| ENCARGADO DE SERVICIO DE MAXILOFACIAL | 1 | |
| CIRUJANOS MAXILOFACIALES | 5 | |
| ODONTÓLOGOS | 6 | |
| MÉDICOS GENERALES | 0 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA | 28 | |
| COORDINADOR DEL SERVICIO ANESTESIOLOGÍA | 1 | |
| MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS | 14 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| RESIDENTES DE ANESTESIA | 12 | |
| DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES | 35 | |
| JEFE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA | 6 | |
| MÉDICOS CARDIÓLOGO | 2 | |
| PSICÓLOGA CLÍNICA | 1 | |
| AUX. DE PSICOLOGÍA | 0 | |
| TÉCNICO ELECTROCARDIOGRAMA | 1 | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|--|-----------------|----------|
| ENDOCRINÓLOGO | 0 | |
| NEFRÓLOGO | 2 | |
| SECRETARIA DE NEFROLOGÍA | 1 | |
| MÉDICOS GENERALES ASIGNADOS A NEFROLOGÍA | 1 | |
| TEC. DE HEMODIÁLISIS | 7 | |
| PEDIATRA | 1 | |
| NEUMÓLOGO | 2 | |
| TEC. EXPIROMETRIA | 1 | |
| PSIQUIATRA | 1 | |
| GERIATRA | 2 | |
| GASTROENTERÓLOGOS | 3 | |
| MÉDICOS NEURÓLOGOS | 2 | |
| MÉDICOS HEMATÓLOGOS | 1 | |
| DEPARTAMENTO UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS | 9 | |
| JEFE UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | 3 | |
| MÉDICOS GENERALES | 5 | |
| DEPARTAMENTO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. | 10 | |
| ENCARGADO DE SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | 3 | |
| TÉCNICOS TERAPISTA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 4 | |
| ASISTENTE TERAPISTA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. | 26 | |
| JEFE EMERGENCIA | 1 | |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS EMERGENCIOLOGÍA | 6 | |
| MÉDICOS GENERALES | 0 | |
| PARAMÉDICOS DE AMBULANCIA | 4 | |
| RESIDENTES DE EMERGENCIA | 15 | |
| DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. | 3 | |
| COORDINADOR DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| HISTOTECNOLOGA | 1 | |
| DEPARTAMENTO ENFERMERÍA | 184 | |
| SUB-DIRECTORA DE ENFERMERÍA | 1 | |
| ENC. ÁREAS | 12 | |
| LIC. DE ATENCIÓN DIRECTA | 23 | |
| LIC. SUPERVISORAS DE ENFERMERÍA | 14 | |
| AUX. ENFERMERÍA | 112 | |
| SUPERVISOR DE AVANZADA | 1 | |
| AVANZADA | 21 | |
| UNIDADES COMPLEMENTARIAS | | |
| SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO | 38 | |
| ENCARGADA DE LABORATORIO | 1 | |
| ENCARGADA DE BANCO DE SANGRE | 1 | |
| ENCARGADAS DE UNIDADES | 8 | |
| BIOANALISTAS | 22 | |
| SECRETARIA | 6 | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|--|-----------|-----------|
| DPTO. DE IMAGENOLOGÍA | 32 | |
| JEFE DE DEPARTAMENTO | 1 | |
| MÉDICOS RADIÓLOGOS Y SONOGRAFISTAS | 4 | |
| ENCARGADO DE TÉCNICOS DE RAYOS X | 1 | |
| TÉCNICOS DE RAYOS X | 18 | |
| SECRETARIA | 5 | |
| DIGITADORES | 3 | |
| DPTO. FARMACIA | 18 | |
| ENCARGADA DE SERVICIO DE FARMACIA. | 1 | |
| AUXILIARES DE FARMACIA | 16 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| SUB-DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO | 44 | 5% |
| SUB DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO | 3 | |
| SUB-DIRECTOR | 1 | |
| SECRETARIA | 2 | |
| SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA | 5 | |
| ENCARGADO DE SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA | 1 | |
| MEDICO AUXILIAR | 0 | |
| INFECTOLOGO | 2 | |
| AUX. DE EPIDEMIOLOGIA (UNIDAD DE SANEAMIENTO BÁSICO) | 1 | |
| LIC. EN ENFERMERÍA | 1 | |
| SERVICIO DE BIOSEGURIDAD | 2 | |
| ENC. DE LOS SERVICIOS DE BIOSEGURIDAD | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| DEPARTAMENTO ADMISIÓN Y ARCHIVO, ESTADÍSTICA Y VIGILANCIA | 21 | |
| ENCARGADO DE ESTADÍSTICA, ADMISIÓN Y ARCHIVO | 1 | |
| SUPERVISOR ADMISIÓN | 2 | |
| SECRETARIA DE ADMISIÓN Y ARCHIVO | 1 | |
| AUX. DE ARCHIVO / TÉCNICOS DE ADMISIÓN | 15 | |
| ASISTENTE DE ESTADÍSTICA | 1 | |
| AUX. DE ESTADÍSTICA | 1 | |
| DEPARTAMENTO INFORMÁTICA | 11 | |
| ENCARGADO SERVICIO DE INFORMÁTICA | 1 | |
| ENC. DE REDES | 1 | |
| AUXILIARES SOPORTE TÉCNICO | 3 | |
| BIBLIOTECARIO | 1 | |
| DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN | 1 | |
| JEFE DEPARTAMENTO | 1 | |
| ASISTENTE | 0 | |
| DEPARTAMENTO APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS | 0 | |
| JEFE DEPARTAMENTO | 0 | |
| ASISTENTE | 0 | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|---|-----------------|-----------|
| SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | 71 | 8% |
| SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | 4 | |
| SUB-DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| MENSAJERO | 1 | |
| CHOFERES | 1 | |
| DPTO. CONTABILIDAD | 6 | |
| COORDINADOR DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD. | 1 | |
| ASISTENTE DE CONTABILIDAD | 1 | |
| AUXILIARES DE CONTABILIDAD. | 2 | |
| ENCARGADO DE ACTIVOS FIJOS. | 1 | |
| ENC. DE CUENTAS POR PAGAR | 1 | |
| COMPRA Y SUMINISTRO | 13 | |
| ENCARGADO DE COMPRA Y SUMINISTRO | 1 | |
| AUXILIARES DE COMPRAS | 3 | |
| ENCARGADO DE ALMACÉN DE MATERIAL GASTABLE | 1 | |
| AUXILIAR DE ALMACÉN DE MATERIAL GASTABLE | 2 | |
| ENCARGADO DE ALMACÉN DE MEDICAMENTOS | 1 | |
| AUXILIARES DE ALMACÉN DE MEDICAMENTOS | 3 | |
| ENC. DE ALMACÉN DE COMEDOR | 1 | |
| AUX. ALMACÉN DE COMEDOR | 1 | |
| DPTO. ANÁLISIS COSTO | 3 | |
| JEFE DEPARTAMENTO DE COSTOS | 1 | |
| ASESOR | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| DPTO. TESORERÍA | 10 | |
| ENCARGADA DE TESORERÍA | 1 | |
| SUPERVISOR | 1 | |
| AUXILIARES CAJAS | 8 | |
| DPTO. AUDITORIA INTERNA | 4 | |
| COORDINADOR DE AUDITORES INTERNOS | 1 | |
| AUDITORES INTERNOS | 3 | |
| DEPARTAMENTO FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS | 23 | |
| ENCARGADA DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS | 1 | |
| SUPERVISOR DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS | 1 | |
| AUXILIARES DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS | 20 | |
| AUDITOR DE LAS ARS | 1 | |
| UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO | 7 | |
| ENC. DE LA UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO | 1 | |
| MÉDICOS AYUD. UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO | 5 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| DEPARTAMENTO CRÉDITOS Y COBROS | 1 | |
| ENCARGADO DE LA UNIDAD DE CRÉDITO Y COBROS | 1 | |
| AUXILIARES | 0 | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|---|-----------------|------------|
| GERENCIA RECURSOS HUMANOS | 9 | 1% |
| RECURSOS HUMANOS | 9 | |
| GERENTE DE RECURSOS HUMANOS | 1 | |
| ASISTENTE | 1 | |
| SECRETARIA | 1 | |
| ENC. DPTO. REGISTRO Y NÓMINA | 1 | |
| ASISTENTE DE NOMINA | 0 | |
| ENC. DE LOGÍSTICA PROTOCOLAR | 1 | |
| DPTO. EDUCACIÓN CONTINUA Y EVALUACIÓN | 1 | |
| ENCARGADA DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | 0 | |
| DPTO. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL | 1 | |
| JEFE DEPARTAMENTO | 2 | |
| AUXILIARES | 0 | |
| GERENCIA SERVICIOS DE APOYOS | 126 | 15% |
| SERVICIOS DE APOYO | 0 | |
| GERENTE SERVICIOS DE APOYO | 0 | |
| ASISTENTES | 0 | |
| SECRETARIA | 0 | |
| DPTO. MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS | 24 | |
| ENCARGADO DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO | 1 | |
| ENCARGADO DE UNIDAD DE PLANTA FÍSICA | 1 | |
| ENCARGADO DE LLAVES | 0 | |
| AUXILIARES DE MANTENIMIENTO | 6 | |
| ELECTRICISTAS | 4 | |
| TÉCNICO DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS | 1 | |
| TÉCNICO EN PINTURA | 1 | |
| TÉCNICO PLOMERÍA | 4 | |
| TÉCNICO CARPINTERÍA | 0 | |
| CUSTODIO DE REPRESA | 1 | |
| AGUAS NEGRAS | 1 | |
| ENC. AIRES | 1 | |
| AUX. DE LOS AIRES | 2 | |
| TÉCNICO ACUEDUCTO | 1 | |
| DPTO. LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN | 8 | |
| ENCARGADO DE LAVANDERÍA | 0 | |
| SUPERVISOR | 1 | |
| AUXILIAR DE LAVANDERÍA | 6 | |
| COSTURERAS | 1 | |
| DPTO. ALIMENTACIÓN | 15 | |
| ENC. DE COMEDOR | 1 | |
| NUTRICIONISTA | 2 | |
| CHEF | 0 | |
| AYUDANTE DE CHEF | 3 | |
| AUX. DE COMEDOR | 9 | |
| DPTO. LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIO | 72 | |
| COORDINADOR DE SERVICIO | 1 | |
| SUPERVISORES. | 7 | |
| CONSERJES | 64 | |
| SECRETARIA | 0 | |

| PERSONAL | CANTIDAD | % |
|--------------------------|------------|-------------|
| DPTO. TRANSPORTACIÓN | 7 | |
| ENCARGADO DE TRANSPORTE. | 1 | |
| SUPERVISOR | 1 | |
| CHÓFERES | 5 | |
| TOTAL GENERAL | 838 | 100% |

Fuente: Sub-Dirección Recursos Humanos HTQPJB

Consolidado distribución recursos humanos

| ÁREAS | CANTIDAD | % |
|--|------------|------------|
| DIRECCIÓN GENERAL | 97 | 12 |
| GERENCIA MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | 491 | 59 |
| SUB-DIRECCIÓN DE APOYO TÉCNICO Y DIAGNÓSTICO | 44 | 5 |
| SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | 71 | 8 |
| GERENCIA RECURSOS HUMANOS | 9 | 1 |
| GERENCIA SERVICIOS DE APOYOS | 126 | 15 |
| TOTAL GENERAL | 838 | 100 |

i. Informe acciones de personal

| MOVIMIENTOS | TOTALES |
|--------------|------------|
| ENTRANTES | 69 |
| ASCENSOS | 10 |
| REAJUSTES | 37 |
| CAMBIOS | 34 |
| SALIENTES | 55 |
| TOTAL | 110 |

Total de acciones de personal=99 (Ascensos, cambios, salientes)

Total de personas promedio mensual =829

Índice de Rotación: 12%

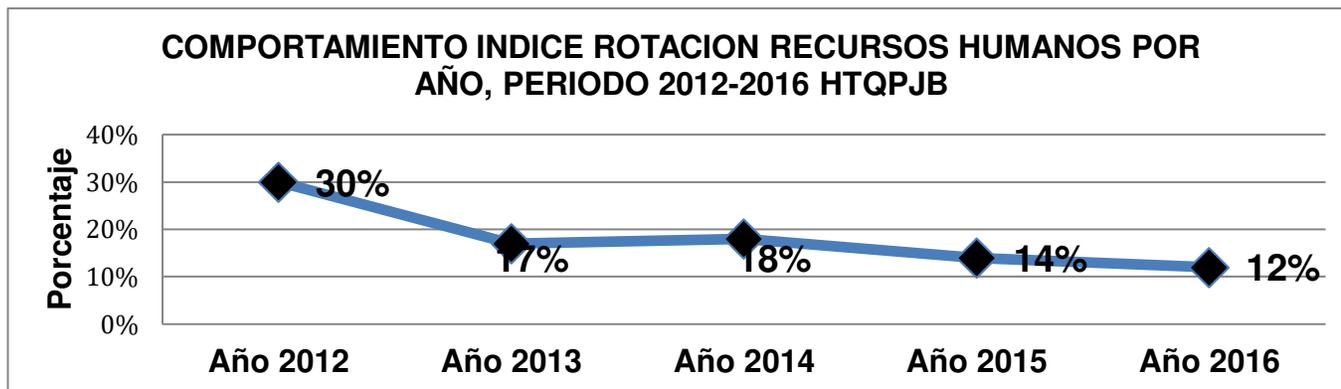
ii. Comportamiento Histórico del Índice de Rotación del Personal:

Este índice presentó un significativo descenso en el año 2013 en comparación con el año anterior, al pasar de un **30%** en el año 2012, el cual era muy elevado en relación con lo que se estima como aceptable a nivel internacional (5%-15%), a un **17%** en el año 2013, significando una disminución de un **43%**.

Para el año 2014 tuvimos un índice de rotación de **18%**, lo que significó un incremento del **5%**, de acciones de personal con relación al año 2013.

Para el año 2015 tuvimos un índice de rotación de **14%**, lo que significó una **disminución del 22%**, de acciones de personal con relación al año 2014.

Para el año 2016 tuvimos un índice de rotación de **12%**, lo que significó una **disminución del 14%**, de acciones de personal con relación al año 2015.



iii. Comportamiento Histórico Dotación Recursos Humanos:

En relación al informe de dotación y distribución de los Recursos Humanos en el documento “Plan Estratégico para el Periodo 2008-2009”, este renglón presentó un incremento de un **5.3%** de **507** empleados a **534**, a expensas principalmente de la Gerencia Médica la cual tuvo un crecimiento de un **4%** en la plantilla de su personal, esto justificado por la incorporación de nuevos servicios.

En el periodo 2009-2010, con relación al periodo 2008-2009 observamos un incremento de un **11.6%** (62 empleados) en la nómina, para un total al final de diciembre 2010 de **596** empleados.

En relación al comportamiento en el 2011 con relación al periodo 2009-2010, observamos un crecimiento relativo de un **20%**, pasando de **596** a **714** empleados en el 2011, lo cual significó en términos absolutos un incremento de **118** empleados.

En cuanto al comportamiento en el 2012 con relación al periodo 2011, observamos un crecimiento relativo de un **12%**, pasando de **714** a **800** empleados en el 2012, lo cual significó en términos absolutos un incremento de **86** empleados. (Ver gráfico)

El comportamiento en el 2013 con relación al periodo 2012, observamos un crecimiento relativo de un **1%**, pasando de **800** a **809** empleados en el 2013, lo cual significó en términos absolutos un incremento de **9** empleados. (Ver gráfico)

El comportamiento en el 2014 con relación al periodo 2013, observamos una disminución del número de colaboradores pasando de **809** a **790**, lo que representó una disminución relativa de un **2.3%**, que significó en términos absolutos una disminución de **19** empleados. (Ver gráfico)

El comportamiento en el 2015 con relación al periodo 2014, observamos un incremento del número de colaboradores pasando de **790** a **829**, lo que representó un aumento relativo de un **4.9%**, que significó en términos absolutos un incremento de **39** empleados. (Ver gráfico).

El comportamiento en el 2016 con relación al periodo 2015, observamos un incremento del número de colaboradores pasando de **829** a **838**, lo que representó un aumento relativo de un **1.0%**, que significó en términos absolutos un incremento de **9** empleados. (Ver gráfico).

Visto de manera desagregada donde ocurrieron los principales incremento en la nomina observamos el siguiente comportamiento:

La **Sub-Dirección Médica y Servicios Complementarios** presentó un incremento del **1.6%**, pasando de **482** a **490** colaboradores, lo que represento un aumento de **8** nuevos empleados.

En esta Sub-dirección el mayor número de empleados incorporados ocurrió en la Gerencia **de Anestesiología** donde ingresaron **4** nuevos empleados, lo cual representó un incremento relativo de su nómina del **16.6%**; le siguió en incremento absoluto la Gerencia **de Medicina Interna** al incorporar **3** nuevos integrante lo que representó un incremento relativo del **9.3%**; así también observamos que la Gerencia **de Enfermería** se incorporaron **5** nuevos empleados,

representando un incremento del **2.7%**; y por último la Gerencia **de Imágenes** el cual incorporo **2** nuevos empleados, para un incremento relativo del **6.6%**.

La **Dirección General** y sus servicios presentó un incremento de **2** colaboradores, pasando de **95 a 97** empleados, esto representó un aumento del **2%**.

La **La sub-dirección de Recursos Humanos** en términos absolutos presentó un incremento de **4** nuevos colaboradores pasando de **5 a 9** personas lo cual representó un aumento relativo de un **80%**.

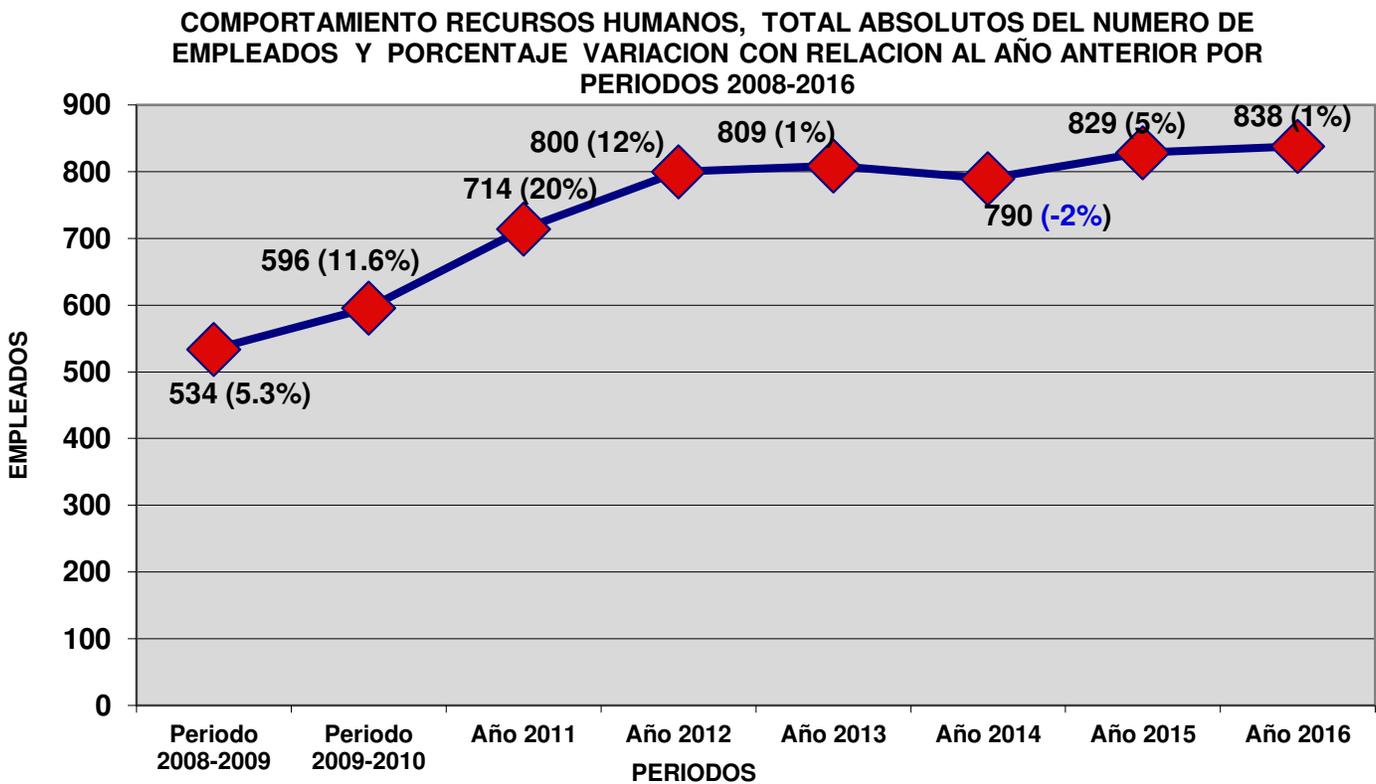
Sub-Dirección de Servicios de Apoyo Generales no presentó variación en el número de empleados.

La **Sub-Dirección de Planificación** tuvo una reducción de personal paso de tener **46 a 44** colaboradores lo que significó una disminución relativa del **4.5%**.

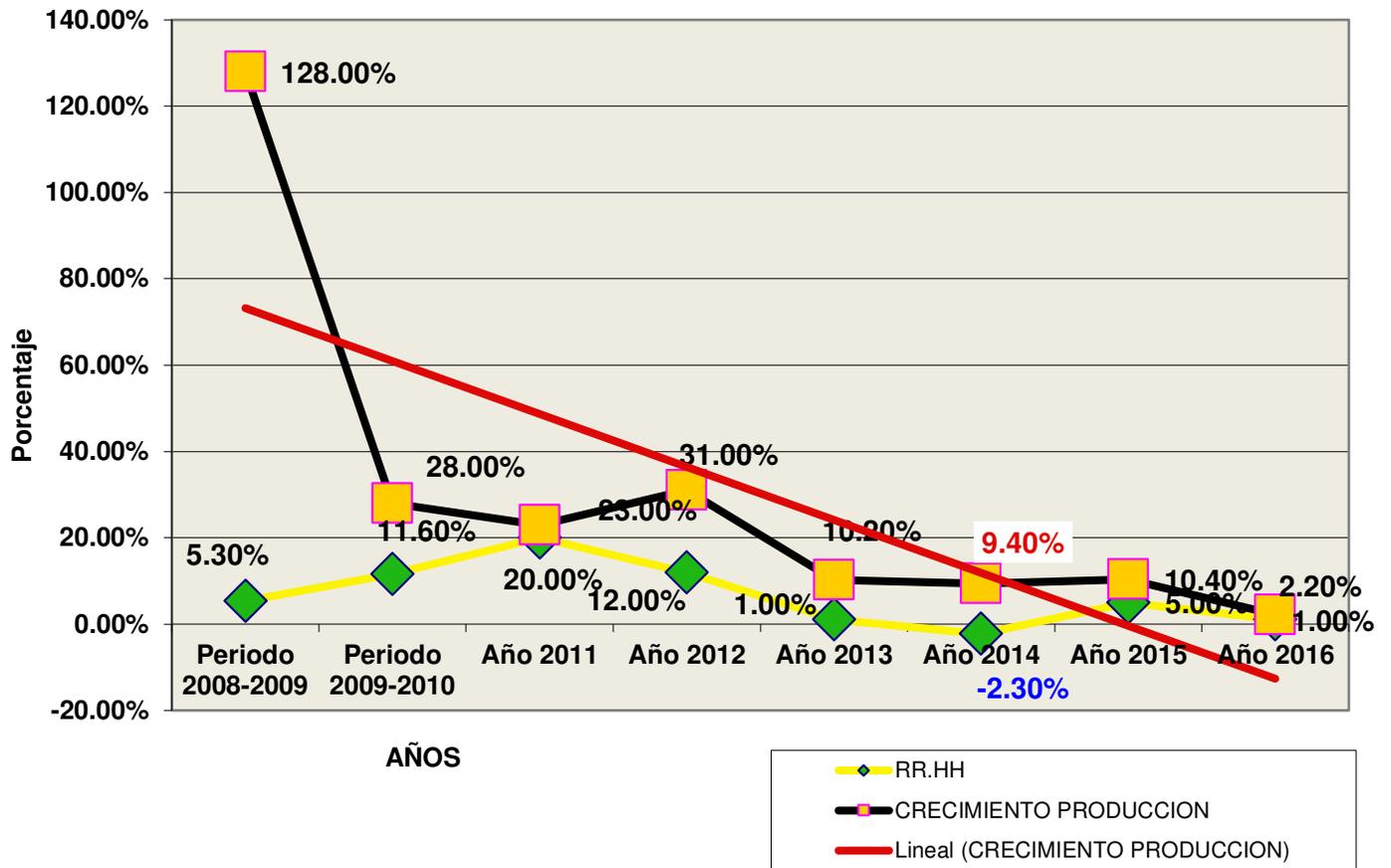
La **Sub-Dirección Administrativa y Financiera** en términos absolutos presentó una disminución de **4** colaboradores pasando de **75 a 71** personas lo cual representó una disminución relativa del **5.3%**.

Sub-Dirección de Servicios de Apoyo Generales no presentó variación en el número de empleados.

Como podemos observar el comportamiento de la nómina de empleados durante el año 2016 con relación al año 2015 presentó un ligero incremento (1%), principalmente a expensa de la Sub-dirección Médica encargada de la parte productiva del hospital.



COMPORTAMIENTO PORCENTUAL RECURSOS HUMANOS Y PRODUCCION POR AÑO 2008-2016



IV. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN VIII.

(Perfil Socio-Demográfico. Causas Morbilidad y Mortalidad. Financiamiento de la Atención.)

A) Perfil Demográfico, Social y Económico Cibao Central.

i. Población, Sexo y Grupo de Edad Cibao Central.

→ Población Total, Por Provincia, Sexo y Por Grupos de Edad del Cibao Central 2016.

| Edad en grupos quinquenales 0,1,2,... 100 y más | La Vega | | | Sánchez Ramírez | | | Monseñor Noel | | |
|---|----------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Total | Sexo | | Total | Sexo | | Total | Sexo | |
| | | Hombre | Mujer | | Hombre | Mujer | | Hombre | Mujer |
| Menos de 1 | 7,954 | 4,020 | 3,934 | 3,250 | 1,680 | 1,570 | 3,501 | 1,694 | 1,807 |
| 1 | 7,452 | 3,765 | 3,687 | 2,935 | 1,506 | 1,429 | 3,355 | 1,722 | 1,633 |
| 2 | 7,927 | 4,051 | 3,876 | 2,906 | 1,455 | 1,451 | 3,318 | 1,716 | 1,602 |
| 3 | 7,338 | 3,803 | 3,535 | 2,735 | 1,384 | 1,351 | 3,132 | 1,644 | 1,488 |
| 4 | 7,596 | 3,805 | 3,791 | 2,897 | 1,465 | 1,432 | 3,227 | 1,669 | 1,558 |
| 5 9 | 40,635 | 20,891 | 19,744 | 16,592 | 8,521 | 8,071 | 17,974 | 9,321 | 8,653 |
| 10 14 | 43,706 | 22,288 | 21,418 | 17,520 | 8,917 | 8,603 | 19,872 | 10,190 | 9,682 |
| 15 19 | 45,300 | 23,094 | 22,206 | 18,340 | 9,568 | 8,772 | 19,392 | 9,655 | 9,737 |
| 20 24 | 39,493 | 20,469 | 19,024 | 14,742 | 7,729 | 7,013 | 15,639 | 7,894 | 7,745 |
| 25 29 | 33,452 | 17,485 | 15,967 | 12,190 | 6,314 | 5,876 | 13,230 | 6,499 | 6,731 |
| 30 34 | 31,610 | 16,214 | 15,396 | 11,338 | 5,917 | 5,421 | 13,284 | 6,679 | 6,605 |
| 35 39 | 28,721 | 14,733 | 13,988 | 9,838 | 5,022 | 4,816 | 11,963 | 6,055 | 5,908 |
| 40 44 | 27,379 | 14,212 | 13,167 | 9,584 | 4,963 | 4,621 | 11,149 | 5,596 | 5,553 |
| 45 49 | 23,150 | 12,031 | 11,119 | 8,413 | 4,345 | 4,068 | 9,372 | 4,718 | 4,654 |
| 50 54 | 18,254 | 9,598 | 8,656 | 7,329 | 3,872 | 3,457 | 7,662 | 3,873 | 3,789 |
| 55 59 | 14,763 | 7,408 | 7,355 | 6,180 | 3,240 | 2,940 | 6,340 | 3,286 | 3,054 |
| 60 64 | 12,608 | 6,265 | 6,343 | 5,407 | 2,843 | 2,564 | 5,277 | 2,589 | 2,688 |
| 65 69 | 8,891 | 4,434 | 4,457 | 3,789 | 1,936 | 1,853 | 3,767 | 1,907 | 1,860 |
| 70 74 | 8,243 | 3,956 | 4,287 | 3,365 | 1,760 | 1,605 | 3,106 | 1,510 | 1,596 |
| 75 79 | 5,471 | 2,605 | 2,866 | 2,107 | 1,076 | 1,031 | 2,113 | 1,027 | 1,086 |
| 80 84 | 4,485 | 2,225 | 2,260 | 1,679 | 875 | 804 | 1,491 | 745 | 746 |
| 85 89 | 1,963 | 878 | 1,085 | 696 | 364 | 332 | 682 | 352 | 330 |
| 90 94 | 1,097 | 483 | 614 | 345 | 179 | 166 | 372 | 193 | 179 |
| 95 99 | 400 | 178 | 222 | 133 | 67 | 66 | 122 | 63 | 59 |
| 100 y más | 226 | 88 | 138 | 100 | 47 | 53 | 94 | 34 | 60 |
| Total | 428,114 | 218,979 | 209,135 | 164,410 | 85,045 | 79,365 | 179,434 | 90,631 | 88,803 |

Fuente: Estimación de Población año 2016. ONE

ii. Quintiles de Riquezas por Provincias y General de la Región VIII.

| PROVINCIAS | QUINTIL DE RIQUEZA | | | | |
|--------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Inferior | Segundo | Intermedio | Cuarto | Superior |
| La Vega | 19.2 | 24.0 | 24.9 | 19.5 | 12.3 |
| Monseñor Nouel | 18.3 | 21.6 | 24.2 | 21.1 | 14.7 |
| Sánchez Ramírez | 30.3 | 23.0 | 20.5 | 15.3 | 10.9 |
| Región VIII | 21.0 | 23.3 | 24.0 | 19.2 | 12.6 |

Fuente: Endesa 2007.

| Quintil | Ingreso Mensual promedio (RD\$) |
|---------|---------------------------------|
| 1 | 5,366 |
| 2 | 10,252 |
| 3 | 14,528 |
| 4 | 19,957 |
| 5 | 44,796 |

Fuente: Endesa 2007.

iii. Porcentaje de la población total afiliada o beneficiaria de algún seguro de salud, por tipo de administradora de riesgos de Salud Región VIII.

| % Población Cubierta por Tipo de Administradora de Riesgos de Salud (ARS) | | | | | | | | | | | Total población cubierta |
|---|---------------------|---------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------|-----------------|--------------------------------------|-----------|---|-------|--------------------------|
| SENASA (Seguro Nacional de Salud) | Salud Segura (IDSS) | FF.AA o la PN | CMD (Colegio Médico Dominicano) | SEMMA (Seguro Médico para Maestros) | ARS Humano | ARS Palic-Salud | Servicios Dominicanos de Salud (SDS) | Universal | Popular/ Reservas/ Colonial/ Renacer/ Monumental/ APS | Otras | 17.1% |
| 0.9 | 0.9 | 0.7 | 0.2 | 2.8 | 5.2 | 1.1 | 0.2 | 0.7 | 2.5 | 2.0 | |

Fuente: ENDESA 2007

Nota: Reporte referente a este aspecto de la ENDESA 2002, el porcentaje de la población cubierta en la Región VIII de Salud por algún seguro de riesgo de salud era de un 15%.

iv. Total Población Afiliada a las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS), Según Régimen en la Región VIII; Marzo 2011.

| REGIÓN DE SALUD | CANTIDAD DE AFILIADOS | |
|-----------------|-----------------------|--------------------|
| | RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | RÉGIMEN SUBSIDIADO |
| REGIÓN VIII | 120,245 | 208,325 |
| | | |

Fuente: SISALRIL, a partir de la base de datos TSS/UNIPAGO

Es importante señalar en este informe la siguiente nota, ya que es un dato importante a tener en cuenta para la identificación de fuentes externa de financiación del hospital.

"Otra zona donde se registró una importante cantidad de afiliados en el Régimen Subsidiado es la Región de Salud VIII, con un total de 208,325, para un 10.33%. De las provincias que la componen, La Vega es la que mayor número de afiliados reportó, con 113,019, constituyéndose en la cuarta demarcación con el mayor número de personas afiliadas".

B) Situación de Salud Población Atendida en el Cibao Central 2016.

1) Morbilidad

i. Motivos de Consulta Externa.

Causas de Morbilidad en la Población General Atendida en Los Centros de Salud, Año 2016.

| No. | Causas | Número de Casos | Tasa /Cien mil Habitantes |
|-----|---------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 1 | Enfermedad Febril Vidas Respiratorias | 107,479 | 23,742 |
| 2 | Hipertensión Arterial | 48,331 | 10,676 |
| 3 | Enfermedad Febril | 24,271 | 5,361 |
| 4 | Enfermedad Diarreica Aguda | 24,045 | 5,312 |
| 5 | Traumas y Politraumas | 20,505 | 4,530 |
| 6 | Diabetes Millitus | 19,618 | 4,334 |
| 7 | Infección Trasmisión Sexual | 17,239 | 3,808 |
| 8 | Cefaleas | 16,561 | 3,658 |
| 9 | Infección vías Urinarias | 13,586 | 3,001 |
| 10 | Heridas | 12,954 | 2,862 |
| 11 | Dermatitis | 11,653 | 2,574 |
| | Total | 316,242 | 69,858 |
| | Población: 452,692 | | |

Fuente: Dirección Regional de Salud VIII.

ii. Motivos de Atención Emergencia.

Causas de Consultas de Emergencia Nivel Regional Año 2016

| No. | Causas | Número de Casos | Tasa /Cien mil Habitantes |
|-----|-------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 1 | Enfermedad Febril de las vías Altas | 24,392 | 5,388 |
| 2 | Infecciones vías Urinarias | 19,850 | 4,385 |
| 3 | Heridas | 15,137 | 3,344 |
| 4 | Enfermedad Febril de las vías Bajas | 13,646 | 3,014 |
| 5 | Hipertensión Arterial | 13,452 | 2,972 |
| 6 | Traumas y Politraumas | 4,854 | 1,072 |
| 7 | Cefaleas | 3,654 | 807 |
| 8 | Bronco espasmo | 3,414 | 754 |
| 9 | Alergias | 2,691 | 594 |
| 10 | Diabetes descompensado | 2,112 | 467 |
| 11 | Accidente Cerebro Vascular | 2,060 | 455 |
| | Total | 105,262 | 23,252 |
| | Población: 452,692 | | |

Fuente: Dirección Regional de Salud VIII.

iii. Motivos de Hospitalización.

Causas de Hospitalización Nivel Regional Año 2016

| T-08 | | Población: | 710,821 |
|--------------------|--|-----------------|---------------------------|
| No. | Causas | Número de Casos | Tasa /Cien mil Habitantes |
| 1 | Accidente Cerebro Vascular | 2,060 | 455 |
| 2 | Infección respiratoria Aguda | 1,990 | 440 |
| 3 | Traumas y Poli traumas (accidente de transito) | 1,023 | 226 |
| 4 | Síndrome Febril | 946 | 209 |
| 5 | Embarazo termino | 846 | 187 |
| 6 | Hipertensión Arterial | 689 | 152 |
| 7 | Crisis Hipertensiva | 431 | 95 |
| 8 | Asma Bronquial | 358 | 79 |
| 9 | Enfermedad Diarreica Aguda | 246 | 54 |
| 10 | Infarto Agudo al Miocardio | 262 | 58 |
| Total | | 8,851 | 1,955 |
| Población: 452,692 | | | |

Fuente: Dirección Regional de Salud VIII.

2) Mortalidad

i. Causas de Mortalidad Intra Hospitalaria.

10 Primeras Causas Clínicas de Mortalidad intra hospitalaria en la Población 2016

| Causas | Número de Casos | Tasa /Mil Habitantes |
|---|-----------------|----------------------|
| Hipertensión | 80 | 3.3 |
| Neumonía | 69 | 2.8 |
| Traumas y Politraumas | 64 | 2.6 |
| Diabetes Mellitus | 61 | 2.5 |
| Accidente Cerebro Vascular | 50 | 2.0 |
| Sepsis | 42 | 1.7 |
| Insuficiencia Renal Crónica | 35 | 1.4 |
| Edema Agudo del Pulmón | 33 | 1.3 |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 32 | 1.3 |
| Infarto Agudo al Miocardio | 21 | 0.9 |
| Otras Causas | 224 | 9.1 |
| Total | 711 | 28.9 |
| Población: 24,588 | | |

Fuente: Dirección Regional de Salud VIII.

ii. Causas de Mortalidad General en la Población de la Región.

10 Primeras Causas Clínicas de Mortalidad General en la Población 2016.

| Causas | Número de Casos | Tasa /Mil Habitantes |
|--|-----------------|----------------------|
| Hipertensión Arterial | 430 | 0.9 |
| Traumas y Poli traumas (Accidente de Tránsito) | 214 | 0.5 |
| Diabetes Mellitus | 156 | 0.3 |
| Infarto Agudo al Miocardio | 89 | 0.2 |
| Neumonía | 86 | 0.2 |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva | 71 | 0.2 |
| Accidente Cerebro Vascular | 67 | 0.1 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica | 56 | 0.1 |
| Cáncer de Prostata | 50 | 0.1 |
| Bronco neumonía | 46 | 0.1 |
| otras causas | 884 | 2.0 |
| Total | 2,149 | 4.7 |

Población: 452,692

Fuente: Dirección Regional de Salud VIII.

V. MERCADO DE SALUD EN EL CIBAO CENTRAL.

A) Perfil de la Competencia

(Informaciones para la Realización del Análisis FODA e Identificar Posibles Compradores y Vendedores de servicios)

i. Centros de Salud, Ubicación, Capacidad Instalada Centros de Salud y Consultorios Sub-Sector Público

| SUB-SECTOR PUBLICO | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|---------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|-----------------|-------------------------|
| NOMBRE | Inst | Med_Gen | Med Es | Odon | Lab | Ray_X | Qui r | Obst | UCI | Camas | Provincia | Municipio |
| Luis Morillo King | MISPA | 4 | 16 | 5 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 241 | La Vega | Concepción de La Vega |
| Pedro Emilio Marchena | MISPA | 2 | 22 | 2 | 1 | 2 | 4 | 8 | 0 | 200 | Monseñor Nouel | Monseñor Nouel |
| Inmaculada Concepción | MISPA | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 110 | Sánchez Ramírez | Cotuí |
| Pedro Antonio Céspedes | MISPA | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 56 | La Vega | Constanza |
| Armida García | IDSS | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 48 | La Vega | Concepción de La Vega |
| Sigfredo Alba Domínguez | MISPA | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 45 | Sánchez Ramírez | Fantino |
| José A Columna | IDSS | 2 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 37 | Monseñor Nouel | Monseñor Nouel |
| Octavia Gautier de Vidal | MISPA | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 32 | La Vega | Jarabacoa |
| Maimón | MISPA | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 30 | Monseñor Nouel | Maimón |
| Piedra Blanca | MISPA | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 28 | Monseñor Nouel | Piedra Blanca |
| Cévicos | MISPA | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 24 | Sánchez Ramírez | Cévicos |
| Villa La Mata | MISPA | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 23 | Sánchez Ramírez | La Mata (D.M.) |
| Ramón Báez | IDSS | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 23 | Sánchez Ramírez | Cotuí |
| Dr: Juan Antonio Castillo | MISPA | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 20 | La Vega | Río Verde Arriba (D.M.) |
| TOTAL | | | | 21 | 14 | 13 | 23 | 23 | 6 | 917 | | |

Centros de Salud y Consultorios Sub-Sector Privado

| CENTROS MÉDICOS PRIVADOS | | | | | | | | |
|---|----------|--------|--------|-------|------|--------|-------|-----------|
| NOMBRE | PMed_Gen | PRay_X | PQui r | PObst | PUCI | PCamas | PLab2 | Municipio |
| Centro Médico V Centenario | 8 | 1 | 1 | 2 | 1 | 51 | 1 | La Vega |
| Centro de Especialidades Médicas VEGANAS | 18 | 1 | 3 | 3 | 1 | 40 | 1 | La Vega |
| Centro de Consultorios Profesionales | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Centro Otorrinolaringología Dr. Batista | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Clínica de Pie Diabéticos y Cirugía | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 | 0 | La Vega |
| Clínica Santa Ana | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | La Vega |
| Clínica Dr. Sánchez | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Clínica Dr. García Rojas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Clínica Dental Dras. Cáceres Basilis | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Centro Médico Román Gil | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 8 | 0 | La Vega |
| Centro Médico Medicina Familiar San Antonio | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | La Vega |
| ARS Popular Dr. Lora Hernández | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Vega |
| Centro Médico Bonao | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |

| CENTROS MÉDICOS PRIVADOS | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|--------------|--------------|-------------|---------------|--------------|------------------|
| NOMBRE | PMed_Gen | PRay_X | PQuir | PObst | PUCI | PCamas | PLab2 | Municipio |
| Centro Médico Caralona De Jesús Cxa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro Materno Infantil y Especialidades Bonao | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro de Especialidades Médicas Dr. Nelson Inoa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro de Salud Bucal Dr. José Agustín De los Sant | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro Quirúrgico Dental Teresa De Jesús | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro Médico Bonao | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro Médico Caralona De Jesús Cxa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Clínica Dr. Rosario | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Clínica Ntra. Señora De La Antigua | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Clínica La Esperanza | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Clínica San Antonio De Padua | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Bonao |
| Centro Médico Núñez Hernández | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro Médico Sánchez Ramírez | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro Médico Núñez Hernández | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro Regional Guadalupe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Clínica Dr. Jacobo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Clínica Dra. Paredes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro Médico Sánchez Ramírez | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro de Salud Club De Leones | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Cotuí |
| Centro de Salud Obra Social Salesiana | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 19 | 1 | Jarabacoa |
| Centro Especialidades Los Ríos | 6 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 1 | Jarabacoa |
| Centro Médico Jarabacoa | 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 100 | 1 | Jarabacoa |
| Centro Médico Dr. Rodríguez | 7 | 1 | 1 | 1 | 0 | 14 | 1 | Constanza |
| Centro Médico San Rafael | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | Constanza |
| Centro Médico Infantil Dra. Sánchez | 8 | 1 | 1 | 1 | 0 | 16 | 1 | Constanza |
| Centro de Especialidades Médicas Titi | 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 18 | 1 | Constanza |
| Centro Médico Quirúrgico Fantino | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Fantino |
| Centro Médico Quirúrgico Fantino | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Fantino |
| Centro Antiparasitario Maimón | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Maimón |
| Clínica San José | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | La Mata |
| Clínica Nuestra Señora Del Pilar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Célicos |
| | 93 | 8 | 14 | 10 | 4 | 282 | 10 | |

Fuente: SIGpaS 4, MSP. 2008

| CONSULTORIOS MÉDICOS | | | |
|---|---------------|--------------------------------|------------------|
| NOMBRE | sector | Personal Médico General | Municipio |
| Cons. Médico Miguelina Ogando | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Dra. Yovanna Leonardo | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Dr. Luis López González | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Panal | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Carmen Hernández | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dra. Eladia Abre | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Miguel Cruz | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Archibaldo Pérez | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dr. Sánchez | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Dr. Rafael López | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dra. Corniell | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dr. Rosario | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Dr. Tony García | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dr. Dionicio B. | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dra. Maritza Coste | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Dr. Juan Bautista | Privado | 1 | La Vega |
| Cons. Médico Bono Med | Privado | 0 | Bonao |
| Cons. Médico Cristiano Fuente De Vida | Privado | 0 | Bonao |
| Cons. Dr. Rivas Sandoval | Privado | 0 | Bonao |
| Cons. Médico Dr. Pedro Inoa Columna | Privado | 0 | Bonao |
| Centro Diagnostico Clínico Dres Duarte | Privado | 0 | Bonao |
| Cons. Médico Popular | Privado | 0 | Cotuí |
| Cons. Médico Dr. Soto | Privado | 0 | Cotuí |
| Centro de Salud Club De Leones | Privado | 0 | Cotuí |
| Cons. Médico La Poza Dr. Rolando Abreu | Privado | 0 | Jarabacoa |
| Cons. Médico Dr. Cruz Antón | Privado | 1 | Jarabacoa |
| Cons. Médico Dr. Luis Rosario | Privado | 0 | Constanza |
| Cons. Médico Dr. Esteban Jameson | Privado | 0 | Constanza |
| Cons. Médico Torres Lara | Privado | 1 | Jima Abajo |
| Cons. Médico Dr. Alba | Privado | 0 | Fantino |
| Cons. Médico Dr. Céspedes | Privado | 0 | Maimón |
| Cons. Dr. Polanco | Privado | 0 | Maimón |
| Cons. Médico Dr. Alberto / Dra. Joselyn | Privado | 0 | Maimón |
| Cons. Médico Dr. Flores | Privado | 0 | Maimón |
| Cons. Médico Dr. Nelson González | Privado | 0 | La Mata |
| | | 18 | |

Fuente: SIGpaS 4, MSP. 2008

Laboratorios Clínicos

| NOMBRE | SECTOR | Municipio |
|--|---------------|------------------|
| Lab. Clínico Morillo Gómez | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Magaly Longo | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Rodríguez Guzmán | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Vida | Privado | La Vega |
| Lab. De Salud Biotest | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Vegano | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Vega Real | Privado | La Vega |
| Lab. Clínico Profesional | Privado | Bonao |
| Lab. Dra. Muñoz | Privado | Bonao |
| Lab. Clínico Suriel | Privado | Bonao |
| Lab. Clínico Inmaculada Concepción | Privado | Cotuí |
| Lab. Clínico Lic. Méndez Vargas | Privado | Cotuí |
| Lab. Bacteriológico Abreu/Clínica Dental D | Privado | Cotuí |
| Lab. Clínico Báez | Privado | Cotuí |
| Lab. Clínico Lic. Carmen Santana | Privado | Jarabacoa |
| Lab. Clínico La Altagracia | Privado | Constanza |
| Lab. Clínico Bacteriológico | Privado | Constanza |
| Lab. Clínico | Privado | Jima Abajo |
| Lab. Dic. Milagros García | Privado | Fantino |
| Lab. Clínico Bio- | Privado | Piedra Blanca |
| Lab. Clínico Lic. Mejía Astuwa | Privado | Piedra Blanca |
| Lab. Clínico Gaso Núñez | Privado | La Mata |
| Lab. Clínico Kleidy Luz | Privado | Maimón |

Fuente: SIGpaS 4, MSP. 2008

Clínicas Dentales

| NOMBRE | sector | Municipio |
|--|---------|-----------|
| Clínica Dental Dr. Williams De La Rosa | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Yesenia Marmolejos | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Flora Taveras | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Julissa Ureña Jorge | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Luis D'Oleo | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Joaquin Capellán | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Guillermo Guzmán | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Lara | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Antonio Lizardo | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Núñez Gómez | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Jochy Holguin | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Mateo | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Hernández | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Glenys Cornelio | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Romana | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Longo | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. José Taveras | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Arelis Bloise | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Gladis García | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Dulce Sánchez | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Jacqueline Díaz Teruel | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Contreras | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Cornelio | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Juan Martínez | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dres. Martínez Adames | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Sánchez | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Yliam Del Orbe | Privado | La Vega |
| Clínica Dental De Moya | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Del Villar | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Hernández | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Alejandro Reynoso | Privado | La Vega |
| Clínica Dental | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dras. Cáceres -Basilis | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dras. Cáceres Basilis | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Guadalupe Susiel | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Colega | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Xiomara Espailat | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Cruz | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Sandy López | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Lab. Para Ortodoncia | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Pujols | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Contreras | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Elvin Peralta | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Fernando Rodríguez | Privado | La Vega |

| NOMBRE | sector | Municipio |
|--|---------------|------------------|
| Clínica Dental Dra. Rosario Lora | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Natividad | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Leonel Álvarez | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Karen Cruz | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Xiomara Taveras | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. López | Privado | La Vega |
| Centro Odontológico S.A | Privado | La Vega |
| Centro Odontológico Dr. Luis López | Privado | La Vega |
| Centro Odontológico Dr. Luis López | Privado | La Vega |
| Centro de Rehabilitación Bucal | Privado | La Vega |
| Centro Odontológico y Radiológico Vegano | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Lourdes Bloise | Privado | La Vega |
| Centro Radiológico Dental | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Miranda | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Gerarda Castillo | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dr. Matías | Privado | La Vega |
| Cons. Dental Mayra Jiménez | Privado | La Vega |
| Cons. Dental Torres Rosario | Privado | La Vega |
| Clínica Dental Dra. Placeda De León | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Heyi María Mejía Vallejo | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Alendrews Andrickson | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Flora J. Ortega R. Y Dr. Luis | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. David Cruz | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Rafael Santana | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Laura Barcacer | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Argelia Núñez | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Caridad Alegre | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. José Nicolás José | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Ingrid Terrero | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Sobeida González | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Liduvina Cabrera A. | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Miosotis Rodríguez | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Rose Mary Vargas | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Marcelina Olivo | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr. Berennice Columna De King | Privado | Bonao |
| Clínica Dental La Altagracia | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Vanessa Jiménez | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dra. Daly Ferreira | Privado | Bonao |
| Centro Odontológico Adalgisa Jiménez | Privado | Bonao |
| Centro Especialidades Odontológicas Dra. Gladys Sa | Privado | Bonao |
| Cons. Dental Dra. Rosalizon | Privado | Bonao |
| Cons. Dental Dra. Francisca Sabino | Privado | Bonao |
| Cons. Dental Amanda Suazo | Privado | Bonao |
| Clínica Dental Dr.MI. González | Privado | Cotuí |
| Clínica Dental Dr. Curiel | Privado | Cotuí |
| Clínica Dental Mejía | Privado | Cotuí |

| NOMBRE | sector | Municipio |
|--|---------------|------------------|
| Clínica Dental Digna Núñez | Privado | Cotuí |
| Clínica Dental Ana Estévez | Privado | Cotuí |
| Centro Dental Dra. Euridices Soto Núñez | Privado | Cotuí |
| Centro Odontológico Dra. Nurys González | Privado | Cotuí |
| Cons. Dental Dr.Yeme | Privado | Cotuí |
| Centro Dental Especializado Dra. Socorro Ramírez | Privado | Jarabacoa |
| Centro Dental Dres. Sánchez Pineda | Privado | Jarabacoa |
| Centro Dental Dr. De Abreu | Privado | Jarabacoa |
| Clínica Dental Dr. Marcos Martínez | Privado | Jarabacoa |
| Clínica Dental Dra. Violeta Rojas | Privado | Jarabacoa |
| Clínica Dental Rosmerys | Privado | Constanza |
| Clínica Dental Dr. Ariyana | Privado | Constanza |
| Clínica Dental Dr. Kelis | Privado | Constanza |
| Cons. Dental Dr. Pérez | Privado | Constanza |
| Cons. Dental Dra. Amarilis | Privado | Constanza |
| Clínica Dental Dra. Yudelka Santana- Dra. Ivelisse | Privado | Fantino |
| Clínica Dental Pepey | Privado | Fantino |
| Clínica Dental Dra. Ruth Martínez | Privado | Fantino |
| Cons. Dental Núñez Acosta | Privado | Fantino |
| Cons. Dental Niñez Papin | Privado | Fantino |
| Centro Odontológico Dr. Padilla | Privado | Fantino |
| Cons. Dental Mendoza | Privado | Jima Abajo |
| Cons. Dental | Privado | Jima Abajo |
| Clínica Dental Dr. Sandra Ortiz | Privado | Jima Abajo |
| Clínica Dental Dr. Ydalina Velázquez | Privado | La Mata |
| Clínica Dental Acosta | Privado | La Mata |
| Clínica Dental Enrique Celestino | Privado | Maimón |
| Cons. Dental Rodríguez Meris | Privado | Maimón |
| Clínica Dental J.M | Privado | Piedra Blanca |

Fuente: SIGpaS 4, MSP. 2008

B) Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTQPJB

| SERVICIOS | Posicionamiento HTQPJB con Relación a los Servicios que ofrece los Sub-Sectores Público y Privado |
|--------------------------------------|---|
| Cirugía General | ALTO |
| Maxilofacial | ALTO |
| Neurocirugía | ALTO |
| Neurotrauma | ALTO |
| Ortopedia y Traumatología | ALTO |
| Emergencia | ALTO |
| Urología | ALTO |
| Medicina Física y Rehabilitación | ALTO |
| Cirugía Plástica | ALTO |
| Cirugía Vasculat | ALTO |
| Cirugía Torácico | ALTO |
| Cirugía Pediátrica | ALTO |
| Cirugía Ginecológica | ALTO |
| Ortopedia Pediátrica | ALTO |
| Oftalmología | ALTO |
| Otorrinolaringología | ALTO |
| Manejo Politraumatizados Quemados | ALTO |
| Cuidados Intensivos (Adulto y Niños) | ALTO |
| Odontología | ALTO |
| Hemodiálisis | ALTO |
| Banco de Sangre | ALTO |
| Cirugías Ambulatorias | ALTO |
| Tomografía | ALTO |
| Resonancia Magnética | ALTO |
| Electromiografía | ALTO |
| Laboratorio Clínico | ALTO |
| Rayos X | ALTO |
| Mamografía | ALTO |
| Panorámica | ALTO |
| Sala de Cura y Otomía | ALTO |
| Medicina Familiar | MEDIO |
| Salud Mental | MEDIO |
| Cardiología | MEDIO |
| Gastroenterología | MEDIO |
| Neurología | MEDIO |
| Medicina Interna | BAJO |
| Pediatría General | BAJO |
| Ginecología y Obstetricia | BAJO |
| Dermatología | BAJO |
| Medicina General | BAJO |
| Endocrinología | BAJO |
| Neumología | BAJO |
| Sala De Parto | BAJO |
| Colposcopia | BAJO |
| Ecocardiograma | BAJO |
| Medicina Nuclear | BAJO |
| Planificación Familiar | BAJO |

Legenda:

ALTO: Capacidad Resolutiva Mayor que el Promedio.

MEDIO: Capacidad Instalada adecuada pero en el Hospital funcionan como servicios de Apoyo.

BAJO: El servicio que ofrece el Hospital es muy limitado o no Existe.

SECCIÓN: OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS GENERALES

VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES; ESTRATEGIAS GENERALES PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.

A) Objetivos Estratégicos Generales del HTQPJB:

- 1. Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos.**
- 2. Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.**
- 3. Definir y ejecutar las actividades Gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación.**
- 4. Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad.**
- 5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.**
- 6. Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.**
- 7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.**

"La excelencia de un líder, se mide por la capacidad para transformar los problemas en oportunidades" - Peter Drucker

B) Estrategias Generales para garantizar el logro de los objetivos.

i. Estrategias Generales Para Garantizar los Fundamentos del Hospital:

- ✓ Garantizar el cumplimiento del marco legal vigente.
- ✓ Estandarización de los servicios brindados, a través de la utilización de protocolos en todas las áreas.
- ✓ Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción e indicadores de calidad.
- ✓ Evaluaciones periódicas del desempeño a todo el personal del hospital.
- ✓ Establecer convenios de cooperación e intercambio científico con instituciones nacionales e internacionales.
- ✓ Conformar los diferentes comités que garanticen la calidad y profesionalidad en la entrega de los servicios. (bioética, vigilancia infecciones intrahospitalaria, control farmacéutico, eventos adversos, análisis mortalidad)
- ✓ Las decisiones serán tomadas en base al análisis de las informaciones.

ii. Estrategias de Mercado:

- ✓ Trato adecuado a los usuarios.
- ✓ Mantener un alto Niveles de Satisfacción en los Usuarios.
- ✓ Garantizar servicios de calidad con alto niveles de seguridad de la atención.
- ✓ Implementar una estrategia de mercadeo donde se destaque lo siguiente: Capacidad resolutive de los recursos humanos, ubicación geográfica, capacidad instalada en equipos, calidad de los servicios brindados, seguridad en la atención, 7 salas de cirugía, entre otros.
- ✓ Mantener precios asequibles y competitivos.
- ✓ Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos.
- ✓ Departamento de Atención al Usuario.
- ✓ Formulación de campañas publicitarias (participación, entrevista y reportajes en programa radio y televisión, periódicos, señalizaciones externas, brouchur, afiches, participación de estudiantes como facilitadores).
- ✓ Creación de revista.

iii. Planificación y Control

- ✓ Realizar ejercicios de planificación en todas las áreas.
- ✓ Monitoreo periódico de calidad y satisfacción e usuarios.
- ✓ Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas establecidas en los diferentes planes formulados del hospital y por departamentos.
- ✓ Implementar el sistema de auditoría al expediente clínico.
- ✓ Implementar planes de desarrollo de los recursos humanos en todas las áreas.
- ✓ Implementación de sistema de administración y contabilidad organizado.
- ✓ Análisis y control de costo.
- ✓ Análisis y control de Glosas.
- ✓ Evaluación de cumplimiento de los protocolos y procesos.
- ✓ Evaluación de desempeño del personal.
- ✓ Formulación de planes operativos de intervención cuando no se obtengan los objetivos y metas establecidos.
- ✓ Monitorear el cumplimiento e impactos logrados por los planes operativos de intervención.
- ✓ Presentación de informes periódicos del cumplimiento de los planes operativos de intervención.

SECCIÓN: RESULTADOS GENERALES AÑO 2016.

VII. RESULTADOS GENERALES.

A) Tabla: Producción General por Gerencia por mes, Año 2016.

| ACTIVIDADES | GERENCIA Y No. ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | ACUMULADO |
|--|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| ORTOPEDIA | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas | 628 | 1,445 | 1,054 | 1,192 | 1,231 | 1,166 | 1,146 | 1,066 | 1,114 | 886 | 992 | 848 | 12,768 |
| Consultas 1era. Vez | 207 | 445 | 384 | 504 | 399 | 300 | 349 | 303 | 305 | 240 | 330 | 281 | 4,047 |
| Consultas Subsecuente | 421 | 1,000 | 670 | 688 | 832 | 866 | 797 | 763 | 809 | 646 | 662 | 567 | 8,721 |
| Interconsultas | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 |
| Pre-Quirúrgica | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Ingresos | 131 | 110 | 122 | 143 | 138 | 112 | 146 | 135 | 160 | 151 | 158 | 130 | 1,636 |
| Egresos | 125 | 108 | 128 | 136 | 143 | 117 | 138 | 127 | 166 | 140 | 155 | 141 | 1,624 |
| Total Días de Estancia | 1,555 | 1,104 | 1,510 | 1,215 | 1,361 | 1,191 | 1,018 | 1,015 | 1,205 | 1,118 | 1,795 | 1,165 | 15,252 |
| Cirugías | 157 | 226 | 219 | 265 | 228 | 215 | 263 | 240 | 270 | 241 | 245 | 201 | 2,770 |
| Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) (INTERNAMIENTO) | 40 | 29 | 28 | 31 | 29 | 28 | 0 | 0 | 0 | 29 | 30 | 14 | 258 |
| Otros Procedimientos | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas | 1,227 | 2,398 | 1,937 | 2,260 | 2,179 | 1,865 | 1,756 | 1,878 | 2,001 | 1,827 | 1,882 | 1,395 | 22,605 |
| Consultas 1era. Vez | 589 | 1,089 | 917 | 1,085 | 1,044 | 834 | 743 | 847 | 923 | 816 | 841 | 624 | 10,352 |
| Consultas Subsecuente | 638 | 1,309 | 1,020 | 1,175 | 1,135 | 1,031 | 1,013 | 1,031 | 1,078 | 1,011 | 1,041 | 771 | 12,253 |
| Ingresos | 63 | 155 | 127 | 142 | 111 | 134 | 128 | 131 | 139 | 119 | 140 | 119 | 1,508 |
| Egresos | 63 | 151 | 126 | 137 | 113 | 133 | 135 | 121 | 142 | 123 | 139 | 124 | 1,507 |
| Interconsultas | 21 | 11 | 13 | 20 | 21 | 20 | 10 | 17 | 25 | 14 | 15 | 11 | 198 |
| Visita Seguimiento (Usuarios Hosp.) | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Pre-Quirúrgica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Días de Estancia | 316 | 446 | 272 | 522 | 401 | 455 | 527 | 384 | 509 | 405 | 456 | 442 | 5,135 |
| Cirugías | 103 | 181 | 168 | 175 | 161 | 180 | 177 | 184 | 199 | 177 | 195 | 173 | 2,073 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Curas y Otomias | 121 | 173 | 150 | 165 | 190 | 0 | 0 | 145 | 208 | 267 | 306 | 329 | 2,054 |
| NEUROCIRUGÍA | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas | 146 | 291 | 167 | 283 | 280 | 315 | 263 | 300 | 254 | 165 | 248 | 201 | 2,913 |
| Consultas 1era. Vez | 73 | 144 | 89 | 113 | 99 | 126 | 95 | 133 | 106 | 102 | 120 | 116 | 1,316 |
| Consultas Subsecuente | 73 | 147 | 78 | 170 | 181 | 189 | 168 | 167 | 148 | 63 | 128 | 85 | 1,597 |
| Interconsultas | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 11 |
| Pre-Quirúrgicas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Ingresos | 34 | 56 | 55 | 50 | 47 | 50 | 68 | 52 | 35 | 47 | 30 | 26 | 550 |
| Egresos | 33 | 54 | 50 | 47 | 45 | 57 | 64 | 56 | 39 | 45 | 32 | 28 | 550 |
| Total Días de Estancia | 340 | 523 | 405 | 383 | 545 | 662 | 455 | 526 | 425 | 375 | 285 | 261 | 5,185 |
| Cirugías | 18 | 24 | 28 | 22 | 17 | 18 | 24 | 21 | 20 | 17 | 25 | 18 | 252 |
| Otros Procedimientos | | | | | | | | | | | | | 0 |

| ACTIVIDADES | GERENCIA Y No. ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | ACUMULADO |
|--|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas | 2,162 | 4,944 | 3,821 | 4,265 | 4,176 | 4,144 | 3,863 | 3,542 | 4,121 | 3,620 | 3,764 | 2,887 | 45,309 |
| Consultas 1era. Vez | 1,087 | 2,520 | 1,929 | 2,219 | 2,046 | 2,022 | 1,917 | 1,929 | 2,045 | 1,826 | 1,888 | 1,418 | 22,846 |
| Consultas Subsecuente | 1,075 | 2,424 | 1,892 | 2,046 | 2,130 | 2,122 | 1,946 | 1,613 | 2,076 | 1,794 | 1,876 | 1,469 | 22,463 |
| Interconsultas | 95 | 114 | 107 | 107 | 116 | 84 | 101 | 122 | 116 | 84 | 134 | 102 | 1,282 |
| Visita Seguimiento (Usuarios Hosp.) | 47 | 58 | 44 | 59 | 53 | 69 | 75 | 60 | 65 | 47 | 53 | 54 | 684 |
| Ingresos | 2 | 3 | 0 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 6 | 4 | 1 | 6 | 37 |
| Egresos | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 3 | 3 | 4 | 0 | 8 | 3 | 3 | 35 |
| Total Días de Estancia | 31 | 13 | 8 | 0 | 42 | 39 | 28 | 49 | 0 | 108 | 85 | 17 | 420 |
| Endoscopias | 18 | 41 | 37 | 61 | 31 | 35 | 64 | 16 | 18 | 39 | 33 | 0 | 393 |
| Hemodiálisis | 519 | 565 | 501 | 542 | 542 | 549 | 549 | 571 | 567 | 528 | 570 | 535 | 6,538 |
| Electroencefalograma | | | | | | | | | | | | | 0 |
| EKG- Consultas | 597 | 540 | 466 | 624 | 511 | 145 | 422 | 497 | 579 | 501 | 457 | 485 | 5,824 |
| EKG- Hospitalización | 123 | 98 | 105 | 159 | 117 | 612 | 126 | 132 | 133 | 117 | 131 | 168 | 2,021 |
| Eco cardiogramas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Espirometria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 54 | 14 | 53 | 42 | 0 | 0 | 0 | 163 |
| Pruebas Esfuerzo (caminata) | 112 | 155 | 69 | 127 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 463 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 6 | 0 | 0 | 8 | 7 | 9 | 7 | 44 |
| UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS | | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos | 17 | 21 | 16 | 12 | 8 | 29 | 21 | 20 | 28 | 19 | 20 | 11 | 222 |
| Egresos | 15 | 17 | 21 | 17 | 15 | 22 | 22 | 18 | 29 | 20 | 26 | 17 | 239 |
| Total Días de Estancia | 440 | 376 | 230 | 265 | 580 | 206 | 197 | 193 | 634 | 416 | 357 | 414 | 4,308 |
| Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Fistulización de venas, Otros) | 8 | 8 | 4 | 12 | 14 | 11 | 1 | 6 | 7 | 5 | 5 | 12 | 93 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MAXILOFACIAL | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas Maxilofacial | 102 | 210 | 210 | 225 | 136 | 169 | 168 | 189 | 181 | 163 | 157 | 141 | 2,051 |
| Consultas 1era. Vez | 31 | 64 | 28 | 28 | 16 | 19 | 25 | 18 | 28 | 21 | 40 | 29 | 347 |
| Consultas Subsecuente | 71 | 146 | 182 | 197 | 120 | 150 | 143 | 171 | 153 | 142 | 117 | 112 | 1,704 |
| Consultas Odontología | 114 | 212 | 265 | 195 | 208 | 194 | 187 | 175 | 249 | 182 | 189 | 133 | 2,303 |
| Consultas 1era. Vez | 26 | 61 | 79 | 67 | 35 | 58 | 63 | 51 | 60 | 36 | 59 | 37 | 632 |
| Consultas Subsecuente | 88 | 151 | 186 | 128 | 173 | 136 | 124 | 124 | 189 | 146 | 130 | 96 | 1,671 |
| Interconsultas | 1 | 0 | 4 | 0 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 4 | 7 | 2 | 34 |
| Pre quirúrgicas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Ingresos | 8 | 23 | 16 | 15 | 14 | 17 | 14 | 11 | 16 | 22 | 20 | 17 | 193 |
| Egresos | 9 | 28 | 15 | 13 | 14 | 12 | 16 | 12 | 14 | 23 | 19 | 18 | 193 |

| ACTIVIDADES | GERENCIA Y No. ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | ACUMULADO |
|--|----------------------------|-------|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-----------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| Total Días de Estancia | 125 | 111 | 50 | 49 | 30 | 53 | 199 | 41 | 46 | 122 | 80 | 93 | 999 |
| Procedimientos Odontológicos | 160 | 280 | 365 | 263 | 295 | 251 | 245 | 211 | 366 | 228 | 170 | 140 | 2,974 |
| Cirugías Maxilofacial | 22 | 61 | 45 | 62 | 47 | 46 | 53 | 40 | 43 | 43 | 30 | 24 | 516 |
| Cirugías Mayores | 10 | 38 | 26 | 37 | 32 | 26 | 29 | 12 | 25 | 29 | 20 | 19 | 303 |
| Cirugías Menores (Ambulatorias) | 12 | 23 | 19 | 25 | 15 | 20 | 24 | 28 | 18 | 14 | 10 | 5 | 213 |
| Radiografías Periapicales | 0 | 0 | 8 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 7 | 8 | 9 | 3 | 44 |
| Panorámicas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ANESTESIOLOGÍA | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos (Todos los tipos de anestésicos aplicados programados y/o de Emergencias) | 288 | 471 | 428 | 485 | 428 | 435 | 487 | 453 | 508 | 458 | 478 | 406 | 5,325 |
| Consultas | 143 | 462 | 321 | 352 | 353 | 332 | 320 | 353 | 356 | 314 | 380 | 219 | 3,905 |
| Consultas 1era. Vez | 74 | 243 | 170 | 181 | 182 | 170 | 166 | 190 | 182 | 176 | 191 | 114 | 2,039 |
| Consultas Subsecuente | 69 | 219 | 151 | 171 | 171 | 162 | 154 | 163 | 174 | 138 | 189 | 105 | 1,866 |
| Pre-Anestésicos | 143 | 462 | 321 | 352 | 353 | 332 | 320 | 353 | 356 | 314 | 380 | 219 | 3,905 |
| Otros Procedimientos (Parches, Intubación, PL, Otros) | 1 | 7 | 5 | 6 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 7 | 3 | 45 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas | 112 | 194 | 173 | 216 | 170 | 182 | 227 | 185 | 165 | 213 | 198 | 148 | 2,183 |
| Consultas 1era. Vez | 43 | 87 | 66 | 85 | 86 | 72 | 90 | 66 | 57 | 84 | 90 | 46 | 872 |
| Consultas Subsecuente | 69 | 107 | 107 | 131 | 84 | 110 | 137 | 119 | 108 | 129 | 108 | 102 | 1,311 |
| Interconsultas | 2 | 2 | 5 | 0 | 3 | 1 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 27 |
| Terapia Física Básica | 480 | 1,021 | 909 | 630 | 839 | 977 | 1,120 | 1,117 | 839 | 1,111 | 1,370 | 1,002 | 11,415 |
| Otras Terapias Físicas | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Procedimientos (Usuarios Asistidos) | 480 | 1,021 | 909 | 630 | 839 | 977 | 1,120 | 1,117 | 839 | 1,111 | 1,370 | 1,002 | 11,415 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EMERGENCIA | | | | | | | | | | | | | |
| Asistencia Emergencia | 966 | 1,026 | 780 | 866 | 761 | 1,025 | 871 | 868 | 759 | 858 | 946 | 801 | 10,527 |
| Procedimientos (Sutura) | 60 | 35 | 44 | 55 | 78 | 43 | 51 | 70 | 22 | 25 | 33 | 43 | 559 |
| Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados) | 155 | 128 | 119 | 140 | 162 | 147 | 0 | 0 | 0 | 116 | 30 | 117 | 1,114 |
| Procedimientos (Curas) | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

| ACTIVIDADES | GERENCIA Y No. ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | ACUMULADO |
|--|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Fistulización de venas, Otros) | 153 | 116 | 108 | 122 | 81 | 58 | 97 | 149 | 13 | 45 | 89 | 96 | 1,127 |
| EKG- Emergencia | 103 | 112 | 112 | 91 | 106 | 65 | 59 | 114 | 9 | 23 | 51 | 61 | 906 |
| Extranjeros Asistidos en la GERENCIA | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 6 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 20 |
| LABORATORIO CLÍNICO | | | | | | | | | | | | | |
| Sección de Hematología | 1,776 | 8,288 | 6,812 | 7,092 | 6,504 | 6,644 | 6,645 | 5,772 | 7,179 | 6,680 | 7,011 | 4,735 | 75,138 |
| Sección de Bioquímica | 5,274 | 26,212 | 20,857 | 22,053 | 21,067 | 20,648 | 20,164 | 17,391 | 20,519 | 17,888 | 17,105 | 12,118 | 221,296 |
| Sección de Uro-Copro | 558 | 3,148 | 2,255 | 2,363 | 2,233 | 2,298 | 2,119 | 2,015 | 2,416 | 2,269 | 2,154 | 1,536 | 25,364 |
| Sección Serológica | 405 | 2,110 | 1,560 | 1,678 | 914 | 1,371 | 1,479 | 1,312 | 1,773 | 1,538 | 1,668 | 1,084 | 16,892 |
| Pruebas Especiales | 1,730 | 6,627 | 5,015 | 5,528 | 2,671 | 9,860 | 4,867 | 4,290 | 5,436 | 4,771 | 4,777 | 3,654 | 59,226 |
| Sección Inmunohematología (Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pruebas Bacteriología | 312 | 1,160 | 863 | 811 | 894 | 450 | 859 | 658 | 792 | 808 | 1,028 | 579 | 9,214 |
| | | | | | | | | | | | | | 407,130 |
| BANCO DE SANGRE | | | | | | | | | | | | | |
| Unidades Tamizadas | 333 | 396 | 390 | 333 | 367 | 415 | 361 | 371 | | | | | 2,966 |
| Sección de Hematología | 376 | 485 | 377 | 460 | 457 | 501 | 446 | 459 | 458 | 411 | 458 | 307 | 5,195 |
| Sección Inmunohematología | 944 | 1,027 | 895 | 1,083 | 951 | 1,097 | 1,027 | 1,001 | 1,019 | 1,111 | 1,173 | 1,006 | 12,334 |
| Pruebas Especiales | 1,572 | 2,444 | 2,393 | 2,094 | 2,293 | 2,597 | 2,246 | 1,935 | 2,189 | 2,208 | 2,382 | 2,022 | 26,375 |
| | | | | | | | | | | | | | 46,870 |
| IMAGENOLOGIA | | | | | | | | | | | | | |
| Rayos X | 3,420 | 4,352 | 3,580 | 4,232 | 3,765 | 3,935 | 3,946 | 4,026 | 3,998 | 3,512 | 3,776 | 3,867 | 46,409 |
| Sonografía | 574 | 1,187 | 990 | 1,117 | 931 | 923 | 880 | 964 | 945 | 677 | 952 | 922 | 11,062 |
| Tomografía | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Brazo en C | 57 | 87 | 73 | 84 | 73 | 72 | 89 | 96 | 75 | 84 | 91 | 80 | 961 |
| Estudios Especiales | 50 | 96 | 62 | 84 | 77 | 77 | 76 | 57 | 54 | 79 | 63 | 70 | 845 |
| Resonancia Magnética | 94 | 346 | 191 | 227 | 191 | 145 | 0 | 28 | 0 | 43 | 40 | 118 | 1,423 |
| TOTAL | 4,195 | 6,068 | 4,896 | 5,744 | 5,037 | 5,152 | 4,991 | 5,171 | 5,072 | 4,395 | 4,922 | 5,057 | 60,700 |
| ANATOMIA PATOLOGICA | | | | | | | | | | | | | |
| Biopsia | 47 | 164 | 150 | 138 | 143 | 137 | 147 | 158 | 143 | 199 | 188 | 136 | 1,750 |
| Biopsia por congelación | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Citología | 24 | 80 | 54 | 49 | 51 | 53 | 44 | 69 | 55 | 86 | 35 | 40 | 640 |
| Necropsia | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL | 71 | 244 | 204 | 187 | 194 | 190 | 191 | 227 | 198 | 285 | 223 | 176 | 2,390 |
| FARMACIA | | | | | | | | | | | | | |
| Recetas Emergencia | 1,364 | 1,314 | 1,314 | 1,352 | 1,182 | 1,132 | 1,137 | 1,129 | 1,102 | 1,207 | 1,230 | 1,050 | 14,513 |

| ACTIVIDADES | GERENCIA Y No. ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | ACUMULADO |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| Recetas Hospitalización | 4,604 | 5,486 | 5,486 | 5,837 | 5,497 | 5,848 | 6,178 | 6,542 | 5,977 | 6,320 | 5,989 | 5,446 | 69,210 |
| Recetas Quirófanos | 366 | 533 | 555 | 592 | 471 | 543 | 592 | 551 | 506 | 567 | 598 | 346 | 6,220 |
| Recetas Hemodiálisis | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Recetas Curas y Ostomia | 437 | 496 | 505 | 542 | 503 | 503 | 517 | 528 | 510 | 525 | 531 | 524 | 6,121 |
| Recetas Reducciones y Yesos | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL | 6,771 | 7,829 | 7,860 | 8,323 | 7,653 | 8,026 | 8,424 | 8,750 | 8,095 | 8,619 | 8,348 | 7,366 | 96,064 |
| ACUMULADOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EMERGENCIA HOSPITALARIA | 966 | 1,026 | 780 | 866 | 761 | 1,025 | 871 | 868 | 759 | 858 | 946 | 801 | 10,527 |
| TOTAL INGRESOS | 255 | 368 | 336 | 364 | 323 | 343 | 381 | 352 | 384 | 362 | 369 | 309 | 4,146 |
| TOTAL EGRESOS | 248 | 360 | 341 | 350 | 335 | 344 | 378 | 338 | 390 | 359 | 374 | 331 | 4,148 |
| TOTAL DÍAS ESTANCIAS | 2,807 | 2,573 | 2,475 | 2,434 | 2,959 | 2,606 | 2,424 | 2,208 | 2,819 | 2,544 | 3,058 | 2,392 | 31,299 |
| TOTAL CONSULTAS | 4,634 | 10,156 | 7,948 | 8,988 | 8,733 | 8,367 | 7,930 | 7,688 | 8,441 | 7,370 | 7,810 | 5,972 | 94,037 |
| TOTAL DE CONSULTAS 1era. VEZ | 2,130 | 4,653 | 3,662 | 4,282 | 3,907 | 3,601 | 3,448 | 3,537 | 3,706 | 3,301 | 3,559 | 2,665 | 42,451 |
| TOTAL CONSULTAS SUB-SECUENTES | 2,504 | 5,503 | 4,286 | 4,706 | 4,826 | 4,766 | 4,482 | 4,151 | 4,735 | 4,069 | 4,251 | 3,307 | 51,586 |
| TOTAL INTERCONSULTAS | 121 | 130 | 130 | 128 | 148 | 113 | 124 | 142 | 143 | 106 | 160 | 118 | 1,563 |
| TOTAL DE CIRUGÍAS | 300 | 492 | 460 | 524 | 453 | 459 | 517 | 485 | 532 | 478 | 495 | 416 | 5,611 |
| TOTAL PROCEDIMIENTOS REHABILITACIÓN | 480 | 1,021 | 909 | 630 | 839 | 977 | 1,120 | 1,117 | 839 | 1,111 | 1,370 | 1,002 | 11,415 |
| TOTAL EXTRANJEROS ASISTIDOS | 1 | 0 | 112 | 1 | 8 | 11 | 6 | 1 | 10 | 7 | 11 | 7 | 175 |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

B) Tabla: Comportamiento Productividad por Departamentos y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2016.

| UNIDADES ESTRATÉGICAS | METAS DE HOSPITALIZACIÓN | | | METAS DE CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTOS | | | METAS CONSULTA EXTERNA | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------|-----------------|----------------|------------------------|-----------------|----------------|
| | TOTAL HOSP. Año | Resultados 2015 | % Cumplimiento | TOTAL Cirugías | Resultados 2015 | % Cumplimiento | TOTAL Consultas | Resultados 2015 | % Cumplimiento |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | 1,134 | 1,624 | 143% | 2,115 | 2,634 | 125% | 14,100 | 12,768 | 91% |
| CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES | 1,995 | 1,507 | 76% | 1,888 | 1,968 | 104% | 23,768 | 22,605 | 95% |
| Cirugía General | 913 | 1,033 | 113% | 564 | 993 | 176% | 4,122 | 4,272 | 104% |
| Oftalmología | 4 | 1 | 25% | 313 | 382 | 122% | 5,640 | 5,742 | 102% |
| Urología | 243 | 98 | 40% | 345 | 145 | 42% | 4,794 | 4,452 | 93% |
| Cirugía Vasculat | 198 | 165 | 83% | 259 | 170 | 66% | 2,256 | 2,448 | 109% |
| Cirugía Plástica | 365 | 78 | 21% | 125 | 117 | 94% | 1,692 | 1,212 | 72% |
| Cirugía Ginecológica | 258 | 113 | 44% | 251 | 123 | 49% | 3,384 | 2,993 | 88% |
| Otorrinolaringología | 14 | 19 | 136% | 31 | 38 | 123% | 1,880 | 1,486 | 79% |
| NEUROCIURUGÍA | 565 | 550 | 97% | 282 | 235 | 83% | 3,133 | 2,913 | 93% |
| MAXILO FACIAL | 406 | 193 | 48% | 282 | 515 | 183% | 2,256 | 2,051 | 91% |
| ODONTOLOGÍA | | | | 3,557 | 2,974 | 84% | 3,384 | 2,303 | 68% |
| MEDICINA INTERNA | 121 | 37 | 31% | | | | 58,307 | 45,309 | 78% |
| Cardiología | 0 | 6 | 0% | | | | 10,668 | 8,136 | 76% |
| Medicina Familiar | | | | | | | 19,552 | 16,101 | 82% |
| Infectología | | 9 | | | | | 1,128 | 1,205 | 107% |
| Salud Mental | | | | | | | 1,504 | 688 | 46% |
| Psicología | | | | | | | 846 | 921 | 109% |
| Nefrología | 91 | 22 | 24% | | | | 1,504 | 729 | 48% |
| Gastroenterología | | | | | | | 5,264 | 5,541 | 105% |
| Endocrinología | | | | | | | 2,256 | 0 | 0% |
| Neumología | | | | | | | 3,008 | 2,956 | 98% |
| Nutrición | | | | | | | 470 | 488 | 104% |
| Neurología | | | | | | | 2,707 | 2,371 | 88% |
| Pediatría | | | | | | | 2,820 | 1,458 | 52% |
| Hematología | | | | | | | 3,760 | 537 | 14% |
| Geriatría | | | | | | | 2,820 | 4,178 | 148% |
| Hemodiálisis | | | | 7,169 | 6,538 | 91% | | | |
| ANESTESIOLOGÍA | | | | 4,567 | 5,352 | 117% | 4,029 | 3,905 | 97% |
| UCI ADULTO | 365 | 239 | 65% | | | | | | |
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | | | | | 2,820 | 2,183 | 77% |
| TOTAL | 4,586 | 4,146 | 90% | 4,567 | 5,352 | 117% | 111,797 | 94,037 | 84% |
| OBSERVACIÓN EMERGENCIA | 2,555 | 0 | 0% | | | | | | |
| EMERGENCIAS | | | | | | | 11,680 | 10,527 | 90% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

C) Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2016.

| UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS | TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO | Resultados | % Cumplimiento |
|--|------------------------------|----------------|----------------|
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 13,957 | 11,415 | 82% |
| LABORATORIO CLÍNICO | | | |
| Sección de Hematología | 79,985 | 75,138 | 94% |
| Sección de Bioquímica | 247,151 | 221,296 | 90% |
| Sección de Uro-Copro | 29,678 | 25,364 | 85% |
| Sección Serológica | 17,661 | 16,892 | 96% |
| Pruebas Especiales | 59,527 | 59,226 | 99% |
| Pruebas Bacteriología | 10,388 | 9,214 | 89% |
| TOTAL | 444,390 | 407,130 | 92% |
| BANCO DE SANGRE | | | |
| Unidades Tamizadas | 0 | 2,966 | - |
| Sección de Hematología | 4,695 | 5,195 | 111% |
| Sección Inmunohematología | 10,865 | 12,334 | 114% |
| Pruebas Especiales | 25,370 | 26,375 | 104% |
| TOTAL | 40,930 | 46,870 | 115% |
| IMÁGENES | | | |
| Rayos X | 47,930 | 46,409 | 97% |
| Sonografía | 13,493 | 11,062 | 82% |
| Tomografía | 0 | 0 | 0 |
| Brazo en C | 0 | 961 | - |
| Estudios Especiales | 1,075 | 845 | 79% |
| Resonancia Magnética | 4,051 | 1,423 | 35% |
| TOTAL | 67,351 | 60,700 | 90% |
| LAB. ANATOMIA PATOLOGICA | | | |
| Biopsia | 2,421 | 1,750 | 72% |
| Biopsia por congelación | 0 | 0 | 0 |
| Citología | 35 | 640 | 1818% |
| Necropsia | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 2,456 | 2,390 | 97% |
| FARMACIA | | | |
| Recetas Emergencia | 16,352 | 14,513 | 89% |
| Recetas Hospitalización | 76,586 | 69,210 | 90% |
| Recetas Quirófanos | 5,024 | 6,220 | 124% |
| Recetas Hemodiálisis | 0 | 0 | 0 |
| Recetas Curas y Ostomía | 5,639 | 6,121 | 109% |
| Recetas Reducciones y Yesos | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 103,601 | 96,064 | 93% |

| UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS | TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO | Resultados | % Cumplimiento |
|---|------------------------------|------------|----------------|
| MISCELÁNEOS | | | |
| Curas y Otomías (Cirugías Gral. y Emergencia) | 1,566 | 2,056 | 131% |
| Reducción y Enyesado (Internamiento y Emergencia) | 2,300 | 1,372 | 60% |
| Hemodiálisis | 7,169 | 6,538 | 91% |
| EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias) | 8,179 | 8,751 | 107% |
| Endoscopias | 337 | 393 | 117% |
| Espirometria | 529 | 163 | 31% |
| Pruebas Esfuerzo | 2,122 | 463 | 22% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

D) Tabla: Consolidado Actividades Realizadas Año 2016 y Año 2015 y Variación Observada.

| ACTIVIDADES | Actividades Realizadas 2016 | METAS 2016 | Actividades Realizadas 2015 | VARIACIÓN CON RELACIONA 2015 | VARIACIÓN CON RELACIONA A LA META 2016 |
|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| Emergencias | 10,527 | 11,680 | 10,973 | -4.1% | 90.1% |
| Ingresos | 4,146 | 4,586 | 3,606 | 15.0% | 90.4% |
| Consultas | 94,037 | 111,797 | 99,376 | -5.4% | 84.1% |
| Interconsultas | 1,563 | 1,636 | 1,565 | -0.1% | 95.5% |
| Lab. Clínicos | 407,130 | 444,390 | 403,991 | 0.8% | 91.6% |
| Banco de Sangre | 46,870 | 40,930 | 37,209 | 26.0% | 114.5% |
| Estudios Imágenes | 60,700 | 67,351 | 61,228 | -0.9% | 90.1% |
| Estudios Anatomía Patológica | 2,390 | 2,456 | 2,233 | 7.0% | 97.3% |
| Recetas Despachadas Farmacia | 96,064 | 103,601 | 86,546 | 11.0% | 92.7% |
| Procedimientos Rehabilitación | 11,415 | 13,957 | 11,046 | 3.3% | 81.8% |
| Cirugías | 5,611 | 4,567 | 5,142 | 9.1% | 122.9% |
| Suturas | 559 | 460 | 579 | -3.5% | 121.5% |
| Yesos, Reducciones (Hospitalización y Emergencia) | 1,372 | 2,300 | 2,091 | -34.4% | 59.6% |
| Curas y Ostomia (Hospitalización y Emergencia) | 2,056 | 1,566 | 1,557 | 32.0% | 131.3% |
| Procedimientos Odontología | 2,974 | 3,557 | 3,666 | -18.9% | 83.6% |
| Radiografía Periapicales | 44 | 258 | 153 | -71.2% | 17.1% |
| Hemodiálisis | 6,538 | 7,169 | 6,476 | 1.0% | 91.2% |
| Electrocardiogramas | 8,751 | 8,179 | 7,435 | 17.7% | 107.0% |
| Endoscopia | 393 | 336.6 | 306 | 28.4% | 116.8% |
| Espirometría | 163 | 529 | 514 | -68.3% | 30.8% |
| Pruebas de Esfuerzos Respiratoria | 463 | 2,122 | 1,929 | -76.0% | 21.8% |
| Procedimientos Anestesiología (Programados y/o Emergencias) | 5,325 | 4,567 | 4,693 | 13.5% | 116.6% |
| Otros Procedimientos Anestesiología (Colocación parche) | 45 | 39 | 65 | -30.8% | 115.4% |
| Visita Pre-Anestesia | 3,905 | 1,083 | 3,869 | 0.9% | 360.6% |
| Otros Procedimientos (Colocacion Tubos de pechos, Traqueotomias, Toracotomia, Colocacion de cateteres Subclavios, Fistulizacion de venas, Otros) | 1,220 | 1,387 | 1,525 | -20.0% | 88.0% |
| TOTAL | 774,261 | 840,503 | 757,773 | 2.2% | 8.6% |

Es importante tomar en cuenta estos desempeños de la producción para el análisis FODA.

E) Tabla: Total Actividades Realizadas en el Periodo 2016, Total Actividades Estimadas para el año 2016, Total Actividades Realizadas año 2015, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el Periodo 2016 con Relación al Periodo 2015, Crecimiento Alcanzado Año 2016.

| AÑOS | TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS Y ESTIMADAS | META DE CRECIMIENTO ESTIMADA Y LOGRADA CON RELACIÓN AL 2015 | CRECIMIENTO ALCANZADO EN EL 2016 CON RELACIÓN AL 2014 |
|----------------------------|---|--|--|
| 2015 (Producido) | 757,773 | 10.9% Crecimiento estimado para 2016. | 2.2% |
| 2016 (Estimado) | 840,503 | El % cumplimiento del crecimiento a lo esperado fue de 20% . | |
| 2016 (Producido) | 774,261 | 92% Cumplimiento con relación a la Meta Estimada de las actividades para el 2016. | |

F) Tabla: Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por gerencia, general, por mes, Año 2016.

| UESS | Estancias Promedios | | | | | | | | | | | | Tasa de Ocupación (%) | | | | | | | | | | | | ACUMULADO POR SERVICIOS | |
|------------------------------------|---------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|------|---------------------------------|-------------------|------|-------------------|------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|----------------------|
| | MESES | | | | | | | | | | | | MESES | | | | | | | | | | | | Estancias Promedio por Días | Índice Ocupación (%) |
| | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | | |
| ORTOPEDIA | 12.4 | 10.2 | 11.8 | 8.9 | 9.5 | 10.2 | 7.4 | 8.0 | 7.3 | 8.0 | 11.6 | 8.3 | 161.8 | 127.2 | 157.1 | 130.6 | 141.6 | 128.1 | 105.9 | 105.6 | 129.6 | 116.3 | 193.0 | 121.2 | 9.5 | 134.8 |
| CIRUGÍA GENERAL | 5.5 | 3.5 | 2.2 | 5.0 | 4.1 | 4.2 | 4.5 | 3.7 | 4.3 | 3.5 | 3.7 | 4.2 | 38.7 | 56.8 | 28.2 | 75.0 | 54.5 | 64.2 | 67.9 | 51.3 | 68.5 | 55.5 | 58.7 | 61.1 | 4.0 | 56.7 |
| Urología | 1.3 | 1.8 | 1.8 | 2.3 | 3.3 | 1.7 | 1.9 | 2.3 | 2.1 | 2.0 | 2.1 | 2.3 | 3.2 | 22.3 | 16.9 | 11.7 | 16.1 | 14.2 | 12.1 | 12.9 | 15.8 | 9.7 | 14.2 | 16.9 | 2.1 | 14.1 |
| Cirugía Plástica | 2.0 | 1.5 | 2.7 | 1.1 | 1.0 | 1.3 | 1.4 | 1.1 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.2 | 2.2 | 14.3 | 43.0 | 8.9 | 4.3 | 8.9 | 14.0 | 8.6 | 8.9 | 1.1 | 7.8 | 6.5 | 1.4 | 10.7 |
| Cirugía Vascular | 5.5 | 3.2 | 1.6 | 1.2 | 1.5 | 1.8 | 2.8 | 2.4 | 3.4 | 3.2 | 3.3 | 2.0 | 71.0 | 71.4 | 20.4 | 34.4 | 21.5 | 25.6 | 45.2 | 23.7 | 37.8 | 37.6 | 54.4 | 23.7 | 2.2 | 38.9 |
| NEUROCIRUGÍA | 10.3 | 9.7 | 8.1 | 8.1 | 12.1 | 11.6 | 7.1 | 9.4 | 10.9 | 8.3 | 8.9 | 9.3 | 73.1 | 124.5 | 87.1 | 85.1 | 117.2 | 147.1 | 97.8 | 113.1 | 94.4 | 80.6 | 63.3 | 56.1 | 10.4 | 95.0 |
| MAXILOFACIAL | 13.9 | 4.0 | 3.3 | 3.8 | 2.1 | 4.4 | 12.4 | 3.4 | 3.3 | 5.3 | 4.2 | 5.2 | 50.4 | 49.6 | 20.2 | 20.4 | 12.1 | 22.1 | 80.2 | 16.5 | 19.2 | 49.2 | 33.3 | 37.5 | 5.4 | 34.2 |
| UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS | 29.3 | 22.1 | 11.0 | 15.6 | 38.7 | 9.4 | 9.0 | 10.7 | 21.9 | 20.8 | 13.7 | 24.4 | 177.4 | 167.9 | 92.7 | 110.4 | 233.9 | 85.8 | 79.4 | 77.8 | 264.2 | 167.7 | 148.8 | 166.9 | 18.9 | 147.7 |
| Cirugía Ginecológica | 1.3 | 1.9 | 2.0 | 2.7 | 1.6 | 1.8 | 4.9 | 1.8 | 2.0 | 1.7 | 2.1 | 1.6 | 3.2 | 22.3 | 12.9 | 13.3 | 8.9 | 18.3 | 27.4 | 14.5 | 28.3 | 9.7 | 25.8 | 10.5 | 2.1 | 16.3 |
| NEFROLOGÍA | 4.0 | 7.0 | 8.0 | | 11.3 | 15.0 | 9.3 | 5.0 | | 6.3 | | 5.7 | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICINA INTERNA | 23.0 | 6.0 | | | 4.0 | 4.0 | | | | 18.0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFECTOLOGIA | | | | | 4.0 | 20.0 | | 34.0 | | 21.7 | 28.3 | | | | | | | | | | | | | | 31.2 | |
| PROMEDIO POR MES | 10.9 | 6.0 | 4.9 | 5.0 | 7.8 | 7.1 | 5.6 | 6.9 | 5.8 | 6.9 | 7.9 | 5.9 | 64.6 | 72.9 | 53.2 | 54.4 | 67.8 | 57.1 | 58.9 | 47.1 | 74.1 | 58.6 | 66.6 | 55.6 | | |
| | | | | | | | | | | | | | PROMEDIO GENERAL HOSPITAL | | | | | | | | | | | | 6.7 | 60.9 |
| Estancia Promedio por Cuatrimestre | 1er. Cuatrimestre | 6.7 | 2do. Cuatrimestres | 6.8 | 3er. Cuatrimestre | 6.6 | 6.7 | Tasa Ocupación por Cuatrimestre | 1er. Cuatrimestre | 61.3 | 2do. Cuatrimestre | 57.7 | 3er. Cuatrimestre | 63.7 | 60.9 | | | | | | | | | | | |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPB

H) Tabla: Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programados y Suspendidos, por Servicios, Acumulado del Año 2016.

| UESS | Cirugías Programadas | Cirugías Suspendidas | Cirugías Realizadas | % de Cirugías o Procedimientos Suspendidos |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--|
| ORTOPEDIA | 3,131 | 262 | 2,634 | 8.4% |
| CIRUGÍA GENERAL | 1,195 | 107 | 993 | 9.0% |
| OFTALMOLOGÍA | 396 | 7 | 382 | 1.8% |
| UROLOGÍA | 178 | 17 | 145 | 9.6% |
| CIRUGÍA VASCULAR | 200 | 15 | 170 | 7.5% |
| CIRUGÍA PLÁSTICA | 129 | 12 | 117 | 9.3% |
| CIRUGÍA GINECOLÓGICA | 130 | 7 | 123 | 5.4% |
| NEUROCIRUGÍA | 249 | 14 | 235 | 5.6% |
| MAXILOFACIAL | 528 | 13 | 515 | 2.5% |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | 44 | 6 | 38 | 13.6% |
| CIRUGÍA LAPAROSCOPIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIRUGÍA TORÁCICA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CIRUGÍA PEDIÁTRICA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ANESTESIOLOGÍA | 45 | 1 | 44 | 2.2% |
| TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 13,115 | 1,844 | 11,271 | 14.1% |
| ENDOSCOPIA | 393 | 0 | 393 | 0.0% |
| HEMODIÁLISIS | 6,602 | 75 | 6,527 | 1.1% |
| TOTAL | 6,180 | 460 | 5,352 | 7.4% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPB

Nota: Los datos acumulados solo hacen referencia a los servicios quirúrgicos.

I) Tabla: Total y Porcentaje Causas de suspensión de cirugías electivas programadas, por mes y acumulado, año 2016.

| CAUSA SUSPENSIÓN | Total, General | % |
|---|----------------|---------------|
| CONDICIONES PROPIAS DE LOS USUARIOS | | |
| CRISIS HIPERTENSIVA | 78 | 16.96% |
| PROCESO GRIPAL | 15 | 3.26% |
| PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ASMA | 8 | 1.74% |
| PCTE. TOMO ASPIRINA | 4 | 0.87% |
| PCTE SE NIEGA A ASEO QUIRÚRGICO | 3 | 0.65% |
| FALTA DE CONTROL METABÓLICO | 3 | 0.65% |
| INTUBACIÓN DIFÍCIL | 2 | 0.43% |
| PACIENTE EN CRISIS | 2 | 0.43% |
| PACIENTE CON VIRUS ZIKA, FIEBRE | 2 | 0.43% |
| FRACTURA CONSOLIDADA | 2 | 0.43% |
| PACIENTE NERVIOSO | 2 | 0.43% |
| ANTICOAGULACIÓN CON ASPIRINA | 1 | 0.22% |
| PACTE CON CONSOLIDACIÓN SATISFACTORIA | 1 | 0.22% |
| PACTE CON HEPATITIS B | 1 | 0.22% |
| INTOXICACIÓN POR ANESTÉSICO LOCAL | 1 | 0.22% |
| PACIENTE CON LIQUIDO | 1 | 0.22% |
| NIVELES TENSIONALES ELEVADO | 1 | 0.22% |
| ABANDONO DE TRATAMIENTO | 1 | 0.22% |
| PACIENTE NO SE PRESENTO | 1 | 0.22% |
| PACIENTE SE NIEGA A PLACA | 1 | 0.22% |
| PACIENTE CON ALERGIA | 1 | 0.22% |
| FRACTURA CONSOLIDADA PALETA DÉBIL MANEJO | 1 | 0.22% |
| PROCESO INFLAMATORIO | 1 | 0.22% |
| PROCESO ALÉRGICO | 1 | 0.22% |
| PACIENTE NO COLABORA | 1 | 0.22% |
| PACIENTE NO PUDO SER SOMETIDO A ANESTESIA | 1 | 0.22% |
| VER POR INFECTOLOGIA | 1 | 0.22% |
| PACIENTE CON GRIPE | 1 | 0.22% |
| | | |
| TOTAL | 138 | 30.00% |
| | | |
| EVALUACIONES Y REFERIMIENTO | | |
| FALTA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR | 21 | 4.57% |
| EVALUAR POR CARDIOLOGÍA | 18 | 3.91% |
| FALTA DE EVALUACIÓN | 8 | 1.74% |

| CAUSA SUSPENSIÓN | Total, General | % |
|--|----------------|---------------|
| EVALUACIÓN NEUMOLOGÍA | 6 | 1.30% |
| FALTA DE EVALUACIÓN | 5 | 1.09% |
| NO TIENE EVALUACIÓN POR GASTRO | 3 | 0.65% |
| EVALUACIÓN Y ANALÍTICA | 3 | 0.65% |
| REEVALUAR POR MEDICO TRATANTE | 1 | 0.22% |
| EVALUAR POR HEMATOLOGÍA | 1 | 0.22% |
| REFERIDO A FISIATRÍA | 1 | 0.22% |
| PACIENTE REFERIDO A CONSULTA | 1 | 0.22% |
| FALTA DE PRUEBA DE ENDOCRINOLOGÍA | 1 | 0.22% |
| VER POR MEDICINA INTERNA | 1 | 0.22% |
| TOTAL | 70 | 15.22% |
| LOGÍSTICA DE EQUIPOS E INSTALACIONES | | |
| FALTA ADECUADA PROGRAMACIÓN | 51 | 11.09% |
| FALTA DE MATERIAL | 42 | 9.13% |
| FALTA DE MATERIAL ESTÉRIL | 24 | 5.22% |
| FALTA DE SANGRE CRUZADA | 12 | 2.61% |
| MATERIAL DE SÍNTESIS INADECUADO | 8 | 1.74% |
| FALTA DE QUIRÓFANO | 8 | 1.74% |
| FALTA DE PRE QUIRÚRGICA | 7 | 1.52% |
| FALTA DE MATERIAL (INJERTO ÓSEO) | 6 | 1.30% |
| FALTA DE CONTROL METABÓLICO | 5 | 1.09% |
| FALTA DE EQUIPO | 5 | 1.09% |
| ANALÍTICAS VENCIDAS | 4 | 0.87% |
| FALTA DE OXIGENO U OTRO GAS | 3 | 0.65% |
| MATERIAL INCOMPLETO | 3 | 0.65% |
| FALTA DE ROPA QUIRÚRGICA | 3 | 0.65% |
| FALTA DE MEDICAMENTO ANESTÉSICO | 2 | 0.43% |
| AUSENCIA VENTILADOR DE UCI | 1 | 0.22% |
| FALTA DE ECOCARDIOGRAMA | 1 | 0.22% |
| RAFI CON PLACA | 1 | 0.22% |
| FALTA DE BRAZO EN C | 1 | 0.22% |
| FALTA EXTRACTO | 1 | 0.22% |
| FALTA DE INJERTO LIGAMENTO | 1 | 0.22% |
| FALTA DE CO2 | 1 | 0.22% |
| TOTAL | 190 | 41.30% |
| MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y CASAS COMERCIALES | | |
| CASA COMERCIAL NO LLEGO | 10 | 2.17% |

| CAUSA SUSPENSIÓN | Total, General | % |
|---|----------------|----------------|
| CASA COMERCIAL NO TIENE CLAVO | 2 | 0.43% |
| CAMBIO DE CASA COMERCIAL | 2 | 0.43% |
| PRÓTESIS TOTAL | 1 | 0.22% |
| RETIRO DE MATERIAL | 1 | 0.22% |
| NO AUTORIZACIÓN DE MATERIAL INADECUADO | 1 | 0.22% |
| TOTAL | 17 | 3.70% |
| RECURSOS HUMANOS | | |
| FALTA DE PERSONAL DE ENFERMERÍA | 2 | 0.43% |
| FALTA DEL CIRUJANO | 2 | 0.43% |
| FALTA DE CIRUJANO / | 1 | 0.22% |
| SE SUSPENDE POR ORDENES DEL RESIDENTE 4 | 1 | 0.22% |
| AUSENCIA DEL ANESTESIÓLOGO | 1 | 0.22% |
| TOTAL | 7 | 1.52% |
| OTRAS Y CAUSAS | | |
| SIN CAUSA DE SUSPENSIÓN | 16 | 3.48% |
| REALIZAR CONSULTA DE ANESTESIA | 3 | 0.65% |
| AUSENCIA DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE O FAMILIAR | 2 | 0.43% |
| MANEJAR POR NEUROLOGÍA | 2 | 0.43% |
| VENCIMIENTO PRE-QUIRÚRGICA | 2 | 0.43% |
| NO SE REALIZO DIÁLISIS | 1 | 0.22% |
| CAMBIO DE TRATAMIENTO | 1 | 0.22% |
| BLOQUEO FALLIDO | 1 | 0.22% |
| FALTA DE TIEMPO | 1 | 0.22% |
| FISTILETOMIA | 1 | 0.22% |
| HERNIORRAFIA | 1 | 0.22% |
| FALTA DE AUTORIZACIÓN DEL SENASA | 1 | 0.22% |
| CIRUGÍA FUERA DE HORARIO | 1 | 0.22% |
| AUSENCIA DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE | 1 | 0.22% |
| PACIENTE SE EVALUÁ LUEGO DE PROCEDIMIENTO | 1 | 0.22% |
| PACIENTE NO DISPONE DE CAMA | 1 | 0.22% |
| EVALUAR POR CIRUGÍA PLÁSTICA | 1 | 0.22% |
| FALTA DE BUPIVACAINA | 1 | 0.22% |
| TOTAL | 38 | 8.26% |
| TOTAL GENERAL | 460 | 100.00% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

Nota de Análisis Tabla Cirugías Suspendidas (Tomar en Cuenta para análisis FODA):

Las principales causas de suspensión de cirugías programadas se debieron básicamente a logísticas, equipos y evaluaciones representando esto el **41%** de las causas.

Las condiciones propias de los usuarios, entre las que se destacan: a) Hipertensión Arterial, b) Usuario no se presentó, c) Proceso gripal, estas causas totalizaron el **30%** de las causas de suspensión de cirugías en el Juan Bosch.

Pero también es importante resaltar que el **3.7%** de las demás causas de las suspensiones fueron causadas por falta del material de osteosíntesis y retraso de la casa proveedora, lo cual es muy importante tomar en cuenta para corregir dichas situaciones, (ver lista de causas).

J) Tabla: Resultados Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas año 2016.

| INDICADORES | METAS GENERALES 2016 | RESULTADOS GENERALES 2016 | Nivel Cumplimiento |
|---|----------------------|---------------------------|--------------------|
| EFICIENCIA | | | |
| Rendimiento de Consulta Externa. | 80% | 76.8% | 96.0% |
| Tasa de Ocupación Hospitalaria | 80 | 60.9 | 76.1% |
| Promedio de Estadía | 7 | 6.7 | 104% |
| Presión de Urgencias | 20% | 10.1% | 149.7% |
| Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados | 80% | 164.5% | 205.6% |
| % Cirugías Programadas Suspendidas | 10% | 7.4% | 125.6% |
| % Desempeño Técnico | 90.0% | 79.0% | 87.8% |
| CALIDAD | | | |
| Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria | 0.90% | 0.10% | 189% |
| Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria | 5.0% | 2.6% | 148.9% |
| Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria | 3.50% | 2.6% | 127.0% |
| Tasa Infección Intrahospitalaria | 5% | 1.7% | 165.8% |
| Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología de más de 3 a 30 días de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta) | 5% | 0.0% | 200.0% |
| PRODUCCIÓN | | | |
| Total Hospitalización. | 4,586 | 4,146 | 90.4% |
| Total Consultas Hospital. | 111,797 | 94,037 | 84.1% |
| Total Cirugías Electivas Programadas | 4,567 | 5,352 | 117.2% |
| Total Emergencias | 11,680 | 10,527 | 90.1% |
| SATISFACCIÓN | | | |
| % Satisfacción de los Usuarios Externos. | 90% | | |
| % Satisfacción de los Usuarios Internos | 80% | | |
| CUMPLIMIENTO DE PLANES | | | |
| % Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas | 90.0% | 55,0% | 61,1% |
| % Cumplimiento Plan de Inversión | 90.0% | 30,0% | 33,3% |

Nota: Es importante señalar en cuanto a los planes de inversión, que estos planes presentaron una limitada ejecutoria, debido a la limitación de recursos económicos durante el periodo.

K) Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimiento de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Período 2016.

(Informaciones Importantes para ser tomadas en cuenta para el **Análisis FODA**).

1-Área Consulta Externa:

- a) No disponibilidad de Endocrinólogo y Hematólogo los cuales renunciaron en Junio 2016.
- b) La consulta de Medicina Familiar sin cobertura por parte de las administradoras de Riesgos de Salud (ARS).
- c) Suspensión de la consulta de Hematología y Endocrinología, desde el mes de junio 2016.
- d) La consulta de Geriatria se vio afectada debido a licencia por Enfermedad del Dr.

2- Área Quirúrgica y Procedimientos:

- a) Inicio de cirugías programadas muy tarde, lo que altera la dinámica de programación.
- b) Subutilización en la tanda vespertina del quirófano.
- c) Deficiencia en el servicio de lavandería.
- d) Los pacientes de Cirugía Electiva llegan con las evaluaciones vencidas.
- e) Disminución del uso de la capacidad instalada de los quirófanos a 25% por un periodo aproximado de 5 meses, por la avería en el sistema de aire central Chiller.
- f) Deterioro de instrumental Quirúrgico.
- g) Fallas en Autoclave.

3- Servicios Complementarios de Apoyo:

- a) Tomógrafo fuera de servicio, por dificultad para la compra del tubo por cumplimiento en los procesos de Ley de Compras y Contrataciones.
- b) Sonógrafo con servicios limitados por fallas técnicas.
- c) Deficiencias en facturación de servicios por problemas continuo de los Servidores.

4- Gestión de Recursos Humanos:

- a) No registro correspondiente del Personal como Empleados Fijos del Hospital.
- b) Fallas en sistema de Ponche.

5- Aspectos Financiero-Administrativos Externos:

- a) Los servicios contratados con SENASA SUBSIDIADO están por debajo de los costos actuales del mercado.
- b) Disminución de las ventas de servicios debido a salida de funcionamiento del Tomógrafo.
- c) Disminución de las Cirugías Electivas, debido al colapso del Aire central Chiller.
- d) Disminución de la Captación de ingreso debido al continuo fallo de la central telefónica la cual está obsoleta; y por fallas del sistema de Servidores que se cae constantemente y afecta directamente la facturación.
- e) Atraso en el pago por servicios prestados a la ARL durante un año completo, debido a cambio en su estructura laboral.
- f) Disminución en la captación de ingreso de usuarios sin Seguro Médico, amparado en resolución del Presidente de la Republica en la cual se estableció que el servicio de salud sea gratis para los Dominicanos/as y no cobro de copago, lo que genero un aumento en las exoneraciones.
- g) Implementación de nuevos procesos en Sistema (Sigef, compras y Contrataciones, Tesorería Nacional (cuenta CUT).
- h) Transición de Órgano Rector MISPAS a SNS.

L) Principales condiciones que determinaron la asistencia de los usuarios en el hospital durante el año 2016.

i.Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Año 2016.

| No. | CIE- 10 | CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|---------|--|---------------|-------------|
| 1 | I10 | Hipertensión arterial | 4,702 | 5% |
| 2 | R51 | Cefalea | 2,821 | 3% |
| 3 | K29 | Gastritis | 2,821 | 3% |
| 4 | M54 | Lumbalgia | 2,821 | 3% |
| 5 | E04 | Adenomas de tiroides | 2,821 | 3% |
| 6 | E10 | Diabetes | 1,881 | 2% |
| 7 | R10 | Dolor abdominal | 1,881 | 2% |
| 8 | E01 | Bocio | 940 | 1% |
| 9 | J00 | Enfermedades vías respiratorias (amigdalitis, bronquitis virosis, otitis). | 940 | 1% |
| 10 | N20 | Litiasis renal | 940 | 1% |
| OTRAS CONSULTAS | | | 71,468 | 76% |
| TOTAL====> | | | 94,037 | 100% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

ii.Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Año 2016.

| No. | CIE- 10 | CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|---------|---------------------------|---------------|-------------|
| 1 | S06 | Trauma cráneo encefálico | 632 | 6% |
| 2 | S00 | Laceración múltiples | 316 | 3% |
| 3 | S82 | Fractura de tibia | 211 | 2% |
| 4 | S01 | Heridas múltiples | 211 | 2% |
| 5 | S04 | Trauma facial | 211 | 2% |
| 6 | S72 | Fractura de fémur | 211 | 2% |
| 7 | S02 | Fractura de radio | 105 | 1% |
| 8 | E10 | Diabetes mellitus | 105 | 1% |
| 9 | S06 | Hematoma subdural | 105 | 1% |
| 10 | I10 | Hipertensión arterial | 105 | 1% |
| OTRAS CONSULTAS | | | 8,316 | 79% |
| TOTAL====> | | | 10,527 | 100% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

iii. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Año 2016.

| No. | CIE- 10 | CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|---------|---|--------------|-------------|
| 1 | S06 | Trauma cráneo encefálico, poli traumatizado | 539 | 13% |
| 2 | S82 | Fractura tibia y peroné | 332 | 8% |
| 3 | S72 | Fractura fémur | 290 | 7% |
| 4 | K80 | Colelitiasis | 290 | 7% |
| 5 | S72 | Fractura de cadera | 166 | 4% |
| 6 | | Fractura consolidada | 124 | 3% |
| 7 | | Trauma cerrado abdomen | 124 | 3% |
| 8 | | Heridas múltiples | 83 | 2% |
| 9 | | Abdomen agudo | 83 | 2% |
| 10 | | Fractura radio | 83 | 2% |
| OTRAS CONSULTAS | | | 2,032 | 49% |
| TOTAL====> | | | 4,146 | 100% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

iv. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Año 2016.

| No. | CIE- 10 | CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|---------|--|--------------|-------------|
| 1 | 79.3 | Reducción abierta + fijación interna (rafi) | 786 | 14% |
| 2 | | Aseso quirúrgico, lavado desbridamiento | 729 | 13% |
| 3 | 78.6 | Retiro material osteosíntesis | 393 | 7% |
| 4 | 54.11 | Laparotomía exploratoria | 337 | 6% |
| 5 | 51.23 | Colelitiasis | 337 | 6% |
| 6 | 79.4 | Reducción cerrada | 224 | 4% |
| 7 | | Exerecis (quiste, tumor. Masa, cuerpo extraño) | 168 | 3% |
| 8 | 53.01 | Herniorrafia | 112 | 2% |
| 9 | | Amputación | 112 | 2% |
| 10 | | Hernio plastia | 56 | 1% |
| OTRAS CONSULTAS | | | 2,357 | 42% |
| TOTAL====> | | | 5,611 | 100% |

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

v. Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Año 2016.

| No. | CIE- 10 | CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------|---------|---------------------------|------------|-------------|
| 1 | S06 | Trauma cráneo encefálico | 18 | 17% |
| 2 | I46 | Paro cardio respiratorio | 6 | 6% |
| 3 | | Shock séptico | 6 | 6% |
| 4 | | Neumonía nosocomial | 4 | 4% |
| 5 | | Sepsis | 6 | 6% |
| 6 | E10 | Diabetes mellitus | 4 | 4% |
| 7 | N17 | Insuficiencia renal | 7 | 7% |
| 8 | S06 | Hemorragia subdural | 2 | 2% |
| 9 | | Fallo multiorgánico | 2 | 2% |
| 10 | S06 | Edema cerebral | 2 | 2% |
| OTRAS CONSULTAS | | | 47 | 44% |
| TOTAL====> | | | 106 | 100% |

Fuente: Departamento Epidemiología HTQPJB

M) Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2016. (EPI-1)

| Enfermedades | No. Casos 2015 | No. Casos 2016 | Comportamiento con relación al Año 2015 |
|--|----------------|----------------|---|
| Bilharzia / Esquistosomiasis (CIE-10/ B65) | 0 | 0 | ↔ |
| Brucelosis (CIE-10/ 023) | 0 | 0 | ↔ |
| Ciguatera (CIE-10/ T61.0) | 0 | 0 | ↔ |
| Cisticercosis (CIE-10/ B69) | 0 | 0 | ↔ |
| Cólera (CIE-10/ A00) | 0 | 0 | ↔ |
| Dengue (CIE-10/ A90-A91) | 86 | 103 | ↑19% |
| Difteria (CIE-10/ A36) | 0 | 0 | ↔ |
| EDA | 27 | 20 | ↓25% |
| Enfermedades T. por Alimento (CIE-10/ A05.9) | 26 | 23 | ↓11% |
| Dolor Abdominal bajo en mujeres (R10.2) | 7 | 11 | ↑ 57% |
| Enfermedades de T. Sexual (N89.8) | 13 | 8 | ↓38% |
| Enfer. de T. Sexual (R10.8/R36/N8.5/26.5/76.6) | 7 | 6 | ↓ 14% |
| Enfermedad Meningococcica (CIE-10/ A39) | 0 | 0 | ↔ |
| Fiebre Amarilla (CIE-10/ A95) | 0 | 0 | ↔ |
| Filarias (CIE-10/ B74) | 0 | 0 | ↔ |
| Hepatitis (CIE-10/ B15) | 5 | 3 | ↓ 40% |
| IRA | 13 | 11 | ↓ 15% |
| Leptopirosis (CIE-10/ A27) | 0 | 0 | ↔ |
| Lepra (CIE-10/ A30) | 0 | 0 | ↔ |
| Malaria/Paludismo (CIE-10/ B50-54) | 0 | 0 | ↔ |
| Meningitis bacteriana (CIE-10/ G00) | 0 | 0 | ↔ |
| Mortalidad Infantil | N/A | N/A | |
| Mortalidad Materna | N/A | N/A | |
| Nacidos Vivos | N/A | N/A | |
| Parotiditis | 0 | 0 | ↔ |
| Peste (CIE-10/ A20) | 0 | 0 | ↔ |
| Poliomielitis (CIE-10/ A80) | 0 | 0 | ↔ |
| Rabia (CIE-10/ A82) | 0 | 0 | ↔ |
| Sarampión, Rubéola (CIE-10/ B05/ BO6) | 0 | 0 | ↔ |
| Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(CIE-10/ B20-B24) | 9 | 8 | ↓ 11% |
| Tétanos y Tétanos Neonatal (CIE-10/ A37) | 0 | 0 | ↔ |
| Tos ferina (CIE-10/ A37) | 0 | 0 | ↔ |
| Tuberculosis (CIE-10/ A15-A19) | 6 | 5 | ↓16% |
| Varicela (CIE-10/ B02) | 0 | 0 | ↔ |
| Muerte Edad Reproductiva | ***** | ***** | |

Fuente: Departamento Epidemiología HTQPJB

N) Informe de la vigilancia, prevención y control de la infección intrahospitalaria (IIH). Hospital traumatológico y quirúrgico profesor “Juan Bosch”. El Pino, La Vega, República Dominicana. Enero-Diciembre, 2016.

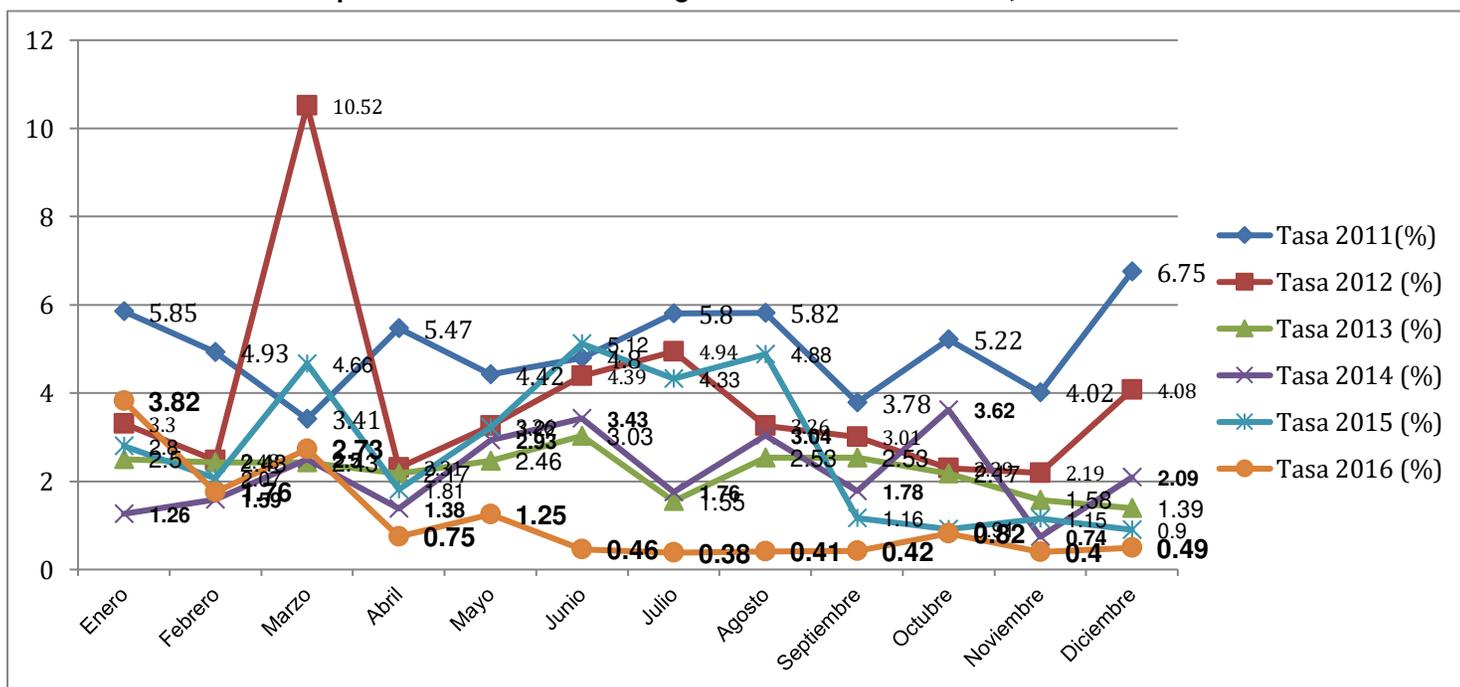
Cuadro No. 1

Tasa de Infección Intrahospitalaria (IIH) según mes. Enero-Diciembre, 2016 (n=71).

| Mes | Casos IIH | Egresos | Tasas* |
|------------------|-----------|-------------|-------------|
| Enero | 11 | 318 | 3.45 |
| Febrero | 6 | 360 | 1.66 |
| Marzo | 11 | 341 | 3.22 |
| Abril | 5 | 350 | 1.42 |
| Mayo | 5 | 333 | 1.50 |
| Junio | 4 | 342 | 1.16 |
| Julio | 9 | 377 | 2.38 |
| Agosto | 6 | 338 | 1.77 |
| Septiembre | 4 | 390 | 1.02 |
| Octubre | 5 | 359 | 1.39 |
| Noviembre | 4 | 374 | 1.06 |
| Diciembre | 1 | 331 | 0.30 |
| Total | 71 | 4213 | 1.68 |

Fuente: Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CIAAS).
* Tasas por 100 egresos hospitalarios. **Tasa aceptable 5 ó menos.

Gráfico No. 1
Comportamiento Tasa de IIH según Mes. Enero-Diciembre, 2011-2016.



Cuadro No.2

Tasa de IIH en usuarios de cirugía general. Enero-Diciembre, 2016 (n=19).

| Mes | Casos IIH | Total cirugías | Tasas* |
|---------------|-----------|----------------|-------------|
| Enero | 2 | 57 | 3.50 |
| Febrero | 1 | 95 | 1.05 |
| Marzo | 2 | 84 | 2.38 |
| Abril | 1 | 82 | 1.21 |
| Mayo | 1 | 86 | 1.16 |
| Junio | 1 | 100 | 1.00 |
| Julio | 4 | 101 | 3.96 |
| Agosto | 2 | 86 | 2.32 |
| Septiembre | 3 | 95 | 3.15 |
| Octubre | 2 | 106 | 1.88 |
| Noviembre | 0 | 107 | 0 |
| Diciembre | 0 | 96 | 0 |
| Total | 19 | 1095 | 1.73 |

Fuente: Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CIAAS).
* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

Cuadro No.3

Tasa de IIH en usuarios de cirugías ortopédicas. Enero-Diciembre, 2016 (n=29).

| Mes | Casos IIH | Total cirugías | Tasas* |
|--------------|-----------|----------------|-------------|
| Enero | 6 | 157 | 3.82 |
| Febrero | 4 | 226 | 1.76 |
| Marzo | 6 | 219 | 2.73 |
| Abril | 2 | 265 | 0.75 |
| Mayo | 3 | 240 | 1.25 |
| Junio | 1 | 214 | 0.46 |
| Julio | 1 | 263 | 0.38 |
| Agosto | 1 | 240 | 0.41 |
| Septiembre | 1 | 235 | 0.42 |
| Octubre | 2 | 241 | 0.82 |
| Noviembre | 1 | 245 | 0.40 |
| Diciembre | 1 | 201 | 0.49 |
| Total | 29 | 2746 | 1.05 |

Fuente: Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CIAAS).
* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

Cuadro No.4

Tasa de IIH en usuarios de neurocirugía. Enero-Diciembre, 2016 (n=2).

| Mes | Casos IIH | Total cirugías | Tasas* |
|------------|-----------|----------------|--------|
| Enero | 0 | 18 | 0 |
| Febrero | 0 | 24 | 0 |
| Marzo | 0 | 28 | 0 |
| Abril | 0 | 22 | 0 |
| Mayo | 0 | 21 | 0 |
| Junio | 0 | 18 | 0 |
| Julio | 0 | 24 | 0 |
| Agosto | 0 | 21 | 0 |
| Septiembre | 0 | 20 | 0 |
| Octubre | 1 | 17 | 1 |
| Noviembre | 1 | 25 | 1 |
| Diciembre | 0 | 18 | 0 |
| Total | 2 | 256 | 0.78 |

Fuente: Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CIAAS).
* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

Cuadro No.5

Preparación pre-quirúrgica en pacientes con IIH. Enero-Diciembre, 2016. (n=71).

| Descripción | Frecuencia | Porcentajes |
|-------------|------------|-------------|
| Adecuadas | 41 | 87.23 |
| Inadecuadas | 6 | 12.76 |
| Total | 47 | 100 |

Fuente: CCIAS

Cuadro No.6

Profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos. Enero-Diciembre, 2016 (n =71).

| Descripción | Frecuencia | Porcentajes |
|--------------|------------|-------------|
| Adecuadas | 43 | 91.48 |
| No adecuadas | 4 | 8.51 |
| No indicadas | 0 | 0 |
| Total | 47 | 100 |

Fuente: CIAAS.

Cuadro No.7

Factores de riesgos intrínsecos en pacientes con IIH. Enero-Diciembre, 2016 (n=71).

| Descripción | Frecuencia | Porcentajes* |
|---------------------|------------|--------------|
| Diabetes | 21 | 25.92 |
| Insuficiencia renal | 8 | 9.87 |
| Enfisema pulmonar | 3 | 3.70 |
| Coma | 29 | 35.80 |
| Obesidad | 7 | 8.64 |
| Inmunodeficiencia | 2 | 2.46 |
| Desnutrición | 8 | 3.70 |
| Neutropenia | 1 | 1.23 |
| Neoplasias | 2 | 2.43 |
| TOTAL | 81 | 100 |

Fuente: CIAAS.

* Porcentaje del total de pacientes infectados (n=71).

Cuadro No.8

10 principales microorganismos intrahospitalarios identificados en IIH. Hospital Traumatológico y Quirúrgico "Profesor Juan Bosch". El Pino, La Vega. Enero-Diciembre, 2016.

| Microorganismos | Frecuencia | Porcentajes |
|------------------------|------------|-------------|
| Klebsiella spp. | 13 | 17.10 |
| Candida spp | 8 | 10.52 |
| Pseudomona aeuroginosa | 17 | 22.36 |
| Citrobacter freundii | 9 | 11.84 |
| Enterobacter spp. | 2 | 2.63 |
| Enterobacter aerógenes | 8 | 10.52 |
| Serratia spp | 1 | 1.31 |
| Klebsiella pneumoniae | 2 | 2.63 |
| Escherichia coli | 1 | 1.31 |
| Stafilococcus aureus | 3 | 3.94 |
| Enterobacter cloacae | 10 | 13.15 |
| Serratia marcencens | 1 | 1.31 |
| Proteus | 1 | 1.31 |

Fuente: CCIAS

Cuadro No.9

Microorganismos identificados en IIH del sitio operatorio. Enero-Diciembre, 2016.

| Microorganismos | Frecuencia | Porcentajes |
|------------------------|------------|-------------|
| Pseudomona spp. | 9 | 20.00 |
| Klebsiella spp. | 10 | 22.22 |
| Escherichia coli | 7 | 15.55 |
| Enterobacter spp | 7 | 15.55 |
| Enterobacter aerógenes | 4 | 8.88 |
| Citrobacter freundii | 3 | 6.66 |
| Serratia spp | 1 | 2.22 |
| Stafilococcus aureus | 4 | 8.88 |

Fuente: CCIAS

Cuadro No. 10

Muertes asociadas a IIH Enero-Diciembre, 2016. (n=71)

| Descripción | Frecuencia | Tasa* |
|---------------------------------|------------|-------|
| Muertes causadas por IIH | 0 | 0 |
| IH contribuyente a la muerte | 1 | 1.40 |
| Muertes no relacionadas con IIH | 5 | 7.04 |
| Desconocidas | 3 | 4.22 |
| Total defunciones | 9 | 1.26 |

Fuente: Comité Control de Infecciones

* Tasa por 100 casos de IIH

Letalidad directa: 0
Letalidad contribuyente: 1/9 = 11.11%

O) Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos Año 2016.

Resultados Positivos y Resultados a Tomar en Cuenta Para Mejorar:

i. Encuesta Usuarios Externos:

Con el objetivo de medir la satisfacción de los usuarios que asisten al hospital, identificar los aspectos que limitan su satisfacción y comparar los resultados con los hallazgos de las encuestas realizadas en períodos anteriores, fueron realizadas las encuestas de satisfacción a usuarios en las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencias, diciembre del 2016.

1- Consulta Externa:

Las percepciones sobre las atenciones recibidas en el área de acuerdo a los usuarios encuestados fueron las siguientes:

Positivos:

- ☞ El 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al usuario, admisión, caja, etc.) al brindarle los servicios.
- ☞ 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la climatización (temperatura, humedad y limpieza del aire) en el área de espera y los consultorios usted se siente
- ☞ 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los consultorios
- ☞ 99.6% podría reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico.
- ☞ 99.2% volvería al hospital
- ☞ 99.6% percibió que se le trató con respeto.
- ☞ 98.9% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada
- ☞ 98.9% recomendaría el hospital
- ☞ 98.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que tiene el hospital.
- ☞ 98.8% los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)
- ☞ 98.5% fue atendido en el horario programado.
- ☞ 90.5% los letreros y señalización del área de consulta le parecen adecuados para orientar a los usuarios y sus familiares.

Mejorar:

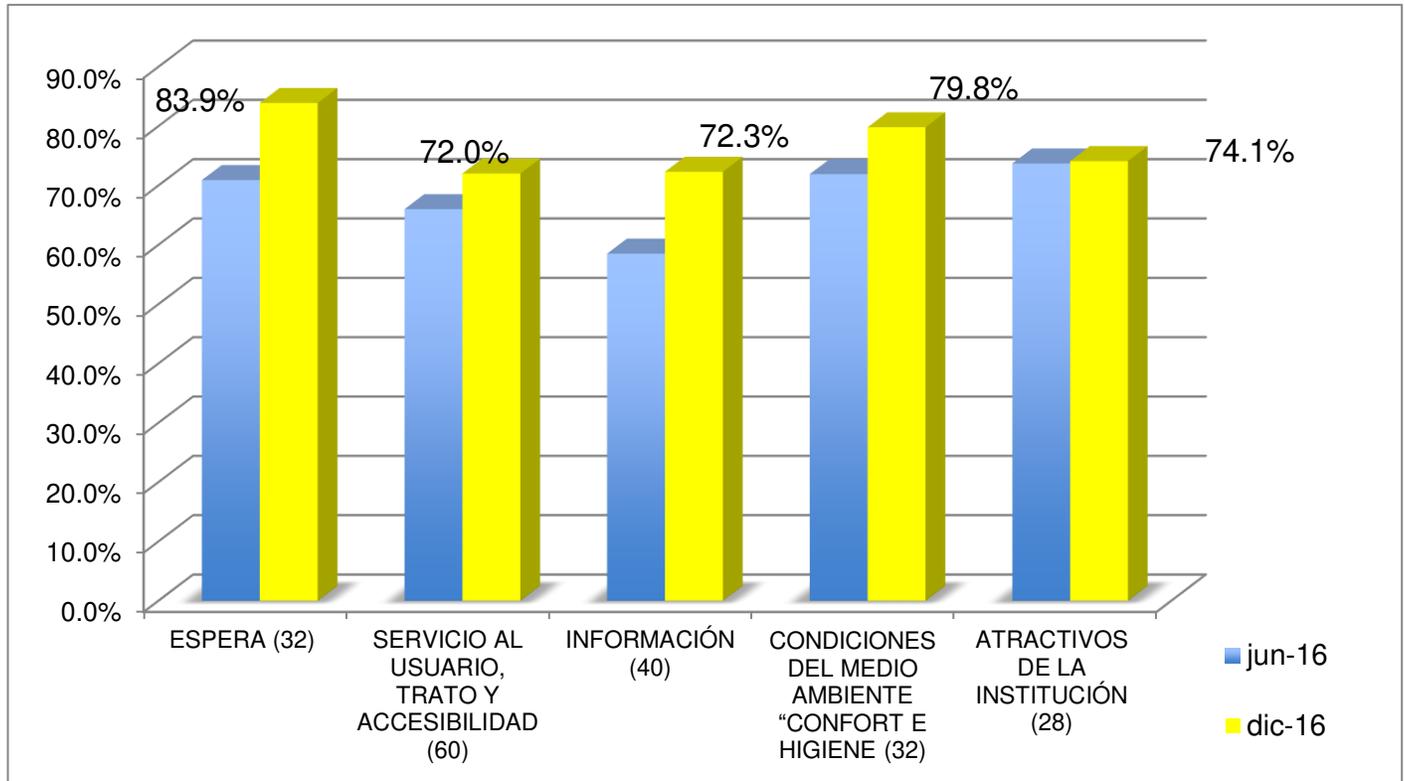
- ☞ 54.2% no conoce el nombre de la enfermera
- ☞ 44.3% no conoce el nombre del médico que le atendió
- ☞ El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita.
- ☞ 37.5% no reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o su Gerencia a las autoridades de la institución
- ☞ 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.

Aspectos destacados donde los usuarios de Consulta Externa presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección espera con **83.9%**, seguido de condiciones del medio ambiente, confort e higiene con **79.8%** y atractivos de la institución con **74.1%**.

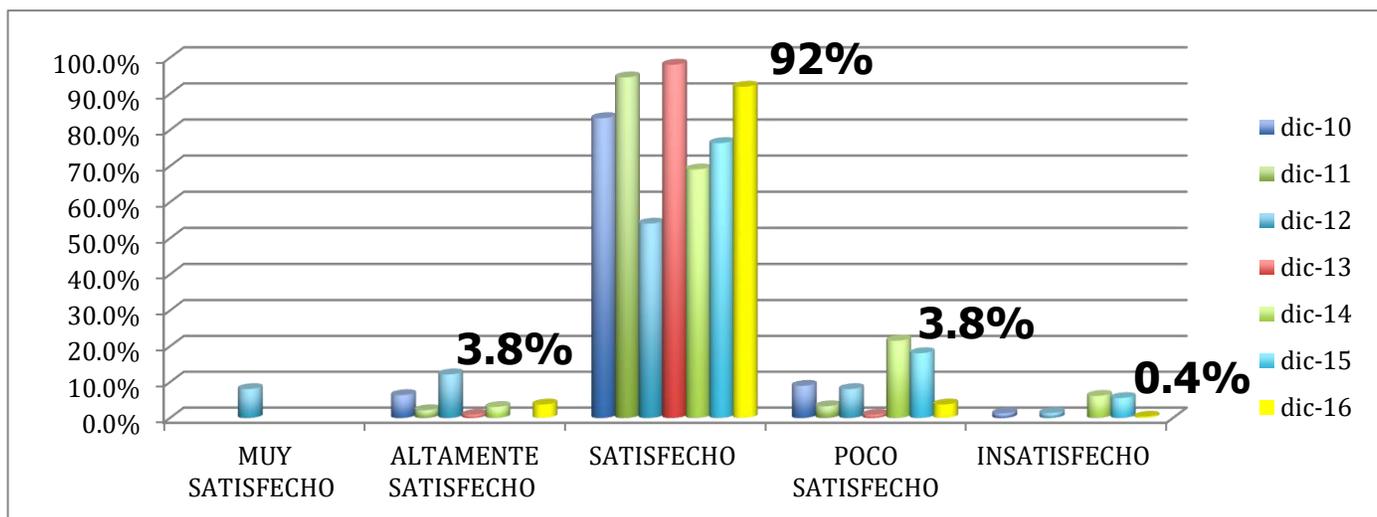
La sección información obtuvo **72.3%**. La sección menos valorada fue servicio al usuario, trato y accesibilidad con **72%**.

Gráfico No. 32: Satisfacción por Áreas.



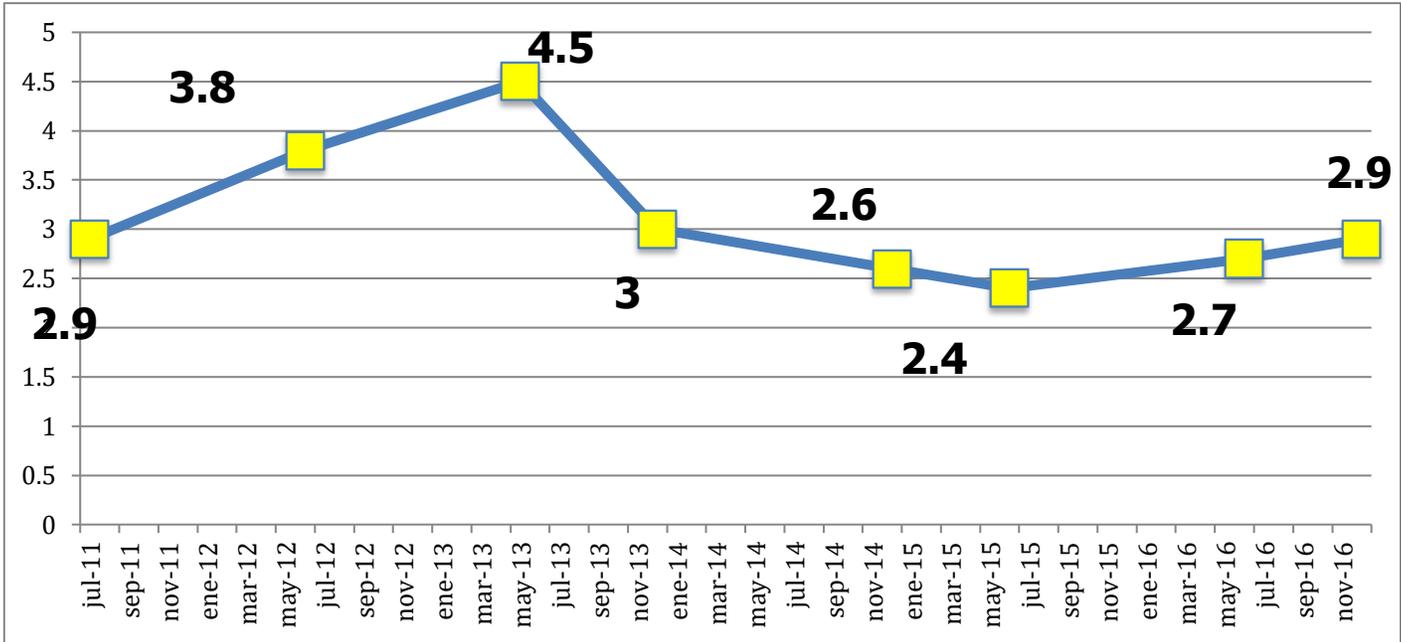
El nivel general de satisfacción de los usuarios en el área de consulta externa es el siguiente: un **92%** está satisfecho, **3.8%** altamente satisfecho y poco satisfecho, **0.4%** insatisfecho.

Gráfico: Nivel Satisfacción General por Periodo.



Analizando la escala de Likert la cual es una tabla de ponderación de actitudes o predisposiciones individuales encontramos que en términos generales el total de la población encuestada en el área de consulta externa nos da un índice de 2.9, el cual se encuentra en un Grado de satisfacción, es de: **Poco Satisfecho con marcada tendencia a satisfecho.**

Gráfico: Comportamiento Histórico del Índice de Likert



2- Emergencia:

Las percepciones sobre las atenciones recibidas en el área de acuerdo a los usuarios encuestados fueron las siguientes:

Positivos:

- ☞ El 100% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital.
- ☞ El 100% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con los trámites administrativos para recibir atención.
- ☞ El 100% podría reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico.
- ☞ 100% se siente de satisfecho a altamente satisfecho con la información brindada por el personal de admisión satisface su inquietud o necesidad.
- ☞ 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte de la enfermera.
- ☞ 100% dice que la emergencia contó con el personal para informar y orientar a los pacientes.
- ☞ El 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de salas de espera y consultorios.
- ☞ El 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el trato del personal de seguridad.
- ☞ El 100% dijo que durante la consulta, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento
- ☞ 98.1% recomendaría y volvería al hospital.
- ☞ 92.5% de los entrevistados en emergencia dijo que fue asistido antes de 15 minutos desde su llegada a la institución.
- ☞ El 90% considera poco el tiempo de espera para ser asistido. 5.7% lo considera aceptable.
- ☞ 84.9% considera de poco a aceptable el tiempo de espera para ser egresado del área de emergencia.
- ☞ Los carteles, letreros y señalización de la ubicación del servicio de emergencia le parecen adecuados al 75.5% de los entrevistados.

Mejorar:

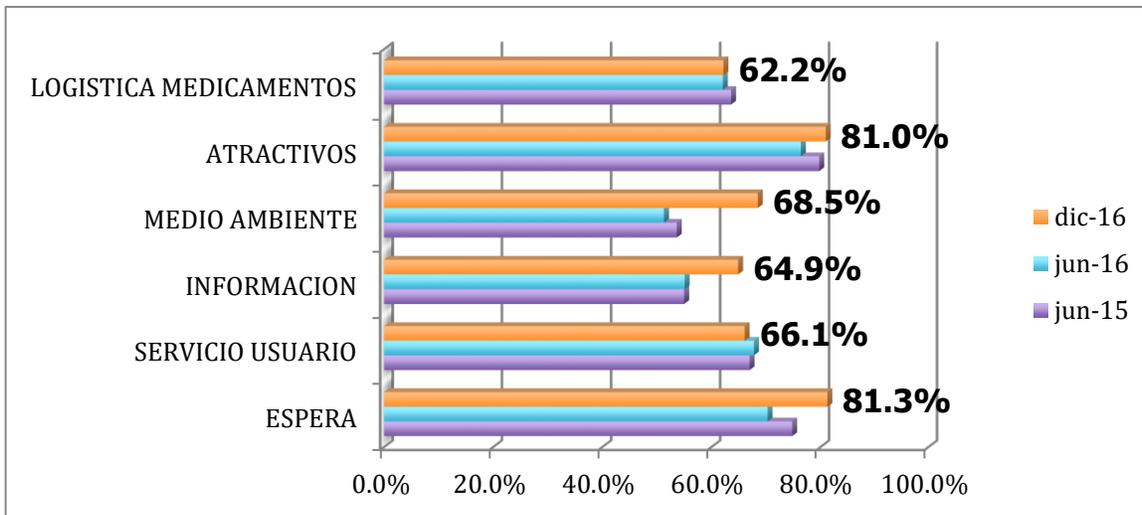
- ☞ El 88.7% de los entrevistados no conoce el nombre de la enfermera mientras que el 81.1% no conoce el nombre el médico que le atendió.
- ☞ **34%** de los entrevistados considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita.
- ☞ El **30.2 %** de los usuarios tiempo de espera para cirugía.
- ☞ 15.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de equipos.
- ☞ 13.2% de los entrevistados considera que debe mejorar los trámites de admisión y pago.

Aspectos destacados donde los usuarios del Área de Emergencia presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección espera con 81.3%, seguido de atractivos de la institución con **81%** y servicio al usuario con **66.1%**.

Medio ambiente obtuvo **68.5%** y servicio al usuario **66.1%** e información **64.9%**. La sección menos valorada fue logística de medicamentos e insumos con **62.2%** .

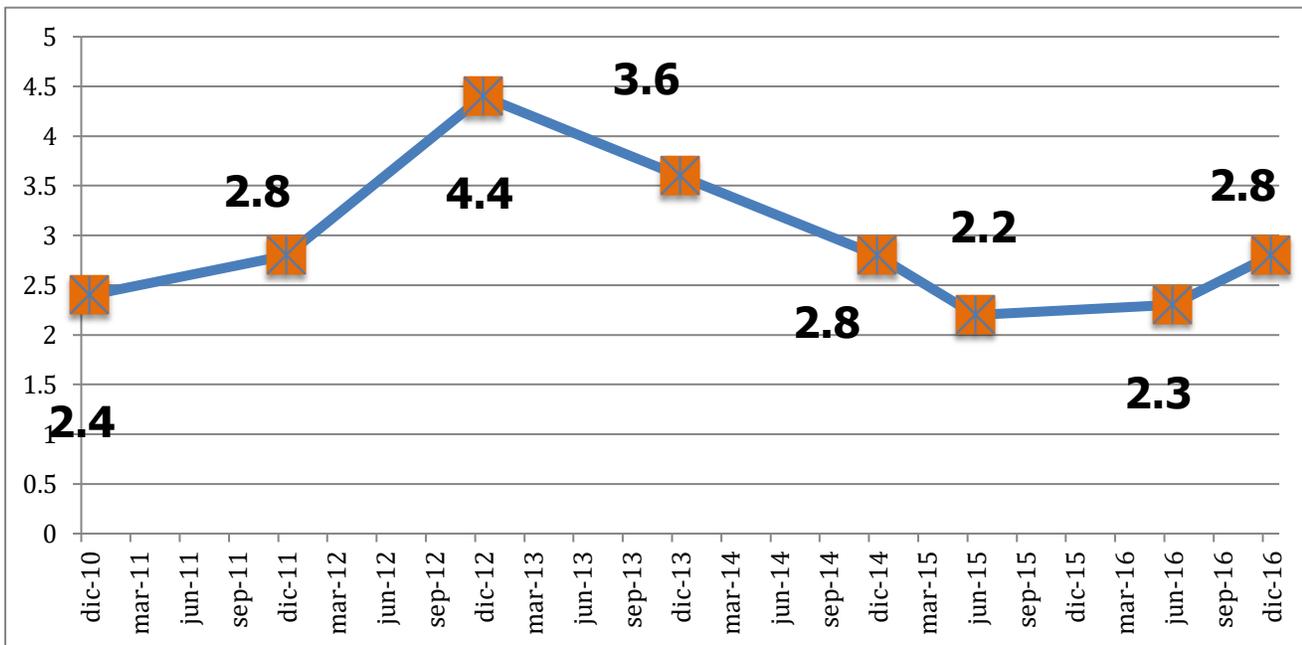
Gráfico No. 36: Satisfacción por Áreas.



El nivel general de satisfacción de los usuarios de emergencia es el siguiente: **73.6%** satisfechos, **20.8%** poco satisfechos. **1.9%** se encuentran muy satisfechos, altamente satisfecho e insatisfechos respectivamente.

Analizando la escala de Likert encontramos que en términos generales el total de la población encuestada en el **área de emergencia nos da un índice de 2.8**, el cual determina el grado general de satisfacción es de: **Poco Satisfechos** con tendencia hacia **Satisfecho**.

Comportamiento Histórico del Índice de Likert



3- Hospitalización:

Las percepciones sobre las atenciones recibidas en el área de acuerdo a los usuarios encuestados fueron las siguientes:

Positivos:

- ☞ El **100%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con los trámites establecidos para ser admitido en sala de hospitalización.
- ☞ El **100%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con la capacidad y conocimiento del personal de admisión y con las informaciones brindadas por el personal de admisión.
- ☞ El **100%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.
- ☞ El **100%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la limpieza de la habitación y el mobiliario.
- ☞ El **100%** de los usuarios se sintió de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que se han realizado los procedimientos de toma de muestra por el personal de laboratorio y con los procedimientos de imágenes.
- ☞ Al **97.2%** de los usuarios durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento.
- ☞ **94.4%** se siente de muy satisfecho a satisfecho con el pase de visita por parte de los médicos durante la hospitalización.
- ☞ **83.4%** considera de poco a aceptable el tiempo transcurrido al llamado del personal de enfermería.
- ☞ El **94.4%** volvería al hospital y **91.7%** lo recomendaría.
- ☞ El **94.4%** de los usuarios percibió que **se le trató con respeto**.

Mejorar:

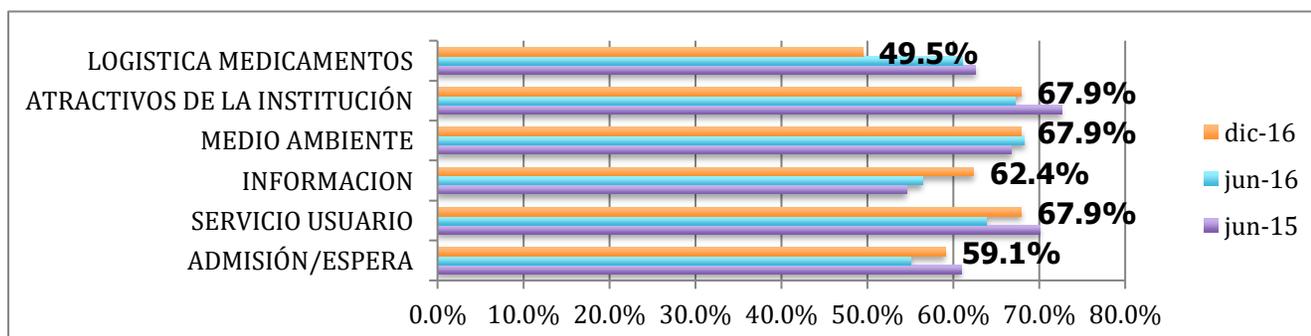
- ☞ **63.9%** No reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.
- ☞ **36.1%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de equipos para su atención.
- ☞ **25%** considera debe mejorar la disponibilidad de los médicos.
- ☞ Solo **16.7%** conoce el nombre de la enfermera que le atendieron regularmente.
- ☞ El **58.3%** No conoce el nombre del médico.

Aspectos destacados donde los usuarios del Área de Hospitalización presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **atractivos de la institución, medio ambiente confort e higiene y atractivos de la institución con 67.9%** cada uno.

La sección **información obtuvo 62.4% y admisión y espera obtuvo 59.1%**. La sección menos valorada está relacionada con los aspectos de **logística de medicamentos con 49.5%**.

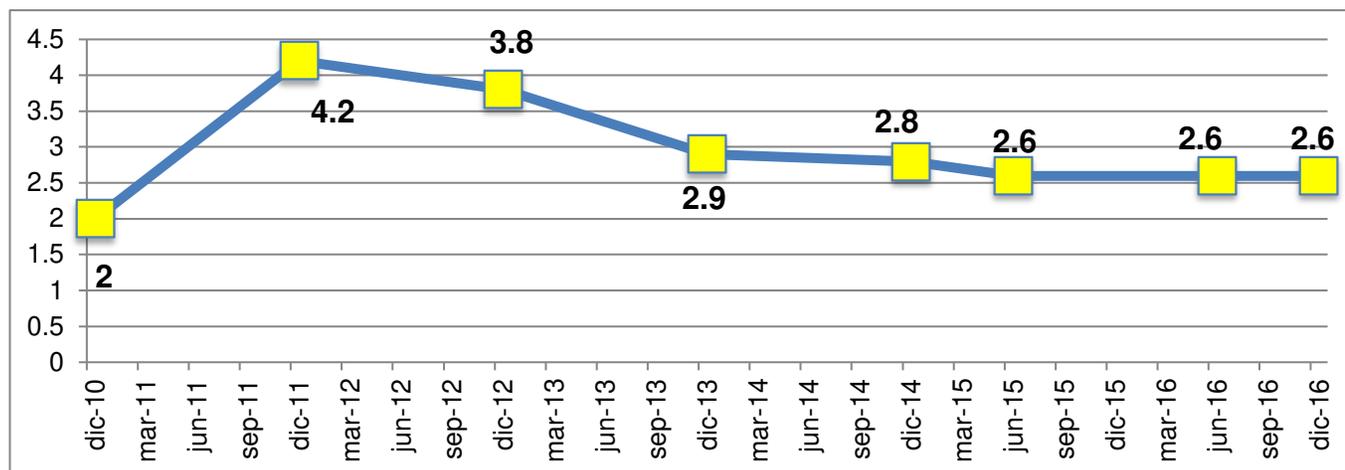
Gráfico No. 34: Nivel de Satisfacción por Área



El nivel general de satisfacción de los usuarios de hospitalización fue el siguiente: **66.7%** satisfechos, **30.6%** poco satisfechos, **2.8%** insatisfechos.

La escala de Likert, nos refleja un índice de **2.6**, el cual determina el grado general de satisfacción de: **Poco Satisfecho**.

Gráfico No. 35: Comportamiento Histórico del Índice de Likert



Observaciones:

- El director es una persona excelente, escucha a los pacientes.
- Dr. Ortiz medico consiente y trata bien al personal
- Hace un año tuvimos una emergencia y nos atendieron excelente, mi familiar duro un mes y recibimos un trato muy bueno
- Excelente atención y limpieza
- Ayudan al pobre para que pueda saldar las deudas con acuerdos de pago dependiendo su condición.

A tomar en cuenta:

- He tenido que salir de aquí para una tomografía, porque aquí no hay.
- No hay tomógrafo disponible, me siento insatisfecho con el hospital ya que después de 24 días interno comprando hierros hace 5 días y ahora nos dicen que debemos esperar una semana más para la operación, no tenemos recursos para un internamiento tan largo sin necesidad, solo dicen que el doctor tiene muchas operaciones y ni se molestan en venir a ver el paciente.
- Un médico pasante vino a ponerme el yeso y a curarme, me maltrato los muslos y me hizo llagas para curarme entre piernas, tuve que hablar con el especialista y hasta él se quedó asombrado del daño que me hizo.
- Esto es una emergencia y no lo operan
- Hay que comprar medicamentos y proteínas.
- Las sábanas están en mal estado y a veces disque no hay.
- No dejan amanecer hombres en las salas y hay pacientes que no tienen otra opción, tenemos que amanecer en el área de emergencia y dejar el paciente solo.
- Hemos tenido que salir de aquí para una clínica porque aquí no hay tomógrafo.
- No hay equipo para hacer doppler y tomografía
- No hay tomógrafo.
- Algunos del personal de trauma y cura tratan mal al paciente

ii. Encuesta Usuarios Internos:

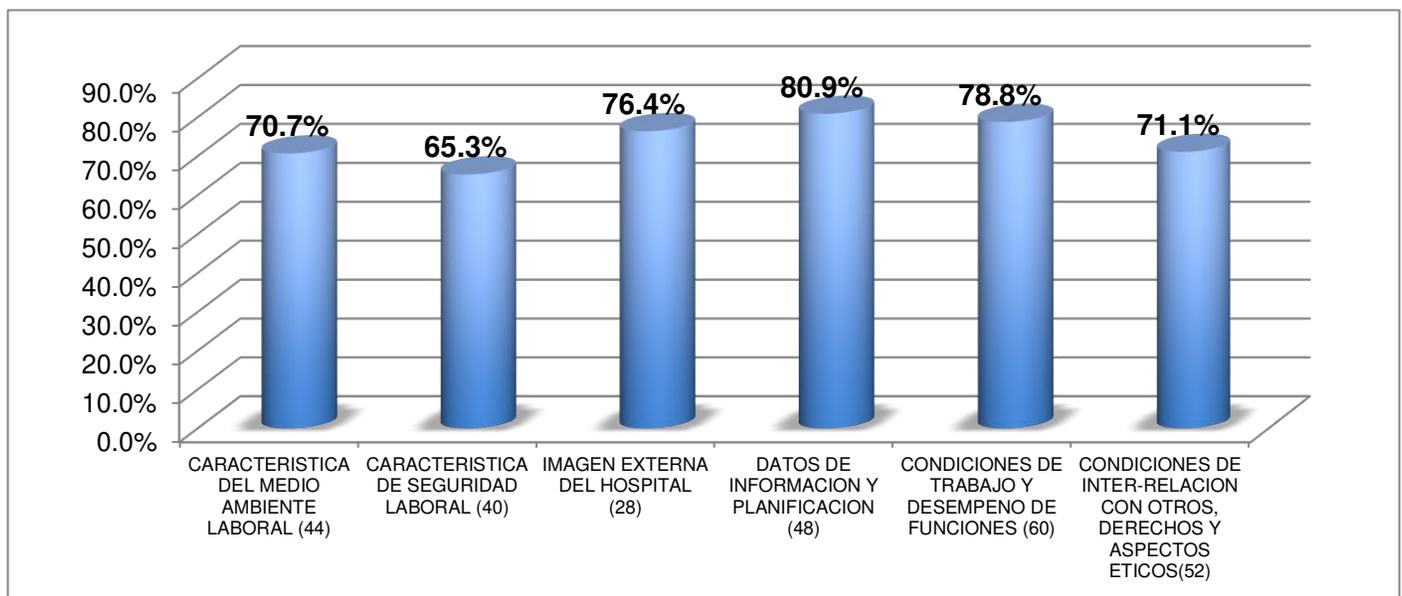
Positivos:

Aspectos destacados donde los trabajadores presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción considerado para las siguientes secciones, con:

- ☞ 100% considera que la institución donde trabaja es un ejemplo a seguir.
- ☞ 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa del hospital.
- ☞ 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.
- ☞ 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho en cuanto a que la la institución donde labora constituye un ejemplo a seguir
- ☞ El **98.5%** se siente de muy satisfecho a satisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.
- ☞ El **97%** se siente de muy satisfecho a satisfecho con las capacitaciones recibidas para la realización de su trabajo.
- ☞ **94.1%** dice que dispone de facilidades para la educación continua.
- ☞ **92.5%** conoce la existencia de parámetros para evaluar al personal y de criterios para las promociones
- ☞ El **91.2%** dice que cuenta con facilidades para la adquisición o lavado de vestuario.

Gráfico No. 46: Nivel de Satisfacción por Área.



Mejorar:

Aspectos que influyeron negativamente en el grado de satisfacción de los usuarios.

- ☞ **63.2%** Considera que su salario no es acorde con sus funciones laborales.
- ☞ **27.9%** dice que no se realizan actividades de recreación con su equipo de trabajo.
- ☞ **20.6%** no dispone de los materiales mínimos para realizar su trabajo.

Otras observaciones:

- Que sigamos trabajando con amor y dedicación igual al paciente.
- El incentivo supuestamente le hicieron un reajuste desde hace tiempo y solo se cobra la mitad de lo que nos toca.
- Nos hacen falta muchos equipos como; monitores, ventiladores, camillas, personal y materiales gastables. Hace tiempo que estamos solicitando esto y no nos cumplen, mas sabemos que no es culpa directa de la dirección sino es falta de presupuestos y del ministerio de salud
- Ser igual o mejor
- No tengo todo lo que necesito para cumplir con mis funciones, mi salario es poco, hacen falta bombillas, hay muchas bombillas quemadas afuera.
- Nos falta algo de personal, la secretaria y médicos es mucho trabajo para los que hay. Tenemos personal excelente, necesitamos que nos ayude el ministerio con los problemas de filtraciones
- Nos sentimos bien con el trato de las autoridades, pero como en todas las instituciones tenemos carencias, hacemos todo lo imposible para darle buen trato al usuario no importa el color o quien sea
- El cuarto para descanso es pequeño, porque los varones y las hembras tenemos que dormir y vestirnos en el mismo lugar, somos mucho personal. Esto debe tomarse en cuenta. No tenemos dosímetro. La ropa que usan los radiólogos ya no sirve, creo que están vencida y no protege de la radiación.
- En 10 años solo ha habido un aumento, el transductor del sonomamografo esta vencido y por eso no se han estado haciendo las sonomamografias.
- Esta institución trabaja unida, no hay dosímetro para medir la radiación
- Deben mejorar la limpieza de baños y habitaciones privadas de los médicos, mejorar la calidad de los alimentos que se sirven a los pacientes y empleados, especialmente la cena la hacen mala y la votan todos.
- La reestructuración de esta área es necesario ya que para pacientes que tienen discapacidad especialmente los cuadripléjicos las camillas no están aptas para ellos, la bicicleta está en malas condiciones.
- Hace falta personal para revisión de equipos.
- La organización en esta área está muy buena, a pesar de que el área nos está quedando pequeña para los pacientes, poco personal. También nos hacen falta más barras y mesas para acomodar el paciente, los tanques de agua no los usamos porque no están adecuados para usarlos y por eso no podemos prestar ese servicio.
- El personal de limpieza que tenemos no da para esta área, necesitamos más avanzada de noche el especialista que desea sub-especializarse tenga la oportunidad que otros.
- La falta de recursos y la burocracia están haciendo no nos deja desempeñar en forma ejecutiva el Lic. Gilberto Rodríguez debe juntar a las autoridades financieras de la institución. Honrar el trabajo del médico cirujano plástico y anestesiólogos y otras áreas que pasamos por ese departamento para cobrar nos hacen coger mucha lucha. Nos juntan hasta dos sueldos, se han atrasado hasta 45 días y deben saber que nosotros necesitamos eso, pues trabajamos y nos lo ganamos.
- No tenemos scanner para trabajar, necesitamos un escritorio nuevo, el aparato que da choque.
- Reconocemos que estamos teniendo diferencias por falta de recursos por problemas externo donde las ARS y el ministerio nos están supliendo por la burocracia. En el quirófano hay lámparas dañadas, no tengo computadora aquí. Tenemos el tomógrafo dañado, eso es vital
- Equipos obsoletos hay mucho se han solicitado servidores y equipos lo estamos esperando.
- Todo bien
- Uniforme cómodo y bonito sería importante
- Paga de horas extras sería bueno, uniforme para los empleados a la medida y que duren. Ahora tenemos un área bien grande de trabajo.
- Ninguna
- Las sillas están deterioradas no he sido reconocido en un pergamino, pero me siento reconocido, llegue como cajero y estoy en tesorería.

- Mejorar la cartera de servicio, tomografía, sonografía. Incentivos no están parejos para todos, los que se llevan la mayor parte es el personal administrativo, eso lo da SENASA cada 3 meses y ellos los cobran cada 4 meses.
- La directora del laboratorio me llama la atención y me habla mal delante de los usuarios, por problema que paso y me echaron la culpa a mí y me dijo mentirosa, luego se hizo una reunión y una investigación, vio que no fui yo, ahora me trata mejor, pero creo que me faltó el respeto.
- Nos hace falta algunos suministros para análisis de ácido úrico, creatinina, entre otros, pero se resuelve pronto. No les dan permiso a uno para estudios, lo que hacemos es que nos unimos unas con otras y nos cubrimos unas con otras para ayudar a la que lo necesita, eso es bueno.
- Mi espacio es pequeño, tengo un archivo y no sé dónde colarlo, mi escritorio esta muy junto con mi compañera, mi trabajo es delicado y en algunas ocasiones necesitamos privacidad. Hace tiempo que no tenemos uniforme.
- Computadora es lenta, se daña mucho, hay que cambiarla.
- Tenemos lo que necesitamos, si nos falta lo que pedimos e inmediatamente nos los dan, en 10 años no ha habido aumento de sueldo no tenemos vacaciones paga. Ideal sería tener uniforme, en mi departamento hay personal joven y en ocasiones viene vestidas poco apropiada, con pantalones muy ajustados e insinuadores y si tenemos uniforme eso se corrige y con el uniforme nos identificamos.
- Me gustaría tener uniforme, antes lo teníamos y queremos aumento.
- Me gustaría tener uniforme, no me gusto el aumento de la guagua eso es mucho 900 de guagua, antes eran 700, porque lo suben si mi sueldo no ha subido.
- Poco a poco tratamos de superar nuestras debilidades, ya que la gran mayoría de personas son de escasos recursos económico y no pueden pagar, esta institución tiene mucho gastos y la cuota que nos da el estado es muy mínima y si seguimos así, se nos puede ir a bajo el hospital, deseamos que el estado nos de más recursos y nos de la mana.
- Me siento bien con la actual dirección del hospital y del área son personas asequibles en algunas áreas hay limitaciones, las sabanas en hospitalización están escasas.
- Los planes de capacitación debe tomar mas en cuenta las necesidades del empleado.
- Poco personal enfermería para esta área. No se nos ha aplicado un aumento porque estamos con el problema que no sabemos por área cobramos.
- Necesito ese tomógrafo con urgencia, nos hace falta personal, no tenemos una habitación adecuada, no tenemos aire, las persianas están dañadas y no la arreglan
- Nos hace falta personal, cuando un familiar de nosotras cae enfermo, no hay lugar aquí para internarlo y si va a otro centro nos dan ese derecho que aquí no tenemos, y si alguna de nosotras cae enferma aquí nos mandan a una sala común, no hay lugar para nosotras solas, las enfermeras somos muy maltratadas, no tenemos baño propio.
- Usamos una ropa para cirugía para proteger de la radiación, pues tenemos que exponernos varias horas a esta. En estos momentos. Hay preocupación en el personal pues no sabemos si esa ropa esta ya vencida y si de verdad nos protegen. Por lo demás no nos preocupamos estamos protegido en todo.
- Alguna del personal de enfermería cuando han tenido problemas de salud conmigo o familiar no se le ha dado buen trato, les cobran igual y se le exige más que a otra persona. No le están dejando jabón a las enfermeras para lavarse las manos, a cada rato en la noche se llevan el agua, y no pueden desinfectarse las manos, lo que hacen es que usan alcohol cuando pueden.
- Nos faltan algunas herramientas para cumplir nuestro trabajo.
- No tenemos bata, ni lentes para protegernos, los demás materiales si hay. Las autoridades de administración ni siquiera nos saludan. Si nos pasa algún problema no nos llaman las autoridades para saber cómo estamos. No tenemos una estufa para preparar cafe o te.
- Deberán fijar un horario para el área de farmacia
- No estamos satisfechas con los servicios de 24 horas ya que hacemos demasiadas horas de trabajos seguidas, trabajamos más horas que los demás turnos. Al hacer tantos servicios junto la calidad del trabajo se agota por el cansancio. No nos pagan horas extras, los días de fiestas lo trabajamos 24 horas, no nos dan día libres como en otras áreas del hospital.

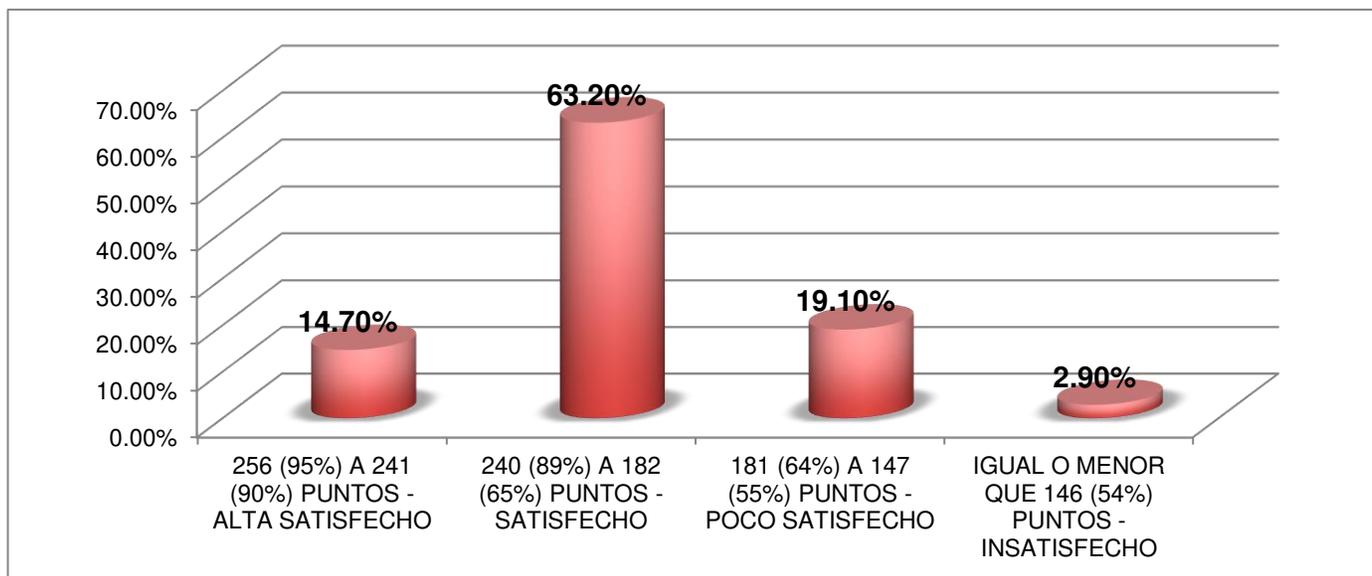
- Nos falta ventilador, un sonógrafo averiado, camillas deterioradas y no hay tomógrafos. Somos una institución diferente al modelo tradicional, damos atención al usuario. La comida que están vendiendo está muy costosa, es higiénica y bien cocida, pero dan muy poca y además de baja clase, porque venden tayota guisada y huevos revueltos a 100 pesos
- Somos una institución de servicios. Son tres ambulancias y solo se está usando una y no da para todo el hospital, tampoco está equipada para paciente crítico. Hay una en el taller hace varios meses y la otra fue sacada de circulación, pues la arreglaron varias veces el motor, no funciona más, dicen que el motor no sirve.
- Nos sentimos inseguras ya que hemos ido al Ministerio de Salud Pública y nos han mandado al Servicio Nacional de Salud y una gran parte del personal de enfermería no aparecemos allá. Y no sabemos ahora mismo que de será de nosotras no sabemos si el aumento nos llegara, que no pertenecemos a salud pública y no aparecemos en el sistema nacional de salud y no sabemos a quien reclamarle. Nos sentimos desamparadas de las autoridades.
- En el área de UCI se trabaja en conjunto y con amor.
- Somos pocas personas para trabajar en limpieza en las noches, trabajamos de dos en dos y no damos para el hospital entero sobre todo cuando hay muchas en emergencia. Somos discriminados por jefe de la Gerencia y algunos superiores. Por más que uno se esfuerce llaman la atención, no valoran al personal. A veces no damos para tanto trabajo, debemos estar en emergencia y no nos dan chance a llegar a internamientos y se nos recrimina sin saber cómo pasamos la noche, el baño para
- Somos poco personal de noche para trabajar no nos dejan los materiales que necesitamos para mantener la higiene, la mayoría de veces no cloro nos dejan. Si necesitamos un permiso nos dicen que busquemos a alguien que nos cubra y no nos dan la facilidad. Las mujeres llevamos todo el trabajo pesado y los hombres son los que hacen el trabajo ligero, solo despolvan y llevan papeles
- Deben aumentar el salario no nos alcanza, hay botera del aire en espera de emergencia, el encargado de seguridad es muy agresivo, maltrata a los subalternos, puede corregir y llamar a la atención si hacemos algo incorrecto, pero de la manera que lo hace no y mucho menos delante de los usuarios.
- No sabemos a que institución pertenecemos si al sistema nacional de salud o a salud pública. La mayoría de nosotras somos de lejos y aquí no tenemos nada cerca para uno buscar algo que necesite, estamos insatisfecha y no podemos hablar por temor a represalias, si se sabe quién lo dijo hay consecuencia
- Tenemos un computador y impresora deterioradas, si van hacer algún cambio o traslado primero lo sabe todo el mundo y a nosotras no se nos informa, solo en el momento.
- No sabemos que será de nosotras pues los aumentos no nos llegan una vez dicen que somos del sector público y otra del privado y no sabemos qué hacer. No tenemos baño, somos poco personal de enfermería a veces con cama extras y dos enfermeras no dan, sobre todo cuando hay paciente muy mal que tenemos que desatender los otros.
- Solo tenemos un computador las otras dos están dañadas y la impresora funciona a veces y casi no podemos usarla porque los médicos también la usan. Las bocinas que usamos para llamar al lobby solicitando algo no sirve.
- Estamos preocupadas porque en salud pública o en el sistema nacional de salud no aparecemos y no sabemos a dónde estamos. No tenemos baño propio y el que queda cerca los familiares de los pacientes lo usan
- Tenemos dos lavadoras dañadas y solo funciona una y haciendo un gran esfuerzo porque esa no da. El nuevo jefe de lavandería es muy exigente, habla mal a los empleados y en las salas tiene mal gesto con el usuario. Los empleados de este departamento sabemos manejar mejor esta área y maquinas que ese caballero y el trata de enseñarnos, mas sabe menos que nosotros y no sabe desenvolverse.
- Ya las estufas están dañándose por el tiempo que tienen y el tanto fuego ya que cocinamos bastante. Tenemos un jefe muy bueno.
- Ninguna
- El vestidor tenemos filtraciones nos mojamos al vestirnos, la persona que tenemos para limpieza es muy buena pero no da para tanto trabajo.
- Un fibro-broncoscopio y un fast-track se necesita, la persona que tenemos para la limpieza es excelente pero no da sola para tanto.

- Nos sentimos actualmente satisfechos con la carga de trabajo pues somos seis y llevamos los servicios mejor. Hay gotera en todo el hospital
- No falta ropa adecuada y un motor, se escasean mucho las fundas para basuras.
- Vibra todo el tiempo las maquinas que están al lado de mi oficina, área pequeña de trabajo, falta materiales para poder llevar a cabo mi función correctamente como alcohol en gel , elementos de protección personal, fundas para la basura. El alcohol en gel lo pido y no lo compran, las fundas no llegan o se terminan, mi rol aquí se hace difícil de cumplir, porque cuando llegan las cosas es como volver a comenzar, ya la gente está en desorden y tenemos que comenzar a educar, los zafacones son de diferentes colores y las fundas de su mismo color, si no hay un color de fundas, tengo que ponerle el que haya y al momento de clasificar la basura es un desorden, por favor que eso cambie para la seguridad de todos. Lo que se me paga no va acorde con mis responsabilidades.
- Me gustaría tener uniforme de buena calidad, hecho a la medida, si mejora mi paga se lo agradecería.
- Mi sueldo se acepta, pero agradecería un aumento, a veces está muy fría el área de costo y no podemos controlarlo
- Nos enteramos tarde de algunos cambio que se realiza en el hospital, debemos ser tomados más en cuenta, debido a las funciones propias de este departamento queremos tener mejor proyección, crear proyecto legal a futuro y tener una consultoría jurídica con todas sus funciones, nuestro salario debe ser mejor, esta área es pequeña, pero entendemos que en enero vamos a tener otro lugar. Mucho ruido y en ocasiones hay que estar bien concentrada, la iluminación es poco satisfactoria están lejos la lámpara del centro de la oficina..
- El tamaño de mi área de oficina a veces resulta pequeño, nos reunimos y no cabemos, todo ahí empaquetado, , tengo casi 10 años y mi escritorio está deteriorado y feo, me gustaría tener otra oficina hay que mejorar las filtraciones del techo, debería ganar más. En todo el tiempo que tengo no he sido reconocido una plaquita un día.

Nivel de Satisfacción General:

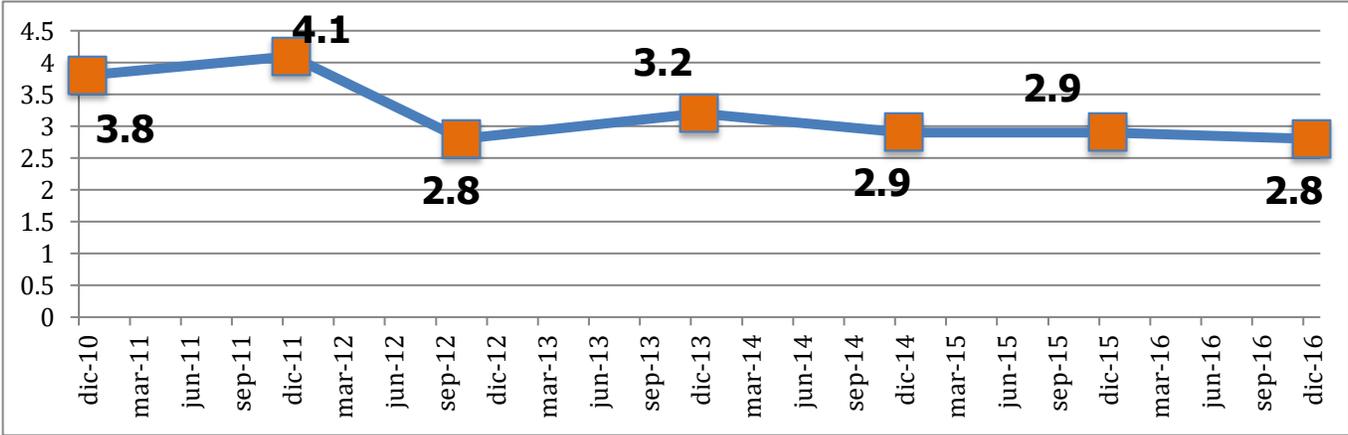
Observamos que en términos generales el **63.2%** de los trabajadores se encuentra satisfecho, **19.1%** poco satisfecho, **14.7%** altamente satisfecho, y **2.9%** insatisfecho. Para corroborar este resultado a continuación hemos construido una escala de Likert (Escala sumatoria).

Gráfico: Nivel de Satisfacción General.



Analizando la escala de Likert la cual es una tabla de ponderación de actitudes o predisposiciones individuales encontramos que en términos generales el total de la población encuestada nos da un índice de **2.8**, el cual determina el grado general de satisfacción es de **poco satisfecho con marcada tendencia a satisfechos**.

Gráfico No. 45: Comportamiento Escala Likert.



Nota: Para mayores detalles de las informaciones de los diferentes aspectos evaluados consultar documento **Informe Encuesta Satisfacción Usuario Internos Diciembre 2016**.

P) Informe Nivel Cumplimiento Plan Resolución Debilidades y Control de Amenazas.

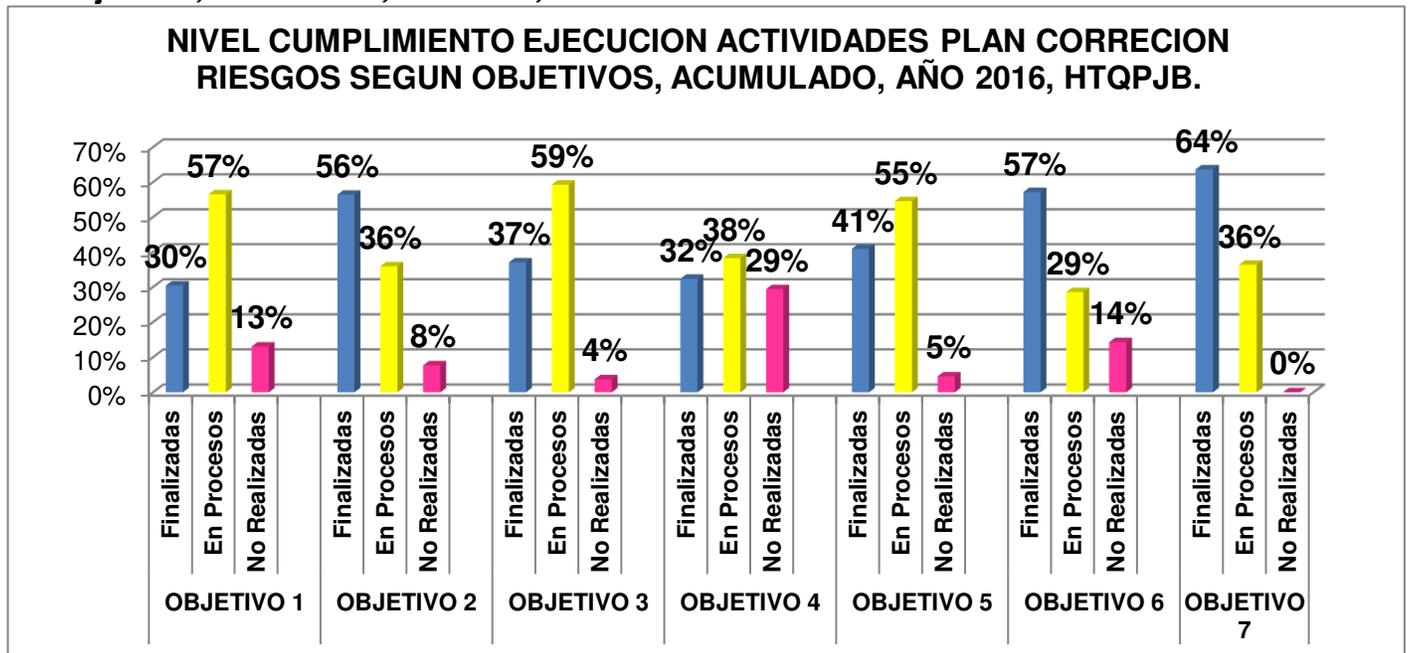
i. Tabla: Nivel de Cumplimiento ejecución Plan para Corregir Debilidades, controlar Amenazas y Acumulado General del Plan Debilidades y Amenazas, HTQPJB; Año 2016.

| | PLAN DEBILIDADES | | |
|---|------------------|------------|--------------|
| | Finalizada | En Proceso | No Realizada |
| Número de Actividades Según Nivel Ejecución | 52 | 57 | 15 |
| % Cumplimiento Según Nivel de Ejecución | 42% | 46% | 12% |

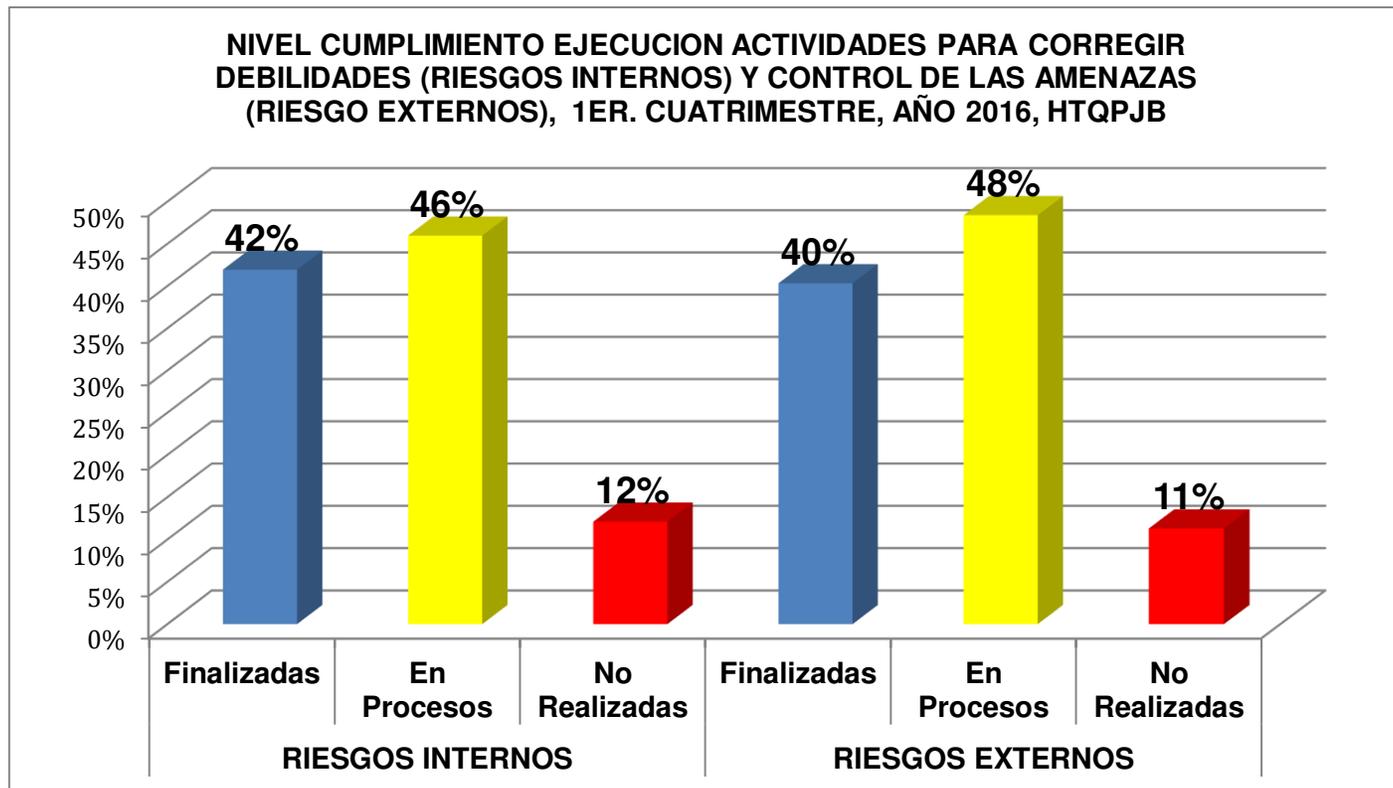
| | PLAN AMENAZAS | | |
|---|---------------|------------|--------------|
| | Finalizada | En Proceso | No Realizada |
| Numero de Actividades Según Nivel Ejecución | 25 | 30 | 7 |
| % Cumplimiento Según Nivel de Ejecución | 40% | 48% | 11% |

| | PLAN GENERAL | | |
|---|--------------|------------|--------------|
| | Finalizada | En Proceso | No Realizada |
| Numero de Actividades Según Nivel Ejecución Plan Completo | 77 | 87 | 22 |
| % Cumplimiento Según Nivel de Ejecución Plan Completo | 41% | 47% | 12% |

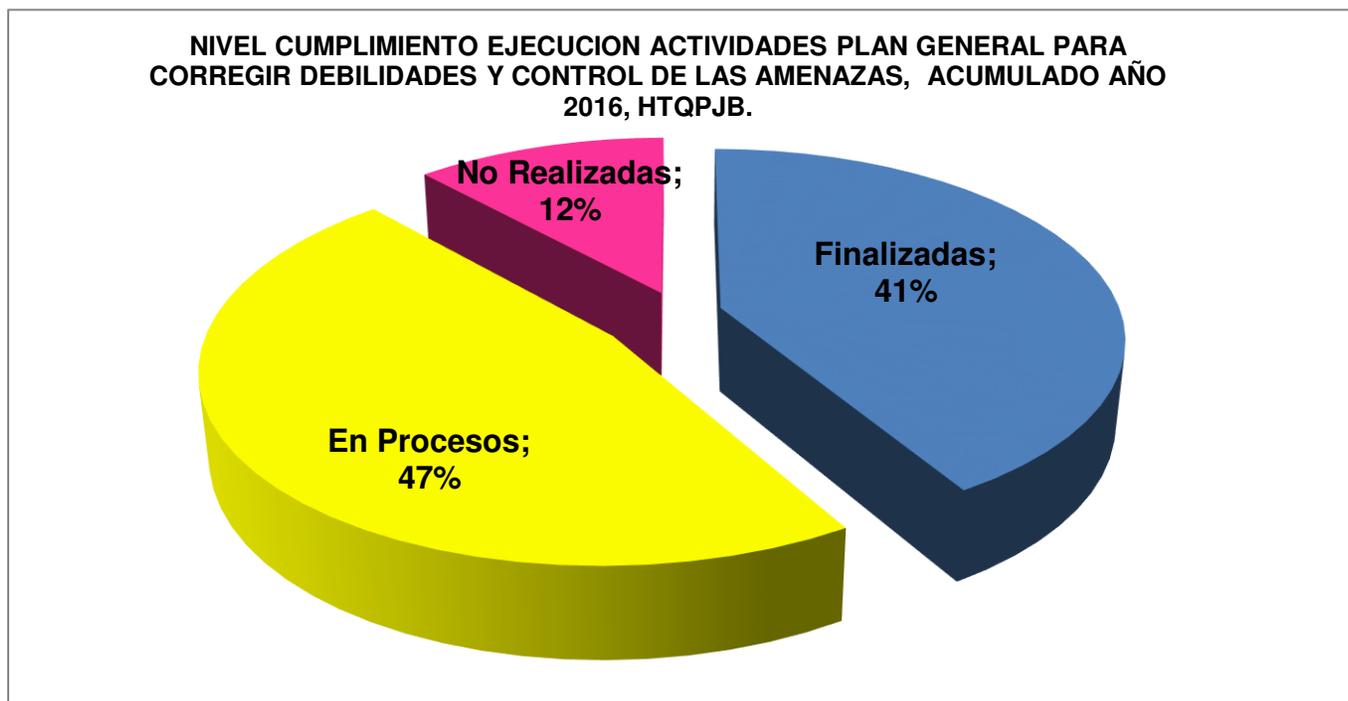
ii. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan corrección riesgos según objetivos, acumulado, año 2016, HTQPJB.



iii. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades para corregir debilidades (riesgos internos) y control de las amenazas (riesgo externos), 1er. Cuatrimestre, año 2016, HTQPJB



iv. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan general para corregir debilidades y control de las amenazas, acumulado año 2016, HTQPJB

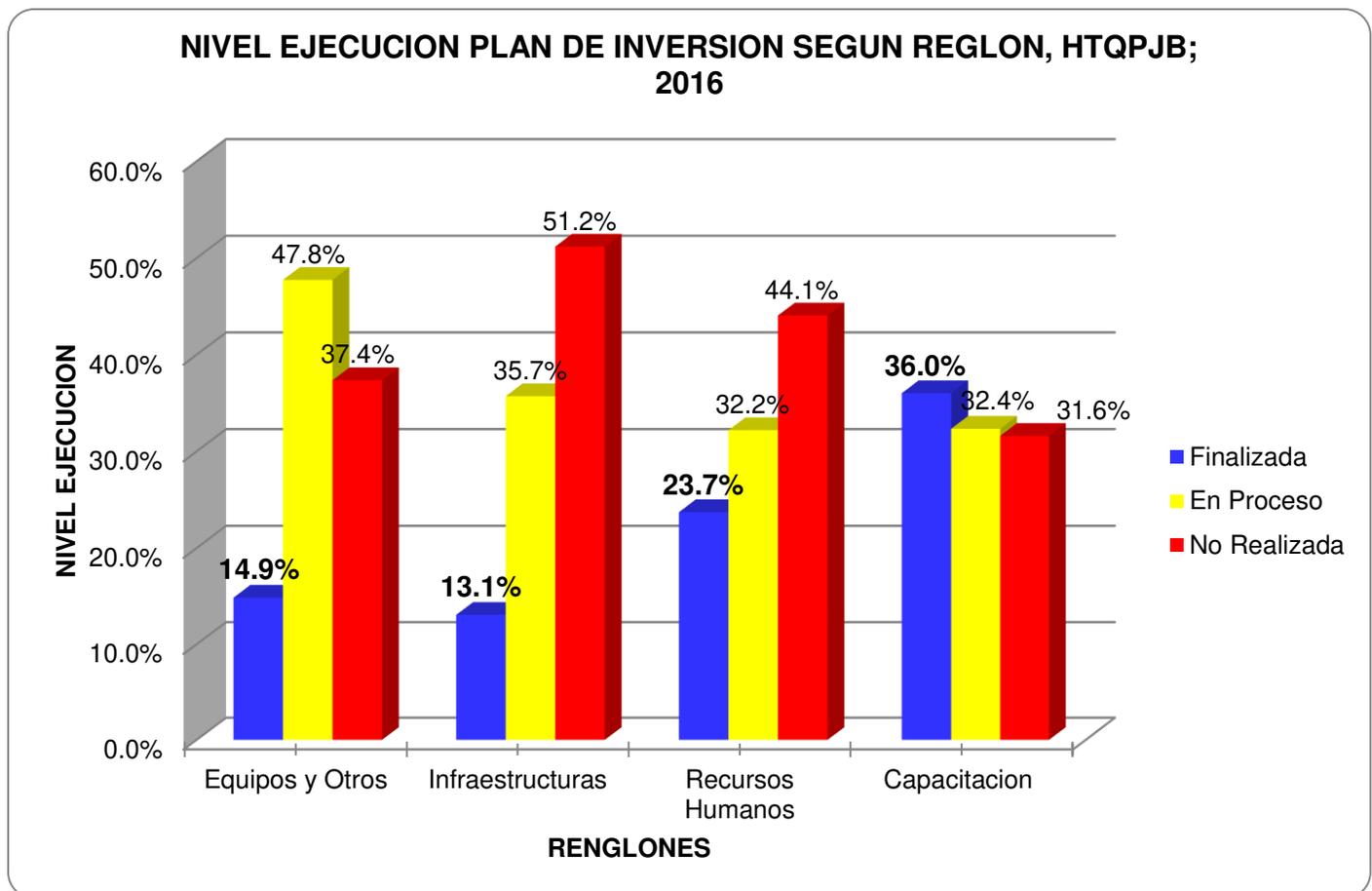


Q) Informe Nivel Cumplimiento Plan Inversión.

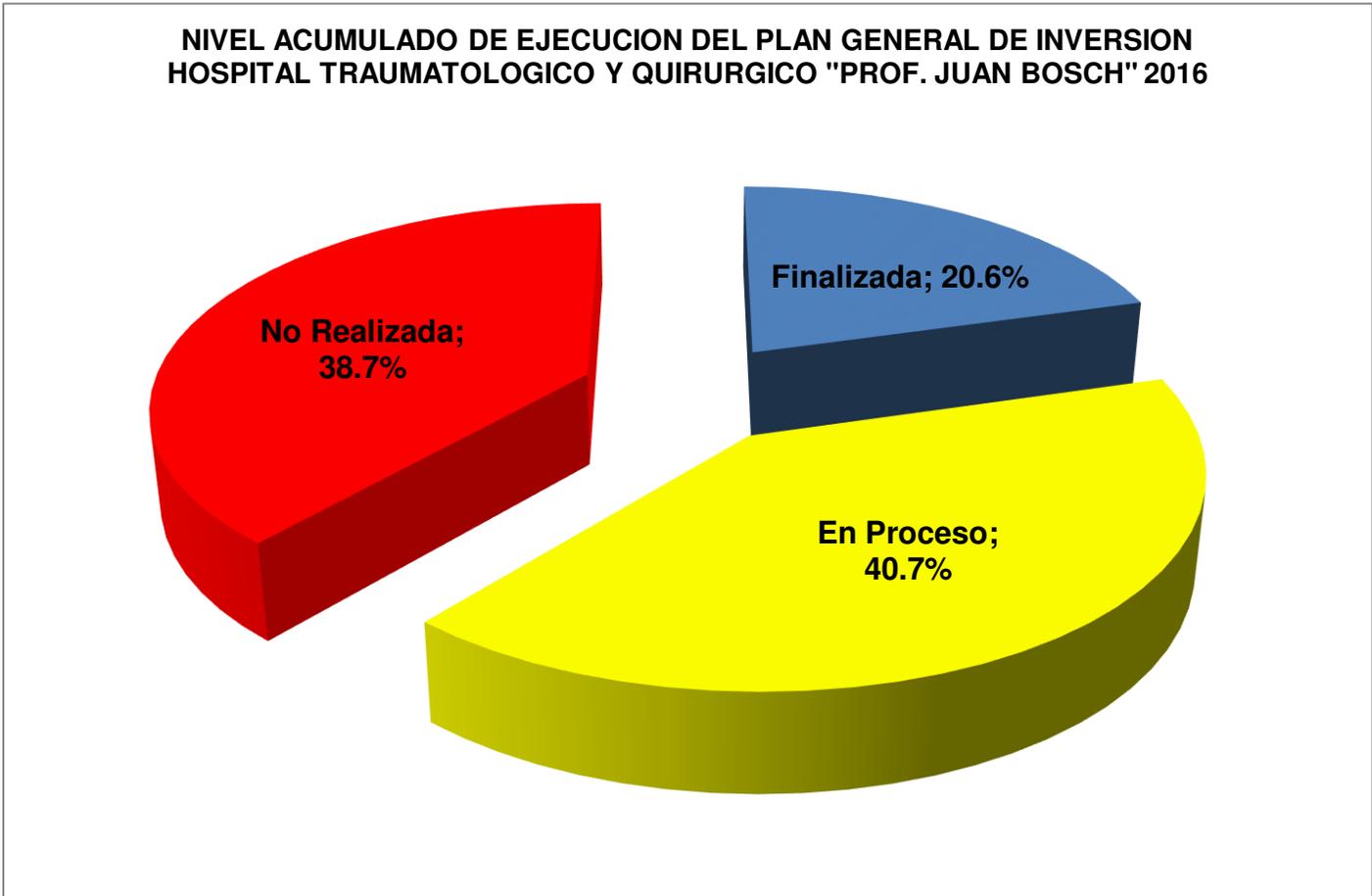
i. Tabla: Nivel de Ejecución del Plan Inversión, Según Concepto año 2016

| CONCEPTOS | Finalizada | En Proceso | No Realizada |
|------------------|------------|------------|--------------|
| Equipos y Otros | 14.9% | 47.8% | 37.4% |
| Infraestructuras | 13.1% | 35.7% | 51.2% |
| Recursos Humanos | 23.7% | 32.2% | 44.1% |
| Capacitación | 36.0% | 32.4% | 31.6% |

ii. Gráfico: Nivel ejecución plan de inversión según renglón, HTQPJB; 2016



iii. Gráfico: Nivel acumulado de ejecución del plan general de inversión hospital traumatológico y quirúrgico "Prof. Juan Bosch" 2016



R) Informe Financiero Año 2016.

i. Ingresos

| INGRESOS OPERACIONALES | TOTAL | % |
|---|----------------------------|---------------|
| APORTES DIRECTOS DE LOS USUARIOS | RD\$ 18,576,315.26 | 10.7% |
| PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD PUBLICA (SENASA) | RD\$ 118,547,582.11 | 68.0% |
| PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD P PRIVADAS (ARS's Privadas) | RD\$ 33,608,819.90 | 19.3% |
| SERVICIOS Y OTROS INGRESOS OPERACIONALES | RD\$ 1,862,039.75 | 1.1% |
| SOBRANTES DE CAJEROS | RD\$ - | 0.0% |
| OTRAS FUENTES | RD\$ 1,827,266.84 | 1.0% |
| TOTAL | RD\$ 174,422,023.86 | 40.1% |
| INGRESOS NO OPERACIONALES | | |
| APORTES DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP) | RD\$ 260,481,000.00 | |
| APORTES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA | RD\$ - | |
| TOTAL, APORTES DE INSTITUCIONES PUBLICAS | RD\$ - | |
| APORTES DE INSTITUCIONES PRIVADAS | RD\$ - | |
| DONACIONES | RD\$ - | |
| OTRAS FUENTES | RD\$ - | |
| TOTAL | RD\$ 260,481,000.00 | 59.9% |
| OTROS INGRESOS | | |
| REVISTA | RD\$ - | |
| DESCUENTOS A EMPLEADOS | RD\$ - | |
| TOTAL, DESCUENTOS A EMPLEADOS | RD\$ - | |
| TOTAL | RD\$ - | |
| TOTAL, INGRESOS GENERALES | RD\$ 434,903,023.86 | 100.0% |

Fuente: Sub-dirección Financiera HTQPJB.

ii. Costos y Gastos

| Descripción Gasto por Cuenta | MONTOS ACUMULADOS | | % |
|--|-------------------|-----------------------|---------------|
| SERVICIOS PERSONALES | RD\$ | 263,665,624.68 | 61.2% |
| Remuneraciones | RD\$ | 222,868,327.94 | 84.5% |
| Sobresueldos | RD\$ | 175,500.00 | 0.1% |
| Dietas y Gastos de Representación | RD\$ | - | 0.0% |
| Gratificaciones y Bonificaciones | RD\$ | 9,450,000.00 | 3.6% |
| Contribuciones a la Seguridad Social y Riesgo Laboral | RD\$ | 31,171,796.74 | 11.8% |
| SERVICIOS NO PERSONALES | RD\$ | 42,133,018.42 | 9.8% |
| Servicios Básicos | RD\$ | 3,583,793.67 | 8.5% |
| Publicidad Impresión y Encuadernación | RD\$ | 1,831,710.42 | 4.3% |
| Viáticos | RD\$ | 648,311.09 | 1.5% |
| Transporte y Almacenaje | RD\$ | 85,430.00 | 0.2% |
| Alquileres y Rentas | RD\$ | 3,261,266.80 | 7.7% |
| Seguros | RD\$ | 96,144.38 | 0.2% |
| Servicios de Conservación, Reparaciones Menores e Instalaciones Temporales | RD\$ | 10,167,852.08 | 24.1% |
| Otros Servicios No Personales | RD\$ | 22,458,509.98 | 53.3% |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | RD\$ | 116,648,580.18 | 27.1% |
| Alimentos y Productos Agroforestales | RD\$ | 16,143,450.09 | 13.8% |
| Textiles y Vestuarios | RD\$ | 499,253.62 | 0.4% |
| Productos de Papel, Cartón e Impresos | RD\$ | 2,769,948.66 | 2.4% |
| Productos Farmacéuticos | RD\$ | 30,533,932.82 | 26.2% |
| Productos de Cuero, Caucho y Plásticos | RD\$ | 2,653,218.94 | 2.3% |
| Productos de Minerales, Metálicos y No Metálicos | RD\$ | 403,001.26 | 0.3% |
| Combustibles, Lubricantes, Productos Químicos y Conexos | RD\$ | 20,487,770.30 | 17.6% |
| Gastos a ser Asignados Durante el Ejercicio (ART. 32 Y 33 Ley 423-06) | RD\$ | - | 0.0% |
| Productos y Útiles Varios | RD\$ | 43,158,004.49 | 37.0% |
| BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES | RD\$ | 8,255,307.44 | 1.9% |
| Mobiliario Y Equipo | RD\$ | 1,090,366.25 | 13.2% |
| Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo | RD\$ | 17,859.96 | 0.2% |
| Equipo e Instrumental, Científico Y Laboratorio | RD\$ | 3,490,240.92 | 42.3% |
| Vehículos y Equipo de Transporte, Tracción y Elevación | RD\$ | 2,003,360.18 | 24.3% |
| Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas | RD\$ | 720,946.79 | 8.7% |
| Activos Biológicos Cultivables | RD\$ | - | 0.0% |
| Bienes Inmuebles | RD\$ | - | 0.0% |
| Bienes Intangibles | RD\$ | 932,533.34 | 11.3% |
| Equipos de Defensa y Seguridad | RD\$ | - | 0.0% |
| OBRAS | RD\$ | - | 0.0% |
| Obras En Edificaciones | RD\$ | - | - |
| Infraestructura | RD\$ | - | - |
| Construcciones En Bienes Concesionados | RD\$ | - | - |
| Gastos a Ser Asignados Durante el Ejercicio para Inversión (Art. 32 Y 33 Ley 423-06) | RD\$ | - | - |
| Total de Egresos | RD\$ | 430,702,530.72 | 100.0% |

Fuente: Sub-dirección Financiera HTQPJB.

iii. Comportamiento Mensual de los Descuentos y Exoneraciones año 2016.

| MES | MONTO FACTURADO | EXONERACIÓN | DESCUENTO | BALANCE |
|--------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| ENERO | 4,687,805.77 | 3,157,489.25 | 630,664.63 | 899,651.89 |
| FEBRERO | 2,281,302.24 | 1,544,366.80 | 393,800.62 | 343,134.82 |
| MARZO | 4,019,029.27 | 3,320,406.70 | 437,825.88 | 260,796.69 |
| ABRIL | 5,955,789.88 | 4,032,827.96 | 924,928.47 | 998,033.45 |
| MAYO | 4,093,729.30 | 3,765,967.10 | 189,096.95 | 138,665.25 |
| JUNIO | 5,598,415.30 | 4,998,203.79 | 448,069.53 | 152,141.98 |
| JULIO | 5,013,054.56 | 3,253,734.30 | 730,300.45 | 1,029,019.81 |
| AGOSTO | 4,399,738.78 | 2,616,719.38 | 855,655.32 | 927,364.08 |
| SEPTIEMBRE | 5,455,439.48 | 4,236,110.94 | 542,567.92 | 676,760.62 |
| OCTUBRE | 3,278,289.53 | 2,136,453.14 | 486,279.22 | 655,557.17 |
| NOVIEMBRE | 6,370,168.99 | 5,050,925.33 | 736,387.21 | 582,856.45 |
| DICIEMBRE | 2,566,465.65 | 902,237.87 | 947,576.32 | 716,651.46 |
| TOTAL | 53,719,228.75 | 39,015,442.56 | 7,323,152.52 | 7,380,633.67 |

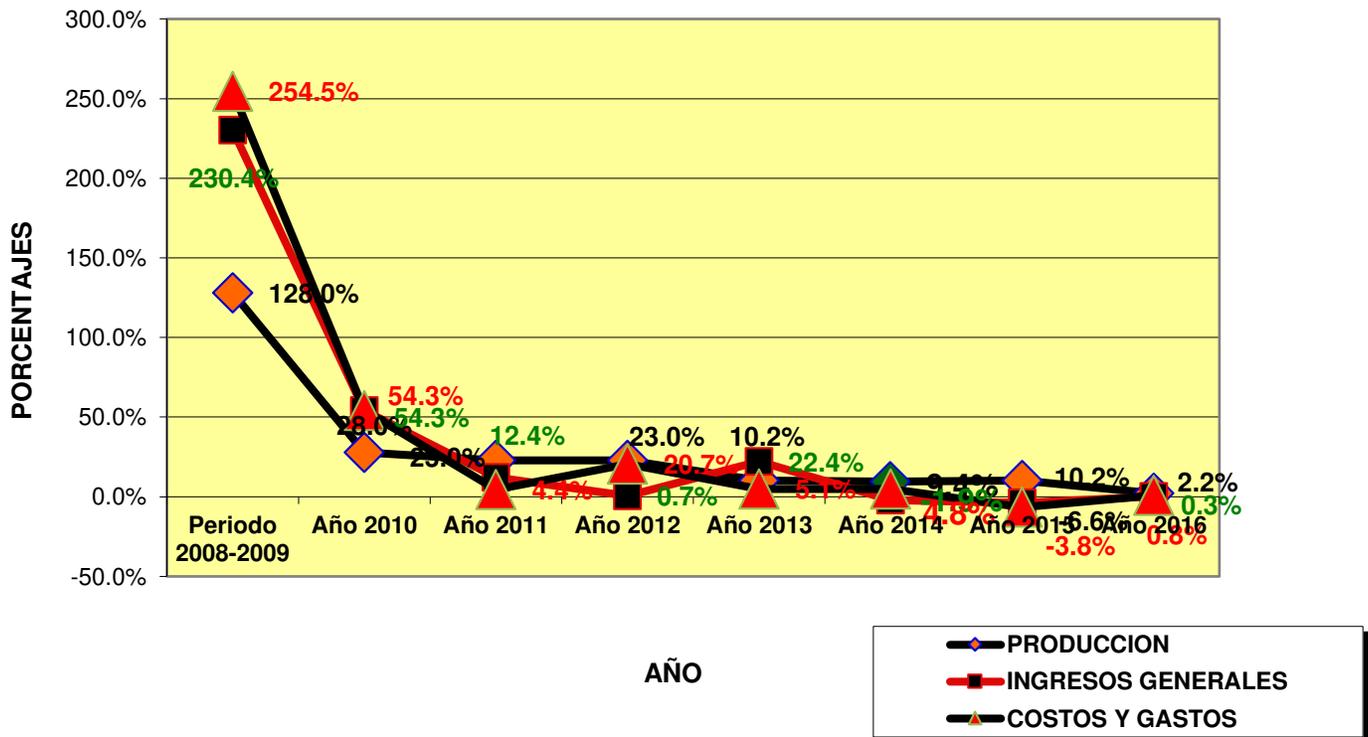
Los descuentos y exoneraciones totalizaron en el año 2016 la suma de RD\$ 46,338,595.08 lo que representó un incremento por este concepto de RD\$ 6,737,736.81 (17%), más que lo otorgado a los pacientes en el año 2015 que fue un total Descuentos y Exoneraciones Otorgados: RD\$ 39,600,858.27

iv. Análisis Resultados Informe Financiero año 2016.

El Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” (HTQPJB), evidenció durante el año 2016 en términos generales un desempeño aceptable, debido al resultado del balance general logrado. El año 2016, finalizó con un balance positivo de **RD\$ 4,200,493.14** al cierre del periodo fiscal analizado Enero-Diciembre 2016.

En relación al año 2015 el hospital tuvo un crecimiento en su producción de un **2.2%**, los costos y gastos presentaron un incremento del **0.8%**, en las recaudaciones hubo un incremento del **0.3%** (RD\$ 1,158,898), esto debido al colapso de algunos servicios generales del hospital (Aire central, tomógrafo, sistema informático); observamos un incremento en los descuentos y exoneraciones los cuales presentaron un incremento del **17%** (RD\$ 6,737,737), y un incremento de los aportes otorgados por el MSP del **1.0%**, (RD\$ 3,391,830), así mismo una disminución en los ingresos por concepto de los ingresos directos (aporte de los usuarios y pagos de las ARS), lo que represento una disminución del **-1.1%**, significando en termino absoluto una reducción de **-(RD\$ 1,983,304)**, con relación al año 2015, son parte de los factores que contribuyeron al resultado limitado en las finanzas del hospital en el año 2016.

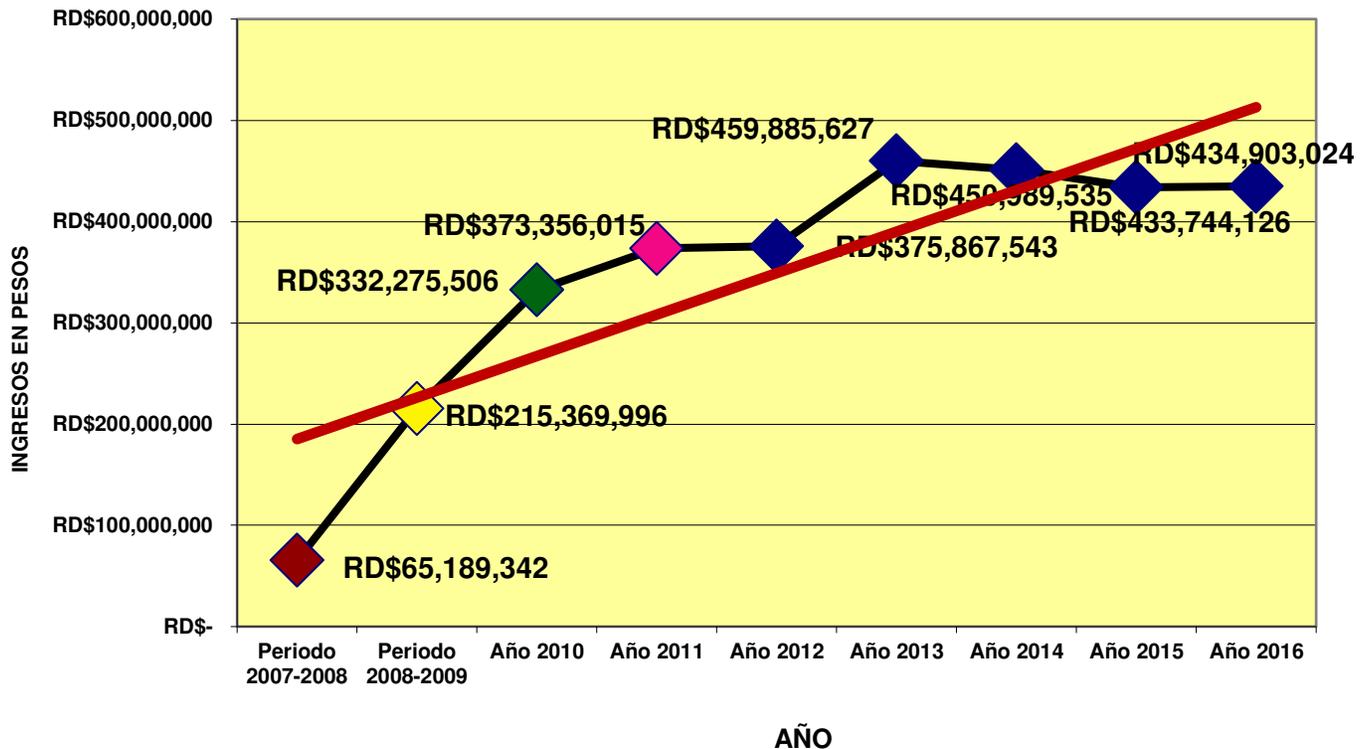
COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DE LA PRODUCCION, INGRESOS GENERALES Y COSTOS Y GASTOS POR AÑO CON RELACION AL AÑO ANTERIOR, PERIODO 2008-2016



Ingresos:

El hospital presentó por concepto de ingresos generales de diferentes fuentes, un monto total de **RD\$434,903,023.86**, lo cual representó un incremento en los ingresos de **(RD\$ 1,158,898)**, es decir un aumento del **0.3%** frente a los **RD\$433,744,126.12** recaudados en el año 2015.

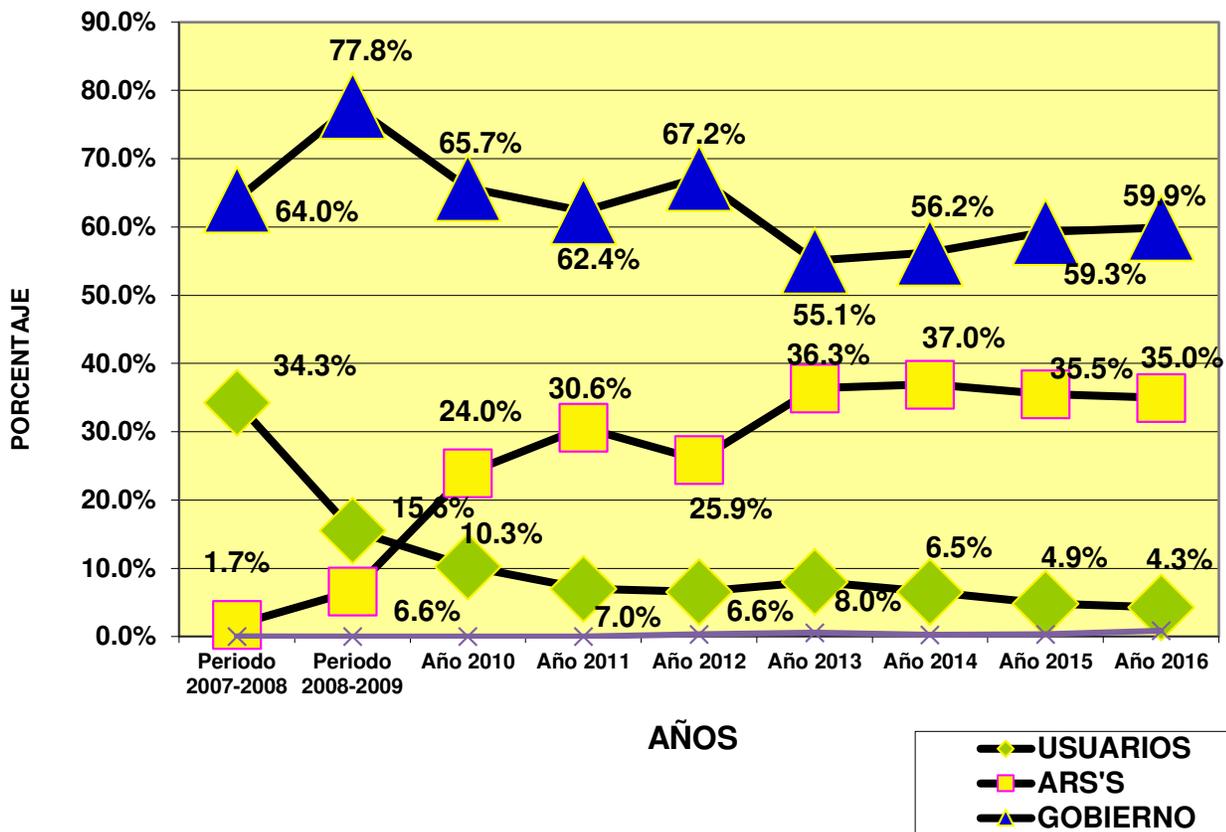
COMPORTAMIENTO INGRESOS GENERALES POR AÑO 2007-2016



Según el tipo de fuente de los ingresos generales recibidos, el **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, aportó **59.9%**, esta proporción represento un monto total **RD\$ 260,481,000.00**, esto representó un incremento absoluto de **RD\$ 3,391,830**, con relación al año 2015 que el MSP aporato un total de **(RD\$ 257,089,170.00)**, significando en términos relativos un incremento de los aportes por concepto de esta fuente de un **1.0%** en el 2016 con relación a los ingresos por este concepto en el 2015.

La otra fuente importante de ingresos correspondió al **concepto Ingresos Hospitalarios** (pago directo y Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS's), el cual representó el **40.1%** (**RD\$ 174,442,023.86**) del total de los ingresos generales, lo que significó una disminución de **(-1.6%) RD\$ 1,983,304** con relación a los **RD\$ 176, 405,328** recaudados por este concepto en el año 2015.

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL SEGUN FUENTES FINANCIAMIENTO POR AÑOS , PERIODO 2007-2016

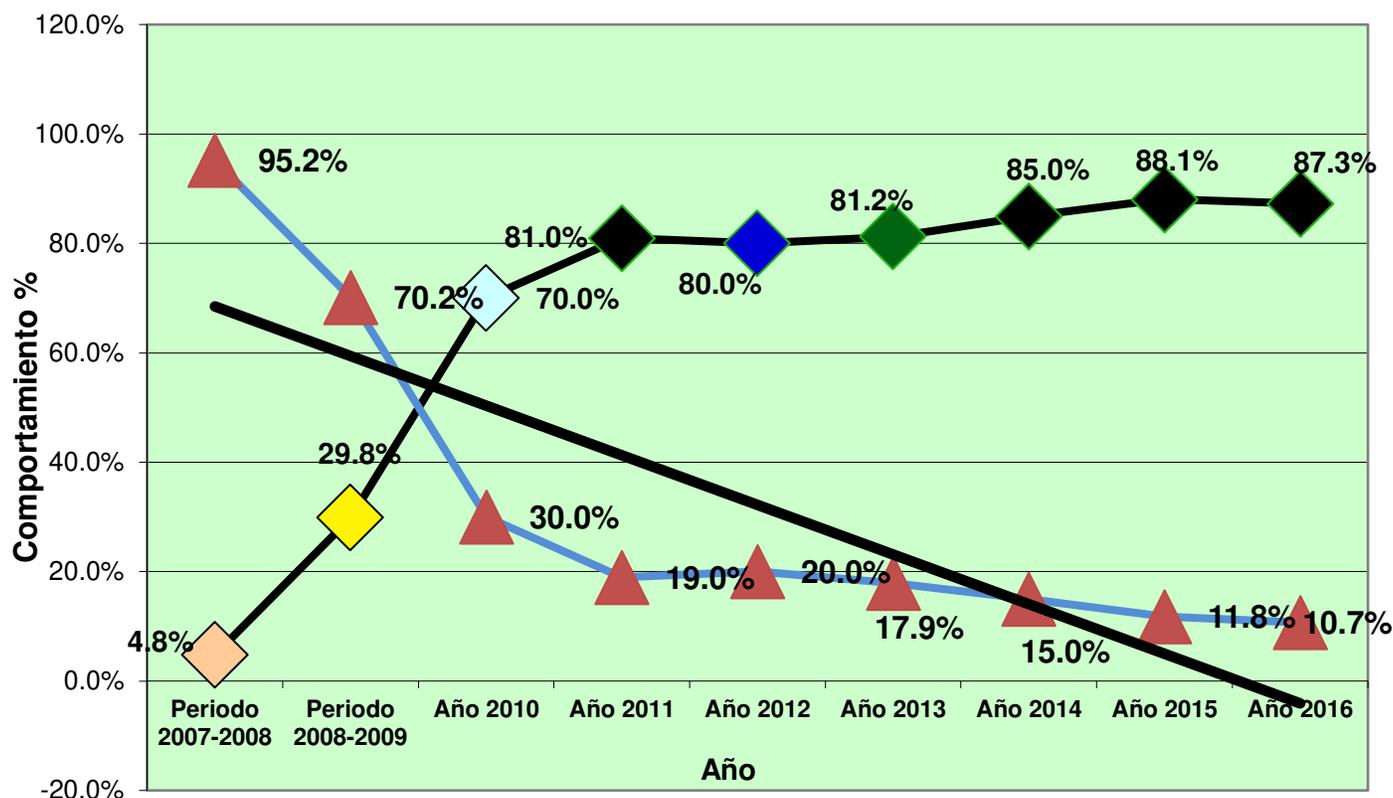


Visto de manera desagregada el concepto **Ingresos Hospitalarios Operacionales (174,442,023.86)** encontramos que en el año 2016 el **10.7%**, fueron aportes directos de los usuarios (bolsillos), frente al **11.8%** en el 2015 y el **87.3%** ingresos por el pago realizado de las ARS's, frente al **88.1%** en el 2015. Como vemos el comportamiento en la distribución de la proporción de los ingresos por estos conceptos disminuyeron los aportes de los bolsillos por parte de los usuarios, con relación al 2015.

Como podemos observar, existe una tendencia sostenida a la disminución del pago de bolsillo y en los últimos 3 años.

Esto expresa una tendencia positiva del financiamiento de la salud a través del Sistema de Seguridad Social en la República Dominicana, que se refleja en la fuente de financiación del hospital, evidenciándose esta tendencia en los últimos 8 años, quizás no con la celeridad que debería ser en los 4 años últimos, según la línea de tendencia establecida. (Ver gráfico siguiente).

Comportamiento % de los Ingresos Directos por Concepto Pagos ARS's y Usuarios por Años 2007-2016

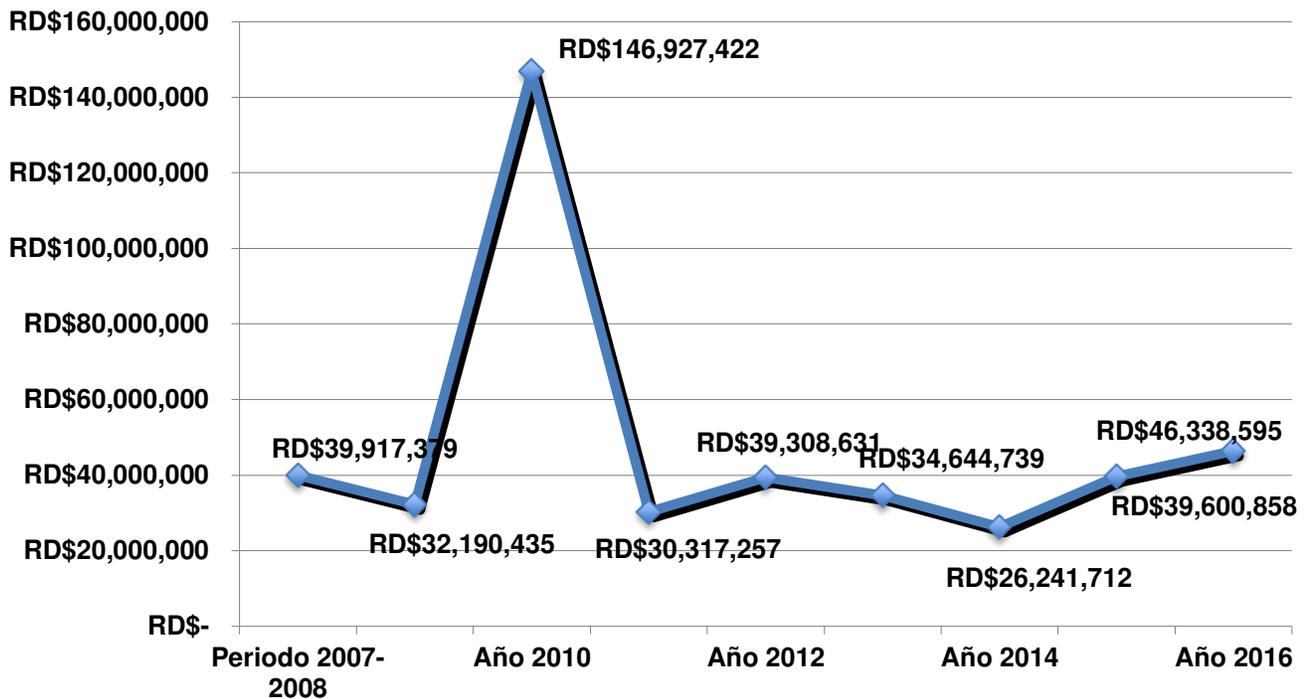


Descuentos y exoneraciones:

A pesar de las tarifas de todos los servicios ofrecidos en el hospital se encuentran por debajo del precio real en el mercado de la salud, aun así, el hospital otorgó por concepto de **exoneraciones y descuentos** en el 2016 un monto total de **RD\$ 46,338,595.08**, lo que representó un incremento por este concepto de **RD\$ 6,737,736.81 (17%)**, más que lo otorgado a los pacientes en el año 2015 que fue un total Descuentos y Exoneraciones Otorgados: **RD\$ 39,600,858.27**.

Cabe destacar que si relacionamos las exoneraciones y descuentos (**RD\$ 46,338,595.08**) con el monto aportado por el Ministerio de Salud Pública (**RD\$ 260,481,000.00**), esto representa el **18%** de los aportes otorgado por el MSP, **evidenciando claramente** con los descuentos y exoneraciones de pagos y créditos, **el carácter solidario y social del hospital en base a los aportes recibidos del MSP, los cuales son utilizados para realizar este tipo de acciones y financiar los costos de producción del hospital, ya que las tarifas de la aseguradora de salud pública del gobierno (SENASA), están muy por debajo de los costos de producción de los servicios ofrecidos en el hospital, es así que podemos observar como los ingresos aportados por el Gobierno Dominicano, se utilizan para ofrecer servicios asequibles a la población de menores recursos.**

COMPORTAMIENTO TOTAL EXONERACIONES Y DESCUENTOS POR AÑOS 2007-2016



Costos y gastos:

En relación al **uso de los recursos (Costos-Gastos)**, se puede observar que los costos y gastos fueron manejados de manera eficiente y equilibrada, observando un cumplimiento promedio del **122%**, lo cual demuestra la prudencia de los directivos y jefes de departamentos al destinar los recursos para medicamentos y material gastable, gastos personales, gastos por servicios generales, gastos financieros y otros gastos, en esta tabla podemos observar el cumplimiento en el comportamiento de las metas establecidas para el gasto por concepto; observamos que en el Renglón del gastos **Servicios No Personales** solo se obtuvo un cumplimiento del **77%** en el cumplimiento esto se debió al colapso del sistema de aire acondicionado del hospital y los problemas generales de filtraciones en casi toda la infraestructura del hospital, gastos que no estaban contemplados y hubo que incurrir en estos.

| REGLONES | Recursos Asignados Reglones Según Presupuesto Producción | % General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones | RESULTADOS DEL PERIODO (Relativo y Absoluto) | NIVEL CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA POR REGLÓN EN BASE A LO PROGRAMADO |
|---|--|--|--|--|
| GASTOS PERSONAL | RD\$294,685,787.15 | 58.00% | 61.22% | 94.5% |
| | | | RD\$263,665,624.68 | |
| SERVICIOS NO PERSONALES | RD\$40,646,315.47 | 8.00% | 9.78% | 77.7% |
| | | | RD\$42,133,018.42 | |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | RD\$157,504,472.44 | 31.00% | 27.08% | 112.6% |
| | | | RD\$116,648,580.18 | |
| BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES | RD\$12,701,973.58 | 2.50% | 1.92% | 123.3% |
| | | | RD\$8,255,307.44 | |
| OBRAS | RD\$2,540,394.72 | 0.50% | 0.00% | 200.0% |
| | | | RD\$0.00 | |
| TOTAL | RD\$508,078,943.36 | 100.00% | RD\$430,702,530.72 | |

El **total de costos y gastos** para realizar la producción hospitalaria durante el año 2016, fue de **RD\$ 430,702,530.72** representado un incremento del **0.8% (RD\$ 3,481,387)**, con relación al total de costos y gastos de **RD\$ 427,251,144**, en el año 2015.

De estos costos y gastos el **27.1% (RD\$ 116,648,580.18)**, fue invertido en **medicamentos, insumos médicos, materiales, suministros y otros**, necesarios para la atención clínico quirúrgica, lo que permitió contar con todos los medicamentos e insumos necesarios para brindar atenciones adecuadas y oportunas a los usuarios. Este renglón de los costos, presentó una variación hacia el aumento de la proporción del total del gasto y costos (**5.4%**), con relación al año 2015 que fue del **25.8% (RD\$ 110,404,313.60)**.

Los **gastos en Servicios Personales** representaron el **61.2% (RD\$ 263,665,624)**, al producirse un ligero incremento del **1%** en el número de empleados para el 2016 con relación al 2015. Respecto al año 2015 este renglón de gastos presentó una variación relativa **0.1%**, para el año 2015 era del **61.6% (RD\$ 263,366,048.91)**, de la proporción del total del gasto y costos.

Los **gastos no personales** (telefonía, agua, basura, publicidad, alquileres, mantenimiento, combustibles y lubricantes, activos no financieros, gastos financieros, no operacionales financieros) y **Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**, juntos representaron un gasto del **11.7%, (RD\$50,388,325)**, frente al **11.2%, (RD\$47,826,636.96)**, en el 2015, representando un incremento significativo relacionado al gasto total de un **5.3%** de la proporción total de los gastos y costos, con relación al año 2015; se debió al colapso del sistema de aire acondicionado del hospital y los problemas generales de filtraciones en casi toda la infraestructura del hospital, gastos que no estaban contemplados y hubo que incurrir en estos.

v. Tabla: Comportamiento Resultados Financieros Generales por Trimestre y Acumulado General año 2016.

| CONCEPTOS | RESULTADOS ACUMULADOS POR CUATRIMESTRE | | | GENERAL |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | 1 ^{er} . CUATRIMESTRE | 2 ^{do} . CUATRIMESTRE | 3 ^{er} . CUATRIMESTRE | |
| TOTAL INGRESOS | RD\$131,502,903.46 | RD\$142,948,463.52 | RD\$160,451,656.88 | RD\$434,903,023.86 |
| TOTAL EGRESOS | RD\$133,026,846.47 | RD\$145,627,042.15 | RD\$152,048,642.10 | RD\$430,702,530.72 |
| RESULTADOS | (RD\$1,523,943.01) | (RD\$2,678,578.63) | RD\$8,403,014.78 | RD\$4,200,493.14 |
| Margen de Beneficios o Pérdidas | -1.16% | -1.87% | 5.24% | 0.97% |

El balance general de los ingresos, frente a los costos y gastos del año 2016, produjo un **balance Positivo limitado de RD\$4,200,493.00** debido principalmente al pobre incremento de la producción, disminución de los ingresos por las ARS y el incremento de los descuentos y exoneraciones.

Se recomienda analizar más detenidamente la situación ocurrida durante el 2016, para tomar los correctivos de lugar y fortalecer la condición económica del hospital para el próximo periodo, que permita continuar con el plan de desarrollo del hospital.



SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2017 **(POA 2017)**



VIII. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA); MATRIZ ANÁLISIS FODA PARA EL AÑO 2017; MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS E IMPACTOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS; MATRIZ VALORACIÓN DE RIESGOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS; MATRIZ PLAN MITIGACIÓN RIESGOS (DEBILIDADES Y AMENAZAS), PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES EN EL 2017.

A) Análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA).

Con el fin de caracterizar las condiciones internas y externa del “Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” en la prestación de servicios de salud, los jefes de departamentos y técnicos del hospital, analizaron a partir de la condiciones presentes como: Hospital modalidad de gestión descentralizada, nivel de organización, entorno político y legal, fuentes de financiamiento, mercado de salud del área de influencia, situación sociodemográfica y de salud de la población, calidad y seguridad de la atención, entorno geográfico, beneficiarios principales de los resultados del hospital, medio ambiente, seguridad entre otros.

A partir de estos factores generales se realizó la valoración de las **Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas** que podrían afectar la obtención plena de los objetivos y metas de la institución.

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|---|---|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| 1. Garantizar la Calidad y Seguridad de los servicios ofrecidos. | @ Factores de Gobierno y Legales: | @ Factores de Gobierno y Legales: | @ Recurso Humano: | @ Factores de Gobierno y Legales: |
| | Voluntad gubernamental para la existencia del hospital y potenciar su desarrollo. | 1- Incumplimiento de los protocolos y procesos. | Posibilidad de realizar acuerdo para el apoyo técnico y capacitación INFOTEP, organismos internacionales (OPS, BM, BID, FNUAP, USAID). | 42- Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01). |
| | Existencia de un gerencia Legal con protocolos y perfiles de puestos definidos para el ejercicio y el manejo interno de la institución. | 2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS. | Disponibilidad de educación continua del personal a través del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) | 43- Volver a centralizar la gestión del hospital. |
| | Apertura de la Oficina de Libre Acceso a la Información | 3- Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH. | Abundante personal técnico calificado en el sector salud. | 44- Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención. |
| | Licencia de habilitación del SNS. | @ Recursos Humanos: | Capacidad de intercambios con hospitales del exterior. | 45- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles) |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|-------------------|--|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS. | | 4- Falta de personal en algunos servicios. | Apoyo técnico externo para la creación de un plan de acción específico para dar respuesta al plan de mejora del documento de retorno (CAF). | 46-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente. |
| Todas las gerencias utilizan documentos de consentimiento informado individualizado por procedimiento | | 5- Falta de integración de los gerentes al proceso de distribución y asignación de incentivos | Apoyo para el fortalecimiento de la gestión de recursos humanos y entrada del personal a la carrera Administrativa por parte del Ministerio de Administración Pública (MAP). | |
| Contratación de póliza de responsabilidad civil. | | 6- Falta de difusión al personal de la distribución y entrega de los incentivos. | Actualizar los protocolos y describir los procesos | @ Recursos Humanos |
| Marco laboral estructurado amparado por la ley de función pública. | | 7- Falta de adecuación de los incentivos en base a resultados. | Realizar la revisión y creación legal de los consentimientos informados. | 47-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud. |
| Desarrollo y actualización de protocolos médico legal. | | 8- No se realiza la revisión legal de los consentimientos informados en todos los procedimientos. | Abundante personal técnico calificado en el sector salud | |
| Se realiza la revisión legal de los consentimientos informados. | | 9- Incumplimiento de horario. | | @ Resultados: |
| Todos los médicos están afiliados al Colegio Médico Dominicano. | | 10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado | @ Educación Continua y Capacitación. | 48- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos. |
| Capacidad para contratación de diversas modalidades al personal. | | 11- Falta de medición del impacto que produce la educación continuada en los recursos humanos | Convenios de cooperación con hospitales y universidades de otros países. | @ Logística y Calidad Productos: |
| Existencia de un comité de calidad | | 12- Algunos gerente no identificados con la institución en vista de que no realizan las funciones relacionadas con supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia. | Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales. | 49-Sobredemanda de los servicios. |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Se presenta el personal que ingresa a la institución y se entrega la documentación por escrita con relación a sus funciones y manuales de protocolos | | 13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | @ Estandarización y Seguridad: | 50-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones). |
| @ Recursos Humanos: | | 14- Falta de personal de limpieza en algunas áreas | Existencia de instituciones y empresas expertas en el acompañamiento para la formulación de los manuales de procedimiento. | 51-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna. |
| Capacidad para seleccionar personal calificado. | | 15- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes. | MSP elabora protocolos de asistenciales | 52-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan. |
| Forma de selección y contratación del personal que confiere seguridad laboral. | @ Educación Continua y Capacitación: | | Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS. | |
| Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano v2.0. | | 16- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada. | Sobredemanda de los servicios, que puede ser aprovechada para aumentar la cartera de servicios. | Evaluaciones externas |
| Asistencia o participación del personal en las actividades relacionadas con el plan de educación | | 17- La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones. | @ Gestión Recursos Humanos | 53- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente. |
| Implementación del sistema SIGEF en el módulo de compra. | @ Análisis y Tomas de Decisiones: | | Capacidad para seleccionar personal calificado | |
| Implementación de sistema de control biométrico de empleados. | | 18- Baja productividad en algunas gerencias | Capacidad para intercambios con hospitales del exterior y nacionales. | |
| Gerencias identificadas con la institución | @ Monitoreo y Evaluación: | | Acuerdos con otras instituciones. | |
| Gerentes con Apertura al Cambio. | | 19- Escaso seguimiento por parte de los gerentes a las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los Gerentes Operativos. | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|---|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Educación continua en aspectos relacionados con calidad de los servicios. | 20- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros. | | |
| | Preparación profesional de los gerentes. | 21- Ejecución parcial del plan de capacitación | | |
| | Formación del Comité intrahospitalario de bioética. | @ Estandarización | | |
| | Personal con elevada autoestima e Identificado con su institución.. | 22- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos. | | |
| | Alta valoración de la institución por el personal. | 23- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras. | | |
| | Evaluación periódica del desempeño técnico y la productividad del personal. | 24- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias | | |
| | Capacidad resolutive demostrada y personal capacitado | 25- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad | | |
| | Planes de incentivos formales para el personal a todos los niveles. | 26- No se implementa el consentimiento informado a todos los usuarios ingresados para fines quirúrgicos. | | |
| | Atención profesionalizada en el servicio de ambulancia. | 27- No todas las especialidades le dan prioridad al llenado previo del consentimiento informado. | | |
| | @ Educación Continua y Capacitación: | 28- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades. | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|---|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Escuela de residencias médicas para estudios de post-gradados. | @ Información y Comunicación | | |
| | Contamos con un Plan de Capacitación y educación Continua, formulado en base a necesidades identificadas en cada gerencia. | 29- No se difunde el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre, ni se actualiza ni se realizan simulacros periódicamente | | |
| | Esta establecido formalmente la política y procedimiento para la entrega de incentivos y reconocimientos. | Infraestructura y Equipos | | |
| | Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los Gerentes Operativos. | 30- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital. | | |
| | Normativa y cumplimiento de que todo personal de atención directa (Médicos, Residentes, pasantes, empleados, estudiantes, Enfermeros, Personal de Servicio General, etc.) nuevo ingreso debe recibir un entrenamiento por el gerencia de bioseguridad. | 31-Deterioro del sistema de aire acondicionado. | | |
| | Se analizan las necesidades de R.H. | 32- Puesta en funcionamiento parcial de las central de la esterilización | | |
| | Existencia y cumplimiento de protocolo que obliga a que todo personal que labore en la institución este inmunizado (tétano, hepatitis b, influenza). | 33-Deterioro del área de parqueos (asfaltado) | | |
| | Personal del hospital colabora con la "Campaña Nacional de Alfabetización". | 34-No se cuenta con el plan y croquis de evacuación y seguridad en caso de desastre. | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|-------------------|---|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| @ Estandarización y Seguridad: | | 35-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | | |
| Formalización e intercambio con otros grupos de interés local e internacional. | | 36- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria | | |
| Servicios estandarizados a través de la utilización de protocolos en todas las áreas. | | 37- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos | | |
| Promoción de la cartera de servicio a nivel local, regional, nacional o internacional. | | 38- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como es Endocrinología, entre otras | | |
| Comités de Control de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CCIAAS). | | 39- Equipo de tomografía y resonancia magnetica fuera de servicio. | | |
| Procesos asistenciales claramente establecidos. | | 40- No se ha implementado un centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos | | |
| Definida la capacidad resolutive de todos los servicios productivos del hospital. | | Logisticas | | |
| Poseer definido y dar seguimiento a las metas de producción de los servicios productivos | | 41- Falta de Sangre en ocasiones. | | |
| Sistema de ósmosis, en servicio. | | | | |
| La única institución de salud pública de la región que tiene procesos asistenciales claramente establecidos. | | | | |
| Confiable en los estudios realizados (Laboratorio, Imágenes, Electrocardiograma, otros) | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Auditoría médica externa por partes de las ARS (SENASA). | | | |
| | Comité de control de infecciones Asociada a la Atención en Salud (CCIAAS). | | | |
| | Atenciones de enfermería directa realizadas por personal profesional. | | | |
| | Contamos con el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre. | | | |
| | Vigilancia epidemiológica de forma continua. | | | |
| | Manuales de desempeño de los nuevos gerencias y/o áreas de servicios creados. | | | |
| | @ Logística de medicamentos e insumos: | | | |
| | Farmacia interna con dispensación de medicamentos sistema unidosis para garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento de los usuarios. | | | |
| | Reposición continua de stock de medicamentos en las áreas prioritarias. | | | |
| | @ Análisis y Toma de Decisiones: | | | |
| | Elección democrática del comité ejecutivo cada año. | | | |
| | Cumplimiento de las disposiciones, acciones y actividades definidas en el Comité Ejecutivo. | | | |
| | La inclusión en el plan operativo de las recomendaciones y observaciones formuladas en el documento de retorno de la Evaluación al Premio Nacional a la Calidad. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|-------------------|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| @ Resultados Indicadores Calidad: | | | | |
| Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones. | | | | |
| Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria. | | | | |
| Estancia promedio adecuada a las características de los servicios. | | | | |
| Medición de los efectos adversos. | | | | |
| @ Monitoreo y Evaluación: | | | | |
| Seguimiento y control periódico de las metas establecidas en el Plan Estratégico. | | | | |
| Seguimiento periódico al Plan de Inversión. | - | | | |
| Seguimiento periódico Plan Corrección de Debilidades y Control de Amenazas. | - | | | |
| @ Seguridad para Medio Ambiente. | - | | | |
| Gestión de manejo de residuos hospitalarios. | - | | | |
| Venta de residuos hospitalarios reciclables. | | | | |
| Planta de tratamiento de aguas residuales. | | | | |
| Único Hospital del país con 6 medallas de oro y Gran Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias. | | | | |
| El hospital se acoge y cumple los reglamentos establecidos por la ley 41-08 de función pública. | | | | |
| | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|--|---|---|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| 2. Lograr un alto nivel de satisfacción de los usuarios Externos e Internos. | @ Medio Ambiente, confort e higiene | @ Información y Acceso | @ Capacitación y Sensibilización: | @ Resultados: |
| | Consultorios confortables para el médico y el usuario | | Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los otros centros hospitalarios. | 34-Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos. |
| | Comedor de empleados y usuarios confortable e higiénico | @ Medio Ambiente, confort e higiene | Ampliación de la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital | @ Legales: |
| | Única institución pública que tiene garantizado el servicio permanente de energía eléctrica. | 1- La higiene en el área de la cafetería delantera, acumulan basura en el piso y ensucia mucho por la gran cantidad de personas que asisten | Instalación de servicios bancarios en el hospital (Cajero automático). | 35-Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos. |
| | Existencia de un call center. | 2- No designación de personal en el call center | Apertura de nuevas áreas de internamiento en segundo nivel | |
| | Difusión de la cartera de servicio a nivel local. | 3-Escaso número de habitaciones privadas. | | @ Seguridad |
| | Climatización en todas las áreas. | 4-Sobreocupación de camas por habitación y la falta de privacidad en las mismas de usuarios ingresado. | Precios de los servicios accesibles a la población general. | 36-Poca seguridad vial para llegar al hospital. |
| | Apertura de nuevas áreas de internamiento en segundo nivel | 5-Ubicación inadecuada del reloj ponchador, personas se aglomeran enfrente. | | |
| | Precios de los servicios accesibles a la población general. | @ Seguridad | | @ Medio Ambiente, confort e higiene |
| | Moderna central telefonica para recepción general del hospital | | | 37-Falta de hotelería en la zona. |
| | @ Trato a los usuarios | 6-El acceso norte- sur es un posible generador de accidentes de tránsito. | @ Oferta de Servicios | 38- Granjas de animales en las periferias del hospital |
| | Trato humanizado a los usuarios tanto internos como externos. | 7-Control del parqueo destinado para los usuarios. | Demanda de habitaciones privadas por parte de los usuarios | @ Acceso |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|--|--|---|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| El tiempo de atención a los usuarios de consulta externa. | 8-No utilización por parte del personal, parqueos asignados en la parte de emergencias | Buena imagen ante la población. | 39-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital | |
| Garantía del derecho a la privacidad de los usuarios interno y externo | 9- No respeto de los turnos de los usuarios en la sala de espera | Ampliar el área de hemodiálisis. | | |
| Compromiso del personal salud de la consulta externa. | 10- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual) | | | |
| Oferta de alimentación adecuada | @ Oferta de Servicios | Equipamiento adecuado de las ambulancias | | |
| Buena imagen ante la población. | 11-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos. | Implementación del 911 en las provincias de la región. | | |
| Asistencia personalizada del gerencia de servicio social y psicología en casos de crisis | | | | |
| Instalacion de servicios bancarios (cajero automatico) en el hospital. | | | | |
| Se garantiza la privacidad de los usuarios interno y externo | @ Información y Acceso | | | |
| Buena imagen ante la población. | 12-Falta de publicación de casos relevantes. | | | |
| @ Clima laboral | 13- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran. | | | |
| Percepción de buen clima organizacional. | @ Comunicación Gerencial | | | |
| Excelente ambiente laboral. | 14- Debilidad en la planificación del uso de consultorios. | | | |
| Se realizan reuniones Gerenciales Mensualmente para reevaluar las informaciones de la satisfacción por áreas. | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|---|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Alta valoración del liderazgo de la dirección general. | USUARIOS EXTERNOS: | | |
| | Implementación de prevención asistencial (programas de vacunación del personal). | Área Consulta Externa: | | |
| | @ Capacidad del Personal: | 15- El 37.5% no reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución | | |
| | Personal de laboratorio especializado. | 16- El 88.7% no conoce el nombre de la enfermera que le asistió. | | |
| | Existencia de un salón de video conferencia para actualización permanente del personal. | 17-El 44.3% no conoce el nombre del médico que le asistió. | | |
| | Precios de los servicios accesibles a la población general. | 18- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | | |
| | Apertura de nuevas áreas de internamiento en segundo nivel | 19- EL 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | | |
| | | | | |
| | @ Oferta de Servicios | Área Hospitalización: | | |
| | Difusión y Control en base a necesidades y demanda de los usuarios para la definición de la cartera de servicio. | 20- El 54.2% conoce el nombre de la enfermera que le atendieron regularmente. | | |
| | Aumento de la cartera de servicio de acuerdo a necesidades y demandas de servicios (bioseguridad, neurología, epidemiología, entre otros). | 21- 37.5% no reconocía o le habían informado alguna manera de expresar cualquier queja o problema a las autoridades de la institución | | |
| | Área de triage exclusiva en emergencia con sistema informático específico, que permite categorizar e identificar al usuario y atenderlo en | 22- El 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|---|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | función de criterios fisiológicos y no de acuerdo al orden de llegada. | | | |
| | Banco de sangre más moderno de la zona. | 23- El 44.3% No conoce el nombre del médico. | | |
| | Capacidad resolutive del laboratorio clínico | 24- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | | |
| | Laboratorio clínico con amplia gama de servicios en pruebas especiales, bacteriológicas completamente automatizado. | Área Emergencia: | | |
| | Único hospital de la región que tiene 9 quirófanos exclusivamente para traumatología y cirugía | 25-El 88.7% de los entrevistados no conoce el nombre del médico que le atendió. | | |
| | Amplia área de hemodiálisis. | 26- El 81.1% de los entrevistados no conoce el nombre de la Enfermera que le atendió. | | |
| | Buena imagen y valoración del hospital ante la población. | 27- El 14.8% de los entrevistados considera que debe mejorar el tiempo de espera para Cirugía. | | |
| | | 28- El 34% de los entrevistados considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita. | | |
| | Oferta de servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios. | USUARIOS INTERNOS: | | |
| | Habilitación de sala de acceso vascular y procedimientos menores en el área de hemodiálisis | 29- El 27.9% dice que no se realizan actividades de recreación con su equipo de trabajo. | | |
| | @ Información y Acceso | 30- El 63.2% Considera que su salario no es acorde con sus funciones laborales. | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|-------------------|--|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Realización de firma carta compromiso al usuario. | | 31- El 20.6% no dispone de los materiales mínimos para realizar su trabajo. | | |
| Dinámica página Web. | | @ Responsabilidad y Control: | | |
| Mecanismos para que el usuario pueda expresarse: Como: Buzones de sugerencias, Encuestas diarias y semestrales a los usuarios externos e internos. | | 32- No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas. | | |
| El premio a la calidad con la obtención de medalla de oro durante seis años consecutivos y Gran Premio Nacional a la Calidad y Practicas Promisorias. | | 33- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio. | | |
| No cobro de consulta externa. | | | | |
| Eficiente comunicación interna y externa. | | | | |
| Información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran | | | | |
| @ Monitoreo y Evaluación: | | | | |
| Realización de encuestas de satisfacción de usuarios externos e internos periódicamente. | | | | |
| @ Disponibilidad y Control: | | | | |
| Contamos con gerencia de Atención al Usuario. | | | | |
| Adecuada logística para la disponibilidad de los insumos y medicamentos. | | | | |
| RESULTADOS ENCUESTAS SATISFACCIÓN USUARIOS | | | | |
| USUARIO EXTERNOS | | | | |
| ÁREA CONSULTAS EXTERNAS | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | El 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al usuario, admisión, caja, etc.) al brindarle los servicios. | | | |
| | 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la climatización (temperatura, humedad y limpieza del aire) en el área de espera y los consultorios usted se siente | | | |
| | 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los consultorios | | | |
| | 99.6% podría reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico. | | | |
| | 99.2% volvería al hospital | | | |
| | 99.6% percibió que se le trató con respeto. | | | |
| | 98.9% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada | | | |
| | 98.9% recomendaría el hospital | | | |
| | 98.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que tiene el hospital. | | | |
| | 98.8% los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas) | | | |
| | 98.5% fue atendido en el horario programado. | | | |
| | 90.5% los letreros y señalización del área de consulta le parecen adecuados para orientar | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|-------------------|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| a los usuarios y sus familiares. | | | | |
| ÁREA EMERGENCIA | | | | |
| El 100% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital. | | | | |
| El 100% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con los trámites administrativos para recibir atención. | | | | |
| El 100% podría reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico. | | | | |
| 100% se siente de satisfecho a altamente satisfecho con la información brindada por el personal de admisión satisface su inquietud o necesidad. | | | | |
| 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte de la enfermera. | | | | |
| 100% dice que la emergencia contó con el personal para informar y orientar a los pacientes. | | | | |
| El 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de salas de espera y consultorios. | | | | |
| El 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el trato del personal de seguridad. | | | | |
| El 100% dijo que durante la consulta, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | 98.1% recomendaría y volvería al hospital. | | | |
| | 92.5% de los entrevistados en emergencia dijo que fue asistido antes de 15 minutos desde su llegada a la institución. | | | |
| | El 90% considera poco el tiempo de espera para ser asistido. 5.7% lo considera aceptable. | | | |
| | 84.9% considera de poco a aceptable el tiempo de espera para ser egresado del área de emergencia. | | | |
| | Los carteles, letreros y señalización de la ubicación del servicio de emergencia le parecen adecuados al 75.5% de los entrevistados. | | | |
| | ÁREA HOSPITALIZACIÓN | | | |
| | El 100% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con los trámites establecidos para ser admitido en sala de hospitalización. | | | |
| | El 100% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con la capacidad y conocimiento del personal de admisión y con las informaciones brindadas por el personal de admisión. | | | |
| | El 100% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería. | | | |
| | El 100% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la limpieza de la habitación y el mobiliario. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | El 100% de los usuarios se sintió de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que se han realizado los procedimientos de toma de muestra por el personal de laboratorio y con los procedimientos de imágenes. | | | |
| | Al 97.2% de los usuarios durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento. | | | |
| | 94.4% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el pase de visita por parte de los médicos durante la hospitalización. | | | |
| | 83.4% considera de poco a aceptable el tiempo transcurrido al llamado del personal de enfermería. | | | |
| | El 94.4% volvería al hospital y 91.7% lo recomendaría. | | | |
| | El 94.4% de los usuarios percibió que se le trató con respeto . | | | |
| | USUARIO INTERNOS | | | |
| | 100% considera que la institución donde trabaja es un ejemplo a seguir. | | | |
| | 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa del hospital. | | | |
| | 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros. | | | |
| | 100% se siente de satisfecho a muy satisfecho en cuanto a que la institución donde labora constituye un ejemplo a seguir | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|--|---|---|--|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | El 98.5% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas. | | | |
| | El 97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las capacitaciones recibidas para la realización de su trabajo. | | | |
| | 94.1% dice que dispone de facilidades para la educación continua. | | | |
| | 92.5% conoce la existencia de parámetros para evaluar al personal y de criterios para las promociones | | | |
| | El 91.2% dice que cuenta con facilidades para la adquisición o lavado de vestuario. | | | |
| | | | | |
| 3. Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y la planificación. | @ Planificación-Control: | @ Planificación-Control: | @ Planificación-Control: | @ Planificación-Control: |
| | Utilización de sistema informático para el manejo y procesamiento de la información. | 1-Debilidad en lograr las metas producción en el área de hospitalización. | § Eficiencia en la entrega de las cuentas por cobrar a los usuarios con el nuevo sistema hospitalario. | 23-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales. |
| | Asesoría de compañía consultora para las actividades de planificación. | 2-Baja utilización capacidad productiva Instalada. | § Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno, para la oferta de servicios a esos programas de apoyo a los usuarios como son los de mayor cobertura en los servicios de las ARS Senasa Reg. Subsidiado. | @ Factores Logística e Información: |
| | Plan Estratégico de Desarrollo y de Producción que se realiza anualmente y se evalúa cada 4 meses. | 3-Falta de espacios para el área de archivo | § Contratación de firma consultora para apoyo y seguimiento a las actividades de planificación. | 24-Los llamados a huelga de los gremios profesionales. |
| | Necesidades definidas y actualizadas anualmente (Recursos Humanos, capacitaciones, equipos, insumos y materiales, infraestructura, de cada sub-dirección y gerencia. | 4-Caducidad de la estructura informática de la institución. | Comunicación y promoción efectiva de la cartera de servicios. | 25-Campaña de descrédito del hospital. |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|-------------------|--|---|--|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Calculo de productividad en base a capacidad instalada. | | @ Capacitación y Sensibilización | @ Factores Logística e Información: | 26-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS. |
| Capacidad para contratación de personal con metodología y por un comité. | | 5-Falta de homologación del sistema financiero del hospital. | § Ofertas de sistemas informáticos de registro de datos en el ámbito clínico y financiero-administrativo. | 27-Ausencia de una red estructurada de atención, (referencia y contra referencia) |
| Contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información. | | @ Recursos Humanos | § Empresa consultora especializada en diseño de logística asistencial en salud. | 28-Tener que admitir aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria. |
| Poseer definida y actualizada la Misión, Visión y Valores. | | 6-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo. | § Acceso a redes de información nacional e internacional. | |
| Existencia de una gerencia de planificación (incluye la gerencia de monitoreo y evaluación) | | 7- Tener mayor personal contratado que el personal fijo de acuerdo al sistema de la Contraloría General de la República. | Traspaso del Personal Laboral Contratado para la cuenta del Personal Fijo | |
| Traspaso del Personal Laboral Contratado para la cuenta del Personal Fijo | | 8-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución | § Acceso de grandes bibliotecas virtuales de información en salud y gestión hospitalaria. | |
| Uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes. | | | | |
| Capacidad para elaboración de informes estadísticos por gerencia y general. | | @ Factores Logística e Información: | § Ampliación de nuestra cartera de servicio. | |
| Capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias. | | 9- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos. | § Ampliar la cobertura de seguros. | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|--|--|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Posibilidad de contratar servicios externos (outsourcing) | 10-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos. | § Crear sistemas de consecuencias (políticas) para contrarrestar las glosas y deficiencias de los entes encargados de registrar la información. Consideramos que el sistema de consecuencia debe extenderse no solo a las glosas, sino a cuestiones vinculadas con el cumplimiento de otros objetivos. (Llenado adecuado de los expedientes médicos) | |
| | Sistema de gestión descentralizado (empoderamiento a los gerentes para la toma de decisiones) | 11- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal. | Oportunidad de incinerar los expedientes clínicos con 5 años o más, a partir del último acto médico | |
| | Seguimiento y control al cumplimiento de las metas de producción en el área de hospitalización | 12- Desorganización de record clínico físico del usuario. | Existencia en el mercado de software con capacidad de almacenamiento digital de los expedientes clínicos y administrativos. | |
| | @ Factores Logística e Información: | 13- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados. | Existencia en el país de programas de donación voluntaria de órganos. | |
| | Procesos generales definidos. | 14-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante. | | |
| | Estructurado el sistema de monitoreo y control del comportamiento de las variables e indicadores en los aspectos establecidos en la institución relacionados con calidad, satisfacción, eficiencia, desempeño técnico, producción. | 15-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos. | | |
| | Existencia de un gerencia de Estadísticas. | 16- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|---|--|---|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Posibilidad de contratar personal y empresas por servicios prestados. | 17- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina | | |
| | Capacidad resolutive de la Gerencia de Informática para replicar los conocimientos de los diferentes software y soporte técnico. | 18- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos | | |
| | El personal entiende que el hospital es un modelo diferente de organización y gestión de un hospital publico. | 19- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático. | | |
| | El personal de planificación se ha empoderado de las funciones de la planificación en el hospital. | 20- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias. | | |
| | | 21- No se respeta la disciplina y discreción en el personal | | |
| | | 22- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia. | | |
| | | | | |
| 4. Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad. | @ Capacidad Instalada y Resolutiva: | @ Capacidad Instalada y Resolutiva: | @ Captura del Mercado: | @ Factores del Mercado: |
| | Único hospital especializado en ortopedia y Traumatología en la región, lo que garantiza que los usuarios encuentren la gran mayoría de servicios de estas especialidades, evitando así tener que desplazarse a otro centro de salud. | 1-La falta de un sistema crediticio confiable que permita evaluar a un paciente. | Capacidad de negociación directa con las ARS y el SENASA. | 22-El alto costo del servicio energético. |
| Contamos con Banco de Sangre. | 2-Falta de un fondo especial para áreas y situaciones críticas., (mantenimiento) | Implementar el cobro a las empresas de seguro por concepto de póliza de daños a terceros. | 23-Cambios de gobiernos locales y nacionales. | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|--|---|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Laboratorio clínico con mayor capacidad resolutive del Municipio. | @ Equipos e infraestructura | Establecer una gestión de cobro del fondo para accidentados por parte del hospital. | 24-Inestabilidad económica |
| | Alta tecnología en equipos para el diagnóstico. | 3-Falta de equipos en algunos servicios. | Posibilidad de venta de servicios especializados a otras instituciones. | 25- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado. |
| | Infraestructura hospitalaria adecuada y confortable | 4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos. | Venta de servicios de imágenes, laboratorio clínico y anatomo-patología. | 26- Huelga de gremios |
| | Ubicación geográfica, en plena autopista Duarte, lo que garantiza el acceso a los usuarios de la región. | 5-Falta climatización en algunas áreas. | Acuerdo directo con MINUSTAH y CESFRONT para traslado en helicóptero usuarios traumatizados. | 27- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado. |
| | Climatización en todas las aéreas. | 6- Equipos depreciados y obsoletos y no contamos con los recursos para reponer y adquirir equipos. | Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, a través de los Servicios Regionales de Salud. | 28-Retraso en la entrega de los fondos asignados. |
| | Existencia de un equipos de servidores para guarda la información de forma digital | 7- Existencia de un solo chiller en funcionamiento | Personas e instituciones interesadas en ser parte de un club de donantes voluntarios de sangre. | 29- Fallo de suministro de la energía de la red publica |
| | Área de triage exclusiva en emergencia con sistema informático específico, que permite categorizar e identificar al usuario y atenderlo en función de criterios fisiológicos y no de acuerdo al orden de llegada. | @ Captura del Mercado: | Adquisición e Instalación de equipos diagnóstico con tecnología de última generación. | 30-Aumento del costo de combustibles. |
| | Helipuerto y 3 ambulancias. | 8- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones. | Posibilidad de vender servicios a los sistemas de seguridad social de otros países | 31-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio. |
| | Certificación por alto nivel de transparencia según la DIGEI (Dirección General de Ética e Integridad Pública). | 9- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's. | Poseer el sistema de información financiero. | 32- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado. |
| | Alto nivel de credibilidad en la calidad de los servicios al ser ganador | 10- Incumplimiento del plan de mercadeo y de negocio definido | Apoyo técnico y de recursos de la CERSS. | 33-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|--|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | del gran premio de la calidad. | | | posibilidad para la actualización en estas. |
| | Disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado | 11- Falta de implementación de un club de donantes de sangre | | 34- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre. |
| | | 12- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios. | Venta de servicio especializado a precio competitivo | 35- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios. |
| | | 13- Ausencia de un plan de comunicación de la cartera de servicio del hospital | Postular al premio iberoamericano a la calidad | 36- Quiebras de ARS's. |
| | Hospital Cuenta con instalaciones para aumentar la oferta en el área de Hospitalización, Quirófanos, y consultas y Emergencia, así como los servicios complementarios (Imágenes, Laboratorio clínico, Anatomía Patológica). | @ Disponibilidad de Recursos: | Posibilidad de acceder a préstamos nacionales e internacionales. | @ Factores Competitivos: |
| | El gerencia de servicio social cuenta con soporte legal y recursos para la realización de su trabajo. | 14- Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital. | Subsidio del estado. | 37- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad. |
| | @ Captura del Mercado | 15- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado | Contribución del usuario. | 38- Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas. |
| | Venta de servicios a las ARS y ARL. | 16- Falta de pago oportuno a los suplidores. | Convenio con los programas sociales del gobierno e instituciones de la sociedad civil y despacho de la primera dama. | 39- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos. |
| | La Central de Esterilización cuenta con un sistema de esterilización en frío | | Venta de servicios odontológicos a las ARS's. | @ Factores Medioambientales: |
| | Revisión y actualización tarifario de los contratos de servicios con las ARS's | @ Tecnología | Obtención de materiales y equipos donados por instituciones nacionales e internacionales. | 40- El país se encuentra en la ruta de huracanes. |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|--|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Subsidio del estado. | 17-Ausencia de sistema de información financiera | Revisar acuerdos con ARS'S | 41-Fallas geológicas y movimientos telúricos. |
| | Venta de servicios a otras instituciones | 18- No contar con equipo de resonancia magnética propio | Venta de servicios de esterilización. | 42- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción |
| | Unidades de negocio, (cafetería, laboratorio, imágenes, comedor). | | Pagos regulares por parte de las ARS | @ Factores de demanda de los servicios: |
| | Venta servicios usuarios privados | @ Resgistro de Informacion y Datos. | @ Factores Logística e Información: | |
| | Subsidio a la población que no pertenece a la seguridad social y demanda atenciones en el hospital. | 19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende pérdidas de recursos. | | 43-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros) |
| | Tener bien establecido los servicios de apoyo, limpieza, transportación. | 20- Falta de supervisión de las áreas alquiladas por la institución | Hospital de la región especializado con capacidad de referencia y contra referencia en todos los servicios que brinda. | 44- La designación de autoridades en el sector salud que se opongan o resistan al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01) |
| | Adecuada infraestructura hospitalaria. | 21- Falta de control eficiente para garantizar el trabajo adecuado de los trabajadores sociales. | Acceso a redes de información nacional e internacional | 45- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente. |
| | Hospital de la región especializado con capacidad de referencia y contra referencia en todos los servicios que brinda. | | Posibilidad de adquirir el sistema de información financiera y clínico integrado | 46- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo |
| | Excelente ubicación geográfica. | | Implementación de la Ley de Seguridad Social. | 47- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud. |
| | Rapidez de atención a los usuarios. | | Convenios con Aseguradoras Riegos de Salud (ARS). | |
| | Oferta de servicios especializados 24 horas del día | | Capacidad de negociación con las aseguradoras públicas y privadas. | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|--|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Costo de los servicios de acuerdo a la capacidad de pago del usuario | | En el área de influencia geográfica no existe un servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación. | |
| | Costos accesibles para el público en general | | Posibilidad de venta de servicios especializados a otras instituciones. | |
| | Asistencia centrada en las necesidades y problemas de los usuarios. | | Venta de servicios no ofertados en el área de salud: Banco de sangre, inmunohistoquímica, autopsia, laboratorios especializados, cirugías de cataratas.. | |
| | Garantía de calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas. | | Acuerdos con otras instituciones para la capacitación de los recursos humanos, cooperación e intervención, (INFOTEP, universidades, organismos de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, otras. | |
| | Contratos con otras instituciones para la venta de servicios. | | Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los demás centros hospitalarios. | |
| | Sistema automatizado de limpieza | | Ofertar servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios. | |
| | Exoneración del pago a usuarios de escasos recursos económicos. | | El continuo aumento de la demanda de cirugía ambulatoria y otros servicios ambulatorios. | |
| | Soporte legal externo (notario público). | | Acuerdos interinstitucionales con otros proveedores para la venta y compra de servicios. | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|---|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Capacidad para concertar acuerdos con otras instituciones para la capacitación de los recursos humanos, cooperación e intervención, (INFOTEP, universidades, organismos de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, otras | | Factores Económicos / financieros: | |
| | Disponibilidad de acceder a los servicios a través del sistema *462 | | Precio de los servicios accesibles a la población general. | |
| | Conocimiento de los costos de cada uno de los servicios que ofrece el hospital.. | | Cooperación de las FFAA en la disponibilidad de recursos humanos. | |
| | Se planifica y elabora presupuesto de acuerdo a la capacidad de producción de las diferentes unidades de producción | | @ Factores Competitivos: | |
| | Alquiler de salones (video conf., salón de actos) | | Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, reduciendo el precio de adquisición. | |
| | Venta de servicios de central de esterilización | | Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales. | |
| | Recursos Humanos | | Contar con unidad de video conferencia que permite el contacto con otras instituciones, nacionales e internacionales. | |
| | Se cubren las plazas cuando alguien del personal sale de vacaciones | | Formación de especialistas en otras instituciones. | |
| | @ Estandarización | | Limitada oferta de servicios especializados en el área de salud, en relación a la oferta definida en el hospital. | |
| | La única institución de salud del área que tiene | | @ Factores Económicos / Financieros: | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|--|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | procesos asistenciales claramente establecidos. | | | |
| | Única Institución que todos sus servicios cuentan con protocolos de procedimientos definidos. | | Posibilidad de incremento de la subvención económica del SNS. | |
| | @ Producción: | | Convenios de ventas de servicios a las ARS's. | |
| | Horario extendido de: Consultas, imagenología, cirugías electivas, laboratorio y banco de sangre. | | Apoyo técnico y de recursos de Despacho Primera Dama, otros. | |
| | Facilidades de contratación de servicios con terceros. | | Contribución de los usuarios privados. | |
| | Contratación de los servicios con ARS privadas y pública. | | Obtención de materiales y equipos donados por instituciones nacionales e internacionales. | |
| | Asignación presupuestaria por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda. | | Venta de servicios a empresas privadas de la zona. | |
| | Alta capacidad resolutive del laboratorio clínico, banco de sangre más moderno del área | | @ Factores de Gobierno y Sociales: | |
| | @ Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados: | | Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno. | |
| | Promedio de Estadía = 6.7 días | | Implementación plena y cabal de la ley 41-08 de Función Pública, a los fines de que los servidores públicos en hospitales sean de carrera. | |
| | % Cirugías Electivas Suspendidas =7.4% | | Aumento del mercado con el paso de los servidores públicos al Régimen Contributivo de SENASA. | |
| | Tasa Utilización Quirófanos= 164.5% | | Inclusión por parte de SENASA de 1,300,000 de personas al régimen subsidiado en los próximos 4 años/ | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|-------------------|-------------|--|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Monitoreo y control de gastos presupuestarios. | | | Descentralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Ministerio de Salud Pública. | |
| Cálculo de costos de producción. | | | | |
| Control de inventario de insumos, que facilita el control de los stock mínimos y la adquisición de productos y materiales de manera controlada. | | | | |
| Sistema de distribución de medicamentos en uníodosis. | | | | |
| Entrega de resultados de laboratorios e imágenes en corto tiempo. | | | | |
| Toma de decisiones en base a análisis de las informaciones y datos. | | | | |
| Capacidad de personal de acuerdo a perfiles técnicos capacitados. | | | | |
| Desconcentración financiera. | | | | |
| Capacidad de venta de servicios no ofertados en el área de salud: Banco de sangre, inmunohistoquímica, laboratorios especializados. | | | | |
| Servicio de resonancia magnética | | | | |
| En el área existe un servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación. | | | | |
| Capacidad de registrar directamente los contratos , los cuales son certificados directamente por nuestro gerencia legal y no mediante la C.G.R.(Contraloría General de la República) mediante el sistema TRE. | | | | |
| Cálculo de Costos de producción. | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|---|---|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Alto nivel de transparencia y rendición de cuentas de los recursos que gestiona y maneja la institución. | | | |
| | Desconcentración en el manejo de las finanzas.. | | | |
| | Disponibilidad de Cajero Automático y veriphone. | | | |
| | | | | |
| 5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes. | @ Logística: | @ Logística: | @ Seguridad y cuidados de los recursos: | @ Disponibilidad de recursos: |
| | Sistema de distribución de medicamentos en unidosis. | 1- Falta de supervisión a los encargados de unidades de servicios en control del consumo de materiales y medicamentos | Existen las Normas Básicas de Control Internos (NOBACI). | 20-Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria). |
| | Entrega de resultados de laboratorios e imágenes en el menor tiempo posible. | 2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios | | 21-Retraso en el pago de las ARS's. |
| | Protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas, como medida para control y uso adecuado de los recursos. | @ Control: | @ Gestión y Control Recursos Económicos. | 22-Crisis financiera internacional y nacional. |
| | Helipuerto y 2 ambulancias. | 3-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI. | Oferta de sistemas informáticos que facilitan la gestión y control adecuado de los recursos económicos. | 23-Aumento de la prima del dólar. |
| | Estacionamiento espacioso y en cantidad adecuada. | 4-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos. | Asistencia de instituciones del estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos económicos, (contraloría, cámara de cuenta, tesorería, entre otras) | 24-Congelamiento de cuenta del Hospital. |
| | Capacidad de ampliación del hospital. | 5- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones | Posibilidad de que las principales ARS coloquen un counter para pre-autorización y evaluación Ej. Humano, entre otras. | 25- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS. |
| | | 6- Falta de control de entrada y salida de activos | | 26-Deficiencia en la capacidad de respuesta |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|--|---|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | | | | de los organismos de control externo. |
| | Facturación previa a la utilización de servicios ambulatorios. | @ Monitoreo y Evaluación: | Recibir la certificación de la NORTIC A-3, A-5 y E1 | 27-Devaluación del peso. |
| | Facturación y cobro de 24 horas en emergencia. | 7- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública. | | 28-Alto costo de combustibles. |
| | | 8-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico. | | 29- Limitados créditos en el mercado para el hospital. |
| | @ Control: | 9-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica. | | 30- Quiebras de ARS. |
| | Control de las cuentas por cobrar | 10-Falta de información en el traslado de algunos activos por parte de los encargados de gerencia sin la autorización de la unidad de activo fijo. | | 31-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral. |
| | Realización de auditoría externas. | 11-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI) | | @ Medio Ambiente: |
| | Existencia de una Unidad de Análisis de Costos. | 12-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchas gerencias. | | 32-Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros. |
| | Transparencia en la gestión administrativa. | 13- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado | | 33- Subsidio a todos los usuarios que no tienen cobertura de la seguridad social por disposición del Estado Dominicano, sin aumentar el presupuesto para cubrir dicho subsidio. |
| | Contratación de auditores externos. | 14- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental. | | |
| | Manejo descentralizado de sus recursos económicos | 15- Sistema de administración y | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|--|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | | contabilidad no organizado. | | |
| | | 16- No existencia de controles para la contratacion de recursos humanos. | | |
| | | 17- Manejo centralizado de los recursos | | |
| | Personal de seguros e igualas en cada una de las áreas de producción para la agilización de los servicios a los usuarios. | 18- Resonador magnetico no es propiedad de la institucion | | |
| | @ Facilidades de gestión: | 19- No se realizan estudios de angiotomografía | | |
| | Control de uso de los recursos económicos | | | |
| | Unidad de cálculo y control de costos. | | | |
| | Subvención del Ministerio de Salud Pública. | | | |
| | Venta de servicios privados. | | | |
| | Venta de servicios a las ARS's públicas y privadas | | | |
| | Venta de servicios y acuerdos con otras instituciones. | | | |
| | Unidades de negocio (cafetería, laboratorio, imágenes). | | | |
| | Plan Estratégico de Desarrollo. | | | |
| | Formulación del presupuesto general del hospital. | | | |
| | Instalación de un resonador magnético. | | | |
| | Servicio de cirugía de catarata. | | | |
| | Funcionamiento de la Oficina de libre acceso a la información pública. | | | |
| | Venta de servicio alimenticio en el comedor | | | |
| | @ Monitoreo y Evaluación: | | | |
| | Análisis de Costo. | | | |
| | Monitoreo periódico de la ejecución presupuestaria. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Presupuesto elaborado antes del inicio de operaciones y actualización oportuna. | | | |
| | Evaluación periódica de la productividad de las gerencias. | | | |
| | Control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos. | | | |
| | Carta Compromiso con el ciudadano abocada al proceso de estructura al Dpto. del TIC implementado por el MAP Y OPTIC. | | | |
| | Certificación Nortic A-2 | | | |
| | Asistencia de instituciones del estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos económicos, (contraloría, cámara de cuenta, tesorería, entre otras) | | | |
| | Informaciones de contacto en el apartado Web del Portal para consultas de todos los usuarios (NORTIC A-1 y A-2) | | | |
| | Sistema de Gestión Financiera (SIGEF) | | | |
| | Cuenta Única del Tesoro (CUT) | | | |
| | Sistema TRE (Sistema integrad de la Contraloría General de la República, para RRHH y Dpto. Legal para certificaciones de contratos) | | | |
| | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|--|---|---|---|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| 6. Formalizar y Mantener una fuerte relación con la comunidad. | @ Relación con Líderes Comunitario: | @ Medio ambiente | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: |
| | La adecuación y utilización del terreno baldío a terreno productivo, (alrededor del helipuerto y planta eléctrica.) | | Posibilidad de integrar Instituciones que tienen programa de prevención como: Violencia Intrafamiliar y abuso de sustancias prohibidas, en las actividades de promoción de la salud que realiza la institución, incluyendo, Ministerio de la Mujer, Hogar Crea Dominicana, Fiscalía, otras. | 4-Poco involucramiento de los líderes comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad. |
| | La valoración e identificación social, del hospital en la población. | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | Ley de libre acceso a la información. | 5-Dar un matiz político a nivel de la comunidad de las acciones desarrolladas por el hospital en la comunidad. |
| | El alto compromiso social que el hospital ha asumido. | 1-Limitada evaluación de acuerdos y convenios. | Posibilidad de que el gobierno central cree un plan de contingencia, priorizando a los usuarios de escasos recursos a través del SENASA y el hospital ayuda, identificando los pacientes atendidos que no están carnetizados. | 6- Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital. |
| | Percepción positiva de los usuarios. | 2- No tenemos un equipo deportivo y de recreación. | La creación de un equipo deportivo que brinda la oportunidad de relacionarse más de cerca con la comunidad | 7-El SENASA no brinda cobertura a todos los necesitados que cumplan con las especificaciones técnicas para ser afiliados al SENASA y el hospital tiene que asumir la atención de estos pacientes que no están carnetizados y migrantes. |
| | Disminución de manera sostenida la proporción de pago de bolsillos de los usuarios. | 3- No se evidencia que han involucrado a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización | La posibilidad de que grupos políticos y empresariales se involucren para ayudar economicamente al hospital | 8- Ley de libre acceso a la información. |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|-------------------|-------------|-------------------|---|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Que la comunidad tenga acceso a las informaciones y actividades realizadas en el hospital a través de la página web y publicidad. | | | | 9- Diseminación de infecciones (Ej: Colera, meningocosemia) |
| Prevención y promoción de la salud de grupos priorizados (Adolescentes, niños) y se pueda valorar por partes de los miembros de la comunidad la presencia en el campo del hospital. | | | | |
| Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local | | | | |
| Evaluación periodica de acuerdos y convenios. | | | | |
| @ Medio ambiente | | | | |
| Clasificación de los desechos, de acuerdo con estándares de calidad y seguridad medioambiental. | | | | |
| Planta potabilizadora de agua. | | | | |
| | | | | |
| @ Rendición de cuentas: | | | | |
| Se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad. | | | | |
| Colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad. | | | | |
| Programa de prevención de accidentes de tránsito a jóvenes y adolescentes. | | | | |
| Firma de acuerdos con diferentes instituciones de la sociedad. | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Servicio de cajero electrónico (Banreservas). | | | |
| | Instalación de una estafeta de la junta Central Electoral, durante el proceso de cedulaación | | | |
| | Presentación de charlas sobre prevención de accidentes de tránsito, impartidos en impartida en diversos centros de la provincia. | | | |
| | Impacto económico positivo producto de que la mayor parte de la empleomanía es de la comunidad cercana a la institución. | | | |
| | Se realizan jornadas médicas en diferentes sectores rurales en la provincia y se les da seguimiento a los casos que ameriten la atención | | | |
| | Las autoridades del hospital participan en actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizacionales representativas de grupos de interés | | | |
| | Se involucra a los ciudadanos(clientes) en el diseño y desarrollo de nuevos tipos de servicios interactivos, de entrega de información y de canales de comunicación eficaces. | | | |
| | | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|---|---|--|--|--|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| 7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital. | @ Oferta Servicios: | @ Satisfacción de los usuarios: | @ Difusión de Información: | @ Difusión de Información: |
| | Gran capacidad resolutive de los servicios productivos. | § Ver encuestas de satisfacción. | Acreditar su radio de acción con programas de formación en mercadeo, (hacer acuerdo de gestión para pasantía en mercadeo). | 9-Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación. |
| | Oferta de servicios médicos especializados 24 horas del día. | 1- No contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.. | Promoción de los servicios ofrecidos en el hospital atreves de los medios de comunicación audio visuales. | |
| | Médicos especialistas capacitados. | 2-Mal uso de la terminología de parte de los empleados cuando hay un equipo fuera de servicio o en mantenimiento | Crear un programa de TV del hospital (1 hora semanal). | @ Satisfacción de los usuarios: |
| | Oficina que promueva la ley de libre acceso a la información al ciudadano (ley 200-04). Habilitacion de Oficina de Libre Acceso a la información | 3-Impuntualidad en la prestación de los servicios, específicamente en las gerencias médicos. | Portal de transparencia | 10-Uso anti-ético de los medios de comunicaciones locales TV, tele cable, teléfono. |
| | Establecimiento de alianzas con grupos organizados y comunidades vecinas al hospital (acuerdos con juntas de vecinos asociaciones y escuelas de la zona | 4-Falta de funcionamiento de call center | Establecimiento de alianzas con grupos organizados y comunidades vecinas del hospital, | 11-Cambios políticos que desconozcan el concepto de organización y gestión del Hospital. |
| | Intercambio con hospitales internacionales. Se han formalizado alianzas y convenios con hospitales nacionales e internacionales por donde rotan los residentes. | 5-No se evidencia que se haya realizado un estudio de impacto medioambiental. | Formalizar alianzas con hospitales nacionales e internacionales por donde rotan los residentes. | |
| | Oferta de servicios sin importar los recursos económicos del usuario | 6-No se evidencia que se mida el comportamiento ético de la organización. | Creación de programas para favorecer individuos con enfermedades catastróficas y discapacidades. | |
| Se midan los niveles de transparencia con el público en general. | 7- No existe un plan de comunicación que establezca el control de crisis de comunicación y medios. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|---|---|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | @ Resultados Indicadores Calidad: | 8- Falta sistema de comunicación permanente de la institución hacia la población, que permita a la misma orientar, informar y edificar en torno a las acciones que cotidianamente realiza el hospital (boletines) | Creación de un sistema de comunicación permanente de la institución hacia la población, que permita a la misma orientar, informar y edificar en torno a las acciones que cotidianamente realiza el hospital (boletines) | |
| | Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones. | | Celebración del Gran Premio a la Calidad. | |
| | Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria. | | | |
| | Intervenciones frecuentes de las gerencias de bioseguridad, infectología y epidemiología en las diferentes áreas del hospital para mantener la seguridad intrahospitalaria. | | | |
| | Cumplen con todos los requisitos para su certificación en la Norma E1 | | | |
| | Se miden los niveles de transparencia con el público en general | | | |
| | @ Difusión de Información: | | | |
| | Existencia de un gerencia de Relaciones Públicas. | | | |
| | Acuerdos con colaborativos con otras instituciones. | | | |
| | Poseemos las informaciones principales del hospital en nuestra página web. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|---|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | La exoneración del pago de las consultas a los pacientes, esto trae como consecuencia un mayor flujo de pacientes y una mayor popularidad. | | | |
| | Cuatro veces ganador de medalla de oro aumenta la credibilidad de los pacientes en el Hospital y afianza la misma en la población y en los demás centros hospitalarios. | | | |
| | Cinco veces ganador de medalla de oro aumenta la credibilidad de los pacientes en el Hospital y afianza la misma en la población y en los demás centros hospitalarios. | | | |
| | Confianza financiera hacia los suplidores y los clientes externos. | | | |
| | Se evidencia que la organización tiene una buena reputación y reconocimiento de la sociedad | | | |
| | Se evidencia que el hospital impacta en lo económico de forma positiva por el hecho de que el 90% del personal de planta reside en las comunidades cercanas. | | | |
| | Se evidencia el impacto positivo desde el punto de vista medio ambiental de esta institución especialmente en lo relacionado al tratamiento de los materiales tóxicos. | | | |
| | Existe evidencia de impacto en la sociedad teniendo en cuenta la calidad democrática en el ámbito local y regional con la participación de organizaciones comunitarias. | | | |
| | Hay evidencias de la buena imagen que tiene el hospital ante los medios de comunicación locales. | | | |

| Objetivos | Factores Internos | | Factores Externos | |
|-----------|--|-------------|-------------------|----------|
| | Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| | Existencia de políticas que favorezcan a usuarios desfavorecidos y/o discapacitados. | | | |
| | Promoción de los servicios ofrecidos en el hospital através de los medios de comunicación audio visuales. | | | |
| | Creacion de la oficina de libre acceso a la información. | | | |
| | Establecimiento de alianzas con grupos organizados y comunidades vecinas del hospital, | | | |
| | Formalización de alianzas con hospitales nacionales e internacionales por donde rotan los residentes. | | | |
| | Se evidencia resultado de mediciones de la percepción- satisfacción de las personas sobres la responsabilidad social de la organización. | | | |
| | | | | |

La interpretación de esta matriz debe ser solo de manera vertical las columnas, no existe relación de las informaciones contenidas en la matriz de manera horizontal en esta matriz.

B) Matriz Identificación de Riesgos e impactos para el Logro de los Objetivos.

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|--|--|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos | RIESGOS INTERNOS | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | |
| | 1- Incumplimiento de los protocolos y procesos. | Mala calidad e inseguridad en la atención, aumentos de los costos, riesgos de demandas y de la institución perder los litigios; criterios individuales no unificado en la atención y procedimientos ofrecidos en los servicios; No se puede establecer una escuela de formación de Residentes; trastornos en la logística asistencial, cada quien hace las cosas como cree o extrapola su experiencia de otras instituciones. | Los gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los procesos y protocolos establecido para la operatividad del hospital. Autoridades y gerentes y personal operativo No han importantizado la virtud de tener todo estandarizado en el Hospital. |
| | 2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS. | El personal no domina todas las informaciones sobre el nuevo modelo de gestión planteado en las leyes que regulan su sector, lo que puede ocasionar conflicto laborales y de desempeño en la institución, lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención. | No se ha realizado una adecuada difusión de las leyes en el personal, ni tampoco estos demuestran interés en conocer los pormenores de las leyes. |
| | 3- Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH. | El personal no domina todas las informaciones sobre la ley que regula los RR.HH que pertenecen al sector publico, lo que puede ocasionar conflicto laborales y de desempeño en la institución, lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención. | No se ha realizado una adecuada difusión de la ley en el personal, ni tampoco estos demuestran interés en conocer los pormenores de la ley. |
| | @ Recursos Humanos: | | |
| | 4- Falta de personal en algunos servicios. | Sobrecarga de trabajo del personal, mala calidad de los servicios ofrecidos; insatisfacción de los usuarios, baja producción, desmotivación del personal, mala imagen del hospital. Incapacidad de dar respuestas a las demandas de los usuarios. Barreras de accesos. | Las autoridades no han evaluado el impacto que representa esto en los resultados y satisfacción de los usuarios. Las autoridades del Hospital tienen limitaciones por disposición del SNS, para nombrar el personal que requieren para dar un adecuado servicio a la población. |
| | 5- Falta de integración de los gerentes al proceso de distribución y asignación de incentivos | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. | No se realiza un despliegue promocional de que significan los incentivos económicos que se entregan al 100% de los trabajadores del Hospital. No se realiza de manera sistemática la valoración y selección de los empleados del mes de cada servicio o unidad que posee el hospital. La no integración de los gerentes y encargados en el proceso de asignación de incentivos en base al resultado |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 6- Falta de difusión al personal de la distribución y entrega de los incentivos. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. | No se realiza un despliegue promocional de que significan los incentivos económicos que se entregan al 100% de los trabajadores del Hospital. No se realiza de manera sistemática la valoración y selección de los empleados del mes de cada servicio o unidad que posee el hospital. La no integración de los gerentes y encargados en el proceso de asignación de incentivos en base al resultado |
| | 7- Falta de adecuación de los incentivos en base a resultados. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. | No se realiza un despliegue promocional de que significan los incentivos económicos que se entregan al 100% de los trabajadores del Hospital. No se realiza de manera sistemática la valoración y selección de los empleados del mes de cada servicio o unidad que posee el hospital. La no integración de los gerentes y encargados en el proceso de asignación de incentivos en base al resultado |
| | 8- No se realiza la revisión legal de los consentimientos informados en todos los procedimientos. | Violación de los derechos de los usuarios. Riesgo del hospital y su personal ser demandados legalmente por los usuarios y/o familiares. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 9- Incumplimiento de horario. | Baja producción. Perdida de recursos. Limitado acceso a la población de los servicios. Limitado el Desarrollo Productivo del Hospital. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción establecidas. No desarrollan Planes para corregir las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas. |
| | 10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado | Pobre desempeño en las funciones y responsabilidades del cargo lo cual puede afectar la calidad, seguridad y satisfacción de los usuarios. Altos costos de producción. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades del Hospital tienen limitaciones por disposición del SNS, para nombrar el personal que requieren para dar un adecuado servicio a la población. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 11- Falta de medición del impacto que produce la educación continuada en los recursos humanos | Esto puede producir dificultades en poseer un personal actualizado sobre las nuevas forma de actuar y/o mejorar sus practica, lo cual va en detrimento de la calidad, seguridad, eficiencia y producción del hospital; además de producir un retraso en el desarrollo de la institución. | Las Sub-direcciones de Recursos Humanos y Académica no dan seguimiento al cumplimiento del plan de educación continua. No se contempla en el presupuesto del hospital recursos económicos para gasto en educación continua y formación del personal y/o la institución no cuenta con los recursos necesarios para solventar la totalidad de las capacitaciones solicitadas. |
| | 12- Algunos gerente no identificados con la institución en vista de que no realizan las funciones relacionadas con supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se aplican sanciones y/o desvinculación de los gerentes con bajo desempeño. |
| | 13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | Debilidad en la gestión del personal en la institución. Perdida de recursos. Baja productividad. Insatisfacciones de los usuarios. Altos costos de producción. | Los gerentes no ejecutan las funciones de supervisión. No se aplica el régimen de consecuencias establecido en el hospital. |
| | 14- Falta de personal de limpieza en algunas áreas | Insatisfacción de los usuarios. Mala imagen del hospital. Riesgo de ocurrencia de brotes de IAAS. Altos costos de la atención. | Las autoridades no priorizan la contratación de recursos humanos para los servicios generales vitales del hospital. |
| | 15- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se aplican sanciones y/o desvinculación de los gerentes con bajo desempeño. |
| | Educación Continua y Capitación: | | |
| | 16- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada. | Esto puede producir dificultades en poseer un personal actualizado sobre las nuevas forma de actuar y/o mejorar sus practica, lo cual va en detrimento de la calidad, seguridad, eficiencia y producción del hospital; además de producir un retraso en el desarrollo de la institución. | No se le da seguimiento a los planes de educación y capacitación del personal por parte de los gerentes y la Gerencia de Recursos Humanos. No contar con los recursos necesarios para el Plan. No se ha especializado una cuenta para este aspecto en el Hospital. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 17- La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones. | Desactualización del personal técnico. Limitaciones para conseguir información científicas oportuna. Limitaciones para verificar informaciones para tratar a los usuarios en condiciones graves, donde el personal asistencial requiera verificar alguna información. Complicaciones y muertes de los usuarios. El personal que se esta capacitando en el hospital tiene dificultades para acceder a informaciones actualizadas y de calidad. | Las computadoras de la biblioteca se dañaron y no fueron repuestas. Las autoridades no han importanzado los beneficios de la biblioteca virtual. |
| | @ Análisis y Tomas de Decisiones: | | |
| | 18- Baja productividad en algunas gerencias | Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. Despido de personal. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción establecidas. No desarrollan Planes para corregir las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas. |
| | Monitoreo y Evaluación: | | |
| | 19- Escaso seguimiento por parte de los gerentes a las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los Gerentes Operativos. | Desconocimiento de los gerentes sobre el nivel de cumplimiento de las metas y objetivos planteados, lo cual limita corregir situaciones y problemas de manera oportuna, afectando sensiblemente la calidad y seguridad de la atención y desempeño individual de la gerencia y colectivo del hospital. | Escasa formación técnica gerencial de los gerentes. Desconocimiento de sus funciones y responsabilidades. Escaso seguimiento y exigencias a estos por parte de los sub-directores. No aplican sanciones al personal operativo y/o gerentes que no cumplen adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 20- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros. | Incumplimiento de disposiciones de establecidas por la contraloría general de la republica, lo cual puede afectar el uso eficiente de los recursos y la logística y controles de estos. | Desconocimiento de las autoridades y gerentes de las normas básicas de control internos (NOBACI). No supervisión periódica de la contraloría general de la republica del cumplimiento de las normas en las instituciones publicas. |
| | 21- Ejecución parcial del plan de capacitación | Esto puede producir dificultades en poseer un personal actualizado sobre las nuevas forma de actuar y/o mejorar sus practica, lo cual va en detrimento de la calidad, seguridad, eficiencia y producción del hospital; además de producir un retraso en el desarrollo de la institución. | Las Sub-direcciones de Recursos Humanos y Académica y gerentes operativos no dan seguimiento al cumplimiento del plan de educación continua. No se contempla en el presupuesto del hospital un renglón para gasto en educación continua y formación del personal y/o la institución no cuenta con los recursos necesarios para solventar la totalidad de las capacitaciones solicitadas. |
| | Estandarización | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 22- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Los gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los protocolos establecidos para la operatividad del hospital. No se le exige rendición de cuentas o informes por este concepto a los gerentes. |
| | 23- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras. | Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Pérdidas de recursos. Pérdidas de informaciones de los usuarios. | Limitaciones por parte del SNS para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. MSP No permitir que las Autoridades adquieran un sistema de Gestión Financiera. |
| | 24- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal operativo y gerentes que no cumplan adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 25- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Descredito del hospital. Alto índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Descredito del Hospital y sus autoridades. Disminución de la demanda de servicios. Pérdida de recursos. Limitaciones para hacer frente a los compromisos económicos. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. | Los gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los protocolos establecidos para la operatividad del hospital. No se le exige rendición de cuentas o informes por este concepto a los gerentes. No aplican sanciones al personal operativo y gerentes que no cumplan adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 26- No se implementa el consentimiento informado a todos los usuarios ingresados para fines quirúrgicos. | Violación de los derechos de los usuarios. Riesgo del hospital y su personal ser demandados legalmente por los usuarios y/o familiares. Disminución de la demanda de servicios. Pérdida de recursos. Limitaciones para hacer frente a los compromisos económicos. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 27- No todas las especialidades le dan prioridad al llenado previo del consentimiento informado. | Violación de los derechos de los usuarios. Riesgo del hospital y su personal ser demandados legalmente por los usuarios y/o familiares. Disminución de la demanda de servicios. Perdida de recursos. Limitaciones para hacer frente a los compromisos económicos. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 28- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades. | Violación de los derechos de los usuarios. Riesgo de ocurrencia de mala practica medica. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Riesgo del hospital y su personal ser demandados legalmente por los usuarios y/o familiares. Disminución de la demanda de servicios. Perdida de recursos. Limitaciones para hacer frente a los compromisos económicos. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | @ Información y Comunicación | | |
| | 29- No se difunde el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre, ni se actualiza ni se realizan simulacros periódicamente | Riesgo de la ocurrencia de una mayor cantidad de lesiones y muertes de personas al momento de evacuar el edificio por la ocurrencia de una emergencia o catástrofe medioambiental. | No se actualiza el plan de evacuación. Las autoridades no exigen que se ejecuten periódicamente los simulacros de evacuaciones establecida en el plan. |
| | Infraestructura y Equipos | | |
| | 30- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital. | No se cuenta con un Plan de Mantenimiento Preventivo de los equipos Biomédicos. Existen limitaciones en termino de tiempo para ejecutar acciones de mantenimiento correctivo a la Infraestructura y sistema del hospital, por retraso en la solicitudes de autorización por parte de Contraloría. | No se ha contratado una buena compañía que estructure una buen Plan de Mantenimiento Preventivo para los equipos Biomédicos. La contraloría de la republica desconocen las características operativas de un hospital, por lo que no priorizan las solicitudes de estos. |
| | 31-Deterioro del sistema de aire acondicionado. | Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de incremento de las IAAS. Descredito del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. | La Contraloría de la Republica retrasa la solución del problema por no autorizar a tiempo la compra de equipos y/o reparaciones y/o pago de servicios. El Hospital No cuenta con los recursos necesarios para enfrentar la situación. |
| | 32- Puesta en funcionamiento parcial de las central de la esterilización | Riesgo de IAAS. Daño de equipos por la dureza del agua. Descredito del hospital. Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de | Las autoridades no han dimensionado la importancia de dicho sistema, por lo cual no se ha priorizado su reparación. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | | complicaciones y muertes para los usuarios. | |
| | 33-Deterioro del área de parqueos (asfaltado) | Mala imagen del entorno del hospital. Insatisfacción de los usuarios. Daños de piezas de los vehículos de motor. Descredito del Hospital y sus autoridades. | No ha existido un plan de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los daños del asfalto de las calles internas de circulación del hospital. |
| | 34-No se cuenta con el plan y croquis de evacuación y seguridad en caso de desastre. | Riesgo de la ocurrencia de una mayor cantidad de lesiones y muertes de personas al momento de evacuar el edificio por la ocurrencia de una emergencia o catástrofe medioambiental. | Las autoridades no han dimensionado la importancia de dicho plan, por lo cual no se ha priorizado su formulación. |
| | 35-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | Bajo cumplimiento de metas y objetivos. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del Hospital y sus autoridades. Insatisfacción de los usuarios. Pérdidas de Recursos. Conflictos entre el personal. | Los gerentes de Servicios no exigen y tampoco dan seguimiento cumplimiento de sus responsabilidades del personal, a su vez los sub-directores tampoco supervisan las decisiones tomadas por los gerentes de servicios. No aplican sanciones a los incumplidores. |
| | 36- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria | Insatisfacción de los usuarios. Mala imagen del hospital. Riesgo de ocurrencia de brotes de IAAS. Altos costos de la atención. | Las autoridades no priorizan la adquisición de equipos y reparaciones para los servicios generales vitales del hospital. El Hospital No posee recursos económicos para enfrentar la situación. |
| | 37- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos | Insatisfacción de los usuarios. Mala imagen del hospital. Riesgo de ocurrencia de brotes de IAAS. Altos costos de la atención. Riesgo de accidentes laborales. | Las autoridades no priorizan estas medidas de control en el hospital. No existe una cultura del cumplimiento de tratamiento de los residuos biológicos. |
| | 38- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como es Endocrinología, entre otras | Insatisfacción de los usuarios. No se realiza una atención integral. Aumento de los costos de atención para los usuarios. | No se cuenta con análisis que demuestre la necesidad de la incorporación de estas especialidades, por lo cual no se ha podido justificar la incorporación de estas especialidades a la cartera de oferta del hospital. |
| | 39- Equipo de tomografía y resonancia magnética fuera de servicio. | Insatisfacción de los usuarios. No se realiza una atención integral. Aumento de los costos de atención para los usuarios. Pérdidas de recursos para el hospital. Incremento de los costos de producción en el área de imágenes. | El hospital no cuenta con los recursos necesarios para realizar la reparación del equipo. |
| | 40- No se ha implementado un centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos | Pérdida de las informaciones y datos del hospital. Dificultad para realizar una adecuada planificación. Riesgo de mala practica al atender los usuarios, por falta de informaciones de su historial clínico. Descredito del Hospital. Pérdida de recursos. | No se ha priorizado la instalación de este sistema por falta de valoración de la importancia que posee para la institución. |
| | Logísticas | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 41- Falta de Sangre en ocasiones. | Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios que necesiten sangre. Alto índice de muertes. Descredito del Hospital. | La población no posee la cultura y/o costumbre de donar sangre. El hospital debe de propiciar estrategias que le permitan garantizar poseer la mayor reserva posible de sangre de manera continua. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | |
| | 42- Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01). | Perdida de credibilidad y descredito de la institución. Perdida de recursos económicos. | Escaso seguimiento al cumplimiento de los protocolos, normas, política y procesos en el hospital, por parte de los gerentes. |
| | 43- Volver a centralizar la gestión del hospital. | Grandes limitaciones para la gestión adecuada del centro, por ende grandes ineficiencias en los resultados logrados. | Desconocimiento por parte del nivel político y/o autoridades del sector salud sobre los resultados exitoso del modelo de gestión implementado en el hospital. |
| | 44- Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención. | No contar con los recursos necesarios para realizar una adecuada gestión, lo cual afectaría la calidad, seguridad de la atención y satisfacción de los usuarios. | Escasa valorización de los resultados positivos del hospital. |
| | 45- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles) | Perdida total de los activos de la institución. Limitación de accesos a los servicios a los usuarios. Perdida de empleos del personal. | Falta de recursos económicos. No se ha valorizado realmente la importancia del seguro. |
| | 46-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente. | Deterioro progresivo de la estructura del hospital y la imposibilidad de adquirir y/o reparar equipos oportunamente, lo cual afectaría la calidad, seguridad de la atención y satisfacción de los usuarios. | La Contraloría de la Republica retrasa la solución del problema por no autorizar a tiempo la compra de equipos y/o reparaciones y/o pago de servicios. |
| | Recursos Humanos | | |
| | 47-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud. | No contar con los recursos humanos adecuados, produciría grandes problemas en la calidad, seguridad de la atención, satisfacción de los usuarios y eficiencia de la institución. | Escasa valorización de los recursos humanos en el hospital, bajo salarios. Maltratos al personal. No contar con los recursos económicos para mejorar salarios e incentivos. No incluir al personal del hospital en los acuerdos arribados entre el gobierno y los gremios de la salud. |
| | Resultados: | | |
| | 48- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos. | Desconfianzas y descréditos del hospital. Baja producción. Limitado ingresos económicos. | Desconocimiento de la población de los resultados adecuados del hospital. Malo resultados de sus indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia, desempeño técnico, producción. |
| | @ Logística y Calidad Productos: | | |
| | 49-Sobredemanda de los servicios. | Trastorno de la Logística Asistencial. Desorden. Insatisfacción. Descréditos del hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención. | Incumplimiento de los parámetros establecidos en el volumen posible de asistencias a los usuarios por servicios. Las autoridades piensan que el hospital puede resolver toda la demanda de servicios que recibe. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|--|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 50-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones). | No contar con los servicios básicos puede poner en riesgo la vida de los usuarios y causar grande insatisfacciones y descréditos del hospital. Resultados inadecuado de los estudios. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. | No contar con sistema alternativos de emergencia para cuando estos servicios externos fallen. No tener adecuado sistema de mantenimiento de estos servicios en el hospital. |
| | 51-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las solicitudes de sus necesidades para que el personal cuente con los recursos necesarios para realizar su trabajo. Falta de recursos. |
| | 52-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan. | No contar con los insumos y materiales de calidad lo cual puede poner en riesgo la vida de los usuarios y causar grande insatisfacciones en los usuarios y familiares. Descredito del hospital. Perdida de recursos económicos. Incrementos de los costos. | No poseer definido las características técnicas de los productos y equipos que se van a adquirir. No cumplir con el proceso de selección y compra de la institución. No contar con recursos para comprar productos de buena calidad. |
| | Evaluaciones externas | | |
| | 53- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente. | Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedor en se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos. | Personal de salud no realiza un adecuado registro de las informaciones en el récord clínico de los usuarios. Violación de los protocolos y compromisos establecidos con las ARS. Escasa supervisión por parte de los gerentes al personal operativo y los registros de que estos realizan. No se aplican sanciones y/o desvinculación al personal reincidente. |
| | | | |
| Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. | RIESGOS INTERNOS | | |
| | Información y Acceso | | |
| | 0 | | |
| | @ Medio Ambiente, confort e higiene | | |
| | 1- La higiene en el área de la cafetería delantera, acumulan basura en el piso y ensucia mucho por la gran cantidad de personas que asisten | Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Barreras de accesos a las áreas. | No se le exige al responsable de la cafetería que es responsable de mantener limpia de manera continua el área de esta. |
| | 2- No designación de personal en el call center | Problema de comunicación externa; necesidad constante de desplazamiento de los usuarios, cuando podrían resolver sus citas a través de este servicio. Aumento del índice de citas no correspondidas. Baja producción. Insatisfacción. | Las autoridades no valoran en su justa dimensión la importancia de este servicio. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 3-Escaso número de habitaciones privadas. | Limita el acceso a personas que desean mayor privacidad y comodidad. Perdida de recursos. Oferta poco atractivas para que los afiliados con planes de buenos seguros demanden los servicios en el hospital. | Las autoridades no perciben la necesidad de las personas en este sentido y tampoco han valorizado la fuente económica que representaría para el hospital contar con estas facilidades para usuarios que podrían costear esta comodidad. |
| | 4-Sobreocupación de camas por habitación y la falta de privacidad en las mismas de usuarios ingresado. | Trastorno de la Logística Asistencial. Desorden. Insatisfacción. Descréditos del hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención. | Incumplimiento de los parámetros establecidos en el volumen posible de asistencias a los usuarios por servicios. Las autoridades piensan que el hospital puede resolver toda la demanda de servicios que recibe. Falta de Recursos para aperturar nuevas áreas. |
| | 5-Ubicación inadecuada del reloj ponchador, personas se aglomeran enfrente. | Insatisfacción y quejas por parte de los usuarios. Descredito del hospital. | Las autoridades no han priorizado la resolución de esta situación. |
| | Trato a los usuarios | | |
| | Seguridad | | |
| | 6-El acceso norte- sur es un posible generador de accidentes de tránsito. | Lesiones y muertes a los usuarios, trabajadores y familiares. Mala imagen del hospital. Disminución de la demanda de servicios. | Las autoridades encargadas de la construcción (MOPS) de un puente peatonal o túnel, no dan respuestas a la solicitudes realizadas por el hospital |
| | 7-Control del parqueo destinado para los usuarios. | Uso del Parqueo de los usuarios externos por el personal del hospital. No contar con parqueos suficientes para los usuarios externos. Insatisfacción. Descredito del Hospital. | No hay un control adecuado del área de parqueo. No se informa y sensibiliza al personal para que utilice el parqueo asignado a ellos. |
| | 8-No utilización por parte del personal, parqueos asignados en la parte de emergencias | Uso de los parqueos destinado a los usuarios externos. No contar con parqueos suficientes para los usuarios externos. Insatisfacción. Descredito del Hospital. | No hay un control adecuado del área de parqueo. No se informa y sensibiliza al personal para que utilice el parqueo asignado a ellos. |
| | 9- No respeto de los turnos de los usuarios en la sala de espera | Insatisfacción y quejas por parte de los usuarios. Descredito del hospital. | Los gerentes no cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos de supervisar la logísticas de las áreas. No se aplican las sanciones establecidas para este tipo de situaciones. |
| | 10- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual) | Insatisfacción de los usuarios y descréditos del hospital. | El personal no aplica los protocolos. El personal escasamente es supervisado por los gerentes. |
| | @ Oferta de Servicios | | |
| | 11-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las solicitudes de sus necesidades para que el personal cuente con los recursos necesarios para realizar su trabajo. Falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades identificadas. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | | | |
| | Información y Acceso | | |
| | 12-Falta de publicación de casos relevantes. | No se destaca, ni se provecha la parte científica y de aporte del hospital para manejo de casos complejos. El Hospital no es reconocido como un hospital que aporta al avance científico de las actividades que realiza. | No contar con un medio escrito de difusión de informaciones científica y de investigación del hospital. No contar con el gerencia de apoyo a las investigaciones clínicas. |
| | 13- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran. | Insatisfacción de los usuarios. Desconocimiento de las actividades y donde la deben realizar. Frustración de los usuarios. | El personal de atención al usuario no esta brindado las informaciones establecidas sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran los usuarios. |
| | @ Comunicación Gerencial | | |
| | 14- Debilidad en la planificación del uso de consultorios. | Desconocimiento como van cumpliéndose o ejecutando y/o logrando las metas y objetivos propuestos en las gerencias. No se pueden realizar los correctivos de lugar oportunamente. Afectación de los resultados productivos, eficiencia, calidad, satisfacción, uso adecuado y eficiente de los recursos. | Los gerentes con cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No se aplican las sanciones establecidas para este tipo de situaciones. |
| | USUARIOS EXTERNOS: | | |
| | Área Consulta Externa: | | |
| | 15- El 37.5% no reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal de atención al usuario no esta brindado las informaciones establecidas sobre los mecanismos para expresar quejas en la institución. |
| | 16- El 88.7% no conoce el nombre de la enfermera que le asistió. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 17-El 44.3% no conoce el nombre del médico que le asistió. | Insatisfacción en los usuarios. | El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 18- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan de las facilidades para obtener citas. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 19- EL 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | Las ARS's no entregan de manera oportuna los productos e insumos ortopédicos para realizar las cirugías. No se ha exigido a las ARS's que mejoren esta practica en el hospital. No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del tiempo que deben esperar para realizarse la cirugía. No se le esta dando un uso eficiente a las horas destinadas para cirugías electivas en el bloque quirúrgico. |
| | Área Hospitalización: | | |
| | 20- El 54.2% conoce el nombre de la enfermera que le atendieron regularmente. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes y supervisoras no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 21- 37.5% no reconocía o le habían informado alguna manera de expresar cualquier queja o problema a las autoridades de la institución | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal de atención al usuario no esta brindado las informaciones establecidas sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran los usuarios y las diversas formas de expresar quejas en el hospital. |
| | 22- El 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | Insatisfacción en los usuarios. Descrédito del Hospital. | Las ARS's no entregan de manera oportuna los productos e insumos ortopédicos para realizar las cirugías. No se ha exigido a las ARS's que mejoren esta practica en el hospital. No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del tiempo que deben esperar para realizarse la cirugía. No se le esta dando un uso eficiente a las horas destinadas para cirugías electivas en el bloque quirúrgico. |
| | 23- El 44.3% No conoce el nombre del médico. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 24- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan de las facilidades para obtener citas. |
| | Área Emergencia: | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 25-El 88.7% de los entrevistados no conoce el nombre del médico que le atendió. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal medico no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 26- El 81.1% de los entrevistados no conoce el nombre de la Enfermera que le atendió. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso. Los gerentes y supervisoras no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. |
| | 27- El 14.8% de los entrevistados considera que debe mejorar el tiempo de espera para Cirugía. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | Las ARS's no entregan de manera oportuna los productos e insumos ortopédicos para realizar las cirugías. No se ha exigido a las ARS's que mejoren esta practica en el hospital. No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del tiempo que deben esperar para realizarse la cirugía. No se le esta dando un uso eficiente a las horas destinadas para cirugías electivas en el bloque quirúrgico. |
| | 28- El 34% de los entrevistados considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan de las facilidades para obtener citas. |
| | USUARIOS INTERNOS: | | |
| | 29- El 27.9% dice que no se realizan actividades de recreación con su equipo de trabajo. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Aumento y mantenimiento de conflictos personales en los servicios | Las autoridades y gerentes no han importanzado la estrategia de propiciar encuentros sociales con el personal de los diversos servicios, para ofrecerles otro ambiente mas distendido para que el personal socialice y limen asperezas personales y se vean mas como equipo. |
| | 30- El 63.2% Considera que su salario no es acorde con sus funciones laborales. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. | Las autoridades, gerentes operativos y especialmente las Gerencia de Recursos Humanos no han desarrollado los mecanismo para demostrar que el Hospital es de los centros de salud, con niveles salariales mas competitivos del mercado. |
| | 31- El 20.6% no dispone de los materiales mínimos para realizar su trabajo. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital. | Los gerentes no realizan la función de supervisar las necesidades del personal operativo. No dan continuidad a las solicitudes de compras. El hospital no posee los recursos económicos para satisfacer las necesidades de todos los empleados. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | Responsabilidad y Control: | | |
| | 32- No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas. | No Corrección de las debilidades que están causando las insatisfacción en los usuarios Internos y Externos. Mantenimiento de las debilidades, descréditos del hospital y sus autoridades. Alto niveles de insatisfacción. | Las autoridades no importanizan las informaciones de las encuestas realizadas. No se desarrolla un Plan de Intervención. |
| | 33- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio. | Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. | Las autoridades no importanizan las informaciones de las encuestas realizadas. No se desarrolla un Plan de Intervención. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Resultados: | | |
| | 34-Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos. | Mala imagen del hospital y descredito de las autoridades. | No mantener de manera constante una relación directa con los lideres y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital. |
| | Legales: | | |
| | 35-Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos. | Perdida de recursos y descréditos frente a las fuentes de financiamiento del hospital. Falta de Recursos. | No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito e incumplimiento de las metas establecidas en el hospital. |
| | Seguridad | | |
| | 36-Poca seguridad vial para llegar al hospital. | Mala imagen del hospital. Disminución de la demanda de servicios. Riesgos de accidentes catastróficos. | Las autoridades no propician acciones tendentes a establecer convenio de colaboración con las entidades encargada de la seguridad ciudadana en el sector territorial del hospital. |
| | 37-Falta de hotelería en la zona. | Dificultades de los familiares y relacionados para mantenerse cerca o accesible a su familiar hospitalizado. | Los Hoteleros no han valorado el potencial económico del desarrollo de un hotel en la zona cerca del hospital. |
| | 38- Granjas de animales en las periferias del hospital | Malos olores en las instalaciones del Hospital. Mala imagen del hospital. Baja demanda de los servicios. Perdidas de recursos. | Las autoridades deben exigir a las autoridades de medioambiente y salud, que mantengan un adecuado control de la limpieza de las granjas cercanas al hospital. También deben exigir que no se instalen nuevas o amplíen granjas cercanas al hospital. |
| | Acceso | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|--|---|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 39-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades – hospital | Dificultad en el acceso vial de los usuarios al hospital. Limitada demanda de los servicios. Capacidad instalada sub-utilizada. | No se ha establecido convenio con los gremios choferiles de la zona para que estos faciliten la creación de rutas hacia el hospital. |
| Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación. | RIESGOS INTERNOS | | |
| | Planificación-Control: | | |
| | 1-Debilidad en lograr las metas producción en el área de hospitalización. | Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. Despido de personal. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción establecidas. No desarrollan Planes para corregir las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas. |
| | 2-Baja utilización capacidad productiva Instalada. | Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. Despido de personal. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción establecidas. No desarrollan Planes para corregir las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas. |
| | 3-Falta de espacios para el área de archivo | Deterioro, extravíos y perdidas de los récord. Duplicación de Récord. Riesgo de complicaciones de los usuarios por falta de información contenida en el récord. | No se ha ejecutado la propuesta de digitalización de los récord. Falta de recursos económicos. |
| | 4-Caducidad de la estructura informática de la institución. | Altos niveles de vulnerabilidad del sistema. Perdida y robo de información. Retraso y perdida de tiempo para generar informes. Lentitud de la plataforma informática. Insatisfacción de los usuarios. Resistencia al uso de los software de registros del hospital. | No se cuenta con un plan para mantener actualizada la plataforma informática del Hospital. No cuentan con recursos económicos. |
| | Capacitación y Sensibilización | | |
| | 5-Falta de homologación del sistema financiero del hospital. | Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios. Escaso controles financieros. | Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. MSP No permitir que las Autoridades adquieran un sistema de Gestión Financiera. No validación por la contraloría del sistema de registro. |
| | Recursos Humanos | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 6-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. |
| | 7- Tener mayor personal contratado que el personal fijo de acuerdo al sistema de la Contraloría General de la Republica. | Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. Despido de personal. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se despiden los gerentes con bajo desempeño. |
| | 8-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se despiden los gerentes con bajo desempeño. |
| | @ Factores Logística e Información: | | |
| | 9- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos. | Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Pérdidas de recursos. Pérdidas de informaciones de los usuarios. | Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. MSP No permitir que las Autoridades adquieran un sistema de Gestión Clínica. |
| | 10-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 11- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal. | Desconocimiento de las disposiciones emanadas de los niveles gerenciales superiores. Conflictos. Insatisfacción. Problemas de logística y administrativos. | No se ha definido una política sobre las maneras de empoderar a las instancias necesaria sobre las informaciones que deben ser divulgadas. |
| | 12- Desorganización de récord clínico físico del usuario. | Riesgo de mala practica. Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de eventos adversos. Perdidas de recursos. Glosas por perdida de informaciones. | No se le da cumplimiento al proceso de organización del récord clínico. Los gerentes no supervisan y evalúan el récord clínico del usuario. |
| | 13- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados. | Riesgo de mala practica. Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de eventos adversos. Perdidas de recursos. | Los gerentes no cumplen con sus funciones y responsabilidades. Los gerentes no supervisan al personal operativo. Los gerentes no dan seguimiento al cumplimiento de las normativas establecida. La persona que desempeña el cargo de gerente no posee las capacidades necesarias para cumplir con las exigencias del cargo. No se despiden los gerentes incompetentes. |
| | 14-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante. | Violación de los derechos del usuario. Insatisfacción de los usuarios, familiar y/o relacionados. Descréditos del Hospital. Riesgo de demanda al hospital por falta de consentimiento informado. | Los gerentes operativos no supervisan el cumplimiento de los protocolos que establecen que los médicos y enfermera deben brindar las informaciones necesarias a los usuarios, familiares y/o relacionados. No se sanciona al personal que es reiterativo en esta practica. |
| | 15-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos. | Riesgo de mala practica. Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de eventos adversos. Perdidas de recursos. | Los gerentes no cumplen con sus funciones y responsabilidades. Los gerentes no supervisan al personal operativo. Los gerentes no dan seguimiento al cumplimiento de las normativas establecida. La persona que desempeña el cargo de gerente no posee las capacidades necesarias para cumplir con las exigencias del cargo. No se despiden los gerentes incompetentes. |
| | 16- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia | Riesgo de que ocurra un evento necesario que se grave y por capacidad del disco duro no se registre. Dificultad para resolver los casos de conflictos, robo, agresiones. Insatisfacción de los usuarios. Descrédito del Hospital. | No se ha adquirido un disco duro con mayor capacidad. No se ha importantizado la necesidad de esto por parte de las autoridades. No se le ha dado seguimiento a la solicitud de la compra del disco duro. |
| | 17- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina | Limitado desarrollo en la formación de los recursos humanos. No aprovechamiento de las capacidades tecnológica del hospital. Perdidas de oportunidades de brindar y/o apoyar atenciones de los usuarios de forma remota. | No se ha formulado una propuesta o plan para el aprovechamiento de este medio en el hospital. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 18- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos | Desactualización del personal de TI. No aprovechamiento de los avances tecnológicos instalados en el hospital. | No se prioriza por parte de las autoridades los grupos de trabajadores que deben de manera mas frecuente estar siendo capacitado y actualizando e en su área. |
| | 19- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático. | Perdida de las informaciones y datos del hospital. Dificultad para realizar una adecuada planificación. Riesgo de mala practica al atender los usuarios, por falta de informaciones de su historial clínico. Descredito del Hospital. Perdida de recursos. | No se ha priorizado por los gerentes de TI y las autoridades la formulación del Plan por falta de valoración de la importancia que posee para la institución, . |
| | 20- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias. | Se pierde la oportunidad de ofrecer mejores atenciones a los usuarios por consenso del personal asistencial. Mala practica medica. Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Alto costo en la producción. Descredito del hospital. | Los gerentes de las áreas no realizan las funciones de coordinación para que los casos considerados importantes se han discutidos, para beneficio del usuario y el personal de salud. No importantizan los resultados positivos que se deben ofrecer a los usuarios. |
| | 21- No se respeta la disciplina y discreción en el personal | Descredito del hospital. Conflictos entre el persona. Circulación de informaciones confidenciales del hospital. | No se aplica oportunamente el régimen de consecuencias establecido en el hospital por parte de las autoridades. |
| | 22- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia. | Perdidas de recursos. Alto costo de producción. Sub-utilización de la capacidad instalada. Perdida de oportunidades en salud. | Los gerentes de las áreas no realizan análisis oportuno de las dificultades del área de hospitalización. No se toman medidas oportunas para corregir las dificultades. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Planificación-Control: | | |
| | 23-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | No existe un Plan y/o convenios con las universidades de identificación y captación de los profesionales con mayor índice académico y formado en gerencia hospitalaria. |
| | Factores Logística e Información: | | |
| | 24-Los llamados a huelga de los gremios profesionales. | Paro de las labores asistenciales en el Hospital. Riesgos de complicaciones de los usuarios y muertes. Baja producción. Perdida de recursos. | Falta de desarrollo de un Plan para mantener motivado y comprometido al personal con la institución. |
| | 25-Campaña de descrédito del hospital. | Mala imagen del hospital y descrédito de las autoridades. | No mantener de manera constante una relación directa con los lideres y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|---|--|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 26-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS. | Perdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión y compromisos crediticios. | No realizar las negociaciones de las tarifas de los servicios con el SENASA en base a los resultados de los análisis de costos de los servicios producidos en el hospital. Las autoridades y gerentes no importan las informaciones suministrada por la unidad de costos. SENASA toma decisiones en relación a los precios del tarifario de manera unilateral si analizar el impacto que esto puede causar al hospital. |
| | 27-Ausencia de una red estructurada de atención, (referencia y contra referencia) | Sobre demanda de los servicios. Insatisfacción de los usuarios. Afectación de la Calidad y seguridad en la atención. | Querer atender a todos los usuarios, sin importar la capacidad instalada y de respuesta de los servicios. |
| | 28-Tener que admitir aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria. | Escasos ingresos económico del Hospital. No contar con los recursos necesarios para cumplir con los compromisos financiero del hospital. No contar con los recursos necesarios para desarrollar los planes de desarrollo y mejoría en el hospital. Mala calidad de la atención. Insatisfacción de los usuarios. descredito del Hospital y sus autoridades. | No existe un fondo dentro del sistema de la seguridad social, para cuando ocurran estos casos cuente con los recursos necesarios para su atención. No se realizan reporte al MSP sobre estos gastos extraordinarios en o que incurre el hospital, para que sean responsable estos fondos. |
| RIESGOS INTERNOS | | | |
| Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad | Capacidad Instalada y Resolutiva: | | |
| | 1-La falta de un sistema crediticio confiable que permita evaluar a un paciente. | Perdida de recursos. Inequidades en la valoración de los usuarios. | No hacen uso del instrumento de evaluación preparado para estos fines. No se aplican sanciones al personal por no cumplir con las disposiciones establecidas. |
| | 2-Falta de un fondo especial para áreas y situaciones críticas., (mantenimiento) | Cierre de área. subutilización de equipos. Baja productividad. Perdidas de recursos. Insatisfacción. Descredito del hospital | Las autoridades no han autorizado la disponibilidad de recursos para una caja chica que pueda facilitar la resolución de manera oportuna de situaciones en equipos y sistemas. |
| | Equipos e infraestructura | | |
| | 3-Falta de equipos en algunos servicios. | Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las solicitudes de sus necesidades para que el personal cuente con los recursos necesarios para realizar su trabajo. Falta de recursos. |
| | 4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos. | Deterioro prematuro de los equipos del hospital. Perdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción. | No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se contrata una empresa buena y sería para que ejecute el mantenimiento y reparaciones de los equipos. |
| | 5-Falta climatización en algunas áreas. | Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de incremento de las IAAS. Descredito del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. | La Contraloría de la Republica retrasa la solución del problema por no autorizar a tiempo la compra de equipos y/o reparaciones y/o pago de servicios. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 6- Equipos depreciados y obsoletos y no contamos con los recursos para reponer y adquirir equipos. | Escasos ingresos económico del Hospital. No contar con los recursos necesarios para cumplir con los compromisos financiero del hospital. No contar con los recursos necesarios para desarrollar los planes de desarrollo y mejoría en el hospital. Mala calidad de la atención. Insatisfacción de los usuarios. descredito del Hospital y sus autoridades. | No se ejecuto el proceso financiero de contar con una cuenta para restituir los equipos, mobiliarios y sistemas del hospital. No se considero las informaciones establecidas en los análisis de los costos. El hospital no cuenta con los recursos para enfrentar la obsolescencia de sus equipos, mobiliario y sistemas. |
| | 7- Existencia de un solo chiller en funcionamiento | Riesgo de que vuelva a colapsar el sistema central de aire acondicionado. Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de aumento de las IAAS. Descredito del hospital. Baja demanda de los servicios. Incremento de las cirugías suspendidas. | El hospital no cuenta con los recursos para reparar los demás chiller. Las autoridades de salud no han apoyado al hospital en esta situación. |
| | @ Captura del Mercado: | | |
| | 8- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones. | Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios. | Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. MSP No permitir que las Autoridades adquieran un sistema de Gestión Clínica. |
| | 9- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's. | Estar recibiendo un menor pago por los servicios prestados. Perdida de recursos. Alto costo de producción. | Las autoridades no realizan las gestiones necesarias para propiciar la negociación de los servicios odontológicos con las ARS que cubren estos servicios. Las autoridades no prestan importancia al análisis de los costos de producción del hospital. |
| | 10- Incumplimiento del plan de mercadeo y de negocio definido | Baja de manda de algunos servicios. Alto costo de producción. Perdida de recursos. | Las autoridades y gerentes no realizan las actividades establecidas por gerencia para mercadear su cartera de servicios. |
| | 11- Falta de implementación de un club de donantes de sangre | Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios que necesiten sangre. Alto índice de muertes. Descredito del Hospital. | La población no posee la cultura y/o costumbre de donar sangre. El hospital debe de propiciar estrategias que le permitan garantizar poseer la mayor reserva posible de sangre de manera continua. |
| | 12- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios. | Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. Despido de personal. | Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción establecidas. No desarrollan Planes para corregir las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 13- Ausencia de un plan de comunicación de la cartera de servicio del hospital | Baja de manda de algunos servicios. Alto costo de producción. Perdida de recursos. | Las autoridades y gerentes no realizan las actividades establecidas por gerencia para mercadear su cartera de servicios. |
| | Disponibilidad de Recursos: | | |
| | 14- Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital. | El Hospital no recibe los recursos que debería recibir por concepto de esta unidades de negocio. Perdida de recursos. | No se revisan los contratos con las personas y/o empresa que tienen arrendamiento de estos negocios con el hospital. No se analiza nueva forma de participación en estos negocios. |
| | 15- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado | Retraso y limitación para conocer los tipos de microorganismos que causan las IAAS. Brotes de IAAS. Descredito del Hospital. Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios. Aumentos de los costos de producción. | No se ha importantizado la adquisición del equipo parte de las autoridades. Falta de recursos económicos. |
| | 16- Falta de pago oportuno a los suplidores. | Descredito del Hospital. Proveedores se niegan a despachar a crédito al hospital. Desabastecimiento de medicamentos, equipos, productos e insumos. Afectación de la calidad y seguridad de la atención. | Las autoridades no han establecido los controles financieros administrativos que le permita mantener un control entre los ingresos y gastos, que no provoque un desbalance financiero que el hospital no pueda enfrentar la situación. |
| | Tecnología | | |
| | 17- Ausencia de sistema de información financiera | Perdidas de recursos. Robos. Ineficiencia en el análisis de datos financieros. Faltas de controles contables. Violación de las NOBACI. Irregularidades de las auditorias. Descréditos de las autoridades. | Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. |
| | 18- No contar con equipo de resonancia magnética propio | Limitado la asistencia integral a los usuarios. Perdida de recursos. | No se cuenta con los recursos necesarios para la adquisición del equipo. |
| | @ Resgistro de Informacion y Datos. | | |
| | 19- Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende perdidas de recursos. | La mala calidad, la falta de oportunidad y los sub-registros pueden determinar que en la institución no cuente con informaciones y datos adecuados, lo cual puede producir un mal análisis de las situaciones y por ende una mala toma de decisiones lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención. | El personal de salud no realizar un registro adecuado de las informaciones que debe registrar. Los gerentes no realizar las funciones de supervisiones que deben realizar. No se aplican sanciones y/o desvinculaciones al personal reincidente. Las auditorias que realizan al registros por parte de auditoria medica es de manera retrospectiva. No se ha realizado la actualización y desarrollo del sistema informático que posee el hospital. |
| | 20- Falta de supervisión de las áreas alquiladas por la institución | Deterioro prematuro de los equipos del hospital. Perdida de recursos. Alto costo de producción. | No se firma un contrato de renta y uso adecuado de las instalaciones y equipos para los que rentan los espacios. No han designado un personal que supervise el buen uso de las instalaciones. Las autoridades |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | | | no exigen el pago o la reparaciones de los daños ocasionados. |
| | 21- Falta de control eficiente para garantizar el trabajo adecuado de los trabajadores sociales. | Perdidas de recursos. Robos. Discriminación. Insatisfacciones. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Factores del Mercado: | | |
| | 22-El alto costo del servicio energético. | Incrementos de los costos de producción. Pérdida de recursos. | No se ha evaluado la posibilidad de ir integrando fuentes de energías alternativas. (Eólica, solar, otras). |
| | 23-Cambios de gobiernos locales y nacionales. | Incrementos de los costos de producción. Pérdida de recursos. | No promocionar los logros y resultados del modelo de organización y gestión hospitalaria establecido. |
| | 24-Inestabilidad económica | Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna. |
| | 25- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado. | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No estar enfocado en el desarrollo de planes de contención de costos, actualización de la oferta de servicios y de mejoría continua de la calidad. |
| | 26- Huelga de gremios | Paro de las labores asistenciales en el Hospital. Riesgos de complicaciones de los usuarios y muertes. Baja producción. Pérdida de recursos. | Falta de desarrollo de un Plan para mantener motivado y comprometido al personal con la institución. |
| | 27- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No realizar gestiones continua sobre las condiciones económicas del hospital a las autoridades de salud. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 28-Retraso en la entrega de los fondos asignados. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 29- Fallo de suministro de la energía de la red pública | Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios. Descredito del Hospital. Limitaciones para ofrecer los servicios. Perdidas de recursos. | No contar con un sistema de emergencia con las capacidades para mantener el suministro hasta que se restablezca el servicio regular. No contar con sistema de energía alternativa. No realizar un adecuado mantenimiento preventivo de los generadores de emergencia. |
| | 30-Aumento del costo de combustibles. | Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No poseer planes de instalación de energías alternativas para este servicio. |
| | 31-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 32- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado. | Mala calidad e inseguridad de la atención. Desprestigio del Hospital y las autoridades. Riesgos de complicaciones y muertes de los usuarios. | No contar con una adecuada descripción de las características técnicas de los proveedores y de los productos que adquiere el hospital. No cumplimiento del proceso y norma de compra del hospital. |
| | 33-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas. | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. | No contar con un Plan de desarrollo e innovación en el hospital. |
| | 34- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre. | Insatisfacción. Riesgo de complicaciones de los usuarios. Descredito del hospital. Falta de sangre en cantidad suficiente. | No se informa de manera adecuada a las personas y usuarios sobre el costo de las pruebas que se realizan a las sangres donadas. |
| | 35- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. | No realizar el pago a tiempo y en las cantidades estipuladas con los proveedores. Falta de recursos económicos. Solo pagar a algunos suplidores. |
| | 36-Quiebras de ARS's. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar gestiones de cobros de manera oportunas. No limitar los servicios a las ARS's que presenten dificultades de pago al hospital. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | Factores Competitivos: | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 37- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad. | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No estar enfocado en el desarrollo de planes de contención de costos y de mejoría continua de la calidad. |
| | 38-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | La SISARIL no regula adecuadamente las ARS's y los convenios que estos tienen con los prestadores de servicios, ya que de manera unilateral las ARS's no pueden cambiar los contratos de compras y ventas de servicios convenidos entre las partes. |
| | 39- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de reparaciones oportunas. | Sistema de control externo de las instituciones fiscalizadoras de los recursos del estados, lentos y pocos eficaces para dar respuestas a las instituciones prestadora de servicios de salud público. |
| | Factores Medioambientales: | | |
| | 40- El país se encuentra en la ruta de huracanes. | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. | No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. |
| | 41-Fallas geológicas y movimientos telúricos. | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. | No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. |
| | 42- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción | No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No se ejecutan acciones para realizar la contención de costo. No se presenta los informe de análisis de costos a las autoridades. |
| | Factores de demanda de los servicios: | | |
| | 43-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros) | Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No estar los gerentes enfocados en el logros resultados esperados. |
| | 44- La designación de autoridades en el sector salud que se opongan o resistan al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01) | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital. |
| | 45- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente. | Creación de opiniones y análisis no adecuado sobre el hospital. Descredito del hospital y sus autoridades en los medios de comunicación. Disminución de la demanda. Incumplimiento de | NO desarrollar actividades de promoción y publicidad de las informaciones importantes y logros alcanzados en el hospital. Campaña por diferentes intereses mal intencionados para desacreditar el hospital y las autoridades. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | | metas y objetivos. Perdida de recursos. | |
| | 46- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo | No contar con los recursos humanos necesarios para dar respuestas a la necesidades de la población. Sobre carga de trabajo. Desmotivación del personal. Mala calidad e inseguridad de la atenciones ofrecidas. Limitaciones de la cobertura. Aumento de los costos de producción. | Las autoridades del SNS toman medida generalizadas afectando a las instituciones de salud que realizan un adecuado manejo de los recursos. Las autoridades de SNS no aplican las sanciones correspondientes a las autoridades de los hospitales que hacen un uso inadecuado de los recursos del estado dominicano. Los hospitales no cuenta con Consejo Admisntrativos que controle las malas ejecutoria de los Directores y donde estos rindan cuenta de sus resultados. |
| | 47- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud. | No contar con los recursos humanos y económicos necesarios para dar respuestas a la necesidades de la población. Sobre carga de trabajo. Desmotivación del personal. Mala calidad e inseguridad de la atenciones ofrecidas. Limitaciones de la cobertura. Aumento de los costos de producción. | Las autoridades del SNS toman medida generalizadas afectando a las instituciones de salud que realizan un adecuado manejo de los recursos. Las autoridades de SNS no aplican las sanciones correspondientes a las autoridades de los hospitales que hacen un uso inadecuado de los recursos del estado dominicano. Los hospitales no cuenta con Consejo Admisntrativos que controle las malas ejecutoria de los Directores y donde estos rindan cuenta de sus resultados. |
| | | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|--|---|--|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes. | RIESGOS INTERNOS | | |
| | @ Logística: | | |
| | 1- Falta de supervisión a los encargados de unidades de servicios en control del consumo de materiales y medicamentos | Perdida de recursos. Alto índice de Glosas. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. | El personal operativo incumplen con los procesos y protocolos establecidos. Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | 2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios | Perdida de recursos. Alto índice de Glosas. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. | Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión del personal operativo. No se reúnen periódicamente para evaluar los resultados de desempeño de sus gerencias. No realizan periódicamente encuentro de actualización y capacitación de su personal. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| | @ Control: | | |
| | 3-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI. | No contar con los controles necesarios para garantizar el buen uso de los recursos de la institución. No entrega del presupuesto al hospital, determinado por la contraloría general de la republica. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades. | Escasa importancia por parte de las autoridades y gerentes sobre el conocimiento y cumplimiento de las NOBACI. |
| | 4-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos. | Altos costos de producción. Perdida de competitividad en el mercado. Baja demanda de los servicios. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | Las autoridades y gerentes no utilizan las informaciones generadas por las unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos. No aplican sanciones al personal que no cumple adecuadamente con las disposiciones establecidas en las gerencias. |
| 5- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones | Perdida de recursos. | No se ha definido una política de recepción administración y uso de las donaciones que recibe el hospital. | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|---|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 6- Falta de control de entrada y salida de activos | Perdida de recursos. Altos costos en la producción. | La gerencia de Control de activos fijos, no realiza un adecuado trabajo. No contar con un sistema automatizado de control de activos fijos. No se da cumplimiento al proceso de gestión de los activos fijos. No importanizan estas funciones en la sub-dirección financiera. |
| | @ Monitoreo y Evaluación: | | |
| | 7- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública. | No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | Las autoridades no presentar el análisis de los datos financiero, resultados del hospital y actividades de desarrollos a las autoridades del MSP, para justificar el incremento del presupuesto. |
| | 8-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico. | Desconocimiento de la capacidad instalada y productiva. | No se incorporo la tabla del presupuesto en base a capacidad estimada de producción por año en el documento del plan estratégico. |
| | 9-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica. | Dificultades para planificar y tomar decisiones adecuada desde el punto de vista financiero. | No se incorporo la tabla del presupuesto en base a capacidad estimada de producción por año en el documento del plan estratégico. |
| | 10-Falta de información en el traslado de algunos activos por parte de los encargados de gerencia sin la autorización de la unidad de activo fijo. | Perdida de recursos. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades. Extravió de bienes de la institución. Sustracción de recursos del hospital. | La gerencia de Control de activos fijos, no realiza un adecuado trabajo. No contar con un sistema automatizado de control de activos fijos. No se da cumplimiento al proceso de gestión de los activos fijos. No importanizan estas funciones en la sub-dirección financiera. |
| | 11-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI) | Riesgo de complicaciones y muertes de usuarios por no contar con los recursos necesarios para soporte vitales de los usuarios en estado critico. Riesgos de que los usuarios queden con limitaciones físicas. Demanda medica, descredito del hospital | No se han adquiridos los equipos necesarios para la habilitación de este tipo de ambulancia. Falta de recursos. Las autoridades no priorizan la inversión de los recursos. |
| | 12-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchos gerencias. | Riesgos de oferta servicios de mala calidad y escasa seguridad en la atención. Insatisfacción de los usuarios. Demandas legales. Perdida de recursos. Aumento de los costos. Conflicto entre el personal. | Los gerentes, coordinadores de servicios, personal operativo no cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No se aplican las sanciones establecidas para este tipo de violaciones al cumplimiento en el hospital. |
| | 13- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado | No contar con los controles necesarios para garantizar el buen uso de los recursos de la institución. No entrega del presupuesto al hospital, determinado por la contraloría general de la republica. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades. | Escasa importancia por parte de las autoridades en la adquisición de un sistema informático para las gestiones financieras administrativas. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 14- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental. | Perdidas de recursos. Incrementos de los costos de producción. | No se ha importanzado por las autoridades el mantenimiento de los inventarios actualizados, según la normativas generales. |
| | 15- Sistema de administración y contabilidad no organizado. | Perdidas de recursos. Incrementos de los costos de producción. Riesgo de robos. | No se ha importanzado por las autoridades la buena organización de la contabilidad institucional. |
| | 16- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos. | Incrementos de los costos de producción. No contar con los recursos para enfrentar los compromisos económicos. Descredito comercial del hospital. Cierre de créditos. | No contar con un nivel de control y rendición de cuenta colegiado por encima del Director General. |
| | 17- Manejo centralizado de los recursos | Limitaciones para dar respuestas oportuna a las necesidades de las gerencias. Limitación de la oferta. Incumplimiento de metas de producción. | Aun en el hospital no se realiza el pilotaje para ver la factibilidad de que las gerencias manejen de manera desconcentradas su presupuesto. |
| | 18- Resonador magnético no es propiedad de la institución | Altos costos de producción. Perdida de competitividad en el mercado. Riesgo de que el proveedor decida cerrar el servicio y el hospital no cuente con los recursos para comprar su equipo y no se pueda ofertar el servicio a los usuarios. | El hospital no contaba y no cuenta con los recursos para adquirir el Resonador. |
| | 19- No se realizan estudios de angiotomografía | Limitaciones para dar respuestas oportuna a las necesidades de los usuarios. Retraso en el tratamiento de los pacientes. Incumplimiento de metas de producción. | El Hospital No cuenta con los recursos para dar respuestas a las necesidades de demandas en este orden a los usuarios. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Disponibilidad de recursos: | | |
| | 20-Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria). | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 21-Retraso en el pago de las ARS's. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna. No realizar una adecuada gestión de cobro. No controlar el índice de GLOSAS por parte de los gerentes en sus servicios. |
| | 22-Crisis financiera internacional y nacional. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 23-Aumento de la prima del dólar. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|--|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 24-Congelamiento de cuenta del Hospital. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 25- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No mantener informadas a las autoridades del MSP sobre la necesidad de contar con los recursos de manera oportuna y cantidad suficiente. |
| | 26-Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de reparaciones oportunas. | Sistema de control externo de las instituciones fiscalizadoras de los recursos del estados, lentos y pocos eficaces para dar respuestas a las instituciones prestadora de servicios de salud publico. |
| | 27-Devaluación del peso. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 28-Alto costo de combustibles. | Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos. | No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No poseer planes de instalación de energías alternativas para el hospital. |
| | 29- Limitados créditos en el mercado para el hospital. | No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descredito del Hospital y sus autoridades en el mercado. | No haber garantizado un adecuado pago de los compromisos contraídos. No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 30- Quiebras de ARS. | Perdida de recursos. No contar con los recursos financiero para sustentar la producción del hospital y pagar los compromisos financieros adquiridos. Descredito del hospital. Limite al crédito. | No se ejecuta de manera adecuada la gestión de cobros a las ARS. No se controla o para el servicio a las ARS que presenten retraso en el pago según las normas establecidas por la tesorería de la seguridad social y la SISALRIL. No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. |
| | 31-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral. | Perdida de recursos. No contar con los recursos financiero para sustentar la producción del hospital y pagar los compromisos financieros adquiridos. Descredito del hospital. Limite al crédito. | La SISARIL no regula las ARS's y los convenios que estos tienen con los prestadores de servicios, ya que de manera unilateral estos no pueden cambiar los contratos de compras y ventas de servicios convenidos entre las partes. |
| | @ Medio Ambiente: | | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|---|---|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 32-Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros. | Perdida de recursos. No cumplimiento de las metas de producción. Altos costos de producción. Perdida de competitividad. Insatisfacción de los usuarios. | No contar con planes de contingencias para cuando ocurran eventos naturales de este tipo. No realizar simulacros para estar preparado para cuando ocurran estas situaciones. No contar con seguro de riesgo total de la infraestructura y mobiliario y equipos del hospital. |
| | 33- Subsidio a todos los usuarios que no tienen cobertura de la seguridad social por disposición del Estado Dominicano, sin aumentar el presupuesto para cubrir dicho subsidio. | Perdida de recursos. No contar con los recursos financiero para sustentar la producción del hospital y pagar los compromisos financieros adquiridos. Descredito del hospital. Limite al crédito. | Las autoridades no presentar el análisis de los datos financiero, resultados del hospital y actividades desarrolladas a las autoridades del MSP, para justificar el incremento del presupuesto, cuando se presenten estas exigencias. |
| | | | |
| Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad. | RIESGOS INTERNOS | | |
| | Medio ambiente: | | |
| | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | |
| | 1-Limitada evaluación de acuerdos y convenios. | Desconocimiento del cumplimiento de los objetivos de los contratos y convenios realizados. No aprovechamiento de los resultados de estos convenios. | Las unidades que tienen que ejecutar y hacer operativos estos convenios, no lo ejecutan y/o tampoco evalúan su impacto del logro de los objetivos para lo cual se formularon y firmaron. |
| | 2- No tenemos un equipo deportivo y de recreación. | No se propicia que el personal del Hospital y los miembro de la comunidad interactúen en el ámbito social. Pobre relaciones interpersonales entre el hospital y la comunidad. Escaso apoyo de la comunidad a las acciones sociales desarrollada por el hospital. Trato impersonales por parte del personal a los usuarios externos. | Las autoridades no han importanzado esta estrategia de desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre el personal y entre el personal y la comunidad. |
| | 3- No se evidencia que han involucrado a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización | No se cuenta con el apoyo político frente a las necesidades de relación que debe poseer la institución, para cuando existan conflictos con la comunidad, sociedad civil y/o otras instituciones. | No se documentan las acciones realizadas con los políticos y grupos de interés. No se importanziza este tipo de relaciones para la institución. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | |
| | 4-Poco involucramiento de los lideres comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad. | Critica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital por desconocimiento. | No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los lideres comunitarios. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programático del hospital. |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|---|--|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 5-Dar un matiz político a nivel de la comunidad de las acciones desarrolladas por el hospital en la comunidad. | Descréditos del hospital. Conflictos con los miembros de la comunidad. Percepción de exclusión de las gentes de tendencias políticas diferentes. Reducido apoyo de los miembros de la comunidad a las acciones desarrolladas del hospital. | No se cuida la forma de actuación de las autoridades y personal del hospital en el desarrollo de estas acciones. |
| | 6- Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital. | Descréditos del hospital. Conflictos con los miembros de la comunidad. Percepción de exclusión de las gentes de tendencias políticas diferentes. Reducido apoyo de los miembros de la comunidad a las acciones desarrolladas del hospital. | No se establece claramente la normativa de actuación del hospital en la acciones desarrolladas en la comunidad. No se informa de manera adecuada sobre la actuación del hospital en la comunidad. |
| | 7-El SENASA no brinda cobertura a todos los necesitados que cumplan con las especificaciones técnicas para ser afiliados al SENASA y el hospital tiene que asumir la atención de estos pacientes que no están carnetizados y migrantes. | Perdida de recursos. No poder cubrir las necesidades y compromisos económicos del hospital. Incapacidad para manejar la demanda de los servicios. Perdida de calidad y alto nivel de insatisfacción de los usuarios. Limitada la capacidad para gestionar de manera adecuada el hospital. | El SENASA con realiza de manera adecuada sus funciones. Limitación de Recursos para cubrir la población. |
| | 8- Ley de libre acceso a la información. | Uso inadecuado de las informaciones suministradas por el hospital. Descrédito del hospital por el uso fuera de contextos de las informaciones. | No cumplimiento con las normativas de entrega de información. |
| | 9- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningocosemia) | Riesgos de enfermedades para los usuarios y personal. Limitaciones de producción. Descréditos del hospital. | No cumplimiento con las medidas de bioseguridad establecidas. No detectar a tiempo las patologías infectocontagiosas. No Reportar de manera oportuna a epidemiología y al comité de control de infecciones las situaciones |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|---|--|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital. | RIESGOS INTERNOS | | |
| | Satisfacción de los usuarios: | | |
| | Ver Objetivo 2 de satisfacción de los usuarios. | | |
| | 1- No contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.. | Desconocimientos de informaciones valiosas del hospital. Critica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativas desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital. | No se ha importanzado el desarrollo de este medio de comunicación del hospital. |
| | 2-Mal uso de la terminología de parte de los empleados cuando hay un equipo fuera de servicio o en mantenimiento | Desinformación. Descréditos del Hospital. | Los gerentes no informan a los colaboradores la manera correcta de informar cuando por alguna razón los equipos están fuera de servicios. |
| | 3-Impuntualidad en la prestación de los servicios, específicamente en las gerencias médicos. | Insatisfacción de los usuarios. Descredito del Hospital. Baja la demanda de los servicios. Perdidas de recursos. Escaso logro de las metas. | Los gerentes de los servicios no realizan de manera adecuada sus funciones. Escasa supervisión y exigencia al personal. |
| | 4-Falta de funcionamiento de call center | Dificultad para las personas realizar sus citas sin necesidad de acudir al hospital. Aumento de las citas programadas y que no acuden los usuarios. Perdida de recursos. Baja productividad. Aumento de los costos para los usuarios y la institución. No aprovechamiento de espacios para las consultas de los usuarios que no acudirán a sus citas. Aumento de la lista de espera. Descredito del Hospital. Insatisfacción de los usuarios. | No se ha importanzado la función estratégica que posee el Call Center para el hospital y los beneficios que se lograr al tenerlo y mantenerlo funcionando. |
| | 5-No se evidencia que se haya realizado un estudio de impacto medioambiental. | Se desconoce el impacto en termino de contaminación que tiene el hospital en el área de influencia geográfica. No se puede desarrollar planes de mejorías de las debilidades identificadas. | Los técnicos del hospital no saben realizar una evaluación de impacto medio ambiental. No se ha solicitado al Ministerio de Medio ambiente la realización de la evaluación. |
| | 6-No se evidencia que se mida el comportamiento ético de la organización. | Se desconoce si en el hospital existen violaciones al código de ética del trabajador publico. No se pueden tomar medidas para corregir estas violaciones por desconocimiento. | No se ha solicitado la evaluación a la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental. |
| 7- No existe un plan de comunicación que establezca el control de crisis de comunicación y medios. | Descredito del hospital sin fundamentos. Crisis institucional frente a la sociedad civil. Cambio de las autoridades sin razón, solo por rumor publico. | No se ha importanzado la formulación del Plan de Control de crisis de comunicación y medios. Incapacidad técnica del gerencia de comunicación para formularlo. | |

| Objetivos | Riesgos y Aspectos | Factores de Riesgo | |
|-----------|--|---|---|
| | | Impacto | Probabilidad |
| | 8- Falta sistema de comunicación permanente de la institución hacia la población, que permita a la misma orientar, informar y edificar en torno a las acciones que cotidianamente realiza el hospital (boletines) | Desconocimiento de la población de las cosas que realiza el hospital. Escasa valoración de la población del hospital por falta de conocimiento. | No se ha importantizado la formulación del Plan de comunicación y medios. Incapacidad técnica del gerencia de comunicación para formularlo. |
| | RIESGOS EXTERNOS | | |
| | Difusión de Información: | | |
| | 9-Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación. | Insatisfacción. Descrédito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. No cumplir con los resultados establecidos en el hospital. |
| | Satisfacción de los usuarios: | | |
| | 10-Uso anti-ético de los medios de comunicaciones locales TV, tele cable, teléfono. | Descréditos del hospital y sus autoridades. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. | No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. |
| | 11-Cambios políticos que desconozcan el concepto de organización y gestión del Hospital. | Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. | No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. |
| | | | |

C) Matriz Valoración de Riesgos para el Logro de los Objetivos.

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|---|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | | | | |
| | 1- Incumplimiento de los protocolos y procesos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 3- Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | @ Recursos Humanos: | | | | | |
| | 4- Falta de personal en algunos servicios. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 5- Falta de integración de los gerentes al proceso de distribución y asignación de incentivos | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 6- Falta de difusión al personal de la distribución y entrega de los incentivos. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 7- Falta de adecuación de los incentivos en base a resultados. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 8- No se realiza la revisión legal de los consentimientos informados en todos los procedimientos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 9- Incumplimiento de horario. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 11- Falta de medición del impacto que produce la educación continuada en los recursos humanos | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 12- Algunos gerente no identificados con la institución en vista de que no realizan las funciones relacionadas con supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| 13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |
| 14- Falta de personal de limpieza en algunas áreas | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 15- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Educación Continua y Capacitación: | | | | | |
| | 16- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 17- La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 18- Baja productividad en algunas gerencias | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Monitoreo y Evaluación: | | | | | |
| | 19- Escaso seguimiento por parte de los gerentes a las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los Gerentes Operativos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 20- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 21- Ejecución parcial del plan de capacitación | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | Estandarización | | | | | |
| | 22- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 23- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 24- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 25- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 26- No se implementa el consentimiento informado a todos los usuarios ingresados para fines quirúrgicos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 27- No todas las especialidades le dan prioridad al llenado previo del consentimiento informado. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 28- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 29- No se difunde el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre, ni se actualiza ni se realizan simulacros periódicamente | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Infraestructura y Equipos | | | | | |
| | 30- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 31-Deterioro del sistema de aire acondicionado. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 32- Puesta en funcionamiento parcial de las central de la esterilización | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 33-Deterioro del área de parqueos (asfaltado) | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 34-No se cuenta con el plan y croquis de evacuación y seguridad en caso de desastre. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 35-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 36- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 37- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 38- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como es Endocrinología, entre otras | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 39- Equipo de tomografía y resonancia magnética fuera de servicio. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 40- No se ha implementado un centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Logísticas | | | | | |
| | 41- Falta de Sangre en ocasiones. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | | | | |
| | 42- Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01). | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 43- Volver a centralizar la gestión del hospital. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 44- Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 45- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles) | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 46-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Recursos Humanos | | | | | |
| | 47-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud. | 2 | 1 | 2 | 1 | Bajo |
| | 0 | | | | | |
| | Resultados: | | | | | |
| | 48- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 49-Sobredemanda de los servicios. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 50-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones). | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 51-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 52-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | Evaluaciones externas | | | | | |
| | 53- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | Información y Acceso | | | | | |
| | 0 | | | | | |
| | @ Medio Ambiente, confort e higiene | | | | | |
| | 1- La higiene en el área de la cafetería delantera, acumulan basura en el piso y ensucia mucho por la gran cantidad de personas que asisten | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 2- No designación de personal en el call center | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 3-Escaso número de habitaciones privadas. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 4-Sobreocupación de camas por habitación y la falta de privacidad en las mismas de usuarios ingresado. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 5-Ubicación inadecuada del reloj ponchador, personas se aglomeran enfrente. | 2 | 1 | 2 | 1 | Bajo |
| | Trato a los usuarios | | | | | |
| | 0 | | | | | |
| | Seguridad | | | | | |
| | 6-El acceso norte- sur es un posible generador de accidentes de tránsito. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 7-Control del parqueo destinado para los usuarios. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 8-No utilización por parte del personal, parqueos asignados en la parte de emergencias | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 9- No respeto de los turnos de los usuarios en la sala de espera | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 10- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual) | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 11-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | | | | | | |
| | Información y Acceso | | | | | |
| 12-Falta de publicación de casos relevantes. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |
| 13- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |
| @ Comunicación Gerencial | | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 14- Debilidad en la planificación del uso de consultorios. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | USUARIOS EXTERNOS: | | | | | |
| | Área Consulta Externa: | | | | | |
| | 15- El 37.5% no reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 16- El 88.7% no conoce el nombre de la enfermera que le asistió. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 17-El 44.3% no conoce el nombre del médico que le asistió. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 18- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 19- EL 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | Área Hospitalización: | | | | | |
| | 20- El 54.2% conoce el nombre de la enfermera que le atendieron regularmente. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 21- 37.5% no reconocía o le habían informado alguna manera de expresar cualquier queja o problema a las autoridades de la institución | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 22- El 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 23- El 44.3% No conoce el nombre del médico. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 24- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | Área Emergencia: | | | | | |
| | 25-El 88.7% de los entrevistados no conoce el nombre del médico que le atendió. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 26- El 81.1% de los entrevistados no conoce el nombre de la Enfermera que le atendió. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 27- El 14.8% de los entrevistados considera que debe mejorar el tiempo de espera para Cirugía. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 28- El 34% de los entrevistados considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | USUARIOS INTERNOS: | | | | | |
| | 29- El 27.9% dice que no se realizan actividades de recreación con su equipo de trabajo. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 30- El 63.2% Considera que su salario no es acorde con sus funciones laborales. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 31- El 20.6% no dispone de los materiales mínimos para realizar su trabajo. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | Responsabilidad y Control: | | | | | |
| | 32- No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 33- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Resultados: | | | | | |
| | 34- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | Legales: | | | | | |
| | 35- Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |
| | Seguridad | | | | | |
| | 36- Poca seguridad vial para llegar al hospital. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 37- Falta de hotelería en la zona. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 38- Granjas de animales en las periferias del hospital | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | Acceso | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 39-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |
| Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación. | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | 0 | | | | | |
| | Planificación-Control: | | | | | |
| | 1-Debilidad en lograr las metas producción en el área de hospitalización. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 2-Baja utilización capacidad productiva Instalada. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 3-Falta de espacios para el área de archivo | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 4-Caducidad de la estructura informática de la institución. | | | | | |
| | Capacitación y Sensibilización | | | | | |
| | 5-Falta de homologación del sistema financiero del hospital. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 0 | | | | | |
| | Recursos Humanos | | | | | |
| | 6-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 7- Tener mayor personal contratado que el personal fijo de acuerdo al sistema de la Contraloría General de la Republica. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 8-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 9- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 10-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| 11- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |
| 12- Desorganización de récord clínico físico del usuario. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |
| 13- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |
| 14-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 15-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 16- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 17- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 18- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 19- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 20- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 21- No se respeta la disciplina y discreción en el personal | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 22- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Planificación-Control: | | | | | |
| | 23-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |
| | Factores Logística e Información: | | | | | |
| | 24-Los llamados a huelga de los gremios profesionales. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 25-Campaña de descrédito del hospital. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 26-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 27-Ausencia de una red estructurada de atención, (referencia y contra referencia) | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 28-Tener que admitir aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | Capacidad Instalada y Resolutiva: | | | | | |
| | 1-La falta de un sistema crediticio confiable que permita evaluar a un paciente. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 2-Falta de un fondo especial para áreas y situaciones críticas., (mantenimiento) | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 0 | | | | | |
| | Equipos e infraestructura | | | | | |
| | 3-Falta de equipos en algunos servicios. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 5-Falta climatización en algunas áreas. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 6- Equipos depreciados y obsoletos y no contamos con los recursos para reponer y adquirir equipos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 7- Existencia de un solo chiller en funcionamiento | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 8- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 9- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 10- Incumplimiento del plan de mercadeo y de negocio definido | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 11- Falta de implementación de un club de donantes de sangre | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 12- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| 13- Ausencia de un plan de comunicación de la cartera de servicio del hospital | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |
| Disponibilidad de Recursos: | | | | | | |
| 14- Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio | |
| 15- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 16- Falta de pago oportuno a los suplidores. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | Tecnología | | | | | |
| | 0 | | | | | |
| | 17-Ausencia de sistema de información financiera | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 18- No contar con equipo de resonancia magnética propio | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | @ Registro de Información y Datos. | | | | | |
| | 19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende pérdidas de recursos. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 20- Falta de supervisión de las áreas alquiladas por la institución | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 21- Falta de control eficiente para garantizar el trabajo adecuado de los trabajadores sociales. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Factores del Mercado: | | | | | |
| | 22-El alto costo del servicio energético. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 23-Cambios de gobiernos locales y nacionales. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 24-Inestabilidad económica | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 25- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado. | 2 | 1 | 2 | 1 | Bajo |
| | 26- Huelga de gremios | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 27- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 28-Retraso en la entrega de los fondos asignados. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 29- Fallo de suministro de la energía de la red pública | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 30-Aumento del costo de combustibles. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 31-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 32- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 33-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 34- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 35- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 36-Quiebras de ARS's. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | Factores Competitivos: | | | | | |
| | 37- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad. | 2 | 1 | 2 | 1 | Bajo |
| | 38-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 39- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Factores Medioambientales: | | | | | |
| | 40- El país se encuentra en la ruta de huracanes. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 41-Fallas geológicas y movimientos telúricos. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 42- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | Factores de demanda de los servicios: | | | | | |
| | 43-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros) | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 44- La designación de autoridades en el sector salud que se opongan o resistan al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01) | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 45- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 46- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 47- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud. | 2 | 3 | 6 | 3 | Alto |
| | 0 | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|--|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes. | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | @ Logística: | | | | | |
| | 1- Falta de supervisión a los encargados de unidades de servicios en control del consumo de materiales y medicamentos | 2 | 3 | 6 | 3 | Alto |
| | 2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios | 2 | 3 | 6 | 3 | Alto |
| | @ Control: | | | | | |
| | 3-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 4-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 5- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 6- Falta de control de entrada y salida de activos | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | @ Monitoreo y Evaluación: | | | | | |
| | 7- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 8-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 9-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 10-Falta de información en el traslado de algunos activos por parte de los encargados de gerencia sin la autorización de la unidad de activo fijo. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 11-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI) | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 12-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchas gerencias. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 13- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| 14- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |
| 15- Sistema de administración y contabilidad no organizado. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |
| 16- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| | 17- Manejo centralizado de los recursos | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 18- Resonador magnético no es propiedad de la institución | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 19- No se realizan estudios de angiotomografía | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Disponibilidad de recursos: | | | | | |
| | 20- Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria). | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 21- Retraso en el pago de las ARS's. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 22- Crisis financiera internacional y nacional. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 23- Aumento de la prima del dólar. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 24- Congelamiento de cuenta del Hospital. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 25- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 26- Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 27- Devaluación del peso. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 28- Alto costo de combustibles. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 29- Limitados créditos en el mercado para el hospital. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 30- Quiebras de ARS. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 31- La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | @ Medio Ambiente: | | | | | |
| | 32- Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 33- Subsidio a todos los usuarios que no tienen cobertura de la seguridad social por disposición del Estado Dominicano, sin aumentar el presupuesto para cubrir dicho subsidio. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto |
| | 0 | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad. | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | Medio ambiente: | | | | | |
| | 0 | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | | | | |
| | 1-Limitada evaluación de acuerdos y convenios. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 2- No tenemos un equipo deportivo y de recreación. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 3- No se evidencia que han involucrado a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | | | | |
| | 4-Poco involucramiento de los líderes comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 5-Dar un matiz político a nivel de la comunidad de las acciones desarrolladas por el hospital en la comunidad. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 6- Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 7-EI SENASA no brinda cobertura a todos los necesitados que cumplan con las especificaciones técnicas para ser afiliados al SENASA y el hospital tiene que asumir la atención de estos pacientes que no están carnetizados y migrantes. | 3 | 3 | 9 | 3 | Alto |
| | 8- Ley de libre acceso a la información. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| 9- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningococosemia) | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto | |
| 0 | | | | | | |

| Objetivos (Metas) | Riesgos | Evaluación del Riesgo | | | | |
|--|---|-----------------------|--------------|-------------------|-------|-------|
| | | Calificación | | Nivel de Gravedad | | |
| | | Impacto | Probabilidad | Calificación | Valor | Nivel |
| Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital. | RIESGOS INTERNOS | | | | | |
| | Satisfacción de los usuarios: | | | | | |
| | Ver Objetivo 2 de satisfacción de los usuarios. | | | | | |
| | 1- No contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 2-Mal uso de la terminología de parte de los empleados cuando hay un equipo fuera de servicio o en mantenimiento | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 3-Impuntualidad en la prestación de los servicios, específicamente en las gerencias médicos. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 4-Falta de funcionamiento de call center | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 5-No se evidencia que se haya realizado un estudio de impacto medioambiental. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 6-No se evidencia que se mida el comportamiento ético de la organización. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 7- No existe un plan de comunicación que establezca el control de crisis de comunicación y medios. | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | 8- Falta sistema de comunicación permanente de la institución hacia la población, que permita a la misma orientar, informar y edificar en torno a las acciones que cotidianamente realiza el hospital (boletines) | 2 | 2 | 4 | 2 | Medio |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | |
| | Difusión de Información: | | | | | |
| | 9-Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio |
| | 0 | | | | | |
| Satisfacción de los usuarios: | | | | | | |
| 10-Uso anti-ético de los medios de comunicaciones locales TV, tele cable, teléfono. | 3 | 2 | 6 | 3 | Alto | |
| 11-Cambios políticos que desconozcan el concepto de organización y gestión del Hospital. | 3 | 1 | 3 | 2 | Medio | |
| | | | | | | |

D) Matriz Plan Mitigación Riesgos (debilidades y amenazas), para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el 2017.

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|--|--|-------------------|---|--|--|-----------------|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | | | | | | | | |
| | 1- Incumplimiento de los protocolos y procesos. | 3 | Alto | Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos. Realizar auditorias de Procesos. Presentar plan de intervención para corregir dificultades. Cumplir Plan de Intervención. | Sub-Dirección Planificación. Gerentes gerencias. | | | | Instrumento de Evaluación. Informe de Evaluación. Plan de Intervención. | % de Actividades del Plan Programadas y Ejecutadas. |
| 2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS. | 2 | Medio | Campaña de educación e información interna (brochure, talleres). Aprovechamiento de ejemplares de la LGS y LSS a los RRHH. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de ambas leyes. | Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría Legal Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos gerencia Educación Continua gerencia Tecnología de la información. | | | | Informe de Actividades Realizadas | Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Leyes en pagina Web. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 3- Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH. | 2 | Medio | Campaña de educación e información interna (brochure, talleres). Aprovechamiento de ejemplares del Decreto a los RRHH. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica del Decreto | Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría Legal Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos gerencia Educación Continua gerencia Tecnología de la información. | | | | Informe de Actividades Realizadas | Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Decreto en pagina Web. | |
| | @ Recursos Humanos: | | | | | | | | | | |
| | 4- Falta de personal en algunos servicios. | 3 | Alto | En base a los requerimientos de personal establecidos en el Plan de Inversión, definir las prioridades de recursos humanos y en la medida que las posibilidades económicas lo permitan, proceder a la contratación del personal. Informar a las autoridades de la dirección regional y el SNS sobre las necesidades de personal. | Sub-Director medico. Sub-Directora de RR.HH Gerentes. | | | | Prioridades de Recursos Humana establecida. Solicitud autoridades. Informe de Nombramientos Realizados | % nivel cumplimiento inversión recursos humanos | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 5- Falta de integración de los gerentes al proceso de distribución y asignación de incentivos | 2 | Medio | Realizar la capacitación nueva vez del personal gerencia sobre el sistema de incentivos utilizado para la distribución de los recursos económicos del plan. Exigir a los Gerentes que presente la modalidad del sistema de incentivos a su personal. | Dirección General. Sub-directores. Gerentes | | | | Listado participantes en la capacitación sobre incentivos. Informe de actividades realizadas con el personal operativo | % de los colaboradores que conoce el sistema utilizado para la distribución de los incentivos. | |
| | 6- Falta de difusión al personal de la distribución y entrega de los incentivos. | 2 | Medio | Exigir a los Gerentes que presente la modalidad del sistema de incentivos a su personal. Realizar la presentación a su personal operativo. | Dirección General. Sub-directores. Gerentes | | | | Listado participantes en la capacitación sobre incentivos. Informe de actividades realizadas con el personal operativo | % de los colaboradores que conoce el sistema utilizado para la distribución de los incentivos. | |
| | 7- Falta de adecuación de los incentivos en base a resultados. | 3 | Alto | Los Gerentes operativos deben de explicarles a su personal operativos de los incentivos económicos que le son entregados periódicamente y la forma en que se distribuyen. | Gerentes | | | | Informe de Reuniones para informar sobre los incentivos. | % de Usuarios que informan han recibidos incentivos. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 8- No se realiza la revisión legal de los consentimientos informados en todos los procedimientos. | 3 | Alto | Exigir que todos los usuarios que van a realizarse un procedimiento que conlleve riesgos mayores se le presente el consentimiento informado y que sea firmado. Gerentes deben supervisar que la disposición sea cumplida por el personal operativo. No permitir que los usuarios que no poseen su consentimiento informado firmado ingresen en el área del bloque quirúrgico. Aplicar sanciones al personal reincidente. | Enfermera supervisora del bloque quirúrgico. Gerentes | | | | Disposición de la dirección general. Informe de evaluación . Informe de usuarios que llegaron sin consentimiento al área quirúrgico. | % de Usuarios operados con consentimientos firmados. | |
| | 9- Incumplimiento de horario. | 3 | Alto | Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en el área de Consultas. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con el Horario establecido. Aplicar régimen de consecuencia para los gerentes que no tengan control de su personal. | Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. | | | | Informes de Supervisión. | % de cumplimiento del personal según el horario establecido. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado | 3 | Alto | Evaluar la factibilidad de implementar la modalidad de sub-contratación para servicios específicos. | Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de análisis | % de empleados bajo de la modalidad de sub-contratación. | |
| | 11- Falta de medición del impacto que produce la educación continuada en los recursos humanos | 2 | Medio | Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. Evaluar el grado de conocimiento adquiridos de los participantes en las diversas capacitaciones. | Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub- Dirección Académica. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de Actividades Realizadas. | % de Actividades de Capacitaciones Realizadas según la programadas. Índice de conocimiento adquiridos en las capacitaciones. | |
| | 12- Algunos gerente no identificados con la institución en vista de que no realizan las funciones relacionadas con supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia. | 2 | Medio | Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos. | Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de Empleados Contratado | % Nivel de desempeño de los Gerentes mayor de 80%. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencias. Desvincular los gerentes que no poseen un adecuado desempeño | Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes | | | | Informe de Acciones de Personal para gerentes | % de acciones de personal, en base a Platilla promedio de empleados |
| | 14- Falta de personal de limpieza en algunas áreas | 2 | Medio | Realizar evaluación de necesidades de personal de limpieza. Presentar informe. Tomar decisiones. Contratar personal. | Dirección General. Sub-dirección RR.HH, Sub-dirección Servicios Generales de Apoyo y Gerente Limpieza. | | | | Informe levantamiento necesidades. Contrato personal limpieza. | % de necesidad satisfecha de empleados de limpieza. |
| | 15- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes. | 3 | Alto | Cumplir con el proceso establecido de entrevista y selección del personal. | Dirección General. Sub-Gestión Talento Humano. Gerentes. | | | | Comunicación convocatoria reunión. Informe de análisis. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de Personal contratado que cumplen con el perfil del cargo |
| | Educación Continua y Capacitación: | | | | | | | | | |
| | 16- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada. | 2 | Medio | Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. | Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub-Dirección Académica. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de Actividades Realizadas. | % cumplimiento Plan de capacitación para el periodo. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 17- La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones. | 2 | Medio | Realizar evaluación de necesidades para habilitar la Biblioteca. Realizar cotización necesidades. Evaluar cotizaciones. Analizar la disponibilidad de recursos para dar respuestas a las necesidades. Adquirir y habilitar biblioteca. | Dirección General. Sub-dirección académica. Gerencia Informática. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe evaluación. Cotización. Ordenes de compras. | Biblioteca Instalada y funcionando. | |
| | 18- Baja productividad en algunas gerencias | 3 | Alto | Realizar evaluación de la situación que determina la baja productividad. Informe de situación. Elaborar plan de intervención. Ejecutar Plan de intervención. | Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección Planificación. Gerencia correspondiente. | | | | Informe de evaluación. Plan de Intervención. Informe ejecución plan. | % Cumplimiento meta producción e indicadores. | |
| | Monitoreo y Evaluación: | | | | | | | | | | |
| | 19- Escaso seguimiento por parte de los gerentes a las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los Gerentes Operativos. | 3 | Alto | Definir la estructura del informe que cada Gerente debe enviar mensualmente a la Sub-dirección correspondiente. Evaluar Nivel de Cumplimiento. Definir Plan de Intervención cuando no se cumple con las metas. | Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes. | | | | Estructura de Informe Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados. | Índice de Informes Entregados. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 20- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros. | 3 | Alto | Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir el no cumplimiento de las NOBACI. | Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes. | | | | Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados. | Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido. | |
| | 21- Ejecución parcial del plan de capacitación | 2 | Medio | Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. | Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub- Dirección Académica. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de Actividades Realizadas. | Índice de Actividades de Capacitaciones Realizadas | |
| | Estandarización | | | | | | | | | | |
| | 22- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos. | 3 | Alto | Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos y protocolos. Realizar auditorías de Procesos y cumplimiento de protocolos. Presentar plan de intervención para corregir dificultades. Cumplir Plan de Intervención. | Sub-Dirección Planificación. Gerentes. Gerencia Monitoreo y evaluación. | | | | Instrumento de Evaluación. Informe de Evaluación. Plan de Intervención. | % de Actividades del Plan Programadas y Ejecutadas. % cumplimiento procesos y protocolos | |
| | 23- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras. | 3 | Alto | Continuar con la implementación del Software Clínico adquirido. | Sub-Director de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Informe nivel implementación Sistema Clínico. | % implementación Sistema de Gestión Clínico. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 24- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias | 3 | Alto | Dirección General debe solicitar informe periódico a los gerentes de sus áreas, sobres los aspectos que estos deben mantener una supervisión continua, como: Cumplimiento protocolos, registros de información, Trato a los usuarios, uso correcto de los equipos e insumos del gerencia, Cumplimiento de Horario, Cumplimiento de metas de los indicadores de calidad, satisfacción, desempeño técnico, producción, entre otros. Aplicar régimen de consecuencias a los gerentes y personal operativo que no cumpla con los protocolos y procesos establecidos. | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes. Personal Operativo. | | | | Informe presentado por los Sub-Directores y Gerentes. | % de Cumplimiento de Protocolos y procesos. % cumplimiento de las metas de calidad, satisfacción, desempeño técnico, producción establecidas por gerencia. | |
| | 25- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad | 3 | Alto | Dirección General, Sub-Directores deben aplicar el régimen de consecuencia establecido, cuando gerentes y/o encargados no aplican y/o no exigen a su personal el cumplimiento de los protocolos y | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes gerencias. Personal Operativo. | | | | Informe de Incumplimiento de las Normas y procesos de Bioseguridad. Informe de Sanciones aplicadas al personal correspondiente. | % cumplimiento normas y procesos de Bioseguridad | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | procesos para control de Bioseguridad. | | | | | | | |
| | 26- No se implementa el consentimiento informado a todos los usuarios ingresados para fines quirúrgicos. | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencias. Desvincular los gerentes que no poseen un adecuado desempeño | Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones. Unidad de Control Bioseguridad | | | | Informe de evaluación de cumplimiento de los consentimientos informados. Informe de evaluación desempeño gerentes. Sanciones aplicadas al personal que no cumple con informar y entregar el consentimiento informado. | % de usuarios que deben poseer consentimiento informado con consentimiento. | |
| | 27- No todas las especialidades le dan prioridad al llenado previo del consentimiento informado. | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencias. Desvincular los gerentes que no poseen un adecuado desempeño | Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones. Unidad de Control Bioseguridad | | | | Informe de evaluación de cumplimiento de los consentimientos informados. Informe de evaluación desempeño gerentes. Sanciones aplicadas al personal que no cumple con informar y entregar el consentimiento informado. | % de usuarios que deben poseer consentimiento informado con consentimiento. | |
| | 28- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades. | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencias. Desvincular los gerentes que no poseen un adecuado desempeño | Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones. Unidad de Control Bioseguridad | | | | Informe de evaluación de cumplimiento de Check List. Informe de evaluación desempeño gerentes. Sanciones aplicadas al personal que no cumple con los procesos y protocolos. | % de usuarios con Check List en el bloque quirúrgico. | |
| | 29- No se difunde el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre, ni se actualiza ni se realizan simulacros periódicamente | 3 | Alto | Programar los encuentros de difusión del Plan de Evacuación con todo el personal. Realizar los encuentros de difusión. Programar y Realizar los simulacros. | Sub-Dirección Médica. Gerencia de Urgencia / Emergencia. Sub-Dirección Servicios Generales | | | | Programa de Difusión. Informe de Capacitaciones. Programa de Simulacros. Informe de Simulacros realizados. | % de Empleados capacitados en el Plan de Evacuación. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | Infraestructura y Equipos | | | | | | | | | |
| | 30- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital. | 3 | Alto | Dar cumplimiento al Plan de mantenimiento preventivo definido en el hospital. | gerencia de Mantenimiento. | | | | Plan de Mantenimiento Preventivo Elaborado. Informe de ejecución del Plan. | % de actividades programadas en el periodo y ejecutadas. |
| | 31-Deterioro del sistema de aire acondicionado. | 3 | Alto | Dar cumplimiento al Plan de mantenimiento preventivo y/o reparaciones al sistema de aire acondicionado definido en el hospital. | gerencia de Mantenimiento. | | | | Plan de Mantenimiento Preventivo Elaborado. Informe de ejecución del Plan. | % de actividades programadas en el periodo y ejecutadas. |
| | 32- Puesta en funcionamiento parcial de las central de la esterilización | 3 | Alto | Finalizar la reparación del sistema de osmosis. Poner a funcionar sistema. | Dirección General. gerencia de Mantenimiento. | | | | Solicitud Reparación. Informe de Reparación. Factura de pago reparación. | |
| | 33-Deterioro del área de parqueos (asfaltado) | 2 | Medio | Evaluar condición del asfaltado. Solicitar Cotización de reparación asfaltado. Valorar cotización. Evaluar disponibilidad financiera para la reparación. O Realizar solicitud a la OISOE o Ministerio de Obra publica que realicen el asfaltado de las calles del Hospital. | Dirección General. gerencia de Mantenimiento. | | | | Informe de evaluación. Cotización. Solicitud OISOE o Ministerio de Obra Publica. | |
| | 34-No se cuenta con el plan y croquis de evacuación y seguridad en caso de desastre. | 3 | Alto | Realizar levantamiento de necesidades para la ruta de evacuación. Formular los croquis de evacuación de las áreas. Cotizar y comprar señalizaciones. Plastificar Croquis. | Dirección General. gerencia de Mantenimiento. Asesores. | | | | Informe de evaluación. Cotización. Croquis elaborados. Señalizaciones y Croquis colocados en las áreas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Colocar señalizaciones y Croquis en las áreas. | | | | | | |
| | 35-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados. | 3 | Alto | Los Sub-directores realizar evaluaciones del desempeño de los gerentes y Gerente de gerencias. | Sub-Directores. Gerencia de recursos humanos. Gerente servicios. | | | | Informe de Evaluaciones. | |
| | 36- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria | 3 | Alto | Realizar un levantamiento e identificar los equipos que hay que reparar y adquirir del gerencia de limpieza. Presentar informe a la Dirección General. Realizar cotización de necesidades. Identificar fondos para la adquisición y reparaciones. Valorar Cotización. Establecer prioridades. Preparar cronograma en base a prioridades de reparaciones y adquisiciones para el gerencia de Limpieza. Presentar informe sobre ejecución Plan de Reparaciones y Adquisiciones. | gerencia de Limpieza. Sub-Dirección Servicios Generales. Dirección General. gerencia de compras. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe levantamiento necesidades. Cotizaciones. Informe Priorización. Ordenes de Compras. | % de Reparaciones y adquisiciones realizadas según cronograma. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 37- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos | 3 | Alto | Identificar que es lo que se necesita para realizar un adecuado manejo y tratamiento de los residuos biológico. Presentar informe a la Dirección General. Realizar cotización de necesidades. Identificar fondos para la adquisición y reparaciones. Valorar Cotización. Establecer prioridades. Preparar cronograma en base a prioridades de reparaciones y adquisiciones para el servicio control bioseguridad. Presentar informe sobre ejecución Plan de Reparaciones y Adquisiciones. | Servicio Bioseguridad. Sub-Dirección Servicios Generales. Dirección General. gerencia de compras. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe de necesidades. Informe de cotizaciones. Informe de avance del plan de corrección de necesidades. | % cumplimiento normas y procesos del adecuado manejo de los residuos biológicos. | |
| | 38- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como es Endocrinología, entre otras | 2 | Medio | Realizar análisis de necesidades de demanda para la incorporación de otras especialidades, para ofrecer cuidados integrales a los usuarios. Presenta análisis. Evaluar situación económica. Evaluar factibilidad económica. Solicitar curriculum. Entrevista y selección del personal en base al proceso establecido. | Sub-Dirección Medica. Gerente medicina Interna. Gerente Cirugía General. Sub-Dirección Recursos Humanos. Servicio Atención al Usuario. Servicio de Comunicación y Relaciones Publica. | | | | Informe de análisis de Demanda de los servicios, no presente. Informe de factibilidad económica. Cartera de servicio que se incorporara. | Incorporación de las especialidades establecidas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------|--|--|-----------------|---------------------|---|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Difundir entre los usuarios la incorporación de los nuevos servicios. Prestar adecuadamente los servicios. | | | | | | |
| | 39- Equipo de tomografía y resonancia magnética fuera de servicio. | 3 | Alto | Continuar analizando la posibilidad de reparar o adquirir tomógrafo. Tomar la decisión que mas convenga económica para el hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Medica. gerencia de Imagenología. Sub-Dirección Financiera. | | | Cotizaciones. Informe de decisiones tomadas. | Tomógrafo Funcionando | |
| | 40- No se ha implementado un centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos | 3 | Alto | Realizar un levantamiento e identificar los equipos adquirir. Presentar informe a la Dirección General. Realizar cotización de necesidades. Identificar fondos para la adquisición. Valorar Cotización. Preparar cronograma adquisición. Presentar informe sobre ejecución Plan Adquisición. | gerencia TI. Sub-dirección Planificación. Sub-Dirección General. Sub-Dirección Financiera Administrativa | | | Informe de necesidades. Cotizaciones. Informe Disponibilidad de Fondos económicos. Adquisición del sistema. | Centro de datos con sistema de prevención y supresión de incendios. | |
| | Logísticas | | | | | | | | | |
| | 41- Falta de Sangre en ocasiones. | 3 | Alto | Analizar la situación. Definir estrategias para captar sangre para el hospital. Implementar estrategias. | Sub-Dirección Medica. Gerencia Laboratorio. Gerencia comunicación. | | | Informe análisis. Informe de estrategias Implementada. | % de Usuarios que requieren transfusiones que se le suministra con sangre del hospital. | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | |
| | Factores de Gobierno y Legales: | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 42- Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01). | 2 | Medio | Mantener actualizado los protocolos de atención asistencial. Cumplir con los protocolos. Evaluar periódicamente el nivel de cumplimiento. Definir los documentos de consentimiento informado. Firmar todos los consentimientos informados por los usuarios. | Gerentes de las diferentes áreas. Personal operativo asistencial. | | | | Protocolos Formulados. Consentimientos Informados Formulados. | Índice Nivel Cumplimiento Protocolos. Índice Cumplimiento Firma de Consentimientos Informados. | |
| | 43- Volver a centralizar la gestión del hospital. | 2 | Medio | Definir programa encuentro con líderes, periodistas y políticos de las zonas y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros. | Director general. Gerente de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Actividades Realizadas. | Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas. | |
| | 44- Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención. | 2 | Medio | Mantener un adecuado cumplimiento de las metas de calidad y satisfacción de los usuarios en el Centro. | Autoridades, Gerentes del Hospital, personal Operativo | | | | Informe Nivel de los Indicadores establecidos. | Nivel Cumplimiento Indicadores calidad y satisfacción según las metas establecidas. | |
| | 45- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles) | 3 | Alto | Solicitar tasación y cotización del seguro de líneas aliadas. Evaluación de cotizaciones. En la medidas las posibilidades | Director General. Sub-Directora Financiera Gerente de Mantenimiento | | | | Cotizaciones | % de Activos del Hospital Cubierto por seguro. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | económicas lo permitan adquirir el seguro. | | | | | | |
| | 46-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente. | 3 | Alto | Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situación en el Hospital. Solicitar entrevista con el Contralor General de la Republica para explicarles las dificultades ocasionadas por el retraso en las aprobaciones. | Director General. | | | | Solicitud de reunión. Informes de reuniones | Tiempo promedio para dar respuestas por parte de la contraloría de la republica a las solicitudes de adquisiciones del hospital |
| | Recursos Humanos | | | | | | | | | |
| | 47-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud. | 1 | Bajo | Desarrollar actividades de motivación y valoración de los empleados a la institución que pertenecen. | Sub-Dirección de Gestión de los Recursos Humanos y Gerentes. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | Resultados: | | | | | | | | | |
| | 48- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos. | 2 | Medio | Desarrollar actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | 49-Sobredemanda de los servicios. | 2 | Medio | Mantener control de la capacidad instalada y no forzar esta capacidad de ofertas. | gerencia de estadística, Admisión y Archivo. | | | | Metas Definidas. Informe periódico | % Cumplimiento Metas definidas. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 50-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones). | 3 | Alto | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Servicios Generales de Apoyos. Sub-Dirección de Planificación. gerencia de Compras. | | | | Informe de actividades realizadas. Documento Plan. Informe de Ejecución Plan. | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 51-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. gerencia de Compras. | | | | Informe de actividades realizadas. Documento Plan. Informe de Ejecución Plan. | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 52-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan. | 2 | Medio | Definir las características Técnicas de los insumos, materiales y equipos que mayormente son adquiridos en la institución. Definir las Características que deben cumplir los proveedores de estos productos. Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido. | gerencia de Compras. Todas las demás gerencias. | | | | Características de los insumos, materiales y equipos definidas. Características de los Proveedores Definidas. Informe evaluación Cumplimiento Proceso compras | Índice de insumos, materiales y equipos adquiridos que cumplen con las características establecidas. | |
| | Evaluaciones externas | | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|--|---|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 53- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente. | 2 | Medio | Garantizar por parte del personal operativo el llenado adecuado de las informaciones clínico quirúrgica de los usuarios. Gerentes deben realizar de manera adecuada las supervisiones de los registros en los récord clínicos y fuentes de registros de datos. Aplicar sanciones al personal reincidentes en no registrar de manera adecuada las informaciones. Realizar Auditoria al récord clínico de manera prospectiva. | Personal medico operativo. Enfermeras. Gerentes. Sub-director medico. Gerencia de Control y Proceso. Unidad de Auditoria medica. | | | | Informe de Glosas. Informe de sanciones aplicadas. Informe de montos económicos glosados. | % de glosas de expedientes. | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Información y Acceso | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| | @ Medio Ambiente, confort e higiene | | | | | | | | | | |
| | 1- La higiene en el área de la cafetería delantera, acumulan basura en el piso y ensucia mucho por la gran cantidad de personas que asisten | 3 | Alto | Identificar la dificultad que existe para que el área se mantenga limpia. Exigir al arrendatario de la cafetería que designe un personal de limpieza del área de cafetería. Establecer las medidas para corregir dicha | Gerente de mantenimiento. Sub-Dirección Financiera | | | | Informe de evaluación de la situación. Informe de supervisión del área. | % de usuario satisfecho con la limpieza de la cafetería. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | situación. Informe se supervisión del área. | | | | | | |
| | 2- No designación de personal en el call center | 3 | Alto | Identificar las necesidades de personal en el servicio del Call Center. Aprobar la contratación del Personal Necesario. Realizar el proceso de entrevista y selección del personal. Realizar la capacitación del personal. | | | Servicio Social. Dirección General. Sub-Dirección Recursos Humanos. | Informe de necesidades. Informe de entrevista y selección. Informe de capacitación. | Call center cuenta con el personal necesario para garantizar la continuidad del trabajo. | |
| | 3-Escaso número de habitaciones privadas. | 2 | Medio | Identificar las habitaciones que serian habilitadas como privados. Cotizar adecuación. Identificar necesidades de recursos humanos y mobiliario. Definir la factibilidad de la apertura en base a la demanda de estos servicios. | Sub-dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. Dirección General | | | Informe de Evaluación | Numero de Habitaciones Privadas Habilitadas | |
| | 4-Sobreocupación de camas por habitación y la falta de privacidad en las mismas de usuarios ingresado. | 3 | Alto | Mantener control de la capacidad instalada y no forzar esta capacidad de ofertas. | gerencia de estadística, Admisión y Archivo. | | | Metas Definidas | % Cumplimiento Metas definidas. | |
| | 5-Ubicación inadecuada del reloj ponchador, personas se aglomeran enfrente. | 1 | Bajo | Identificar otra área donde se facilite al personal realizar el ponchado si aglomeración. Colocar Reloj en lugar seleccionado. | Sub-Dirección recursos humanos. Gerencia de mantenimiento. | | | Informe de Análisis del Cambio del Reloj. | % usuarios satisfecho con el lugar donde se encuentra el reloj de ponchado. | |
| | Trato a los usuarios | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | Seguridad | | | | | | | | | |
| | 6-El acceso norte-sur es un posible generador de accidentes de tránsito. | 2 | Medio | Realizar análisis de la situación. Definir Plan de Intervención. Identificar otras instituciones que puedan colaborar y/o apoyar a desarrollar las actividades contempladas | Dirección General. Sub-Dirección de Servicios de Apoyo. gerencia de Mantenimiento. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | 7-Control del parqueo destinado para los usuarios. | 2 | Medio | Colocar sticker a los vehículos de los empleados, para de esta manera poder controlar que no usen el parqueo de los usuarios externos. Poner las sanciones establecidas al personal que viole dicha disposición. Sensibilizar a los empleados sobre la importancia de utilizar sus parqueos. | gerencia de seguridad. Gerentes. Gerentes de gerencias. | | | | Colocación de Sticker en los Vehículos. | % de Vehículos de empleados parqueado en los parqueos destinados a los usuarios externos |
| | 8-No utilización por parte del personal, parqueos asignados en la parte de emergencias | 2 | Medio | Colocar sticker a los vehículos de los empleados, para de esta manera poder controlar que no usen el parqueo de los usuarios externos. Poner las sanciones establecidas al personal que viole dicha disposición. Sensibilizar a los empleados sobre la importancia de utilizar sus parqueos. | gerencia de seguridad. Gerentes. Gerentes de gerencias. | | | | Colocación de Sticker en los Vehículos. | % de Vehículos de empleados parqueado en los parqueos destinados a los usuarios externos |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 9- No respeto de los turnos de los usuarios en la sala de espera | 3 | Alto | Incrementar por parte de los Gerentes de los servicios la supervisión del cumplimiento de los turnos de atención de los usuarios. Aplicar las sanciones correspondiente al personal que viole los turnos de los usuarios. | Gerentes de gerencias. | | | | Informe de Supervisiones realizadas. Informe de sanciones establecidas | % de usuarios satisfechos con el cumplimiento de los turnos en consultas externas. | |
| | 10- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual) | 2 | Medio | Realizar un levantamiento e identificar los equipos que hay que reparar y adquirir. Presentar informe a la Dirección General. Realizar cotización de necesidades. Identificar fondos para la adquisición y reparaciones. Valorar Cotización. Establecer prioridades. Preparar cronograma en base a prioridades de reparaciones y adquisiciones. Presentar informe sobre ejecución Plan de Reparaciones y Adquisiciones. | Gerencia Seguridad. Sub-Dirección Servicios Generales. Dirección General. gerencia de compras. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe levantamiento necesidades. Cotizaciones. Informe Priorización. Ordenes de Compras. | % de áreas que cuentan con sistema de video vigilancia. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 11-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos. | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Solicitar cotizaciones. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. | Dirección General. Sub-direcciones. gerencia de Compras. Sub-dirección Financiera | | | | Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas | % de Usuarios Satisfechos por cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo. | |
| | Información y Acceso | | | | | | | | | | |
| | 12-Falta de publicación de casos relevantes. | 2 | Medio | Evaluar la posibilidad de iniciar la edición de una revista científica del Hospital. Identificar y seleccionar el editor de la revista. Conformar el comité de redacción de la revista. Iniciar la promoción de las revistas entre el personal de la institución. Identificación y Búsqueda de fuentes de financiación de la revista. Iniciar la edición de la revista. | Sub-Dirección Medica. gerencia de Comunicación. | | | | Comité de redacción conformado. Documento de la revista impreso | Edición de la revista | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 13- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran. | 3 | Alto | Definir la logística y contenido de la información que los auxiliares de atención al usuario deben de ofrecer a los usuarios en las diferentes áreas del hospital. Supervisar que los auxiliares realizan las funciones establecidas. | gerencia de Atención al usuario. | | | | Documento definiendo las informaciones que deben ofrecer en las diferentes áreas del hospital. | % de usuarios Satisfechos por conocer el funcionamiento del área donde se encuentra. | |
| | @ Comunicación Gerencial | | | | | | | | | | |
| | 14- Debilidad en la planificación del uso de consultorios. | 3 | Alto | Exigir a los gerentes la distribución de uso de los consultorios. Exigir que den cumplimiento a la planificación de uso de estos. | Gerentes y Coordinadores de Servicios. | | | | Informe de reuniones realizadas. Plan de uso de los consultorios. | % de Rendimiento de los consultorios. | |
| | USUARIOS EXTERNOS: | | | | | | | | | | |
| | Área Consulta Externa: | | | | | | | | | | |
| | 15- El 37.5% no reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución | 2 | Medio | Definir un contenido de informaciones que deben ser ofrecidas a los usuarios de manera permanente en las áreas de espera por parte de la Unidad de Atención al Usuario. Definir el programa con el tiempo establecido para ofrecer las informaciones. Realizar la actividad de orientación a los usuarios. Supervisar que las actividades de orientación se | Gerente gerencia de Atención al Usuario. Auxiliares de atención al Usuario. | | | | Contenidos definidos. Listado Participantes para la capacitación para ofrecer las informaciones. Programa de orientación elaborado. Informe de supervisión | % de usuarios que conocen las diversas formas de externar quejas en el hospital. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | están realizando según la programación. | | | | | | | |
| | 16- El 88.7% no conoce el nombre de la enfermera que le asistió. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos.. | Gerencia de Enfermería. Supervisoras de enfermería | | | | Informe de sanciones aplicadas a las enfermeras que son reiterativa en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre de la enfermera que le asiste. | |
| | 17-El 44.3% no conoce el nombre del médico que le asistió. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos. | Gerentes de los servicios asistenciales y diagnósticos. | | | | Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste. | |
| | 18- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario percibe que existen dificultades para conseguir citas. Definir Plan de mejora. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | Sub-Dirección Medica. Servicios Quirúrgicos y Clínicos. | | | | Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con las facilidades para conseguir citas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 19- EL 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario perciba que el tiempo es mucho en relación a la espera de cirugías electivas. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | Sub-Dirección Médica. Servicios Quirúrgicos. | | | | Informe de evaluación de la situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con el tiempo de espera área cirugías electivas. | |
| | Área Hospitalización: | | | | | | | | | | |
| | 20- El 54.2% conoce el nombre de la enfermera que le atendieron regularmente. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos.. | Gerencia de Enfermería. Supervisoras de enfermería | | | | Informe de sanciones aplicadas a las enfermeras que son reiterativa en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre de la enfermera que le asiste. | |
| | 21- 37.5% no reconocía o le habían informado alguna manera de expresar cualquier queja o problema a las autoridades de la institución | 2 | Medio | Incrementar la supervisión del personal de atención al usuario, sobre las informaciones que deben ofrecer en las áreas a los usuarios y familiares. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con su trabajo. | Encargado Servicio de Atención al Usuario. Personal Operativo servicio atención al usuario. | | | | Informe de supervisión. Informe de sanciones aplicadas. | % de usuarios que conocen las formas de expresar quejas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 22- El 21.6% considera que debe mejorar el tiempo de espera para cirugía. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario perciba que el tiempo es mucho en relación a la espera de cirugías electivas. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | Sub-Dirección Medica. Servicios Quirúrgicos. | | | | Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con el tiempo de espera área cirugías electivas. | |
| | 23- El 44.3% No conoce el nombre del médico. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos. | Gerentes de los servicios asistenciales y diagnósticos. | | | | Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste. | |
| | 24- El 26.1% considera que se debe mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario percibe que existen dificultades para conseguir citas. Definir Plan de mejora. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | Sub-Dirección Medica. Servicios Quirúrgicos y Clínicos. | | | | Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con las facilidades para conseguir citas. | |
| | Área Emergencia: | | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 25-El 88.7% de los entrevistados no conoce el nombre del médico que le atendió. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Médico se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos. | Gerentes de los servicios asistenciales y diagnósticos. | | | | Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste. |
| | 26- El 81.1% de los entrevistados no conoce el nombre de la Enfermera que le atendió. | 2 | Medio | Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios y de cumplimiento a los protocolos y procesos establecidos.. | Gerencia de Enfermería. Supervisoras de enfermería | | | | Informe de sanciones aplicadas a las enfermeras que son reiterativa en esta practica. | % de usuarios que conocen el nombre de la enfermera que le asiste. |
| | 27- El 14.8% de los entrevistados considera que debe mejorar el tiempo de espera para Cirugía. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario perciba que el tiempo es mucho en relación a la espera de cirugías electivas. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | Sub-Dirección Medica. Servicios Quirúrgicos. | | | | Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con el tiempo de espera área cirugías electivas. |
| | 28- El 34% de los entrevistados considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita. | 2 | Medio | Analizar las dificultades que hacen que el usuario percibe que existen dificultades para conseguir citas. Definir Plan de mejora. Presentar informe de cumplimiento | Sub-Dirección Medica. Servicios Quirúrgicos y Clínicos. | | | | Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % de usuarios satisfechos con las facilidades para conseguir citas. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|---|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Plan. Informe evaluación Impacto del Plan. | | | | | | |
| | USUARIOS INTERNOS: | | | | | | | | | |
| | 29- El 27.9% dice que no se realizan actividades de recreación con su equipo de trabajo. | 2 | Medio | Definir un Plan e identificar fondos para propiciar los encuentros sociales de cada servicio periódicamente. Realizar encuentro con los Gerentes de servicios para explicarles en que consiste la estrategia y como deben ejecutarla. Facilitar los recursos a los Gerentes de servicios. Realizar los encuentros. | Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos, Académica y Gerentes. | | | Plan de actividades a desarrollar. Listado de participantes en la reunión de orientación a los Gerentes de servicios. Informa de las actividades celebradas | % de Usuarios Satisfechos con las actividades sociales realizadas en su servicio | |
| | 30- El 63.2% Considera que su salario no es acorde con sus funciones laborales. | 2 | Medio | Los Gerentes operativos deben de explicarles a su personal operativos de los niveles salariales que devengan en el hospital, con relación al mercado de la salud. | Sub-directores. Gerentes gerencias | | | Informe de Reuniones para informar sobre los Salarios. | % de Usuarios Satisfechos con el salario que reciben. | |
| | 31- El 20.6% no dispone de los materiales mínimos para realizar su trabajo. | 3 | Alto | Realizar supervisiones periódicas por parte de los Gerentes de servicios para determinar las necesidades de su personal para realizar su trabajo. Solicitud de las necesidades del Personal. Dar seguimiento a las solicitudes. Entregar los | Dirección General. Sub-Dirección Recursos Humanos. Gerente gerencias | | | Informe de las necesidades del personal. Solicitudes Realizadas. | % de usuarios internos satisfechos porque cuentan con los insumos mínimos para realizar su trabajo. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|---|-----------------|---------------------|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | insumos al personal para realizar su trabajo de manera adecuada. | | | | | | |
| | Responsabilidad y Control: | | | | | | | | | |
| | 32- No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas. | 3 | Alto | Presentar Informe de Satisfacción de los Usuarios Internos. Elaborar Plan de Intervención para corrección de las debilidades encontradas. Evaluar impacto del plan. | Sub-direcciones. Gerentes Alimentación. | | | Informe de Encuestas. Plan de Intervención. | Índice de cumplimiento actividades ejecutada, según las programadas. | |
| | 33- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio. | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Solicitar cotizaciones. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. | Dirección General. Sub-direcciones. gerencia de Compras. Sub-dirección Financiera | | | Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas | % de Usuarios Satisfechos con el numero de asientos en el área de laboratorio. | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | |
| | Resultados: | | | | | | | | | |
| | 34-Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos. | 2 | Medio | Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | Legales: | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 35-Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos. | 2 | Medio | Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. Cumplir con las metas, los procesos, normas y protocolos establecidos. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| | Seguridad | | | | | | | | | | |
| | 36-Poca seguridad vial para llegar al hospital. | 2 | Medio | Realizar análisis de la situación. Definir Plan de Intervención. Identificar otras instituciones que puedan colaborar y/o apoyar a desarrollar las actividades contempladas | Dirección General. Sub-Dirección de Servicios de Apoyo. gerencia de Mantenimiento. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 37-Falta de hotelería en la zona. | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades de la población blanco. Si la demanda es alta Identificar posible accionista. Preparar propuesta para motivar el desarrollo del proyecto. Presentar proyecto. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe de presentación. | Disponibilidad de hotel para familiares de los usuarios hospitalizados. | |
| | 38- Granjas de animales en las periferias del hospital | 2 | Medio | Realizar la solicitud al Ministerio de medio ambiente y Dirección Provincial de Salud, que mantengan un estricta supervisión de la limpieza de las | Dirección General. gerencia Epidemiología | | | | Comunicación enviada. | Mal olor controlado en las granjas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|--|--|-------------------|---|---|--|-----------------|-----------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | granjas adyacentes al hospital. | | | | | | |
| | Acceso | | | | | | | | | |
| | 39-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital | 2 | Medio | Identificar necesidades de los usuarios. Si la necesidad es alta. Presentar resultados a los Empresarios del Transportes para que establezcan la líneas de transportes hacia y desde el hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Planificación. | | | Informe de Necesidades de transportes de los usuarios. | % de usuarios satisfechos con las facilidades de transportes desde y hacia el hospital. | |
| | 0 | | | | | | | | | |
| Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación. | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | |
| | Planificación-Control: | | | | | | | | | |
| | 1-Debilidad en lograr las metas producción en el área de hospitalización. | 3 | Alto | Conformar el Comité de seguimiento. Elabora plan para mejorar desempeño del área. Ejecutar plan | Dirección General. Sub-Dirección Medica. Gerentes. | | | Informe evaluación. Plan de intervención. Informe ejecución plan. | Índice de Ocupación Hospitalaria | |
| | 2-Baja utilización capacidad productiva Instalada. | 2 | Medio | Presentar los informes periódicos por gerencias. Definir planes de intervenciones para cuando se detecten debilidades. Ejecutar Plan. | Gerentes Clínicos Quirúrgicos. | | | Informes Resultados. Informe nivel Ejecución Planes | % de Informes presentados según el Periodo establecido. % cumplimiento metas de producción establecidas. | |
| 3-Falta de espacios para el área de archivo | 3 | Alto | Ejecutar la propuesta de digitalizar los expedientes en formato duro. | Unidad asesoría legal. Sub-Dirección Financiera. Servicio de Archivo. | | | Contrato con compañía | Expedientes digitalizados. % de espacio liberado en archivo. Disponibilidad de espacio en archivo. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 4-Caducidad de la estructura informática de la institución. | | | Formulación de un inventario de necesidades de actualización de la plataforma informática del hospital. Formulación de un Plan de Actualización de la Plataforma Informática del Hospital. Ejecución del Plan. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerente Informática. | | | | Informe de necesidades identificadas. Plan de Ejecución. Informe nivel avance ejecución del Plan. | % de cumplimiento del Plan definido. | |
| | Capacitación y Sensibilización | | | | | | | | | | |
| | 5-Falta de homologación del sistema financiero del hospital. | 3 | Alto | Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital. | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Comunicación Solicitud Reunión | Informe Reunión Realizada | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| | Recursos Humanos | | | | | | | | | | |
| | 6-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo. | 3 | Alto | Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal. Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos. | Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe de Empleados Contratado | Numero de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 7- Tener mayor personal contratado que el personal fijo de acuerdo al sistema de la Contraloría General de la Republica. | 3 | Alto | Realizar la fijación del personal contratado. | Dirección General. Dirección Gestión Recursos Humanos. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe de Empleados Contratado según lo establecido por la contraloría. | % de trabajadores fijos. | |
| | 8-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución | 2 | Medio | Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos. | Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital. | | | | Informe evaluación desempeño gerentes. | % Nivel de desempeño de los Gerentes. | |
| | 9- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos. | 3 | Alto | Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital. | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Comunicación Solicitud Reunión | Informe Reunión Realizada | |
| | 10-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos. | 3 | Alto | Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos. Realizar auditorias de Procesos. Presentar plan de intervención para corregir dificultades. Cumplir Plan de Intervención. | Sub-Dirección Planificación. Gerentes. | | | | Instrumento de Evaluación. Informe de Evaluación. Plan de Intervención. | % de Actividades del Plan Programadas y Ejecutadas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 11- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal. | 2 | Medio | Definir la política de comunicación interna del Hospital. Cumplir con las políticas establecidas de comunicación. | Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas. | | | | Política Definida | % Satisfacción de los Usuarios con el sistema de comunicación interna. | |
| | 12- Desorganización de récord clínico físico del usuario. | 2 | Medio | Cumplir con el Proceso de Manejo del Expediente Clínico. Aplicar sanciones al personal que no cumple con la normativa. Mejorar el desempeño de los gerentes en la supervisión del personal operativo | Gerentes Clínicos Quirúrgicos y Enfermería. Gerente de Facturación. | | | | Informe de Evaluación. | % de Expediente Clínico Ordenado según la normativa establecida para estos fines. | |
| | 13- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados. | 3 | Alto | Gerentes Clínicos-Quirúrgicos deben de supervisar las atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras a los usuarios hospitalizados. | Gerentes Clínicos Quirúrgicos y Enfermería. Gerente de Facturación. | | | | Informe de Supervisión. | % de usuarios hospitalizados que el gerente del área superviso la atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras. | |
| | 14-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante. | 3 | Alto | Realizar encuentros de Sensibilización a los médicos sobre la importancia de hablar y escuchar a los pacientes y familiares. Supervisar el desempeño y cumplimiento de procesos y protocolos por el personal operativo. | Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos, Académica y Gerentes. Gerentes Operativos | | | | Capacitaciones Realizadas | % de Usuarios Satisfechos con las informaciones ofrecidas por los médicos. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 15-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos. | 3 | Alto | Gerentes Clínicos-Quirúrgicos deben de supervisar las atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras a los usuarios hospitalizados. | Gerentes Clínicos Quirúrgicos. Gerente de Facturación. | | | | Informe de Supervisión. | % de usuarios hospitalizados que el gerente del área superviso la atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras. | |
| | 16- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia | 3 | Alto | Evaluar necesidad de cámaras con mejor resolución. Establecer especificaciones técnicas de las cámaras. Solicitar Cotización. Valoración Cotización. Determinar proceso de adquisición. Autorización Compra. Comprar. | Gerente gerencia Informatica.Gerente de Compra. Dirección General. | | | | Informe de evaluación. Cotización. Orden de Compra. | Imagen con mayor nitidez de las cámaras. | |
| | 17- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades tecnológicas para implementar esto en el hospital. Identificar instituciones y personas para formalizar proyecto de telemedicina. Poner en ejecución plan | gerencia TI. Sub-dirección Planificación. Dirección General. Sub-Dirección Financiera Administrativa | | | | Informe de necesidades. Listado de instituciones con la cual se puede ejecutar el programa. Programa documentado. | Se ejecuta programa de telemedicina | |
| | 18- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades de capacitación. Realizar cotización de los cursos. Formular programa de capacitación. Ejecutar programa | gerencia TI. Sub-dirección Planificación. Dirección General. Sub-Dirección Financiera Administrativa | | | | Informe de necesidades. Listado de instituciones con la cual se puede ejecutar el programa. Programa documentado. | % cumplimiento Plan de capacitación y educación continua del personal de TI. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 19- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático. | 3 | Alto | Definir el Plan contingencia y seguridad del gerencia de TI. Ejecutar plan de contingencia. | gerencia TI. Sub-dirección Planificación. | | | | Documento del Plan. Informe ejecución del Plan. | % Cumplimiento Plan de seguridad definido del Sistema tecnológico TI del Hospital. |
| | 20- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias. | 3 | Alto | Definir la características de los casos que deben ser discutido en el hospital. Definir procedimiento de discusión. Definir quien coordina los encuentros de discusión. Realizar reunión de sensibilización y capacitación para el personal que discutirá los casos. | Sub-dirección medica. Gerentes de gerencias clínicos quirúrgicos. Personal Medico. gerencia de Patología. | | | | Definidas las característica de los casos que serán discutido. Metodología de discusión definida. Listado de los médicos capacitados en la metodología de discusión. | % de caso importante discutidos. |
| | 21- No se respeta la disciplina y discreción en el personal | 3 | Alto | Establecer las sanciones correspondiente al personal que viole la disciplina y discreción establecida en el hospital. | Sub-dirección recursos humanos. Gerentes de gerencias. Sub-directores | | | | Informe de situaciones presentadas. Informe de sanciones aplicadas | |
| | 22- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia. | 3 | Alto | Exigir a los Gerentes de gerencias la rendición de informe de utilización de la capacidad instalada en el área de hospitalización y los indicadores de eficiencia del uso de estas capacidades. Realizar los ajuste necesarios para mejorar la utilización de las | Sub-dirección medica. Gerentes de gerencias clínicos quirúrgicos. Personal Medico. | | | | Comunicación enviada a los Gerentes d gerencia. Informe de evaluación cumplimiento de metas. | % cumplimiento metas de producción área de hospitalización por gerencias. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|-------------------------------------|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | capacidades instaladas. | | | | | | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | |
| | Planificación-Control: | | | | | | | | | |
| | 23-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales. | 2 | Medio | Autoridades deben realizar levantamiento de los programas de formación en gerencias Hospitalarias en las universidades e instituto del País. Firmar acuerdos para que las Universidades le provean de las informaciones sobre los estudiantes con mayor índice académico, para tener una plantilla de elegibles para tomarlo en cuenta para su contratación. | Sub-Dirección de Recursos Humanos y Académica | | | Acuerdo suscritos con Universidades | Plantilla de Gerentes Elegibles. | |
| | 0 | | | | | | | | | |
| | Factores Logística e Información: | | | | | | | | | |
| | 24-Los llamados a huelga de los gremios profesionales. | 2 | Medio | Mantener Informado al Personal Sobre la modalidad de contratación que poseen con el Hospital. Programa de Sensibilización. | Sub-Dirección Recursos Humanos. Unidad Asesoría Legal. | | | Informes Actividades Realizadas | % actividades realizadas según la programación. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 25-Campaña de descrédito del hospital. | 2 | Medio | Desarrollar actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Informe de actividades realizadas | % Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 26-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS. | 3 | Alto | Desarrollar Mecanismos de negociación acorde con los costos incurridos en la producción de servicios en el Hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Medica. Unidad de Costo. | | | | Cálculos de Costos | % de Precio pagados por las ARS, acorde con los Costo de Producción y margen de Beneficios. | |
| | 27-Ausencia de una red estructurada de atención, (referencia y contra referencia) | 2 | Medio | Mantener control de la capacidad instalada y no forzar esta capacidad de ofertas. | gerencia de estadística, Admisión y Archivo. | | | | Metas Definidas | % Cumplimiento Metas definidas. | |
| | 28-Tener que admitir aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria. | 2 | Medio | Reportar al SNS el consumo de estos usuarios. Solicitar Reposición del gasto. | Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe de Reporte de consumo. Solicitud Reposición de pago. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|--|--|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | |
| | Capacidad Instalada y Resolutiva: | | | | | | | | | |
| | 1-La falta de un sistema crediticio confiable que permita evaluar a un paciente. | 2 | Medio | Definir o actualizar un instrumento que permita la adecuada valoración del nivel socioeconómico de los usuarios. Aplicar el Instrumento. | Sub-dirección de Planificación. gerencia Servicio Social. | | | | Instrumento de valoración. | % de usuarios que requirieron la valoración de servicio social que se utilizó el instrumento para esos fines. |
| | 2-Falta de un fondo especial para áreas y situaciones críticas., (mantenimiento) | 3 | Alto | Autorizar los recursos para la disponibilidad de recursos para una caja chica que pueda facilitar la resolución de manera oportuna de situaciones de fallas y reparaciones en equipos y sistemas. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. | | | | Documento autorizando la entrega de caja chica y monto al gerencia de mantenimiento. | % de usuarios satisfechos con la oportunidad de resolución de demanda de servicios al gerencia de mantenimiento. |
| | 0 | | | | | | | | | |
| | Equipos e infraestructura | | | | | | | | | |
| | 3-Falta de equipos en algunos servicios. | 2 | Medio | Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. | Dirección General. Sub-direcciones. Gerente Alimentación. gerencia de Compras. | | | | Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas | % de Usuarios Satisfechos por que cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos. | 3 | Alto | Definir el Plan de mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliario, sistema e infraestructura del hospital. Cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo definido. | Sub-dirección de Servicios Generales de Apoyo. gerencia de Mantenimiento. Gerentes de las Diversas gerencias del Hospital. | | | | Plan de Mantenimiento Formulado. | Índice de cumplimiento de las actividades programadas. | |
| | 5-Falta climatización en algunas áreas. | 3 | Alto | Identificar las áreas que aun no poseen climatización. Cotizar inversión. Valorar posibilidad económica del hospital. Tomar decisión. Contratar compañía instalación aires. | Sub-dirección de Servicios Generales de Apoyo. gerencia de Mantenimiento. Dirección General. gerencia de Compras. | | | | Informe levantamiento. Cotizaciones | Área aclimatadas. | |
| | 6- Equipos depreciados y obsoletos y no contamos con los recursos para reponer y adquirir equipos. | 3 | Alto | Evaluar situación y presentar al Director regional y Director del SNS de la situación del hospital en ese sentido. En la medida de las posibilidades económicas ir adquiriendo nuevo mobiliario y equipos. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informe de la situación. Solicitud de reunión SRS y SNS. | | |
| | 7- Existencia de un solo chiller en funcionamiento | 3 | Alto | Realizar evaluación de la situación. Solicitar cotización para reponer y/o reparar los demás Chiller. Realizar análisis cotización. Evaluar posibilidad económica del hospital para enfrentar situación. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-dirección de servicios generales. Gerencia de Mantenimiento. | | | | Informe de evaluación. Cotizaciones. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 8- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones. | 3 | Alto | Valorar la actualización e implementación en las demás áreas del sistema de registro clínico del hospital. Cotizar. Valorar posibilidad económica. Contratar compañía. Implementa sistema demás áreas. | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Comunicación Solicitud Reunión . Cotización. | Sistema actualizado implementado demás áreas de registro clínico. | |
| | 9- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS 's. | 2 | Medio | Identificar las ARS que ofertan planes odontológicos. Solicitar reunión para ofertar servicios. Discutir tarifario. Firma contrato. Inicio oferta de servicios. | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente maxilofacial. Sub-Dirección Financiera | | | | Comunicación ARS. Informe reunión. Tarifario. Contrato. | Oferta servicios Odontológicos a otras ARS | |
| | 10- Incumplimiento del plan de mercadeo y de negocio definido | 2 | Medio | Solicitar a los Gerentes de servicio el cumplimiento de las actividades mercadológica de su gerencia. Elaborar plan general de mercado del hospital. Ejecutar plan mercadológico. Informe ejecución plan. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera. gerencia Comunicación y relaciones publicas. Gerente gerencia | | | | Comunicación Gerente gerencia. Plan mercadológico. | % actividades del Plan ejecutada según la planificación. | |
| | 11- Falta de implementación de un club de donantes de sangre | 3 | Alto | Definir la estructura organizativa y operativa del club de donante. Definir plan de conformación del club de donante. Iniciar club. | Dirección General. Gerencia Servicio Social. Gerencia Comunicaciones. | | | | Documento de estructura de organización y operativa del club. Carta de solicitud a personas para incorporarse al club. | % de usuarios que necesitan transfusiones y recibieron esta con sangre del hospital. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 12- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios. | 3 | Alto | Definir la estructura del informe que cada Gerente debe enviar mensualmente a la Sub-dirección correspondiente. Evaluar Nivel de Cumplimiento. Definir Plan de Intervención cuando no se cumple con las metas. | Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes. | | | | Estructura de Informe Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados. | Índice de Informes Entregados. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido. | |
| | 13- Ausencia de un plan de comunicación de la cartera de servicio del hospital | 2 | Medio | Solicitar a los Gerentes de servicio el cumplimiento de las actividades mercadológica de su gerencia. Elaborar plan general de mercado del hospital. Ejecutar plan mercadológico. Informe ejecución plan. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera. gerencia Comunicación y relaciones publicas. Gerente gerencia | | | | Comunicación Gerente gerencia. Plan mercadológico. | % actividades del Plan ejecutada según la planificación. | |
| | Disponibilidad de Recursos: | | | | | | | | | | |
| | 14- Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital. | 2 | Medio | Evaluar y analizar contratos con estas unidades de negocios. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera | | | | Informe de Evaluación. Informe de decisiones tomadas en base al análisis. | | |
| | 15- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado | 3 | Alto | Evaluación de la situación. Cotización. Evaluación factibilidad económica. Identificar fondo para la compra. Compra e instalación de equipo. Puesta en | Dirección General. Sub-Direcciones Medica, Comité control Infecciones. gerencia Lab. Clínico | | | | Informe de Evaluación. Cotización. Orden de Compra servicio. | % de pruebas bacteriológicas que se realizaron que se debían realizarse en el equipo, | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Funcionamiento del equipo | | | | | | | |
| | 16- Falta de pago oportuno a los suplidores. | 3 | Alto | Evaluación de la situación. Cotización. Evaluación factibilidad económica. Identificar fono para la compra. Compra e instalación de equipo. Puesta en Funcionamiento del equipo | Dirección General. Sub-Direcciones Medica, Comité control Infecciones. gerencia mantenimiento. | | | | Informe de Evaluacion.Cotizacion. Orden de Compra. | % de esterilizaciones en frio que se realizaron y que de debían realizarse en el equipo. | |
| | Tecnología | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| | 17-Ausencia de sistema de información financiera | 3 | Alto | Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital. | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Comunicación Solicitud Reunión | Informe Reunión Realizada | |
| | 18- No contar con equipo de resonancia magnética propio | 2 | Medio | Cotizar equipo. Evaluar cotización. Licitación equipo. Seleccionar proveedor. Compra equipos | Dirección General. Sub-dirección Financiera. gerencia de compras. | | | | Informe de análisis de adquisición equipo. | Equipo instalado y funcionando. | |
| | @ Resgistro de Información y Datos. | | | | | | | | | | |
| | 19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende perdidas de recursos. | 3 | Alto | Valorar la actualización e implementación en las demás áreas del sistema de registro clínico del hospital. Cotizar. Valorar posibilidad económica. Contratar compañía. Implementa | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. | | | | Comunicación Solicitud Reunión . Cotización. | Sistema actualizado implementado demás áreas de registro clínico. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|--|---|--------------------|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | sistema demás áreas. | | | | | | | |
| | 20- Falta de supervisión de las áreas alquiladas por la institución | 2 | Medio | Establecer la normativa y condiciones de renta de los locales del hospital y responsabilizar una persona encargada de entregar y recibir los locales. | Dirección General. Unidad de Asesoría Legal. Sub-Dirección Servicios Generales | | | Normativa de uso de los locales rentados. Contrato de renta. Designación responsable entrega y recibimiento locales. | | | |
| | 21- Falta de control eficiente para garantizar el trabajo adecuado de los trabajadores sociales. | 3 | Alto | Mejorar el desempeño de la supervisión en la gerencia. Aplicar sanciones al personal que violente las normas. Desvinculación. | Gerencia servicio Social. Personal operativo gerencia. | | | Informe de desempeño del Gerente y su personal. | | | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Factores del Mercado: | | | | | | | | | | |
| | 22-El alto costo del servicio energético. | 2 | Medio | Investigar sobre Sistema de energía renovables, que pudiesen ser alternativas viables para ser instalada en el hospital. Evaluar factibilidad financieras. | gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección Financiera | | | Informe sobre alternativas posibles para el Hospital. | % de energías renovables suplidas de la demanda total del hospital. | | |
| | 23-Cambios de gobiernos locales y nacionales. | 2 | Medio | Definir estrategias para mantener informado sobre el desempeño del hospital a los dirigentes políticos de la zona de influencia del hospital y autoridades del SNS. | gerencia de Comunicaciones. | | | Documento de estrategias. | % de actividades programadas y realizadas. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 24-Inestabilidad económica | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 25- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado. | 1 | Bajo | Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo. | | | | Informes de resultados. | % cumplimiento de las metas definida en el Hospital. | |
| | 26- Huelga de gremios | 2 | Medio | Mantener Informado al Personal Sobre la modalidad de contratación que poseen con el Hospital. Programa de Sensibilización. | Sub-Dirección Recursos Humanos. Unidad Asesoría Legal. | | | | Informes Actividades Realizadas | % actividades realizadas según la programación. | |
| | 27- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado. | 3 | Alto | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 28-Retraso en la entrega de los fondos asignados. | 3 | Alto | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | podrían ocasionar estas dificultades) | | | | | | | |
| | 30-Aumento del costo de combustibles. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades). Valorar la posibilidad de instalar sistema de energías renovables. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. gerencia de mantenimiento. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 31-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 32- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado. | 2 | Medio | Definir las características Técnicas de los insumos, materiales y equipos que mayormente son adquiridos en la institución. Definir las Características que deben cumplir los proveedores de estos productos. Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido. | gerencia de Compras. Todas las demás gerencias. | | | | Características de los insumos, materiales y equipos definidas. Características de los Proveedores Definidas. | Índice de insumos, materiales y equipos adquiridos que cumplen con las características establecidas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 33-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas. | 2 | Medio | Especializar un fondo para actualización y cabio de equipos y sistema del Hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. | | | | Creación del Fondo | % de equipos de Ultima Generación Instalado en el Hospital. | |
| | 34- Falta de conocimiento de la poblacion del costo del tamizaje de las unidades de sangre. | 2 | Medio | Atención al usuario debe dentro de las informaciones generales que se le suministra a los usuarios y familiares informa del proceso de captación de sangre y costo d elas pruebas que se le hace a esta. | Gerencia Laboratorio Clínico. Gerencia Atención al Usuario. | | | | Informe de actividades de IEC realiza por atención al usuario. | | |
| | 35- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios. | 3 | Alto | Mantener un adecuado control de las cuentas por pagar. Honrar los créditos de manera oportuna. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Contabilidad. | | | | Informe de cuentas porgar. Informe de pagos realizados. | Índice de Pago realizado según la programación de pagos. | |
| | 36-Quiebras de ARS's. | 2 | Medio | Realizar una adecuada gestión de cobro de manera oportuna. Suspender de manera oportuna las atenciones a los afiliados de las ARS's que no paguen a tiempo al hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia Facturación y Seguros. Gerencia de Contabilidad. | | | | Informe de cuentas por cobrar de las ARS's. | ARS's al día con el pago de créditos otorgados por el hospital. | |
| | Factores Competitivos: | | | | | | | | | | |
| | 37- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad. | 1 | Bajo | Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo. | | | | Informes de resultados. | % cumplimiento de las metas definida en el Hospital. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|--|--|---|----------------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | actividades de control de costos. | | | | | | |
| | 38-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas. | 3 | Alto | Cuando estas situaciones se presente informar a la SISARIL, para que tome las medidas de lugar. | Dirección General. | | | | Informe de Situación presentada. | |
| | 39- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos. | 3 | Alto | Realizar siempre las solicitudes por escrito para garantizar la constancia y fecha de la solicitud. Realizar encuentros con las autoridades para explicarle la dinámica del hospital y que se hace necesario que los procesos sean agilizados. | | | Dirección General. Sub-Direcciones. | Solicitudes realizadas. Solicitud de reunión. Informe de la reunión. | | |
| | Factores Medioambientales: | | | | | | | | | |
| | 40- El país se encuentra en la ruta de huracanes. | 2 | Medio | Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros. | Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad. | | | | Conformación del Comité. Definición del Plan. | Numero de Simulacros Realizados. |
| | 41-Fallas geológicas y movimientos telúricos. | 2 | Medio | Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el | Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad. | | | | Conformación del Comité. Definición del Plan. | Numero de Simulacros Realizados. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Plan. Realizar Simulacros. | | | | | | |
| | 42- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción | 3 | Alto | Desarrollar planes de contención de costo de producción. Presentar informe de análisis de costos a las autoridades y dirección ejecutiva del senasa. | Dirección General. Sub-Dirección financiera. Unidad análisis de costos. Sub-Dirección Medica. Gerentes. | | | | Informe análisis de costos. Plan de Contención de costo. Informe nivel de ejecución planes. | |
| | Factores de demanda de los servicios: | | | | | | | | | |
| | 43-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros) | 2 | Medio | Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. Cumplir con el Plan de Mercadeo. | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo. | | | | Informes de resultados. | % cumplimiento de las metas definida en el Hospital. |
| | 44- La designación de autoridades en el sector salud que se opongan o resistan al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01) | 2 | Medio | Definir estrategias para mantener informado sobre el desempeño del hospital a los dirigentes políticos de la zona de influencia del hospital y autoridades del SNS. | gerencia de Comunicaciones. | | | | Documento de estrategias. | % de actividades programadas y realizadas. |
| | 45- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente. | 3 | Alto | Definir estrategias para mantener informado sobre el desempeño del hospital a los periodista de la zona de influencia del hospital y autoridades del SNS. | gerencia de Comunicaciones. | | | | Documento de estrategias. | % de actividades programadas y realizadas. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|---|--|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 46- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo | 3 | Alto | Presentar periódicamente las necesidades a las autoridades del SRS y SNS de personal para los servicios ,en base a análisis y documentación bien fundamentadas y posibles impacto si no se cuenta con el personal. | Dirección General. Sub-Direcciones | | | | Informe de solicitud | |
| | 47- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud. | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades y opinión pública sobre los resultados del hospital. | Dirección General. Gerencia Comunicaciones y relaciones Publicas. | | | | | |
| Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes | RIESGOS INTERNOS | 3 | | | | | | | | |
| | @ Logística: | | | | | | | | | |
| | 1- Falta de supervisión a los encargados de unidades de servicios en control del consumo de materiales y medicamentos | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencia para los gerentes y personal operativo que no realizan de manera adecuada sus funciones. | Sub-Directores. Sub-Dirección Gestión Talento Humano. Gerentes | | | | Informe evaluación de desempeño. Sanciones aplicadas. | |
| | 2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios | 3 | Alto | Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar régimen de consecuencia para los gerentes y personal operativo que no realizan de manera adecuada sus funciones. | Sub-Directores. Sub-Dirección Gestión Talento Humano. Gerentes | | | | Informe evaluación de desempeño. Sanciones aplicadas. | |
| | @ Control: | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 3-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI. | 3 | Alto | Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir el no cumplimiento de las NOBACI. | Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes. | | | | Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados. | Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido. | |
| | 4-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos. | 3 | Alto | Definir un Plan de Contención de Costos para los servicios que presentan costos desproporcionados. Ejecutar Plan de Contención. | Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos. | | | | Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos. | % de reducción de los Costos. | |
| | 5- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones | 2 | Medio | Definir una normativa y proceso de recepción, administración y uso de las donaciones. Aplicar normativa. Cumplir normativa. Evaluar cumplimiento normativa. | Dirección General. Sub-Dirección Planificación. Sub-Dirección Financiera y Administrativa. Gerencia control de registro y procesos. | | | | Normativa desarrollada. Informe evaluación cumplimiento. | | |
| | 6- Falta de control de entrada y salida de activos | 3 | Alto | Evaluar el desempeño del servicio de control de activo fijo. Tomar medida en relación al resultado de la evaluación. Actualizar inventario activos fijos. Cumplir con el proceso de gestión de los activos fijos. | Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Talento Humano. | | | | Informe de evaluación. Informe de medida tomadas. Informe de inventario activo Fijo. | | |
| | @ Monitoreo y Evaluación: | | | | | | | | | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 7- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública. | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la cobertura dada a los usuarios que no poseen capacidad de pago. Informar sobre el impacto en la gestión del hospital si este no cuenta con los recursos mínimos necesarios. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera | | | | Informe presentado al SNS. | % de recursos aportado por el SNS del presupuesto total del hospital. |
| | 8-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico. | 2 | Medio | Informar a las autoridades y técnicos del SNS la forma de cómo se realiza el presupuesto del hospital. Rendir informe sobre el nivel de ejecución del presupuesto del hospital a las autoridades del SNS. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento del cumplimiento según renglones del presupuesto estimado. |
| | 9-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica. | 2 | Medio | Cumplir con las partidas establecidas en el presupuesto estimado del Plan estratégico. Realizar los ajustes basados en análisis y según las necesidades. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento del cumplimiento según renglones del presupuesto estimado. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 10-Falta de información en el traslado de algunos activos por parte de los encargados de gerencia sin la autorización de la unidad de activo fijo. | 3 | Alto | Cumplir con el proceso de movilización de los activos fijos. Realizar periódicamente auditoria e inventarios de los activos fijos. | Servicio de Activos Fijos. Gerentes. | | | | Informe de auditorias e Inventarios de los activos fijos. | Nivel de actualización de los inventarios de activos fijos. |
| | 11-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI) | 3 | Alto | Evaluar técnicamente el problema. Identificar solución. Cotizar solución. Evaluar cotización. Disponibilidad de recursos para resolver la situación. | Sub-Dirección medica. gerencia de Emergencia. gerencia Transporte. | | | | Informes de evaluación. Informe de decisión tomadas. Informe de avance de la soluciones tomadas | |
| | 12-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchos gerencias. | 3 | Alto | Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos y protocolos. Realizar auditorias de Procesos y cumplimiento de protocolos. Presentar plan de intervención para corregir dificultades. Cumplir Plan de Intervención. | Sub-Dirección Planificación. Gerentes. | | | | Instrumento de Evaluación. Informe de Evaluación. Plan de Intervención. | % de Actividades del Plan Programadas y Ejecutadas. % cumplimiento procesos y protocolos |
| | 13- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado | 3 | Alto | Solicitar propuesta de sistemas Financiero. Valorar sistema propuesta sistema financiero para el hospital. Cotizar. Valorar posibilidad económica. Contratar compañía. Implementa | Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. Sub-Dirección Financiera | | | | Comunicación Solicitud Reunión . Cotización. | Sistema Financiero Instalado e implementado. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | sistema demás áreas. | | | | | | | |
| | 14- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental. | 3 | Alto | Evaluar el desempeño del servicio de control de activo fijo. Tomar medidas en relación al resultado de la evaluación. Actualizar inventario activos fijos. Cumplir con el proceso de gestión de los activos fijos. | Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Talento Humano. | | | | Informe de evaluación. Informe de medida tomadas. Informe de inventario activo Fijo. | | |
| | 15- Sistema de administración y contabilidad no organizado. | 3 | Alto | Evaluar situación. Analizar y tomar decisión frente a la situaciones encontradas. Elaborar plan de intervención. Ejecutar plan de mejoría. | Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Talento Humano. | | | | Informe de evaluación. Informe de medida tomadas. Informe de inejecución del Plan | | |
| | 16- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos. | 3 | Alto | Cumplir con el proceso de entrevista y selección personal. | Dirección General. Sub-Dirección Talento Humano. | | | | Informe evaluación cumplimiento proceso. | % de empleados contratados en base al proceso establecido. | |
| | 17- Manejo centralizado de los recursos | 2 | Medio | Analizar la posibilidad de desarrollar un piloto realizando una desconcentración de los recursos a una gerencia. Evaluar desempeño. Valorar impacto | Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Sub-Dirección Talento Humano. | | | | Informe análisis. Informe de desempeño. Informe de impacto logrado. | | |
| | 18- Resonador magnético no es propiedad de la institución | 2 | Medio | Tratar de poder sacar el mayor provecho a las contratación del servicio bajo los términos establecidos. | Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Unidad Asesoría legal. Sub-Dirección Medica. | | | | Contrato del negocio. Plan de ahorro. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|---|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | Definir un Plan para adquirir de manera propia dicho equipo. | | | | | | |
| | 19- No se realizan estudios de angiogramografía | 2 | Medio | Evaluar la demanda y factibilidad económica para la instalación del servicio. | Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Unidad de Análisis de Costos. | | | | Informe de análisis de factibilidad. Informe de disponibilidad económica para enfrentar el proyecto | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | |
| | Disponibilidad de recursos: | | | | | | | | | |
| | 20-Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria). | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la cobertura dada a los usuarios que no poseen capacidad de pago. Informar sobre el impacto en la gestión del hospital si este no cuenta con los recursos mínimos necesarios. | Dirección General. Sub-Direcciones Médica y Financiera | | | | Informe presentado al SNS. | % de recursos aportado por el SNS del presupuesto total del hospital. |
| | 21-Retraso en el pago de las ARS's. | 3 | Alto | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades). Suspender la asistencia a las ARS's que presente retrasos | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|---|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | con los pagos al Hospital. | | | | | | |
| | 22-Crisis financiera internacional y nacional. | 3 | Alto | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | 23-Aumento de la prima del dólar. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | 24-Congelamiento de cuenta del Hospital. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. |
| | 25- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS. | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la cobertura dada a los usuarios que no poseen capacidad de pago. Informar sobre el impacto en la gestión del | Dirección General. Sub-Direcciones Médica y Financiera | | | | Informe presentado al SNS. | % de recursos aportado por el SNS del presupuesto total del hospital. |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|--------------|--|--|-----------------|-------------------------------------|--|--|--------------------|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | hospital si este no cuenta con los recursos mínimos necesarios. | | | | | | | |
| | 26-Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo. | 3 | Alto | Realizar siempre las solicitudes por escrito para garantizar la constancia y fecha de la solicitud. Realizar encuentros con las autoridades para explicarle la dinámica del hospital y que se hace necesario que los procesos sean agilizados. | | | Dirección General. Sub-Direcciones. | Solicitudes realizadas. Solicitud de reunión. Informe de la reunión. | | | |
| | 27-Devaluación del peso. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades) | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | Informe de actividades realizadas | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | | |
| | 28-Alto costo de combustibles. | 2 | Medio | Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades). Evaluar la posibilidad de instalar generación de energía alternativa. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación. | | | Informe de actividades realizadas. Informe de evaluación. | Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 29- Limitados créditos en el mercado para el hospital. | 2 | Medio | Mantener un adecuado cumplimiento del pago de los créditos incurridos en el Hospital con las instituciones y empresas externas. | Dirección General. Sub-Dirección Financiera. | | | | Informes de Cuentas Por Pagar | % de Cuentas por pagar dentro del tiempo establecido el crédito. | |
| | 30- Quiebras de ARS. | 3 | Alto | Definir Tope en termino de tiempo y montos hasta los cuales se podría permitir a las ARS's retrasarse en el pago de sus compromisos al Hospital. Parar la asistencia a las ARS's que no paguen de manera oportuna al hospital. | Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección Financiera. | | | | Documento Estableciendo los limites posibles. | % de ARS dentro de los limites establecidos. | |
| | 31-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral. | | | Cuando estas situaciones se presente informar a la SISARIL, para que tome las medidas de lugar. | Dirección General. | | | | Informe de Situación presentada. | | |
| | @ Medio Ambiente: | | | | | | | | | | |
| | 32-Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros. | 2 | Medio | Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros. | Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad. | | | | Conformación del Comité. Definición del Plan. | Numero de Simulacros Realizados. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|---|---|-------------------|-------|--|--|-----------------|---------------------|------------------------|--------------------------------------|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 33- Subsidio a todos los usuarios que no tienen cobertura de la seguridad social por disposición del Estado Dominicano, sin aumentar el presupuesto para cubrir dicho subsidio. | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la cobertura dada a los usuarios que no poseen capacidad de pago. Informar sobre el impacto en la gestión del hospital si este no cuenta con los recursos mínimos necesarios. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera | | | | Informe presentado al SNS. | % de recursos aportado por el SNS del presupuesto total del hospital. Cantidad del presupuesto destinado a la atención de estos usuarios. | |
| Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad. | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Medio ambiente: | | | | | | | | | | |
| | @ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | | | | | | | | | |
| | 1-Limitada evaluación de acuerdos y convenios. | 2 | Medio | Identificar los acuerdos y convenios actuales que posee el hospital. Realizar evaluación del cumplimiento de los objetivos de los acuerdos y convenios. | Unidad de Asesoría Legal. | | | | Informe de resultados de evaluación. | % de Objetivos cumplidos en base a los establecido en los convenios y Contratos. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 2- No tenemos un equipo deportivo y de recreación. | 2 | Medio | Realizar un levantamiento de información sobre las capacidades deportivas que poseen los colaboradores en el hospital. Analizar información. Presentar los posibles equipos de los diferentes deportes que se podrían constituir en el hospital. Convocar reunión empleados para presentarle el Plan de formación de los equipos y tipo de apoyo que se le brindara a los equipos. Conformar equipos. Iniciar practicas. Contactar otros equipos para fogueo de los equipos del Hospital. Mantener informado a todo el personal sobre las participación de los equipos del hospital en competencias deportivas para que le apoyen. | Sub-Dirección recursos humanos. Dirección General. Servicio Social. | | | | Informe de resultados de evaluación. Convocatoria encuentro empleados. Listado de personal inscripto en los equipos. | Participación de los equipos en torneos con equipos de la comunidad. | |
| | 3- No se evidencia que han involucrado a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización | 2 | Medio | Realizar periódicamente encuentros con dirigentes comunitarios y políticos para informarles sobre los resultados del hospital. Nuevos proyectos a desarrollar. | Dirección General. gerencia Comunicaciones y relaciones publicas. | | | | Comunicaciones de invitaciones al encuentro. Listado de participantes | Fotos y videos de los encuentros celebradas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|---|---|-----------------|---------------------|------------------------|---|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: | | | | | | | | | | |
| | 4-Poco involucramiento de los líderes comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad. | 2 | Medio | Definir programa encuentro con líderes y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros. | Dirección General. gerencia de Comunicación y relaciones publica. Sub-Dirección de Planificación. | | | | Comunicaciones de invitaciones al encuentro. Listado de participantes | % de actividades programada realizadas. Fotos y videos de los encuentros celebradas. | |
| | 5-Dar un matiz político a nivel de la comunidad de las acciones desarrolladas por el hospital en la comunidad. | 2 | Medio | Definir el protocolo de actuación de las acciones e intervenciones del hospital realizadas en la comunidad. Presentar protocolo a las personas que realizan actividades en nombre del hospital en la comunidad. | Dirección General. gerencia de Comunicación y relaciones publicas. | | | | Protocolo definido | | |
| | 6-Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital. | 2 | Medio | Definir el protocolo de actuación de las acciones e intervenciones del hospital realizadas en la comunidad. Presentar protocolo a las personas que realizan actividades en nombre del hospital en la comunidad. | Dirección General. gerencia de Comunicación y relaciones publicas. | | | | Protocolo definido | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 7-EI SENASA no brinda cobertura a todos los necesitados que cumplan con las especificaciones técnicas para ser afiliados al SENASA y el hospital tiene que asumir la atención de estos pacientes que no están carnetizados y migrantes. | 3 | Alto | Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la cobertura dada a los usuarios que no poseen capacidad de pago. Informar al SNS y SENASA sobre el impacto en la gestión del hospital si este no cuenta con los recursos mínimos necesarios. | Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera | | | | Informe presentado al SNS. | % de recursos del presupuesto total del hospital destinado a la atención de estos usuarios. | |
| | 8- Ley de libre acceso a la información. | 2 | Medio | Cumplir con la normativa establecida de la ley de libre acceso a la información. | Dirección General. OAI | | | | Informe Solicitudes de Información por terceros | | |
| | 9- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningocosemia) | 3 | Alto | Mantener un adecuado sistema de vigilancia de las infecciones infectocontagiosa. Reportar oportunamente los eventos de estas infecciones a la gerencia de epidemiología. | Personal Medico. Gerencia Epidemiología. | | | | Informe de reporte de Eventos objetos de vigilancia. Informe EPI-1 | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|--|--|-------------------|--|--|--|-----------------|---------------------|-------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital. | RIESGOS INTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Satisfacción de los usuarios: | | | | | | | | | | |
| | Ver Objetivo 2 de satisfacción de los usuarios. | | | | | | | | | | |
| | 1- No contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.. | 2 | Medio | Formación del Comité de Redacción del Hospital. Preparación de la revista científica del hospital. Edición de la revista. | Dirección General. Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas. | | | | Formación del Comité de redacción. | Edición de la Revista. | |
| | 2-Mal uso de la terminología de parte de los empleados cuando hay un equipo fuera de servicio o en mantenimiento | 2 | Medio | Dar curso de sensibilización y capacitación al personal sobre las informaciones que deben ofrecer a los usuarios cuando por alguna razón un equipo o sistema esta fuera de servicio. | Gerencia de Comunicación y Relaciones Publica. Unidad de Asesoría Legal. | | | | Informe de Actividades Realizadas | % de Colaboradores que cuenta con la formación para dar informaciones sobre la situación de los equipos y sistemas del hospital. | |
| 3-Impuntualidad en la prestación de los servicios, específicamente en las gerencias médicos. | 2 | Medio | Los Gerentes médicos deben mejorar el nivel de supervisión en el cumplimiento de horario del personal medico. Aplicar sanciones al personal que es reiterativo en esta practica de llegar tardes sin justificación al trabajo. | Gerentes médicos. Sub-Dirección Medica. Sub-dirección RR.HH | | | | Informe de supervisión. | % de usuarios satisfechos con la puntualidad de los médicos en consulta interna. | | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|--|---|----------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | Presupuesto (US\$ 000) | DD.MM.AA |
| | 4-Falta de funcionamiento de call center | 2 | Medio | Realizar un análisis de las situaciones que determinan este retraso en estos servicios. Elaborar un Plan de intervención para corregir las debilidades y problemas identificados. Ejecutar dicho Plan. | Gerencia de Seguros. Servicio de admisión. Servicio de Archivo. Gerencia de Estadísticas, admisión y archivos clínicos. | | | | Informe de análisis. Plan elaborado. Informe de ejecución del Plan. | % cumplimiento ejecución Plan. % de usuarios satisfechos con los tiempos de gestión en estos servicios. | |
| | 5-No se evidencia que se haya realizado un estudio de impacto medioambiental. | 2 | Medio | Solicitar al Ministerio de Medio Ambiente una Evaluación de Impacto ambiental del Hospital. Formulación de Plan para corregir las debilidades encontradas. | Dirección General. | | | | Solicitud de evaluación. Informe de resultados. Plan de Corrección de debilidades. | % de actividades del Plan programadas y realizadas. | |
| | 6-No se evidencia que se mida el comportamiento ético de la organización. | 2 | Medio | Solicitar al Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental, evaluación del comportamiento ético en la institución. Formulación de Plan para corregir las debilidades encontradas. | Dirección General. | | | | Solicitud de evaluación. Informe de resultados. Plan de Corrección de debilidades. | % de actividades del Plan programadas y realizadas. | |
| | 7- No existe un plan de comunicación que establezca el control de crisis de comunicación y medios. | 2 | Medio | Solicitar a la dirección de la presidencia de la republica una capacitación del personal del gerencia de comunicación y relaciones publicas, para la formulación del plan. Realizar el Plan. Poner en ejecución. Evaluar | Dirección General. gerencia de comunicación y relaciones publicas | | | | Solicitud Curso. Plan de comunicación. Informe de ejecución del Plan | % de actividades programadas del Plan realizadas | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|-------|---|--|-----------------|---------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | | | | cumplimiento actividades. Evaluar impacto del Plan. | | | | | | | |
| | 8- Falta sistema de comunicación permanente de la institución hacia la población, que permita a la misma orientar, informar y edificar en torno a las acciones que cotidianamente realiza el hospital (boletines) | 2 | Medio | Definir un Plan de comunicación y relaciones publica del hospital, no enfocado a persona si no institucional. Ejecutar plan. Evaluar impacto. | Dirección General. gerencia de comunicación y relaciones publicas | | | | Plan elaborado. Informe ejecución Plan. Informe impacto logrado. | | |
| | RIESGOS EXTERNOS | | | | | | | | | | |
| | Difusión de Información: | | | | | | | | | | |
| | 9-Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación. | 2 | Medio | Desarrollar a actividades promocionales prospectivas en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Informe de actividades realizadas | % Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |
| | 0 | | | | | | | | | | |
| | Satisfacción de los usuarios: | | | | | | | | | | |
| | 10- Uso anti-ético de los medios de comunicaciones locales TV, tele cable, teléfono. | 3 | Alto | Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. | Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. | | | | Informe de actividades realizadas | % Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas. | |

| Objetivos Específicos (Metas) | Riesgos | Nivel de Gravedad | | Acciones de Mitigación | | | | Actividades de control | Indicador verificable objetivamente | Fecha de monitoreo | |
|-------------------------------|---|-------------------|--------------|--|---|-----------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|--|------------------------|
| | | Valor | Nivel | Actividad | Responsable | Fecha resultado | Recursos necesarios | | | DD.MM.AA | |
| | | | | | | DD.MM.AA | Descripción Insumos | | | | Presupuesto (US\$ 000) |
| | 11-Cambios políticos que desconozcan el concepto de organización y gestión del Hospital. | 2 | Medio | Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. Cumplir con el Plan de Mercadeo. Mantener informado a las autoridades del SNS sobre el desempeño del hospital. | Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo. | | | | Informes de resultados. | % cumplimiento de las metas definida en el Hospital. | |

IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS PARA EL AÑO 2017.

UNIDADES ESTRATÉGICAS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (GERENCIA).

Este concepto es incorporado tratando de facilitar la formulación y gestión presupuestaria en el centro, la medición de resultados sobre productividad y desempeño, la planificación y asignación de recursos entre departamentos y servicios, contribuyendo a garantizar la eficiencia y descentralización de las operaciones, a través del Sistema Informático Gerencial (SIG) permitiendo la correcta toma de decisiones en la organización.

Estas gerencias son organizadas en bloques afines de servicios, para su conformación como gerencia, estas cumplirían con los siguientes criterios:

A) Criterios Utilizados Para la Formación de las GERENCIA en el HTQPJB.

- ☞ Capacidad de ofertar servicios con calidad y eficiencia atendiendo las necesidades de salud y demanda de la población.
- ☞ Capacidad para generar recursos y lograr su autosuficiencia financiera.
- ☞ La relación que existe en los servicios afines al manejo de patologías comunes (Disease management) asegurando una atención integral y el continuo de esta.
- ☞ Capacidad de competir en el mercado público y privado de estos servicios.

B) Capacidad Productiva Estimada de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud 2017.

| UNIDADES ESTRATÉGICAS | METAS DE EGRESOS | | METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS | | METAS CONSULTA EXTERNA | |
|--|------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | # CAMAS | META ESTABLECIDA 2017 | # QUIRÓFANOS | META ESTABLECIDA 2017 | # CONSULTORIOS | META ESTABLECIDA 2017 |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | 23 | 1,134 | 2 | 2,115 | 1 | 19,552 |
| CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES | 18 | 2,280 | 2 | 1,794 | 6 | 22,264 |
| Cirugía General | 10 | 913 | | 501 | 1 | 4,122 |
| Oftalmología | 0 | 4 | | 313 | 1 | 5,640 |
| Urología | 2 | 243 | | 345 | 1 | 4,794 |
| Cirugía Vasculat | 2 | 198 | | 259 | 1 | 2,256 |
| Cirugía Plástica | 2 | 664 | | 125 | 1 | 1,692 |
| Cirugía Ginecológica | 2 | 258 | | 251 | 1 | 1,880 |
| Otorrinolaringología | 0 | 0 | | 0 | 0 | 1,880 |
| Cirugía Laparoscópica | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Cirugía Torácica | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| Cirugía Pediátrica | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES | 0 | 31 | | | 7 | 51,410 |
| Medicina Interna y Cardiología | 0 | 0 | 1 EKG | 9,626 | 1 | 10,668 |
| Medicina Familiar | | | | | 3 | 19,552 |
| Infectología | 1 | 9 | | | | 1,504 |
| Salud Mental | | | | | 1 | 1,128 |
| Psicología | | | | | 1 | 1,187 |
| Nefrología | 1 | 22 | | | 1 | 1,128 |
| Gastroenterología | | | 1 | 432 | 1 | 3,948 |
| Endocrinología | | | | | 1 | 0 |
| Neumología | | | | | 1 | 3,008 |
| Nutrición | | | | | 0 | 0 |
| Neurología | | | | | | 2,707 |
| Pediatría | | | | | | 2,820 |
| Hematología | | | | | | 0 |
| Geriatría | | | | | | 3,760 |
| Hemodiálisis | | | 7 Maq | 7,192 | | |
| NEUROCIURUGÍA | 13 | 558 | 1 | 282 | 1 | 3,133 |
| UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS | 10 | 365 | | | | |
| UCI Adultos | | | | | | |
| UCI Pediátrico | | | | | | |
| MAXILOFACIAL | 5 | 811 | 1 | 564 | 1 | 2,256 |
| Maxilofacial | | | | | 1 | |
| Odontología | | | 4 Sillones | 3,557 | | 3,384 |
| Imágenes Rx Panorámica | | | 1 equipo | 258 | | |

| UNIDADES ESTRATÉGICAS | METAS DE EGRESOS | | METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS | | METAS CONSULTA EXTERNA | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | # CAMAS | META ESTABLECIDA 2017 | # QUIRÓFANOS | META ESTABLECIDA 2017 | # CONSULTORIOS | META ESTABLECIDA 2017 |
| Radiografía Periapicales | | | 1 equipo | | | |
| EMERGENCIA | | | | | 10 | 10,585 |
| Emergencia | | | | | | |
| Observación | 7 | 2,555 | | | | |
| ANESTESIOLOGÍA | | | | 4,755 | 1 | 4,029 |
| Anestesiología | | | | | | |
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | | 12,557 | 1 | 2,820 |
| Terapia Física Básica | | | | 8,790 | | |
| Otras Terapias Físicas | | | | 3,767 | | |
| TOTAL | 70 | 5,179 | Cx Elect | 4,755 | | 108,848 |

Para el periodo 2017 la producción esperada en base a la capacidad instalada y uso de esta capacidad, en las tres áreas principales se comportarán de la siguiente manera en relación al año 2016:

Las Consultas se incrementarán en **14,811** lo cual representa un crecimiento de un **13.6%**.

Las **Cirugías Electivas** disminuirán en **597** cirugías, representando una disminución de un **11.2%**.

Las **Hospitalizaciones** presentarán un incremento de **1,033** ingresos, lo cual representa un crecimiento de un **25.0%** en los ingresos Hospitalarios.

C) Capacidad Productiva Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2017.

| GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS | METAS ESTABLECIDAS 2017 |
|--|-------------------------|
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 12,557 |
| LABORATORIO CLÍNICO | |
| Sección de Hematología | 82,652 |
| Sección de Bioquímica | 243,426 |
| Sección de Uro-Copro | 27,900 |
| Sección Serológica | 18,581 |
| Pruebas Especiales | 65,149 |
| Seccion Inmunoematologia (Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU) | |
| Pruebas Bacteriología | 10,135 |
| TOTAL | 447,843 |
| BANCO DE SANGRE | |
| Unidades Tamizadas | 3,263 |
| Sección de Hematología | 5,715 |
| Sección Inmunoematologia | 13,567 |
| Pruebas Especiales | 29,013 |
| TOTAL | 51,557 |
| IMÁGENES | |
| Rayos X | 51,050 |
| Sonografía | 12,168 |
| Tomografía | |
| Brazo en C | 1,057 |
| Estudios Especiales | 930 |
| Resonancia Magnética | 1,565 |
| TOTAL | 66,770 |
| LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA | |
| Biopsia | 1,925 |
| Biopsia por congelación | |
| Citología | 704 |
| Necropsia | |
| TOTAL | 2,629 |
| FARMACIA | |
| Recetas Emergencia | 10,585 |
| Recetas Hospitalización | 88,043 |

| GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS | METAS ESTABLECIDAS 2017 |
|---|------------------------------------|
| Recetas Quirófanos | 4,755 |
| Recetas Hemodiálisis | |
| Recetas Curas y Ostomia | 2,262 |
| Recetas Reducciones y Yesos | |
| TOTAL | 105,645 |
| MISCELÁNEOS | |
| Curas y Otomías | 2,262 |
| Reducción y Enyesado | 1,509 |
| Hemodiálisis | 7,192 |
| Ecocardiograma | |
| EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias) | 9,626 |
| Endoscopias | 432 |
| Espirometria | 179 |
| Pruebas de Esfuerzos | 509 |

D) Datos para los Cálculos:

Estancia promedio utilizada para el cálculo de Hospitalizaciones en : Cirugía General y Especialidades = 4.0 días, Ortopedia y Traumatología = 7.4 días, Neurocirugía = 8.5 días, Unidad Cuidados Intensivos = 10 días, Maxilofacial = 4.5 días, Medicina Interna y especialidades = 5 días, Oftalmología = 2.5 días, Cirugía Plástica= 2 días, Cirugía Ginecológica = 2.8 días, Urología= 3 días, Nefrología= 4 días, Cirugía Vascul ar = 3.7días; Infectología = 12 días.

Tiempos Consultas (promedio):

| SERVICIOS | TIEMPO PROMEDIO POR CONSULTA |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Ortopedia y seguimiento: | 10 Minutos. |
| Otorrinolaringología: | 9 Minutos. |
| Oftalmología: | 12 Minutos. |
| Cirugía plástica: | 20 Minutos. |
| Cirugía vascular: | 10 Minutos. |
| Cirugía laparoscópica: | 20 Minutos. |
| Cirugía general: | 13 Minutos. |
| Urología: | 10 Minutos. |
| Medicina interna: | 17 minutos. |
| Cardiología | 13 minutos. |
| Nefrología: | 30 minutos. |
| Neumología: | 15 minutos. |
| Endocrinología: | 15 minutos. |
| Gastroenterología: | 20 minutos. |
| Medicina familiar: | 15 minutos. |
| Psicología: | 38 minutos. |
| Salud Mental: | 30 Minutos. |
| Neurocirugía: | 18 minutos. |
| Maxilofacial: | 20 minutos. |
| Anestesiología: | 14 minutos. |
| Medicina Física y Rehabilitación: | 18 minutos. |
| Hematología | 25 minutos. |
| Neurología | 25 minutos. |
| Ginecología | 18 minutos. |
| Infectología | 15 minutos. |
| Pediatría | 20 minutos. |
| Odontología | 30 minutos. |
| Geriatría | 12 minutos. |

Promedio de Emergencias estimado por día= 32 Emergencias.

Para consulta externa y uso de quirófano en cirugías electivas, serán utilizados 235 días en el año 2017.

Tiempos por procedimiento por especialidad, (tiempo promedio):

Procedimientos electivos de Cirugía General: 90 minutos.

Procedimientos electivos de Neurocirugía es de: 180 minutos.

Procedimientos electivos de Ortopedia y Traumatología es de: 120 min.

Procedimientos electivos de Urología es de: 90 min.

Procedimientos electivos de Maxilofacial es de: 45 min.

Procedimientos electivos de Ginecología es de: 90 min.

Procedimientos electivos de Cirugía Vascul ar es de: 120 min.

Cirugía Laparoscópica es de: 90 Minutos.

Cirugía Plástica es de: 180 Minutos.
Cirugía Oftalmológica es de: 90 Minutos.
Odontología es de: 45 minutos.
Endoscopia es de: 30 minutos.
Hemodiálisis: 240 minutos.
Para Medicina Física y Rehabilitación:
Compresas fría: 20 min.
Compresa caliente: 15 min.
TENS: 20 min.
Terapia infrarrojo: 25 min.
CPM superior: 45 min.
CPM superior: 45 min.
Polea: 10 min.
Rueda Náutica: 10 min.
Escalerilla: 5 min.
Bicicleta: 20 min.
Caminadora: 10 min.
Barra paralelas: 15 min.
US: 15 min.
Equipo Fortalecimiento: 20 min.

Total Semanas año 2017.

Total de días trabajados en el año (235)

Cálculo No. Semanas al año : -----= Total Semanas (47)

No. De días laborables por semana (5)

Cálculo días trabajados al año: Total de semanas(47) X días trabajados a la semana (5) = 235 días.

Si el servicio solo realiza la tarea de cirugía o consulta por un día, trabajará sólo 47 días de los 365 días.

2 días a la semana son 94 días trabajo.

3 días a la semana son 141 días trabajo.

4 días a la semana son 188 días trabajo.

5 días a la semana son 235 días trabajo.

***Psiquiatría y psicología atienden 2 usuarios por horas.**

*** Para odontología se calcula 2 usuarios por hora por procedimientos.**

*** Para emergencia se calcula 35 usuarios promedios por días.**

*** Para el área de observación emergencia se calcula 24 horas de estancia promedio máximo por cama para observación.**

Datos para los cálculos producción servicios de apoyo:

Para el cálculo de producción de las pruebas de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre se tomó el total de pruebas realizadas durante el año 2016, más un incremento del 10%, atendiendo al cumplimiento de las metas establecidas y el crecimiento esperado en las demás áreas de producción (Principalmente consultas).

Para el cálculo de producción de los estudios de imágenes se tomó el total de estudios realizados durante el año 2016, más un incremento del 10% atendiendo al cumplimiento de las metas establecidas y el crecimiento esperado en las demás áreas de producción (consultas y procedimientos electivos).

El promedio de recetas despachadas por usuarios hospitalizados en el año 2016, es de 17 recetas.

En emergencia el promedio es de 0.7 recetas por emergencia asistidas en el año 2016.

En Quirófano el promedio es de 1 recetas por procedimiento quirúrgico asistidos en el año 2016.

En Cura y Ostomia el promedio es de 1 receta por procedimiento asistido en el año 2016.

X. FORMULACIÓN DE METAS GENERALES Y ESPECÍFICAS; Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIA PARA EL AÑO 2017.

A) Metas Generales del Hospital para el Año 2017

| INDICADORES | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | % de Cumplimiento | | |
|---|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 1er. Cuatrimestre | 2do. Cuatrimestre | 3er. Cuatrimestre |
| EFICIENCIA | | | | |
| Rendimiento de Consulta Externa | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Tasa de Ocupación Hospitalaria | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Tasa de Utilización Quirófanos Cirugías Programadas | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Presión de Urgencias | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Promedio de Estadía | 7 | 7 | 7 | 7 |
| % Cirugías Programadas Suspendidas | 10% | 10% | 10% | 10% |
| % Desempeño Técnico | 90% | 90% | 90% | 90% |
| % Cumplimiento Ejecución Presupuestaria | 90% | 90% | 90% | 90% |
| CALIDAD | | | | |
| Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria | 0,90% | 0,90% | 0,90% | 0,90% |
| Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria | 5% | 5% | 5% | 5% |
| Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria | 3,5% | 3,5% | 3,5% | 3,5% |
| Tasa Infección Intrahospitalaria | 5% | 5% | 5% | 5% |
| % Cumplimiento Procesos. | 90% | 90% | 90% | 90% |
| PRODUCCIÓN | | | | |
| Total Hospitalizaciones. | 5,179 | 1,726 | 1,726 | 1,726 |
| Total Consultas Hospital. | 108,848 | 36,283 | 36,283 | 36,283 |
| Total Cirugías. | 4,755 | 1,585 | 1,585 | 1,585 |
| Total Emergencia. | 10,585 | 3,528 | 3,528 | 3,528 |
| Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación. | 12,557 | 4,186 | 4,186 | 4,186 |
| Total Laboratorios Clínicos. | 447,843 | 149,281 | 149,281 | 149,281 |
| Banco de Sangre | 51,557 | 17,186 | 17,186 | 17,186 |
| Total Estudios Imágenes | 66,770 | 22,257 | 22,257 | 22,257 |
| Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica. | 2,629 | 876 | 876 | 876 |
| Total Recetas Despachadas | 105,645 | 35,215 | 35,215 | 35,215 |
| SATISFACCIÓN | | | | |
| % Satisfacción de los Usuarios Externos | 90% | 90% | 90% | 90% |
| % Satisfacción de los Usuarios Internos | 80% | 80% | 80% | 80% |

| INDICADORES | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | % de Cumplimiento | | |
|---|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 1er. Cuatrimestre | 2do. Cuatrimestre | 3er. Cuatrimestre |
| EJECUCIÓN PLANES | | | | |
| % Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas | 90% | 30% | 60% | 90% |
| % Cumplimiento Plan de Inversión | 90% | 30% | 60% | 90% |

B) Metas y Estrategias de Desarrollo Específicas para las Gerencias 2017.

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIO

Gerencia: Ortopedia y Traumatología

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---|-----------------|---------------------------|------------|
| Total ingresos | 1,624 | 1,134 | -30% |
| Total consultas. | 12,768 | 19,552 | 53% |
| Total cirugías programadas realizadas | 2,634 | 2,115 | -24.5% |
| Índice de Cirugías Programadas Suspendidas. | 8.4% | 10% | 1.6% |
| Tasa de ocupación hospitalaria. | 134% | 80% | - 54% |
| Promedio de estadía. | 9.5 Días | 7.4 Días | - 2.1 Días |
| Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria. | 0.25% | 0.0% | -0.25% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Servicio de ortopedia y traumatología infantil.
Servicio de cirugía ambulatoria.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✓ Incorporación de todas las ARS
- ✓ Incluir spots publicitarios en medios publicitarios
- ✓ Realizar publicación de revista de salud
- ✓ Mantener y ampliar los operativos de implantes de alto costo
- ✓ Realizar actividades tipo "Operativo Médico" que relancen cada uno de estos servicios. Diseño y elaboración de un volante educativo de la Gerencia.
- ✓ Mantener una sección fija en la revista hospitalaria.
- ✓ Servicio especializado 24 horas.
- ✓ Servicio de emergencia 24 horas.
- ✓ Alta tecnificación.
- ✓ Mejorar condiciones de remuneración al personal.
- ✓ Cirugías electivas no convencionales.
- ✓ Servicios complementarios especializados.
- ✓ Plataforma de prensa para mercadear los servicios de la Gerencia.
- ✓ Publicaciones de las carteras de servicios televisivas y radiales

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✓ Encuesta de satisfacción de usuarios externos e internos.
- ✓ Encuesta de satisfacción familiares.
- ✓ Revisión al cumplimiento de los protocolos.
- ✓ Seguimiento a casos complicados.
- ✓ Seguimiento a casos infectados.
- ✓ Vigilancia en el cumplimiento de protocolos.

- ✓ Vigilancia en el cumplimiento de procesos.
- ✓ Auditoria prospectiva del expediente clínico.
- ✓ Convenios internacionales y videoconferencias de educación continua y especialización.
- ✓ Revisión constante de procesos y análisis estadísticos.
- ✓ Encuestas periódicas regulares para valorar calidad de servicios.
- ✓ Atención multidisciplinaria de casos críticos.
- ✓ Discusión y análisis de casos.
- ✓ Aumentar experiencia del personal por entrenamiento.
- ✓ Aumentar curva de aprendizaje.
- ✓ Mejorar tecnología.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

- 1-Ortopeda Oncologo.
- 1-Secretaria.
- 1-Especialista de miembros superiores
- 1-Especialista de ortopedia de miembros inferiores.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 6-Presentaciones y/o publicación de casos.
- 1-Curso de informática básica.
- 1-Actualización al año de protocolos y programas de la institución.
- Asistencia a entrega de guardia.
- Asistencia caso cerrado de patología.
- 1- Plaza para entrenamiento en rotación de colgajos. (Colombia, Venezuela).
- 1-Curso de Comunicación Efectiva e Inteligencia Emocional.
- 1-Taller sobre manejo de crisis

Facilitar a los médicos ayudantes, residentes, enfermeras y secretarias la participación de congresos y cursos nacionales e internacionales 2 o 3 veces al año (Participación en congresos nacionales por lo menos dos (2) veces al año, participación en congresos internacionales por lo menos uno (1) al año, cursos o diplomados (1-4 semanas) en áreas específicas).

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Adquirir artroscopio
- 1- Intensificador de imagen (brazo en C).

Completar set de bandejas de ortopedia con:

- 3- Brocas de 3.5, 4.0, 4.5, 5.0.
- 5- Taladros con resistencia para esterilizar a vapor.
- 1- Cámara para artroscopia.
- 4- Pilas o baterías para el taladro existente
- 1- Bandeja de instrumental para artroscopia de rodilla.
- 1- Bandeja de Instrumental de artroscopia de hombro
- 1- Torre de artroscopia
- 1 Bomba de agua de artroscopia
- 1- Computadora con su impresora para el Gerente de
- 2-Sillas visita (Asientos para acompañantes).

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Readecuar el quirófano de emergencia para cirugía menor.
Abrir un nuevo pabellón que tenga un cuidado intermedio y habitaciones privadas

Habilitar quirófano séptico.

Habilitar quirófanos de primer nivel para cirugías menores.

Eliminar filtraciones.

Acomodar habitaciones de los usuarios externos.

Acomodar habitación de médicos especialistas (Cama, colchón, sábanas, sistema de agua caliente).

Remodelar la oficina de ortopedia (Habilitar consultorio anexo a la oficina del gerente).

Habilitar biblioteca para residentes.

Gerencia: Cirugía General y Especialidades

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total ingresos | 1,507 | 2,280 | 51% |
| Total consultas. | 22,605 | 22,264 | -1.5% |
| Total cirugías programadas. | 1,968 | 1,794 | -8.8% |
| Índice de Cirugías Programadas Suspendidas. | 7.1% | 10% | 2.9% |
| Tasa de ocupación hospitalaria. | 30% | 80% | 50% |
| Promedio de estadía. | 2.4 Días | 4 Días | 1.6 días |
| Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria. | 0.93% | 1% | 0.07% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Desarrollar la unidad de Endourología.
Desarrollar la unidad de Cirugía torácica .
Desarrollar la unidad de Coloproctología.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Promoción de las unidades de, otorrinolaringología y de endourología, con alcance regional, ofreciendo estos servicios a la población solicitante con alta calidad y a precios accesibles.
- ✓ Mercadear las condiciones de la edificación, equipamiento y la efectiva calidad del personal en la resolución de problemas médicos de los usuarios, con difusión a través de los medios de comunicación.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Adecuar las unidades de servicio con personal capacitado utilizando los recursos disponibles.
- ✓ Selección de personal con formación académica excelente y disposición para el servicio de acuerdo al perfil de cargos.
- ✓ Reforzar aplicación y vigilancia del cumplimiento de los procesos y protocolos establecidos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a- Recursos Humanos:

1-Técnico oftalmología.
1-Cirujano torácico
1-Cirujano coloproctologo

b- Capacitación y Educación Continua:

1-Cirugía laparoscópica avanzada para médicos ayudantes.
1-Cirugía laparoscópica básico para médicos residentes.
Promover la participación de los médicos ayudantes del servicio en entrega de guardia.
Realizar sesiones regulares de morbi-mortalidad y/o discusiones de artículos educativos y científicos relevantes.
Realizar grand rounds semanales con los médicos ayudantes del servicio y la residencia de cirugía general
Facilidades para participación en congreso anual del colegio de cirujanos.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Impresora para endourología.
1- cámara para procedimientos diagnósticos de la consulta de otorrino.

- 1-Uretrotomo optico
- 1-Rectosigmoidoscopio rígido
- 1-Bandeja de proctología.

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura:

Oficina para el servicio de cirugía y especialidades compartida con la coordinación de la residencia de cirugía general.

Gerencia: Maxilofacial y Odontología

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|--|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total ingresos Maxilofacial | 193 | 811 | 320% |
| Total consultas Maxilofacial. | 2,051 | 2,256 | 10% |
| Total cirugías programadas Maxilofacial. | 515 | 564 | 9.5% |
| Índice de Cirugías Programadas Suspendidas Maxilofacial. | 2.5% | 10% | 7.5% |
| Total Estudios Panorámica | - | - | - |
| Tasa de ocupación hospitalaria Maxilofacial. | 34% | 80% | 46% |
| Promedio de estadía Maxilofacial. | 5.4 Días | 4 Días | -1.4 días |
| Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria Maxilofacial. | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Total consultas Odontología. | 2,303 | 3,384 | 47% |
| Total procedimientos programados Odontología. | 2,974 | 3,557 | 19.6% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este periodo.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Trato humanizado y personalizado con los usuarios.
- ✓ Publicidad de los servicios que ofrecemos, haciendo hincapié en la relación costo beneficio para nuestros pacientes y la calidad de los mismos.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ La implementación y vigilancia cumplimiento de los protocolos y organización de la Gerencia.
- ✓ incentivar con certificados a la buena labor realizada.
- ✓ Conformación de Comité de Tumores.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

- 1- Protésistas (rehabilitador bucal)
- 1- Ortodoncista especializado en ortopedia maxilar.
- 2- Asistentes odontológicos.
- 2- Auxiliares de odontología.
- 1- Asignar un médico general.

b) Capacitación y Educación Continua:

Apoyo en entrenamientos y/o congresos nacionales e internacionales.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 1- Completar equipo artroscopia para cirugía de articulación temporomandibular (ATM).
- 1- Sierra oxilante para cirugía.

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura:

Habilitar un área quirúrgica de odontología

Gerencia: Neurocirugía

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total ingresos. | 550 | 558 | 1.4% |
| Total consultas. | 2,913 | 3,133 | 7.5% |
| Total cirugías programadas. | 235 | 282 | 20.0% |
| Índice de Cirugías Programadas Suspendidas. | 5.6% | 10% | 4.4% |
| Tasa de ocupación hospitalaria. | 95% | 80% | -15.0% |
| Promedio de estadía. | 10.4 días | 8.5 días | -1.9 días |
| Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria. | 2.0% | 1.0% | -1.0% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Incorporación de unidad de cuidados intermedios.

Mejora de equipos

Incorporación de neurocirugía pediátrica.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Priorizar en las citas a los usuarios operados para seguimiento.
- ✓ Priorizar evaluación pre-quirúrgica neurológica.
- ✓ Promoción de la cartera de servicios a través de una página web, televisión y radio, donde se informe los días de consultas y cirugías.
- ✓ Implementar un sistema de citas por llamadas telefónicas.
- ✓ Reactivación de la página web donde se les explique los días de consulta

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Ofrecer servicios especializados donde predomine el trato humanizado y cordial siempre de acuerdo a los conocimientos actualizados.
- ✓ Vigilancia al cumplimiento de los procesos y protocolos.
- ✓ Invitar a profesores y neurocirujanos distinguidos para jornadas educativas al personal, así como la realización de operativos quirúrgicos con dichos invitados.

4. Requerimientos para los Desarrollo de las GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

No en este período

b) Capacitación y Educación Continuada:

Gestionar y cubrir:

- ✓ Congreso Anual de la Sociedad Dominicana de Neurocirugía
- ✓ Asistencia regular a los congresos de neurocirugía y actividades afines.
- ✓ Asistencia a Congreso Latinoamericano de Neurocirugía (cada 2 años) para el neurocirujano más destacado.
- ✓ Discusión de los casos quirúrgicos de la semana.
- ✓ Discusión e intercambio Neuroradiopatológico una vez al mes.
- ✓ Publicación de un boletín de actualización interna cada 3 meses.
- ✓ Inscripción a las revistas neuroquirúrgicas existentes para que estén disponibles para todo el personal.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- Fijador de cráneo tipo Mayphi.

1-Microscopio neuroquirúrgico.

Actualización de la bandeja de neurocirugía

d) Construcción y/o adecuación de infraestructura:

No en este período

Gerencia: Medicina Física y Rehabilitación

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total consultas. | 2,183 | 2,820 | 29% |
| Total procedimientos programados. | 11,415 | 12,557 | 10% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Incorporar la unidad de electromiografía.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Contar con un espacio de programa de televisión
- ✓ Desarrollo de campaña de promoción de la Gerencia, enfatizando en la cartera de servicios y resaltando el horario de la Gerencia.
- ✓ Poseer el mejor personal del área.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de la citas, en las horas especificadas.
- ✓ Brindar trato amable y humanizado a los usuarios y familiares.
- ✓ Facilidades para programar o cancelar citas vía telefónica. Llamadas para recordar la cita a los usuarios.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Vigilar el cumplimiento de la aplicación de los protocolos.
- ✓ Monitoreo constante de la mejoría de los usuarios.
- ✓ Mantener el adecuado funcionamiento de los equipos de la Gerencia.
- ✓ Realizar el mantenimiento preventivo de los equipos de la Gerencia.
- ✓ Realizar la limpieza y desinfección adecuadas de los equipos.
- ✓ Uso de materiales y equipos de buena calidad.
- ✓ Protocolizar procedimientos con el Depto. de Ortopedia.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

- 2- Terapistas.
- 3- Auxiliares.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1- Capacitación en crecimiento personal.
 - 2- Capacitación en nuevas técnica de rehabilitación.
 - 2- Participación en congresos nacionales.
 - 1- Participación en congreso internacional.
- Permisos para realizar cuando sea necesario.

C) Adquisición y/o reparación de equipos

- 2- Tanque de hidocolato.
- 4- Estimuladores eléctricos.
- 1- Ultrasonido.
- 2- Cama para lesión medular.

2 -Rueda náutica
Espejos para las paralelas.
4-Mesas para preparar compresas.
2-Poleas.
Juegos de pesas.
1-tanque grande de compresas frías
5-equipos combinados
2-jobs
Espejos cuadriculados
1-escalera de dos vías
Mesa de mano con aditamentos

d) Readecuación de Instalaciones Físicas y Equipamiento:

Modificar la entrada desde el exterior de fisioterapia para recepción y sala de espera. Habilitar cuarto de equipos en planta.

Gerencia: Unidad de Cuidados Intensivos

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total ingresos | 239 | 365 | 53% |
| Tasa de ocupación hospitalaria. | 148% | 80% | -68.0% |
| Promedio de estadía. | 18.9 días | 10 días | -8.9 días |
| Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria. | 32.2% | 20% | - 12.2% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Unidad de apoyo familiar.

Unidad de terapia respiratoria.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas

- ✓ Trato eficiente y humanizado a los usuarios de nuestros servicios y sus familiares.
- ✓ Información a los usuarios por medio de pláticas educacionales
- ✓ Realización de jornadas científica.
- ✓ Intercambios con otros centros de salud.
- ✓ Servicio de óptima calidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- ✓ Servicio de alta tecnología de forma continua.
- ✓ Informe estadístico de UCI anual que incluya resultados del APACHE

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✓ Servicio secretarial
 - ✓ Aumentar el servicio (personal de enfermería).
 - ✓ Mejorar (apoyo) servicio de avanzada.
 - ✓ Vigilancia al cumplimiento de protocolos.
 - ✓ Revisión y análisis periódico de los registros estadísticos del área.
 - ✓ Equidad en la distribución de funciones del personal asignado al área.
 - ✓ Convenios internacionales y videoconferencias.
 - ✓ Capacitación docente continuo del personal para eficientizar el servicio
- Coordinar apoyo salud mental y trabajo social para familiares

4. Requerimiento para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

7- Licenciadas de enfermería.

1- Secretaria.

1- Auxiliar de avanzada tanda vespertina.

2- Terapeuta respiratorio.

3-Auxiliares de enfermería

b) Capacitación y Educación continua:

1-Participación en un congreso internacional por año.

1-Participación en un congreso nacional de medicina crítica e interna.

1-Presentación o publicación de casos.

1-Relaciones humanas.

1-Mecánica corporal.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

3- Monitores de presión intracraneana
10- Camas de posición con balanza.
1- Broncoscopio.
3- Bombas de compresión neumática
1- Ventilador Mecánico de transporte
12- Brazaletes de esfigmomanómetros de pared marca Tyco
1- Línea de hemodiálisis.
1-Carro medicamentos enfermería.
1-Desfibrilador.
2-Manómetro para medir el CUFF del tubo endotraqueal.
1- pulsímetro portátil
30 rollos impermeables para dar posición a los pacientes
2- Lámparas de ganso
2- Bandejas de traqueotomías para uci
2- Mesas con ruedas para baño del paciente
3- Aspiradores
1- Nebulizador
10- Bombas de infusión
4- Sillas de escritorio
4 -Escritorios
1- Casillero de 6
10 mesas de camas (mesa de noche)
10 juego de cortinas: una para cada cama
2 Bandejas de sutura

d) Construcción y/o readecuación de infraestructuras

Reubicación de Área de para habilitar dos camas
Instalación de UPS para soporte eléctrico de la unidad
Llavín eléctrico puerta acceso a UCI para el personal calificado.
Reparar puerta entrada pasillo de UCI
Reparar gabinete del área de lavado de mano, del área de medicamentos y del área de material contaminado

Gerencia: Medicina Interna y Especialidades

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|--|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total ingresos. | 37 | 31 | -16.2% |
| Total consultas. | 45,309 | 51,410 | 13.5% |
| Tasa de ocupación hospitalaria. | 0% | 80% | -% |
| Estancia promedio | 9 días | 8 días | -1.0 días |
| Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria. | 0% | 0.0% | 0.0% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Prueba de esfuerzo.
Ecocardiografía.
Electroencefalografía.
Broncoscopía.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Competitividad en los precios de los servicios.
- ✓ Humanización en servicios.
 - Calidad en servicios.
- ✓ Apoyo al equipo quirúrgico.
- ✓ Brochure educativo de todos los servicios que ofrecemos.
- ✓ Manejo multidisciplinario de patologías

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Encuesta de satisfacción de usuarios.
- ✓ Contratación de personal con aptitud y disposición para el trabajo y entrenamiento permanente de acuerdo a las necesidades del área.
- ✓ Entrenamientos permanentes.
- ✓ Incentivos por labor desarrollada y entrega al trabajo.
- ✓ Manejo multidisciplinario de los casos críticos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

- 1- Médico cardiólogo (Ecocardiografista y prueba de esfuerzo)
- 3- Médicos Internista.
- 1-Técnico para electroencefalografía.
- 1- Médico Reumatólogo.
- 1-Médico Endocrinólogo.

b) Capacitación y Educación Continua:

Cursos ventilación mecánica.
Asistir a congreso nacional de las diferentes áreas (cardiología, neumología, medicina interna).
Asistir a un congreso internacional.
Asistir a cinco charlas de actualización.
Cursos y/o jornadas de actualización dentro del hospital.
Discusión de bibliografía.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 1- Ecocardiografo
- 1- Broncoscopio.
- 1- Prueba de esfuerzo.
- 1- Locker para 6 usuarios (uso habitación médico de guardia)
- 1- Neverita ejecutiva
- 1- Un electrocardiógrafo.
- Reparación del espirometro
- 1-Colchon para la habitacion de descanso del intrnista de servicio

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura

No en este período.

Gerencia: Anestesiología

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|--|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total consultas. | 3,905 | 4,029 | 3.1% |
| Total procedimientos programados. | 5,352 | 4,755 | 11.2% |
| Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria. | 0% | 0% | 0 % |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Creación unidad del dolor.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Descripción de la oferta de servicio de la Gerencia en la página web.
- ✓ Participación en programa de TV y radio para tratar de los servicios de la Gerencia Promover por medios de comunicación la clínica del dolor.
- ✓ Ofrecer servicios anestésicos de calidad las 24 horas del día cumpliendo con los estándares de la Sociedad Dominicana de Anestesiología.
- ✓ Garantizar consulta preanestesia, visita pre-anestésica, administración anestesia regional y general, recuperación post anestésica y clínica del dolor.
- ✓ Hacer más publico nuestros servicios en programa de radio y televisión con todo lo que ofrece nuestro Institución.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Consulta diarias de pre-anestésica
- ✓ Pre-medicación de los pacientes ingresados.
- ✓ Dotar la unidad de recuperación de monitores y ventiladores.
- ✓ Capacitación del personal no anestesiólogo en el manejo e instrumentación supraglótico de la vía aérea, reanimación cardiopulmonar y terapia con oxígeno.
- ✓ Aplicación de los protocolos de procedimientos de anestesiología.
- ✓ Monitoreo constante de la aplicación de los protocolos y el uso racional de los recursos.
- ✓ Manteniendo siempre calidad en la compra de nuevos medicamentos y manteniéndonos al día con las nuevos avances Farmacológico.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua:

Especialización de un anestesiólogo a especializarse en dolor.

1-Curso de Gerencia hospitalaria.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Fibrolaringoscopio.

4-Monitores. (Reparar)

1-Impresora multifuncional (Comprar)

Máquinas de anestesia (Reparar)

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura

No en este período

Gerencia: Urgencia / Emergencia

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------|
| Total Consultas. | 10,527 | 10,585 | 0.5% |
| Total admitidos en observación. | 0% | 2,555 | - |
| Tasa de Mortalidad Neta | 0% | 0% | 0% |
| Presión de urgencia. | 10.1% | 20% | 9.9% |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Creación de una unidad de medicina Pre-hospitalaria propia del centro, la cual se utilizaría como escuela para formar técnicos de emergencias médicos y paramédicos con todos los parámetros y protocolos q se utilizan, la que a su vez agregara recursos propios al centro.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Garantizar y mantener el servicio de calidad al usuario reorganizando el horario E introduciendo a nuestro staff administrativo en emergencia un representante de seguros en horario a partir 6:00 p.m.
- ✓ Equipamiento de alta tecnología.
- ✓ Aumentar la disponibilidad de cama tanto internamiento como uci para mejorar la agilidad de los usuarios ingresados vía emergencia, lo cual garantiza la eficiencia y calidad en el servicio al usuario.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Colocar radio central de emergencia para comunicación permanente con las instituciones de emergencia agilizando el proceso de recibimiento y recibimiento de los usuarios.
- ✓ Actualización del sistema SGA para usuarios en emergencia.
- ✓ Incorporar auditoría médica continua (prospectiva) en el área de emergencia.

4. Requerimientos para los Desarrollo de las GERENCIA:

Radio comunicación de central de emergencias para mejor comunicación con las entidades de emergencias de La Vega, (bomberos, defensa civil, cruz roja).

a) Recursos Humanos

- 1-Auxiliar de seguridad fijo en la emergencia (entrada directa a la emergencia)
- 2-Auxiliares de enfermería
- 1-Auxiliar de atención al usuario.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1-Continuar actualizando al personal de emergencia con los cursos ya impartidos (PALS, BLS)
- 1-Soporte avanzado en trauma (ATLS Y PHTLS),
- 1-Capacitación en HAZMAT (materiales peligrosos)
- 1-Capacitación en triage, traslados de pacientes y manejo de ambulancias.
- Pendiente entrenamientos soporte vital cardiaco avanzado (ACLS),
- Acceso a Participación de congresos nacionales e internacionales

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 2- Ventiladores mecánicos tipo vela (fácil manejo y limpieza)
- 9-Camillas de posiciones y movibles (9)
- 4-Monitores de signos vitales para el área de emergencia y así solo admitir en Schock Room los pacientes que realmente necesitan dicha área.
- Métodos de barreras como campos quirúrgicos, mascarillas con protección ocular etc.
- Material e Insumos Pediátricos: Collarines Cervicales, Sondas Vesicales, Sondas

Nasogástricas, Fijadores de tubos Endotraqueal, Tubos de Pecho,
4- Sillas giratorias o reparación de las existentes
6-Kit de férulas semi rígidas.

d) Construcción y/o reparación de infraestructura:

Reestructurar y organizar la entrada y salida de los familiares de los usuarios que no estén en la unidad de cuidados intensivos por el área de emergencia,

Ampliación del área de triage hospitalario

Habilitar área original de Shock Room, la cual agiliza atención del usuario en estado crítico.

Crear área de descontaminación y ducha para pacientes quemados y/o contaminados con materiales altamente contaminantes (la cual debe estar localizada en la emergencia previa a la admisión del usuario a la misma)

Sistema Eléctrico en salida trasera, brinda más privacidad al usuario y agiliza el flujo de los usuarios a imágenes, uci, internamiento

Proceso legalidad helipuerto

Reubicar el área de desechos de la emergencia

Habilitar puerta eléctrica a la entrada de emergencia.

Gerencia: Laboratorio Clínico

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---|-----------------|---------------------------|-----------|
| Sección de Hematología | 75,138 | 82,652 | 10% |
| Sección de Bioquímica | 221,296 | 243,426 | 10% |
| Sección de Uro-Copro | 25,364 | 27,900 | 10% |
| Sección Serológica | 16,892 | 18,581 | 10% |
| Pruebas Especiales | 59,226 | 65,149 | 10% |
| Sección Inmunoematología (Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU) | 0 | | 10% |
| Pruebas Bacteriología | 9,214 | 10,135 | 10% |
| TOTAL | 407,130 | 447,843 | |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Garantizar servicios de calidad a menor costo que la competencia.
- ✓ Mantener la confiabilidad del servicio.
- ✓ Venta de los servicios a otros centros.
- ✓ Oferta de servicio de pruebas especializadas, bacteriología, marcadores tumorales, banco de sangre.
- ✓ Promover el cumplimiento de los principios éticos de respeto, confiabilidad, discreción, en cuanto a los resultados de los procedimientos.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Capacitación y entrenamiento del personal, congresos nacionales e internacionales.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos de la Gerencia y reglamentos del servicio.
- ✓ Evaluación periódica interna y externa de control de calidad.
- ✓ Contratación de personal calificado.
- ✓ Evaluaciones periódicas de desempeño.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los principios éticos de respeto, confiabilidad, discreción, en cuanto a los resultados de los procedimientos.
- ✓ Mantener al día los pagos a los proveedores.
- ✓ Entrega rápida de los resultados a través de la implementación de programas computarizados.
- ✓ Desarrollo de trabajos de investigación
- ✓ Garantizar el buen llenado de los resultados de los procedimientos, de los registros de los servicios (sistema informático) y los libros records.
- ✓ Todas decisiones que se realizaran en el servicio, serán tomadas en base al análisis de las informaciones producidas en este.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

2- Bioanalistas.

b) Capacitación y Educación Continua:

3-Cursos de capacitación en bacteriología, parasitología, orina y hematología.

1-Curso en Gerencia.

1-Participación en talleres, congresos, diplomados, jornadas nacionales e internacionales relacionadas al área.

1-Entrenamiento y manejo de equipos

c) Adquisición y/o reparación de equipos.

1-Equipo automatizado de hematología.

1- Equipo automatizado de orina.

1- Nevera de 18-20 pulgada no frost

1-Equipo automatizado de bacteriología.

1-Equipo automatizado de gases arteriales

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Adecuación del área de lavado y esterilización de cristalería: Se debe instalar un fregadero grande con 2 espacios para lavado además que sean profundos y de material no corrosivo.

Instalar en esta área todos los hornos de cristalería.

Instalación de la cabina de cristal de flujo laminar en bacteriología

Servicio: Banco de Sangre

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|--------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
| Unidades Tamizadas | 2,966 | 3,263 | 10% |
| Sección de Hematología | 5,195 | 5,715 | 10% |
| Sección Inmunoematología | 12,334 | 13,567 | 10% |
| Pruebas Especiales | 26,375 | 29,013 | 10% |
| TOTAL | 46,870 | 51,557 | 10% |

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Incorporación en Banco de Sangre de una máquina de aféresis, con la cual se puede extraer plaquetas de donante único. *Por el método tradicional se requieren 4 donantes para extraer 1 pool de plaquetas.

Canalizar con las diferentes ARS la cobertura de la analítica de los donantes(que se cargue a BS, no a laboratorio).

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Ofrecer a los donantes habituales, facilidades en cuanto a la oferta de servicios de salud en esta institución, como es la exoneración parcial o total de las analíticas o estudios de gabinete para él y sus parientes directos.
- ✓ Volantes educativos de los servicios ofrecidos.
- ✓ Convertirnos en el primer banco de la región VIII en el cumplimiento de todas las normas nacionales para banco de sangre.
- ✓ Realización de jornadas de recolección de sangre interno y externo (2 veces al año)
- ✓ Dar repuesta de manera rápida con calidad y calidez a los donantes y pacientes que requieren de nuestros servicios.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Formación de núcleos fuertes fuera y dentro del hospital para la promoción de la donación voluntaria.
- ✓ Garantizar el buen llenado del resultado de todos los registros de los servicios y libros de record.
- ✓ Promover el cumplimiento de los principios éticos (respeto, confiabilidad discreción)
- ✓ Cumplimiento de los manuales de protocolo.
- ✓ Seguimiento continuo en el cumplimiento de los manuales y protocolos.
- ✓ Concientización al personal médico sobre la solicitud previa de sangre.

4-Requerimientos (Necesidades) para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

1- Bioanalista para ayudar los fines de semana y los días feriados ya que, es mucho trabajo para una sola persona.

b) Capacitación y educación continúa:

Realización de estudio continuo como diplomado maestría especialidades en el área, apoyo económico.

Apoyo económico para la participación del personal en congresos nacionales e internacionales.

Facilidades para conseguir becas para estudio a través de los convenios con las universidades.

Facilidad de intercambio de experiencias en banco de sangre con otras instituciones nacionales e internacionales.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Maquina de aféresis de plaqueta.

1-Sellador de bolsa

Mantenimiento a los equipos propios de hospital, como microscopio, neveras.

Balanzas con pesos por requerimientos de habilitación.
Reparación de los sillones de donantes
Reparación o adquisición de sillones de Bioanalista.
Remodelación dentro del área para reubicar las neveras ya que están en la puerta de entrada del área de trabajo por requerimientos de habilitación.
Instalación de teléfono en la oficina de la encargada.
Creación de un área de archivo par la documentación del banco de sangre
Reparación de gabinetes
Reparación o compra de congelador de plasma.

d) Construcción y/o readecuación de Infraestructura:

NOTA: Por exigencias del Ministerio, los Bancos de Sangre y Servicios de Terapia Transfusional deben estar localizados en un primer nivel, con entrada desde fuera del recinto hospitalario para evitar el contacto de pacientes con donantes, contar con salida de emergencia y poseer servicio sanitario para el personal y los usuarios, por lo que consideramos que un proyecto no muy lejano será la reubicación de la Gerencia.

Gerencia: Imagenología

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|----------------------|-----------------|---------------------------|-----------|
| Rayos X | 46,409 | 51,050 | 10% |
| Sonografía | 11,062 | 12,168 | 10% |
| Tomografía | 0 | 0 | 0% |
| Brazo en C | 961 | 1,057 | 10% |
| Estudios Especiales | 845 | 930 | 10% |
| Resonancia Magnética | 1,423 | 1,565 | 10% |
| TOTAL | 60,700 | 66,770 | |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Mamografía digital.
Marcaje de mama.
Densitometría ósea.
Doppler arterial y venoso
Sonografía obstétrica.
Eco-cardiograma.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Buscar integración del personal médico del JB a nuestro departamento.
- ✓ Educación continua a todo el personal de la Gerencia.
- ✓ Menores precios en estudios que la competencia.
- ✓ Entrega de resultados en tiempo mínimo (**de 48 a 72 horas**).
- ✓ Desarrollo de acciones publicitarias.
- ✓ Posibilidad de resultados en formato digital.
- ✓ Telemedicina (interconsultas por la red).

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Control de calidad de las imágenes.
- ✓ Jornadas médicas.
- ✓ Trato personalizado.
- ✓ Posibilidad de alianzas estratégicas con otras unidades para ofrecer servicios complementarios
- ✓ Cumplimiento de los procesos y protocolos.
- ✓ Sesiones conjuntas con otros servicios, por lo menos una vez a la semana. Chequeo y calibración periódica externa de los equipos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

- 1- Sonografista.
- 4- Tecnólogo (mamografía y densitometría) sujeto a la compra de estos equipos.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1-Capacitación al personal en el manejo de nuevos equipos.
 - 2-Asistencia a congresos nacionales e internacionales.
 - 2- Realización de cursos y diplomados de actualización en imágenes medicas.
- Sesiones conjunta.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 1-Pacs (computadora con mucha capacidad de almacenamiento) 12 thera.
- 1-Sonógrafo con sonda de ECO.
- 2-Arco en C.
- 2- TV sala de espera de imágenes.
- 6-Computadoras (actualización)
- 1-Tomógrafo de 8 cortes.
- Reparación de tomógrafo de 16 cortes.
- 10-Chasis 14x17
- 10-Chasis 14x14
- 10-Chasis 10x12
- 10-Collarines plomados
- 10-Lentes plomados.
- 5-Protectores de gónadas
- 2-Camillas fijas de examen
- 1-Camarote con su colchón
- 1-Mamógrafo digital
- 1-Densitometro
- 3-Equipos de rayos X estacionarios digital
- 4-Equipos de rayos X portátil digital
- 1-Impresora multifuncional
- Instalar flat panel detector (FPD)
- 22-Dosímetros
- 1-Impresora
- 4-Sillas secretariales.

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura.

- Habilitación Habilitar área mamografía y densitometría.
- Cerrar área de CR. (Radiología computarizada)
- Habilitar área de espera
- Habilitar habitación para área de descanso del personal separación de sexo.
- Agregar pileta para área de limpieza.

Gerencia: Farmacia

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|--|-----------------|---------------------------|-----------|
| Cantidad de recetas despachadas Emergencia. | 14,513 | 10,585 | 27% |
| Cantidad de recetas despachadas Hospitalización. | 69,210 | 88,043 | -27% |
| Recetas Quirófanos | 6,220 | 4,755 | 24% |
| Recetas Hemodiálisis | 0 | 0 | - |
| Recetas Curas y Ostmía | 6,121 | 2,262 | 63% |
| Recetas Reducciones y Yesos | 0 | 0 | - |
| TOTAL | 96,064 | 105,645 | |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Suministro de medicamentos y material médico quirúrgico de buena calidad a los usuarios Hospitalizados.
- ✓ Suministro de medicamentos y material médico quirúrgico de buena calidad quirófanos, yeso, curas.
- ✓ Garantizar la calidad en los servicios de dispensación y almacén.
- ✓ Dispensación a tiempo de medicamentos con la ayuda del personal médico y enfermería □ Dispensación de antisépticos a las diferentes áreas del hospital.
- ✓ Ofrecer un servicio con calidad humanística y personalizada, sabiendo que una de las mejores terapias es el amor.
- ✓ Boletines informativos de medicamentos.
- ✓ Dispensación a tiempo de medicamentos con la ayuda del personal médico y enfermería.
- ✓ Promoción de la importancia del comité de farmacia y terapéutica.
- ✓ Suministro de medicamentos controlados a todas las áreas.
- ✓ Hospitalizados

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Implementar el sistema de unidosis, con todo lo necesario para la dispensación.
- ✓ Cumplir y garantizar el cumplimiento de los protocolos y reglamentos de departamento.
- ✓ Funcionamiento de la Guía Fármacoterapéutica y su uso en la institución elaborada en base a los requerimientos establecidos en los protocolos clínicos de procedimiento del área médica.
- ✓ Re- estructurar Comité Farmacia y Terapéuticas.
- ✓ Garantizar la conservación, control de caducidades y suministro de medicamentos y material médico quirúrgico.
- ✓ Capacitación del personal, con cursos de actualización farmacéutica.
- ✓ Servicio las 24 horas del día en ambas farmacia.
- ✓ Chequeo y monitorización periódica de las fechas de vencimientos,
- ✓ Calidad de los medicamentos comprados suplidores.
- ✓ Agilizar que las ordenes médicas se reporten a tiempo a farmacia.
- ✓ Contar con todos los medicamentos y material gastable que requieren los médicos en el centro.
- ✓ Poner a funcionar la guía farmacoterapéutica.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

1 – secretaria

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Curso taller buenas prácticas de distribución y almacenamiento.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

1-Una nevera. (Especial para los medicamentos, no frost Marca Marvel Scientific)

6- Thermohidrometro (medición de temperatura ambiental y humedad relativa de la farmacia y del almacén de medicamentos)

4- termometros(medición de la temperatura medicamentos refrigerados)

4- Sillas

4- Cámara vigilancia destinadas a:

1- Farmacia del 1^{er} nivel

1- Depósito de farmacia en el 1^{er} nivel

1- Farmacia de 2^{do} nivel

1 almacén de medicamentos

1-Evaluar reparación o compra de impresora.

d) Construcción y/o re-adequación de instalaciones físicas:

2 (dos) Counter (mostradores), uno en cada farmacia para evitar que las personas entren sin ser autorizados.
Reestructurar el área de dispensación de emergencia. (separar del área de internamiento).

Gerencia: Laboratorio de Anatomopatología

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------|
| Biopsia | 1,750 | 1,925 | 10% |
| Citología (PAP's y otros) | 640 | 704 | 10% |
| | 2,390 | 2,629 | |

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

Discutir con SENASA los precios de PAP y biopsia.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos.

b) Capacitación y Educación Continua:

Ninguna por el momento

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Software de anatomía patológica.

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura.

Unidad Hemodiálisis

| INDICADOR | RESULTADOS 2016 | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | VARIACIÓN |
|---------------------|-----------------|---------------------------|-----------|
| No. De Hemodiálisis | 6,538 | 7,192 | 10.0% |

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Creación de Unidad para sero-positivos (Hep B/Hep C/HIV)

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Ofrecer servicio de máquinas para pacientes con HIV, HBSAG y HVC, no disponibles en la región.
- ✓ Publicidad audio visual

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Habilitar una unidad de diálisis peritoneal.
- ✓ Vigilancia de procesos establecidos.
- ✓ Optimizar la utilización de los recursos físicos y humanos.
- ✓ Discusión de casos clínicos
- ✓ Discusión de protocolos de manejo y atención.
- ✓ Realizar programa para ciclo de conferencias.

4-Requerimientos para el desarrollo de la Unidad:

a) Recursos Humanos:

Asignación de un día del cirujano vascular.

b) Capacitación y educación continúa:

1-Participación congreso internacional
2-Participaciones congreso nacional
Discusión de casos clínicos
Discusión de protocolos de manejos y atención

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- Monitor cardiovascular
2- Máquinas de hemodiálisis
2- Maquinas sustitutas para la unidad.
Línea de agua para hemodiálisis en UCI (Tubería desde la planta de tratamiento). **PRIORIDAD**

d) Construcción y/o Readequación de infraestructura:

Construcción de espacio físico para Unidad de Sero-positivos.
Área para 3 máquinas.

Bloque Quirúrgico

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Habilitar sala de cirugía menor de primer nivel.

Habilitar un quirófano en emergencia, para cirugías ambulatorias.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Calidad en servicio garantizando un servicio eficiente para el usuario
- ✓ Capacitación y evaluación periódica del desempeño del personal
- ✓ Aplicación de normas internas.
- ✓ Publicaciones de los equipos modernos.

3-Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Entrenamiento en educación continuada.
- ✓ Eliminar las causas de suspensiones en el Bloque Quirúrgico
- ✓ Adquirir monitores fisiológicos para todos los quirófanos y área de recuperación Adquirir mantas térmicas.
- ✓ Frazadas para área de recuperación

4-Requerimientos para el desarrollo de la unidad:

a) Recursos Humanos:

- 1- Auxiliar de avanzada para la tarde.
- 1- Personal para mantenimiento de los equipos.
- 1- Auxiliar para lavado de instrumentos (URGENTE)
- 2- Auxiliar para limpieza en la tarde (URGENTE)
- 4-Auxiliares de enfermería área recuperación y sala de cirugía.
- 1-Auxiliar esterilización tanda nocturna.

b) Capacitación y educación continúa:

Realizar curso-taller de capacitación para el personal de enfermería en temas como: Limpieza, desinfección, esterilización, cauterización de vías urinarias etc.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 2- Oxímetros individuales.
- 5-Camilla para transportar pacientes. (URGENTE)
- 8-Sillas para anestesiólogo con espaldar
- 8-Sillas para enfermería
- 10-Covers plásticos para camillas (URGENTE)
- 4- Mesa quirúrgica 2 ortopédica (Translúcida) 1 normal y 1 ginecológica.
- 1- Carro para transporte de tanque oxígeno.
- 1-Impresora.
- 40- Mantas térmicas.
- 4- Aspiradores.
- 1-Escritorio o mesa para el área de enfermería y dos sillas
- 14-Brazos para cama quirúrgica.
- 2- Camas quirúrgicas
- 2- Camas en madera para cirugía de pelvis
- 5-Bandejas básicas para ortopedia.
- 2-Bandeja para cadera.
- 1- Bandeja para pie y tobillo.
- 6- Lámparas de techo (una en cada quirófano).
- Reparación o compra de mesa para sala de cirugía nueva.
- Reparación o mantenimiento de las 8 máquinas de anestesia. (URGENTE)

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Agua a presión para lavado de pinza.

Corregir filtraciones de área de quirófano

Realizar 2 sala de cirugía.

Habilitar quirófano séptico.

Habilitar sala de cirugía menor.

Gerencia: Enfermería

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Mantener la calidad de los servicios de enfermería con un trato humanizado hacia los usuarios y familiares.
- ✓ Los servicios de enfermería brindados por personal profesional.
- ✓ El traslado de los usuarios dentro y fuera del establecimiento será realizado con el acompañamiento de paramédicos o auxiliares de enfermería.
- ✓ Que en cada relevo el personal de enfermería mediante una ronda se presente frente con los usuarios y familiares.
- ✓ Mantener el lavado de manos a los pacientes como medida de bioseguridad.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Que los servicios brindados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sean realizados específicamente por profesionales de enfermería (Licenciadas).
- ✓ Asignación de un médico residente por cada internamiento.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos de procedimientos de enfermería.
- ✓ Aplicación de normas internas de la Gerencia y del hospital.
- ✓ Garantizar el trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio
- ✓ Educación continuada del personal de enfermería
- ✓ Evaluación periódica del desempeño del personal
- ✓ Todas las decisiones que se realizaran en el servicio, serán tomadas en base al análisis de las informaciones producidas en este.
- ✓ El cumplimiento de protocolos y supervisión directa.
- ✓ Promover estrategia continua de lavado de manos entre el personal, familiares y a los pacientes.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la gerencia:

a) Recursos Humanos

4-Auxiliares de avanzada

6-Lic. Enfermería para reforzar los grupos de 16 en vez de 15.

b) Capacitación y Educación Continua:

Curso de RCP.

Curso de informática básica, Word, Excel.

Gerencia y humanización de los servicios de salud.

Entrenamientos en los programas utilizados en la institución.

Curso de seguridad industrial y primeros auxilios.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

3- Esfigmomanómetros (de pedestal).

5-Aspiradores.

30- pies de suero.

5- aspiradores

4-Nebulizadores

1-Impresora multifuncional

1-Computadora

30- Colchones para camillas de emergencia

5-Radio transmisores.

3- Neveritas ejecutivas para medicamentos.

4-Desfibriladores

Tela para cortinas separadoras en hospitalización
Porta record de metal
Reparación sillas secretariales de las estaciones de enfermería.
4- carros para medicamentos.
Uniformes para personal de Avanzada, Paramédicos y Enfermería.
4-Lockers metálicos.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Reparar las vitrinas de enfermería y gabinetes.

Servicio: Consulta Externa

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Implementación de servicio diagnóstico de Prueba de Esfuerzo cardiaco.
Implementación de servicio diagnóstico de electroencefalografía.
Implementación de servicio broncoscopia diagnóstica y terapéutica. Implementación de servicio de audiometría.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Oferta de servicios a industrias de la zona.
- ✓ Presentación de videos educativos en las áreas de espera.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Actualización protocolos de las gerencias.

4-Requerimientos para el desarrollo del Servicio:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continúa:

1-Actualización sistema informático y operativo personal médico y paramédico

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Prueba de esfuerzo cardiaco.
1-Cámara para rinoendoscopia
1-Fuente de luz.
2-Negatoscopio.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Mejorar iluminación área consulta externa.

Unidad: Monitoreo y Control Bioseguridad Hospitalaria.

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Hospital modelo en el manejo adecuado de residuos hospitalarios, (sólidos y líquidos)
- ✓ Hospital modelo en bioseguridad (protección del personal, procedimientos y medidas para un trabajo seguro)

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios

- ✓ Comité de supervisión de residuos hospitalarios
- ✓ Comité de supervisión de Bioseguridad
- ✓ Manejo adecuado de Ropa Hospitalaria.

4-Requerimientos para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

Enc. De lavandería (Entrenable, proactivo, responsable, comprometido e involucrado con un min. Conocimiento de contabilidad)

b) Capacitación y educación continúa:

Realizar las siguientes actividades para el personal del hospital:

- 3- Realizar actividades sobre residuos hospitalarios (personal involucrado)
- 3-Bioseguridad (personal Implicado)
- 3-Lavado de manos (todo el personal)
- 3-Manejo adecuado de ropa hospitalaria (personal implicado)

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Programa de higiene de manos:

- ✓ Alcohol en gel en paredes para áreas asistenciales proximales a la atención directa del paciente
- ✓ Jabón líquido, dispensación única, para lavamanos en general
- ✓ Jabón de clorhexidina para lavado de manos quirúrgico
- ✓ 30 dispensadores de papel céntrico, dispensación automática de toalla plana. (esterilización, reemplazo de quirófano, áreas faltantes)
- ✓ 2 Sensores de lavado de manos

Programa de Residuos Hospitalarios:

- ✓ 1 pesos digitales grandes
- ✓ 1 Carro moto para transporte de residuos hospitalarios a las celdas
- ✓ 10 overoles color rojo tela gruesa manga larga dos piezas
- ✓ 10 pares de botas de goma color blanco
- ✓ 3 Enrolladores de mangueras de pared
- ✓ 1 mangueras de 50 pies
- ✓ 2 mangueras de 75 pies
- ✓ 3 Pichuetes
- ✓ Carro moto para traslado de residuos hospitalarios

Programa de lavandería:

- ✓ 1 carro de transporte de sabanas sucias-contaminadas
- ✓ 1 carro para transporte de sabanas limpias
- ✓ 25 Carros dobles para el transporte de sabanas interno por áreas
- ✓ Fundas transparentes para paquetes de sabanas limpias

- ✓ 130 frazadas crema
- ✓ 30 frazadas color azul
- ✓ 20 frazadas color verde
- ✓ 100 juegos de sábanas blancas
- ✓ 30 cubre de sillas de hemodiálisis
- ✓ 130 Almohadas impermeables
- ✓ 1 Balanza
- ✓ Tela sabanas de camillas color diferente al verde
- ✓ Tela 100% algodón para paquetes quirúrgicos
- ✓ 18 uniformes tipo pijama

Mantenimiento

- ✓ 30 overoles completos de gorro y botas, plástico resistente desechables.
- ✓ 24 tapones auditivos con cordón reusable
- ✓ 6 Guantes aislantes de electricidad
- ✓ Cascos de seguridad
- ✓ 22 Uniformes para operarios (delantal y gorro en tela color blanco)
- ✓ 11 Pares de zapatos antideslizantes

General

- ✓ 20 Dispensadores de guantes gorros
- ✓ 20 dispensadores de guantes
- ✓ 20 dispensadores de tapa-boca
- ✓ 1000 safeview lentes
- ✓ 200 safeview fiame bases
- ✓ 100 Lentes transparentes
- ✓ 20 bomboneras en acero inoxidable de 12cm de altura redondas
- ✓ 30 cubres para sillas de hemodiálisis
- ✓ 1 picadora de papel

d. Construcción y/o remodelación de instalaciones físicas

Mantenimiento de todo el material de cirugía (vitriñas, mesas de cauterios, aspiradores etc),
 Bases en hierro para celda de reciclaje
 Bases para incineradora (material reciclable)
 Dividir área de lavado de camillas para residuos hospitalarios
 Remodelación de los puntos intermedios de los residuos hospitalarios (los que apliquen).
 Quitar meseta, paredes lavables, pisos y ventilación ambiental:
 Cuatro internamientos, emergencia.
 Construcción de una celda temporal para reubicar punto intermedio de pediatría.
 Puertas en el nuevo intermedio con frente al pasillo y división dentro
 Reubicación de Oficina

Sub-Dirección Académica

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Acuerdos Interinstitucionales entre hospitales Salvador B. Gautier, Luis Eduardo Aybar, Hospital Central FFAA, Plaza de la Salud, Universitario Cabral y Báez, Luis Manuel Morillo King, CENIMED (clínica Unión Medica).
- ✓ Convenios Internacionales para rotaciones de los residentes en Venezuela, Perú, y Argentina.
- ✓ Acuerdos Internacionales entre el Hospital JB y las Fundaciones ILAC (Santiago), y SING (EEUU) para la realización de operativos anuales de reemplazo de cadera, rodilla y de artroscopia en donde son beneficiados los residentes de ortopedia y la población general.

3-Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Capacitación del personal médico y paramédico en rotaciones nacionales, Internacionales, así como entrenamiento con personal extranjero de alta calificación.
- ✓ Jornadas Educativas (Lavado de manos, Cursos de prevención de Infecciones nosocomiales, curso de lavado y cura de heridas, curso de Investigación Científica).
- ✓ Incentivos a los residentes.
- ✓ Formalización de los convenios y las Rotaciones Nacionales e Internacionales de los Residentes.
- ✓ Integración de los residentes de Medicina de Emergencia y Desastres a los Servicios adjuntos de este ámbito Defensa Civil, Cruz Roja y Bomberos.
- ✓ Jornada de Actualización en ortopedia (Residencia de Ortopedia)
- ✓ Jornada de Actualización en Medicina de Emergencia, (Residencia de Emergencias y Desastres).
- ✓ Intercambios con las diferentes Universidades que tenemos relación (UNIBE, UASD, UCATECI)

4-Requerimientos para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

No en este período

b) Capacitación y educación continúa:

Diplomado en Metodología de la Investigación.

Capacitación de prevención de Infecciones quirúrgica.

Soporte vital básico y avanzado, soporte vital avanzado en trauma una vez al año, (BLS, ATLS, ACLS)

Participación de los residentes en los Congresos Nacional de Ortopedia y Emergencias y Desastres, Cirugía General y Anestesia.

Idioma Ingles.

Rotación internacional para residentes de tercer y/o cuarto año de las 4 especialidades,

Diplomado en gestión.

Diplomado en Bioética.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Impresora multifuncional

1-Computadora.

1- Anaquel de madera prensada.

57- Sabanas para residentes.

57- cubre colchones para residentes.

1- pantalla para proyector sin base

10- locker de 6 espacios para dormitorios

4-Camarotes con sus colchones

1- Maniquí de anatomía.

Gerencia: Servicio Social

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Crear equipo de apoyo y orientación a familiares en casos catastróficos. Formalizar el Servicio del Voluntariado.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Gestionar donación de medicamentos
- ✓ Charlas periódicas a los familiares y pacientes de hemodiálisis (insuficiencia renal) a fin de orientarles y apoyarles en el manejo de esta condición.
- ✓ Desarrollo de programa seguimiento a los pacientes amputados, apoyarles en las secuelas emocionales, fortalecimiento, manejo en el área familiar y red social.
- ✓ Visitas domiciliaria para confirmar las informaciones dadas por los pacientes a beneficiarse por el centro.
- ✓ Colaborar y ayudar a gestionar la atención que necesitan los usuarios en:
- ✓ Donación medicamentos
- ✓ Donación equipos médicos (bastón, muletas, sillas ruedas, prótesis, material de osteosíntesis, entre otros).
- ✓ Fondo de ayuda económica para traslado de pacientes a sus destinos y alimentos.
- ✓ Obtener mediante la modificación de la fina de categorización un instrumento más eficaz y confiable.
- ✓ Participar en el seguimiento a casos sociales que lo ameriten, canalizando mediante la unidad correspondiente.
- ✓ Aplicar métodos, técnicas y procedimientos de trabajo que ofrezcan la posibilidad de buenos rendimientos a fin de mejorar la calidad del servicio.
- ✓ Visitas diarias a internamiento y atender especialmente casos individuales que tengan involucrados necesidades socioeconómicas de consecución materiales de osteosíntesis y otras necesidades.
- ✓ Charlas periódicas de orientación a familiares sobre naturaleza de servicios del hospital e informaciones relacionadas a la salud de los pacientes.
- ✓ Seguimiento a los pacientes apuntados
- ✓ Visita domiciliaria para confirmar las informaciones dadas por los pacientes al momento de un descuento
- ✓ Donación equipos médicos (sillas de ruedas, prótesis, material de osteosíntesis, muletas, etc.)
- ✓ Visitas diarias a los internamientos para atender casos especiales a fin de mejorar la calidad del servicio.
- ✓ Donación de tickets para comidas familiares de pacientes internos.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Cumplir los protocolos.
- ✓ Visitar diariamente los internamientos.
- ✓ Hacer dinámico el contacto con los usuarios y ayudar en los servicios que estos requieran.
- ✓ Gestionar seguros a pacientes

4. Requerimientos Para el Desarrollo de la gerencia:

a) Recursos Humanos

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Curso de trabajo social

c) Adquisición y/o reparación de equipos

1-Archivo para almacenar expedientes.

Asignar formalmente una cámara fotográfica a la gerencia

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Gerencia: Atención al Usuario

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período

2- Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Creación de una red de monitores donde desde una central se puedan pasar de forma permanentes videos de orientación, educación, sobre las normas, los procesos, cartera de servicio del hospital, otras.
- ✓ Creación de brochour con instructivos y normas, procesos, cartera de servicio para el área de hospitalización.
- ✓ Creación de minis volantes de información sobre donde dirigirse en caso de sugerencias, quejas o agradecimientos.
- ✓ Creación de murales de información los usuarios puedan leer la cartera de servicio, (Imágenes, consulta, emergencia, fisiatría, otros).
- ✓ Mural para reconocimiento personal y otras informaciones en lobby.
- ✓ T.V. para habitaciones usuarios internos.
- ✓ Plantas ornamentales para consulta externa (ambientales).
- ✓ Carta de compromiso actualizada para ARS y usuarios.
- ✓ Brochurs del Dpto. para usuarios.
- ✓ Central telefónica con salto automático.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Crear un programa de reuniones mensuales con todos los involucrados en la consulta externa, incluyendo en primer orden los médicos que ofrecen los servicios.
- ✓ Crear programas de capacitación conjunta con otros departamentos que trabajan de forma directa con los usuarios (seguridad, caja, admisión y archivo, enfermería, médicos, otros, con la finalidad de crear conciencia sobre la importancia de la amabilidad en el servicio).
- ✓ Programar actividades recreativas, sociales, educativas para los usuarios (charlas, operativos, otras, etc).
- ✓ Facilitaciones de los recursos materiales y humanos.
- ✓ Capacitación continua de funciones y actualización de los mismo.
- ✓ Implementar el sistema de turnos digitales.

4- Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continúa:

2-Curso de atención al usuario ajustado a los servicios que ofrecemos.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

3- Computadoras.

3- Impresoras.

1-Equipo de sonido para consulta externa.

3-Escritorio.

2-Televisores para consulta.

3-Impresora de Tickets.

20-Filas de asiento de 5

3-Sillas secretariales

1- Archivo de 4 gavetas con llave.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Unidad: Asesoría Legal

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Realizar reuniones trimestrales con la Gerencia Financiera y de Compras, en apoyo a los requerimientos de los procesos para los estándares de Trámites de Compras, conforme a la Ley No.340-06 sobre Compras y Contrataciones Públicas con Modificaciones de la Ley No. 449-06 y su Reglamento de Aplicación No. 543-12.

Hacer efectiva la implementación al cumplimiento a la “Inducción al Personal de Nuevo Ingreso”, para la contratación del Personal Profesional, Técnico y de Servicios Generales, con respecto a la ley 41-08, de Función Pública en conjunto con la Gerencia de RR.HH.

Cambio organizacional y estructural del “Departamento Legal” (actual) como “Consultoría Jurídica” (cambio a seguir), adaptándolo a los nuevos términos de las Instituciones del Estado y sus sistemas en Servicios de Gestión Pública.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Personal con experiencia en la legislación vigente en el sector salud.
- ✓ Contratación del personal calificado con el perfil adecuado para el puesto.
- ✓ Realizar trabajos con calidad y apego a las leyes
- ✓ Coordinación con el Dpto. de Planificación sobre las propuestas para los convenios Interinstitucionales.
- ✓ Implementar la organización estructural por clasificación de roles en sus diferentes áreas y dentro de la misma Consultoría Jurídica, por ejemplo: 1.- Ejecución de Certificaciones, Contratos de Personal, Contratos de Bienes y Servicios, Contratos de Servicios de Consultorías, Convenios, etc., 2.- Certificaciones de Registros de Contratos (Sistema TRE, Impresión de Copia de Acta de Registro, etc. 3.- Área de Recepción Legal, documentaciones y registros y 4.- Oficina del Encargado.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos establecidos.
- ✓ Implementar programas de capacitación y actualización en el área.
- ✓ Evaluaciones periódicas de desempeño al personal de la Gerencia.
- ✓ Proporcionar un clima agradable fomentando el trabajo en equipo
- ✓ Servicio eficiente y humanizado a los usuarios recibidos en la Gerencia
- ✓ Asesoramiento eficaz y eficiente de los Convenios de la Gerencia.
- ✓ Compromiso responsable de la entrega de todos los registros de los contratos que exigen los departamentos de Gerencia financiera y el proveedor suplidor de todos los procesos realizados en la Gerencia de consultoría jurídica.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Unidad:

a) Recursos Humanos

1- Secretaria.

2- Abogados.

1- Apoyo Técnico en Sistemas PC. (para soporte del Sistema TRE- Contraloría General de La República) con el rol de originador designado y comprometido para nuestro Departamento Legal.

b) Capacitación y Educación Continua:

Maestría en Gobierno y Gerencia Pública

Maestría en Derecho Administrativo

Diplomado de Gerencia en Salud.

Diplomado en Manejo de Conflictos.

Diplomado en Derecho Procesal Civil.

Taller de Capacitación “Caminando en tu zapato”

c) Adquisición y/o reparación de equipos

- 3- Escritorio.
- 2- Silla secretarial.
- 2- Silla para visitas

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura

Individualizar el área de la oficina del encargado/a y readecuar más ampliamente las oficinas de la consultoría jurídica, con separaciones

Remodelación completa de la Infraestructura existente en el área de RR.HH/LEGAL, para mejorar el entorno y aprovechar mejor los espacios.

Oficina de Acceso a la Información Pública:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Nuestra institución, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Libre Acceso a la Información Pública, "200-04" y sustentada en el reglamento de aplicación 130-05, además de incorporar la Unidad de Gestión de Calidad, Investigación y Seguimiento, Promoción de Ética y Integridad.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Mantener en los Porta Brochures, Separadores de Libros.
- ✓ Utilizar Carpetas con el logo de la institución.
- ✓ Impartir talleres, conferencias con miras al público en general y así lograr que la sociedad se documente y asimile la creación de la oficina.
- ✓ Asistir a talleres, conferencias, etc. a fin de que el personal existente en la OAI, se encuentre capacitado y acorde a los parámetros establecidos por nuestros organismos rectores.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Realizar visitas a las diferentes áreas dentro del hospital, dando a conocer que se ha logrado con la implementación de este departamento.
- ✓ Brindar un servicio eficiente y con calidad a los usuarios finales.
- ✓ La solución de los casos que se tramitan a través de la Comisión de Ética Pública en relación al Sistema de Atención Ciudadana 311.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Oficina:

a) Recursos Humanos

b) Capacitación y Educación Continua:

Realizar cursos, que pueden ser virtuales o presenciales.

Asistencia a charlas, seminarios y todo lo que implique una mayor capacitación para lograr la mejor eficientización en el servicio brindado.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- CPU.

1- impresora a color.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

No aplica para este plan.

Gerencia: Comunicaciones y Relaciones Públicas

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Crear la unidad de diseño gráfico y edición, para la conformación de la revista virtual a solicitud de la Dirección de Ética Gubernamental (**DIGEIG**) y la Oficina Presidencial de la Información y Comunicación (**OPTIC**).

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Crear boletines informativos (para el personal y usuarios por departamentos).
- ✓ Desarrollar proyecto de educación preventiva en los medios de comunicación.
- ✓ Adquirir equipo para poder proyectar las imágenes de las actividades del hospital).
- ✓ Colocar televisores en las áreas de acumulación masiva para proyectar imágenes propias del hospital (actividades y promoción de los servicios y documentales científicos).
- ✓ Promover las actividades e informaciones de salud en las redes sociales.
- ✓ Lograr que las informaciones publicadas a través de las redes tengan el mayor alcance posible.
- ✓ Hacer acuerdos con grupos de medios a nivel nacional de colaboración mutua.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Dar seguimiento al personal encargado de ofrecer los servicios con el fin de determinar con que calidad llega al usuario.
- ✓ Retomar la humanización, utilizando el gesto de amabilidad para con los usuarios.
- ✓ Garantizar la publicidad institucional en los medios de comunicación.
- ✓ Las notas de prensa y otras informaciones se realizaran con datos veraces y objetivos.
- ✓ Garantizar la vigencia en los medios de comunicación con notas positivas del centro.
- ✓ Se realizaran publicaciones periódicas con informaciones relacionadas con las actividades del hospital, su personal y los servicios que ofrece y las novedades científicas relacionadas con el hospital.
- ✓ Generar opinión pública favorable entre los medios de comunicación.
- ✓ Lograr que los jefes departamentales y gerentes tengan presencia con sus aportes escritos en las diferentes publicaciones.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

b) Capacitación y Educación Continua:

Edición de foto y video

2-Diplomado:

Relaciones Corporativa

Periodismo

Comunicación en Salud

Community Manager

Adquisición y/o reparación de equipos:

2- Computadora y accesorios DELL I7 de 6gb RAM / 2tb disco duro

1- Kit de Bocinas

1- Monitor de 21 Pulgadas

2 - Sillas secretarial

1- Micrófono de Pódium

1- Micrófonos de Corbata

1- Micrófono de mano

3-Celulares modernos

1-Cámara Fotográfica

Equipo de proyección de imagen central de red, para la transmisión de los reportajes y documentales realizados.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Espacio con privacidad y armonioso, cerrando la parte frontal y abriendo una puerta por dentro del hospital.

Asignación de parqueo para el área en la parte frontal, por los equipos que tenemos que usar fuera y dentro de la institución.

Teléfono Móvil con acceso a llamadas abierta, pues tenemos que tener comunicación directa con la prensa a cualquier hora y con los directivos del hospital una comunicación directa.

Servicio: Control de Proceso y Registros.

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Velar por el fiel cumplimiento de todas las políticas, normas y procedimientos de la institución captar las informaciones necesarias para evaluar la funcionalidad y efectividad de los procesos, funciones y sistema utilizados.
- ✓ Legitimar los consumos de medicamentos y materiales médicos gastable de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- ✓ Cumplir con los protocolos establecidos.
- ✓ Disponer de un sistema que nos brinde las informaciones a tiempo.
- ✓ Planificación de los informes de los materiales utilizado en las unidades.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Cumplir con las programaciones de los trabajos
- ✓ Elaborar el plan anual de auditoria y desarrollarlo en equipo.
- ✓ Contar con el personal calificado para lograr los objetivos.
- ✓ Cobertura total de la recepción de medicamentos, materiales, materiales médicos gastable, equipos y alimentos que ingresen a la institución.
- ✓ Brindar soporte a la gestión del comedor en los controles internos establecidos.
- ✓ Fiscalizar las operaciones que se desarrollan en cada una de las unidades de servicios de la institución.
- ✓ Mantener informado a las instancias superiores de los hallazgos encontrado.
- ✓ Fiscalizar las salidas de usuarios, materiales, medicamentos y equipos.

4-Requerimientos (Necesidades) para el desarrollo del Servicio:

a) Recursos Humanos:

3- Auxiliares de control interno.

b) Capacitación y educación continúa

Capacitación al personal

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Rediseño de los espacios de las oficinas administrativas.

Gerencia: Compras Generales.

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Estudiar el costo de algunos de los estudios realizados en Imágenes y laboratorio para ver si se pueden reducir los precios.
- ✓ Darle continuidad a la capacitación de nuestros recursos humanos en especial a los de Servicios al usuario que son los tienen más contacto con los usuarios externos.
- ✓ Tomar en cuenta el presupuesto elaborado
- ✓ Cumplir la normativa de compras y contrataciones (Ley 340-06)

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

Compras

- ✓ Planificación para el requerimiento de las compras (listas a tiempo) en un momento oportuno, logrando de este modo la disminución de los costos por concepto de gestión de compras tales como llamadas a suplidores, gastos de material gastable, uso de equipos.
- ✓ Implementar nuevas políticas para los requerimientos de compras, para evitar caer en las premuras de las compras improvisadas.
- ✓ Elaboración de informes mensuales de los insumos solicitados y comprados.
- ✓ Cumplimiento de los procesos y protocolos establecidos por la Gerencia.
- ✓ Personal altamente calificado en sus funciones.
- ✓ Capacitación continua del personal, adaptada a los nuevos tiempos.
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo.
- ✓ Trabajar en base a lo presupuestado.

Almacén

- ✓ Estandarizar el tiempo en algunos de los Servicios que brindamos y sacar el máximo provecho de el para que no haya cúmulos de personas en las distintas áreas de servicios.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Sub-dirección:

a) Recursos Humanos

1-Auxiliar en almacén de medicamentos.

b) Capacitación y Educación Continua:

Compras

3-Diplomado en Gerencia administrativa y hospitalaria

4-Curso educación empresarial y motivación

4- Plazas curso de capacitación en gestión y control de inventario de almacén.

Taller o capacitación en la ley de compras y contrataciones.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

2- Computadora.

3- Sillas ejecutivas.

20-Anaqueles

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura: Almacén

Readecuación del almacén de suministro de material gastable o reubicación de este almacén a un área con mayor espacio.

Readecuación área de oficinas del Depto. Compras.

Gerencia: Tesorería

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Cumplir con el cobro de los servicios de manera eficiente, ofreciendo un trato amable y brindando la información necesaria, que se cumplan todos los procesos implicados.
- ✓ Hacer que las facturas sean emitidas con el menor índice de irregularidades.
- ✓ Profundizar más en el cobro automatizado de los servicios, logrando así un menor margen de error y mayor seguridad en el cobro de los ingresos.
- ✓ Suministrar la información requerida por los demás departamentos a tiempo.
- ✓ Ofrecer a los usuarios un trato amable con calidad y vocación de servicio.
- ✓ Cobrar los servicios brindados de manera eficiente y oportuna.

3. Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Cumplir con lo establecido en el manual de procesos y los protocolos.
- ✓ Vigilar que los controles se estén trabajando apropiadamente.
- ✓ Monitorear la integridad de las transacciones.
- ✓ Planificar determinar qué se va a hacer.
- ✓ Tomar decisiones que incluyen el esclarecimiento de objetivos, establecimiento y procedimientos específicos.
- ✓ Organizar las actividades necesarias para verificar el cumplimiento del trabajo.
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo.
- ✓ Capacitación del personal.
- ✓ Método de incentivar al empleado al cumplimiento de sus obligaciones, mediante premios al empleado del mes.

4. Requerimientos (Necesidades) para el desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continua:

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Impresora multifuncional en el área de emergencia.

d) d)- Construcción y/o re-adequación de infraestructura:

No en este período

Gerencia: Contabilidad

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Mejorar la calidad del trabajo y así los usuarios y los empleados se sientan satisfechos con el trabajo.
- ✓ Lograr que los estados financieros estén debidamente complementados en los tiempos establecidos para conseguir que el principio de oportunidad pueda cumplirse.
- ✓ Promover el pronto pago para conseguir mejores ofertas.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Cumplir con la calidad del trabajo y agilización.
- ✓ Cumplir con los protocolos establecidos.
- ✓ Agilizar las necesidades requeridas por los demás departamentos.
- ✓ Disminución de los días de la recepción de los expedientes de compras.

4-Requerimientos (Necesidades) para el desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continúa:

- 1-Diplomado en impuestos.
- 1-Curso taller de costos.
- 1-Curso de actualización en las NOBACI (Normas Básicas de Control Interno).
- 1-Maestría o Diplomado en Gerencia Publica

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 3- Cambiar computadoras.
- 2-Impresoras.

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura:

Espacio físico más amplio para el área de archivo de contabilidad

Unidad: Análisis de Costos

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Determinación de los costos de las cirugías electivas.

Cirugía General

Cirugía Plástica

Cirugía Vasculat

Gastroenterología.

Ginecología

Nefrología

Neurocirugía

Oftalmología

Otorrino

Urología

Dar continuidad a la cartera de servicio existente.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Hacer presentaciones a todos los departamentos y áreas para mostrar lo consumido y lo que invertimos para prestar dicho servicio.
- ✓ Dar continuidad a las presentaciones trimestrales con los gerentes y encargados de cada área.
- ✓ Preparar reportes comparativos de análisis de costos beneficios trimestrales comparativos vs año anterior y presentar a la dirección del Hospital.

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Mantener un control permanente de los costos y gastos en que se incurre en cada departamento para evaluar cualquier variación.

4-Requerimientos para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

No en este período

b) Capacitación y educación continua:

Diplomado de análisis de costos.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Impresora multifuncional.

1- Línea telefónica.

d) Construcción y/o Readeacuación de infraestructura:

No en este período

Gerencia: Facturación y Seguros

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2- Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Disponer de un sistema de informática amigable, con la rapidez necesaria para la realización del trabajo diario.
- ✓ Brindar a los usuarios asegurados como a sus familiares, mayor comodidad y confort durante su estadía en nuestro centro de salud.
- ✓ Establecer contacto con Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) no afiliadas a nuestro hospital, para negociación e inclusión en nuestra cartera de ARS aceptadas, para estar al nivel de cualquier centro privado.
- ✓ Buscar e implementar estrategias para agilizar el tiempo de espera de los usuarios, para estar a la vanguardia en la rapidez de la atención.

3- Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Mantener un clima favorable tanto físico como emocional, dentro y fuera de la Gerencia.
- ✓ Contar con un personal clasificado e identificado, capaz de realizar un trabajo de calidad acorde a las exigencias de las ARS.
- ✓ Ejecutar un plan de vigilancia, de los procesos, bajo estándares de calidad, conducido hacia los objetivos de la institución.
- ✓ Elaborar planes de organización y trabajo en equipo.
- ✓ Respetar los derechos de los demás, para que los nuestros sean respetados.
- ✓ Elaborar planes de acción para una mejor organización del equipo y estrategias para agilizar la atención a los usuarios, y así brindar un servicio de calidad a nuestros usuarios.
- ✓ Entrenar y capacitar constantemente al personal para que realice un trabajo acorde a las exigencias de las ARS.
- ✓ Mantener un clima favorable físico y emocional para que este se vea reflejado en el servicio.
- ✓ Garantizar siempre la existencia de los formularios de trabajo de las deferentes ARS y el material gastable necesario, para que esto nunca impida la atención a los usuarios en el momento preciso.
- ✓ Garantizar un envío correcto y oportuno a las ARS de las reclamaciones a pagar.
- ✓ Garantizar una correcta supervisión del servicio y los procesos.

4- Requerimientos (Necesidades) para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continua:

- 1-Curso taller de servicio al cliente
- 2-Cursos talleres de auditoria médica y servicios de salud
- 1-Curso de computadora (Ms Office)

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

- 1- Impresora multifuncional (para ser usadas en ingresos, ambulatorios, laboratorio-seguros y Oficina de la Encargada).
- 7-Computadora para cambiar las existentes.
- 3-Impresoras sencillas, para completar la Gerencia.

d) Re-construcción y/o re-adequación de infraestructura:

Unidad: Control de Registros Clínicos

1- Proyecto de Incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Aumentar la red de contratación de las ARS.

Revisión y actualización de contratados de las ARS.

Reajuste de costos en los servicios contratados con las ARS.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Análisis y aprobación de las normas generales de auditoría del HTQPJB
- ✓ Endose de glosas según corresponda.
- ✓ Colocar el CIE 10, PDSS y manual de procedimientos contratados en todas las áreas médicas.
- ✓ Eliminar la práctica de requerir expedientes de hospitalizaciones anteriores para autorizar un procedimiento.
- ✓ Capacitación continua por departamento según hallazgos encontrados en nuestra unidad con el fin de mejorar el expediente clínico y disminuir las glosas.
- ✓ Implantación del nuevo sistema
- ✓ Aplicación de las normas generales de auditoría del HTQPJB
- ✓ Implementación del nuevo sistema con la respectiva autorización de hacer restricciones de nuestros departamentos.

4-Requerimientos (Necesidades) para el Desarrollo de la Unidad:

a) Recursos Humanos:

1- secretaria.

Cambiar puesto de la secretaria actual por asistente, con su respectivo reajuste salarial.

Personal médico nuevo (auditor medico) o en su defecto médicos pasantes.

b) Capacitación y Educación Continúa:

1-Diplomados y/o maestrías en Gerencia en salud, supervisión y auditoría de calidad

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- nevera (bebedero)

3- sillas secretariales.

5- batas blancas con logo y nombre de los auditores.

1-Modem para el área de auditoría médica externa

7-Computadora para el área de auditoría médica externa.

1-Impresora multifuncional

d- Construcción y/o Readecuación de instalaciones físicas:

Habilitar cubículos para oficina

Sub-Dirección Talento Humano

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Dar seguimiento a la evaluación de desempeño del personal.
- ✓ Tener un personal altamente calificado.
- ✓ Contratación de personal calificado y con perfil de acuerdo al puesto.
- ✓ Motivar al personal para que se sienta orgulloso de ser parte del HTQJB.
- ✓ Realizar acuerdos con instituciones educativas para realización de pasantías, capacitaciones, entrenamientos en áreas específicas.
- ✓ Sistema de selección y reclutamiento del personal realizado por un equipo de profesionales calificados atendiendo a los perfiles elaborados.
- ✓ Programa de inducción al personal de nuevo ingreso.
- ✓ Implementar estrategias para mejorar el desempeño del empleado mediante el aumento o el mejoramiento de sus aptitudes, conocimientos y actitudes

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Evaluación aspectos de salud, previo la contratación del personal.
- ✓ Escala salarial de acuerdo a los perfiles de cada cargo.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos.
- ✓ Desarrollar programas de capacitación a todos los niveles y en forma continua.
- ✓ Implementar programas de incentivos para todo el personal.
- ✓ Proporcionar un clima agradable a través fomentar el trabajo en equipo inter departamental.
- ✓ Evaluaciones periódicas de desempeño a todo el personal.
- ✓ Escala salarial de acuerdo a los perfiles de cada cargo.
- ✓ Evaluación aspecto salud previo la contratación del personal.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

b) Capacitación y Educación Continua:

Redacción de Documentos, Circulares y Comunicaciones (Dirigido a secretarías y asistentes).

Manejo del Outlook (Dirigido a secretaria y personal en general)

Protocolo y montaje de eventos y actividades (dirigidos a personal de servicios generales y personal con participación directa en las actividades)

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- Caja de herramientas para decoración

1- Archivo

1-Computadora en el Depto. De nómina

Adquirir uniformes para todo el personal

1-Impresora multifuncional (para nómina y para RR. HH. La que tenemos en la actualidad está defectuosa.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.

Readecuación cubículos recursos humanos

SUB-DIRECCIÓN: PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO:

Gerencia: Planificación, Información y Conocimiento:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Poseer un excelente equipo de personas competente en sus áreas.
- ✓ Mantener actualizadas las bases de datos y los reportes periódicos que debe generar el hospital para otras instituciones y programas.
- ✓ Vigilar constantemente la calidad y oportunidad de las informaciones.
- ✓ Dar respuestas inmediata y correcta a las situaciones presentadas que tengan que ver con la Gerencia (ocurrencia de brotes, problema con la red de datos, entre otras situaciones)
- ✓ Curso de sensibilización para los demás departamentos del hospital sobre la importancia de registrar las informaciones correctamente y de manera oportuna, además sobre la interpretación de los datos generados por estos.
- ✓ Cursos de concientización del personal sobre la ingeniería social y social y como protegerse de fishing informático (Suplantación de Identidad).

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Exigir el cumplimiento de los protocolos
- ✓ Velar por el cumplimiento de las metas establecidas
- ✓ Realizar evaluaciones periódicas al plan estratégico, para proponer ajustes y correcciones necesarias.
- ✓ Vigilar la calidad de las informaciones que se generan en el centro, garantizando la oportunidad y veracidad de la misma.
- ✓ Participar en el premio Iberoamericano a la Calidad (FUNDIBEG)

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

Gerente de investigación clínica.

b) Capacitación y Educación Continua:

Curso taller o diplomado de manejo de proyectos PMbook

Curso Taller sobre redacción de informe ejecutivo para la secretaria.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

1-Silla ejecutiva.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.

No en este período.

Gerencia: Epidemiología.

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Creación del Centro de Entrenamiento en Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas

- ✓ Detección y control oportuno de brotes.
- ✓ Intervenir en las áreas críticas de cara al control de infecciones, para disminuir la estancia hospitalaria y costos de la atención.
- ✓ Mantener al día los reportes epidemiológicos con su correspondiente análisis y recomendaciones.
- ✓ Obtener y analizar informaciones que contribuya a la toma de decisiones.
- ✓ Promover entre los médicos las indicaciones y la importancia de la vacuna contra el neumococo disponible en la Gerencia de Epidemiología.

3. Estrategias de Desarrollo de La Calidad de los Servicios, Control de infecciones y eventos adversos.

- ✓ Vigilar eventos en la salud hospitalaria en las unidades críticas.
- ✓ Exigir cumplimiento de protocolos.
- ✓ Seleccionar personal capacitado.
- ✓ Realizar vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas determinantes de la situación de salud.
- ✓ Con el objetivo de disminuir la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica, mantener los indicadores en bacteriemia asociada a dispositivo, infección urinaria asociada a catéter e infección del sitio quirúrgico, supervisaremos de forma activa, prospectiva y continua, las prácticas de atención en la unidad de cuidado intensivo, capacitando al personal de salud, revisando y evaluando las guías basadas en evidencia, vigilando la higiene de manos, haciendo cumplir las precauciones de aislamiento, y registrando los eventos adversos de cara a la seguridad del paciente.
- ✓ Es necesario lograr una mayor integración de los médicos residentes en los cursos de capacitación en prevención de infecciones.
- ✓ Debemos vigilar de cerca el área de cura externa a pacientes.
- ✓ Conviene la apertura de la clínica de pie diabético para el manejo ambulatorio de estos pacientes.
- ✓ La Gerencia de Epidemiología imparte charlas acerca de prevención de infecciones a todo el nuevo personal sanitario que se integra al staff.
- ✓ Continuar con las jornadas de vacunación en el Orfanato de La Vega.
- ✓ Programar actividades de educación preventiva en control de infecciones con los profesionales del Servicio de Emergencia.
- ✓ Estamos en este momento estructurando la Central de Esterilización, con el objetivo de certificar los procesos de esterilización y desinfección en el hospital.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua

Adecuación y ejecución de guías de control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Curso vigilancia de infecciones intra-hospitalarias.

Curso básico vigilancia epidemiológica para enfermeras.

Detección oportuna de brotes.

Manejos de datos estadísticos.

Cursos de preparación y actualización Gerencial.

Cursos internacionales de prevención de infecciones.

Otros cursos especializados.

Reunión con los cirujanos y el Comité de Control de Infecciones para presentar, analizar y poner en marcha la Guía de Prevención de Infección del Sitio de Localización Quirúrgica

c) Adquisición y/o reparación de equipos.

Equipamiento de la Central de Esterilización con el equipo de peróxido de hidrógeno.
Equipamiento de Laboratorio de Microbiología.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.

No en este período

Gerencia: Apoyo a Investigaciones Clínicas.

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas

- ✓ Promover el desarrollo de las investigaciones en los diferentes departamentos del hospital.
- ✓ Asesorar en la metodología adecuada para cada investigación que se realice.
- ✓ Desarrollar investigaciones que puedan ser elegible para publicarse en revistas de prestigio internacional o presentarse en eventos científicos nacionales e internacionales.

3. Estrategias de Desarrollo de La calidad de los servicios Exigir el cumplimiento de los protocolos.

- ✓ Seleccionar personal capacitado.
- ✓ Incentivar la investigación.
- ✓ Apoyar y dar el soporte necesario a las investigaciones de la institución.
- ✓ Acompañar a los departamentos y programas en la creación y organización de proyectos de investigación.
- ✓ Gestionar y promover iniciativas de investigación, de aplicación regional y nacional en el área de ortopedia y traumatología.
- ✓ Gestionar recursos de financiación para la investigación.
- ✓ Estimular el desarrollo de estudios clínicos controlados.
- ✓ Participar y desarrollar de protocolos sobre Medicina Basada en Evidencia (MBE).

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

- 1 Jefe de la Gerencia
- 1 Asistente.

b) Capacitación y Educación Continua

Aplicación y diseño de instrumentos de investigaciones clínicas.
Investigaciones en el sector salud.
Programas relacionados con la investigación y análisis de datos.
Ofimática.
Otros cursos especializados.
Desarrollo de protocolos sobre MBE.

c) Adquisición y/o reparación de equipo.

- 2- Computadora.
- 2- Teléfonos.
- 2- Escritorios.
- 1- Impresora, (acceso a un impresor no necesariamente exclusivo para la Gerencia).
- 2- Sillas de giratoria.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.

- 1- Oficina para la gerencia.

Gerencia: Estadísticas, Admisión y Archivo

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Instaurar un Sistema Institucional de Archivos (SIA) que cumpla con lo que establece la Ley General de Archivos 481-08 y su Reglamento de Aplicación 129-10
- ✓ Crear un Archivo Central (espacio físico suficiente) y equiparlo de acuerdo a las normas archivísticas como lo establece la Ley General de Archivos 481-08 y su Reglamento de Aplicación 129-10
- ✓ Digitalizar los expedientes del Archivo de historias clínicas (fase que se implementará luego de haber cumplido con todas las etapas del tratamiento archivístico: identificación, organización y clasificación de los documentos)
- ✓ Realizar presentaciones periódicas para mostrar la producción hospitalaria de cada departamento productivo.
- ✓ Ofertar informaciones confiables y oportunas
- ✓ Ofrecer un servicio rápido, eficiente y con calidad a los usuarios.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Entrenamiento continuo.
- ✓ Actualización del manual de protocolos y cómo trabajar estadísticas en este centro.
- ✓ Establecer una metodología para el cumplimiento de los procesos y protocolos.
- ✓ Capacitar al personal de acuerdo al perfil elaborado.
- ✓ Monitoreo constante del registro de las informaciones.
- ✓ Solicitar el envío oportuno de los datos de producción de las distintas gerencias.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

1-Persona para archivo (2 personas) para la fase de implementación del SIA

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Capacitación al personal sobre gestión de archivo con cursos, talleres y diplomados en archivísticas

1-Curso relacionado con estadística hospitalaria

3-Curso Gerencia hospitalaria.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Actualizar la capacidad de las computadoras de la Gerencia.

1-Sistema informático de registro de información para estadística

2- Una (1) Computadora para oficina Estadísticas (nota: equipo solicitado desde 2014)

3- Una (1) Computadora para oficina Archivo (nota: equipo solicitado desde 2014)

4- Anaqueles y/o tremerías, para archivo

5- Carpetas y/o folders para archivo de expedientes clínicos

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura

Reubicación la Gerencia en otra área física, ya que actualmente estamos en el área del archivo, o readecuar el área Espacio Físico suficiente y adecuado para Archivo Expedientes Clínicos & Archivo Central

Servicios: Admisión y Archivo

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2-Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Dar a conocer nuestra cartera de servicios.
- ✓ Realizar presentaciones periódicas para informar a los encargados de áreas sobre la productividad y el cumplimiento de las metas
- ✓ Escanear de archivos (expedientes) clínicos (definir si los expedientes clínicos pasivos de más de cinco (5) años, se van a conservar de modo digitalizados o si se destruirán total o parcialmente)
- ✓ Sistema Informático de hospitalización para la captación de datos estadísticos y la codificación (CIE 10) de información médica, diagnósticos y causas de mortalidad
- ✓ Actualizar sistema de admisión (citas) existente para poder controlar los procesos

3-Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Ofrecer un servicio de calidad.
- ✓ Exigir el cumplimiento de los procesos y protocolos.
- ✓ Supervisar de manera efectiva el registro de la información.
- ✓ Implementar estrategia de motivación al personal la Gerencia.
- ✓ Capacitación y evaluación continua al personal de admisión y archivo.

4-Requerimientos para el desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y educación continua:

- 1-Curso de manejo de archivo y expediente clínico.
- 1-Curso Atención al Usuario y Trabajo en equipo
- 1-Estadísticas hospitalarias

c) Adquisición y/o reparación de equipos.

- 10- Anaqueles para archivos de expedientes clínicos activos y pasivos
 - 3- Computadoras para el área de Admisión en Consulta Externa y emergencia
 - 1- Impresora para la oficina principal de admisión y archivo
 - 1-Modulo de tres sillas de visitantes
 - 2-Sillas secretariales (emergencia y consulta)
- Equipos de oficina: (silla secretarial p/ admisión emergencia, (admisión consulta & emergencia), 1 memoria USB
- 2- Aumentar la capacidad de memoria (estadísticas y admisión emergencia)

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

En caso de conservar en físico los expedientes clínicos pasivos, necesitamos más espacio físico (otro salón de archivo pasivo)

Digitalización de los expedientes y configuración con el sistema clínico existente.

Gerencia: Tecnología de la Información:

3. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Implementación de nuevo sistema informático que integre a la parte clínica con la financiera.
Actualización central telefónica.

4. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Brindar los servicios de video-conferencias a instituciones interesadas.
- ✓ Brindar cursos de capacitación a los usuarios internos en herramientas ofimáticas.
- ✓ Brindar equipos y acompañamiento técnico para el uso de audiovisuales en otras áreas (laptop, data show, otros).
- ✓ Presencia de la institución en Internet a través de página web y redes sociales.
- ✓ Intercambio de experiencias con otras instituciones y apoyo técnico a otras instituciones del sector salud y otras áreas.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Ser un ente de apoyo, para el logro de las metas y objetivos del de la alta Gerencia.
- ✓ Brindar un servicio eficiente y con calidad a los usuarios finales.
- ✓ Aplicación de los protocolos diseñados, en cada uno de los procedimientos que realiza la Gerencia.
- ✓ Entrenamiento adecuado en los sistemas informáticos adquiridos por la institución.
- ✓ Certificación Nortic A7

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

1-Auxiliar de soporte técnico.

b) Capacitación y Educación Continua:

3-Capacitación en manejo de servidores exchange (mensajería).
3-Capacitación en manejo de servidores de control de dominio.
2-Capacitación en manejo en telefonía Voip.
3-Cursos de administración de base de datos.
2-Cursos de CCNA (Cisco Certified Network Associate)

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-SAM (Sistema de Manejo de Archivos).
1-Sistema de Auditoria de Operaciones.
2-Agregar cámara de seguridad en área de servidores.
Sistema de identificación de usuarios.
Extintor especial para el centro de datos.
1- Servidor para espejo.
1- Laptop procesador i7
2-Cámaras de seguridad para el centro de datos.
Aspiradora para mantenimiento de equipos
1 Silla ejecutiva
2-Swich 48 puertos
3- Switch 24 puertos
7-Computadoras (2 para Dirección General)
Sistema de wifi para el hospital en general
Reestructuración del policom video conferencia.
2 servidores con licencias Windows server 2016
4 licencias de Windows server 2008
Control de temperatura (termómetro)
Aire de precisión para centro de datos
1- servidor de backup en las nube
Sistema de supresión de incendio (Centro de Datos)

1-Extintor de Incendios Co₂
1-Sistema de video conferencia.

d) Construcción y/o Readecuación de infraestructura:

1- Puerta de cristal (antiruidos) para el centro de datos

Gerencia: Monitoreo y Evaluación

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Mantener y brindar recolección continua, análisis y uso de la información sobre □ las actividades y programas que se desarrollan en el hospital.
- ✓ Evaluar la eficacia de las actividades y programas y proponer cambios y ajustes en caso necesario, en base al análisis realizado.
- ✓ Monitorear el uso adecuado del Sistema Clínico Financiero
- ✓ Dar seguimiento a la ejecución del Plan de Mitigación de Riesgo
- ✓ Monitoreo del Cumplimiento de Los Indicadores de las Áreas Productivas.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Exigir el cumplimiento de los procesos y protocolos
- ✓ Seleccionar personal capacitado de acuerdo al perfil elaborado previamente..
- ✓ Incentivar la capacitación del personal.
- ✓ Evaluar continuamente los servicios, actividades y procesos.
- ✓ Supervisar que se cumplan con las metas establecidas.
- ✓ Definir los procedimientos para realización de monitoreo y evaluación y consensuarlos con los demás gerentes.
- ✓ Dar seguimiento a los planes, indicadores y metas de la institución.
- ✓ Ejecutar el plan de monitoreo y evaluación, de acuerdo a lo programado por la Gerencia.
- ✓ Divulgar los resultados de los monitoreos y evaluaciones y aplicar su Gerencias propuestas producto de las discusiones.
- ✓ Fomentar el uso de los resultados del monitoreo y evaluación para la toma de decisiones en las Gerencias del hospital.
- ✓ Realizar periódicamente encuestas de satisfacción de usuarios internos y externos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

No en este período.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este período.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1- UPS.

1- Impresora multifuncional.

1- Silla ejecutiva.

d) Construcción y/o Readecuación de infraestructura:

No en este período.

Gerencia de lavandería y esterilización:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Determinar las necesidades de manera prioritaria para evitar atrasos en el servicio.
- ✓ Trazar línea de trabajo conjuntamente con las encargadas de las áreas.
- ✓ Garantizar el suministro de lencería limpia, desinfectada y a tiempo.
- ✓ Ser austero con el consumo de los productos.
- ✓ Uso de agua caliente para eficientizar el lavado de lencería

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Chequeo permanente del proceso de lavado.
- ✓ Uso de agua caliente en el lavado.
- ✓ Garantizar la aplicación de los procesos y protocolos del servicio.
- ✓ Garantizar la implementación de un plan de educación continua.
- ✓ Garantizar la vigilancia de control de calidad.
- ✓ Empoderarnos de la entrega de lencería.
- ✓ Chequeo permanente del proceso de lavado

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

- 1-Gerente de lavandería
- 1 Auxiliar de lavandería de sexo masculino

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1-Curso informática.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

- 9- Pares de calzados anti-resbalantes para el personal.
- 1- Carros de traslado de ropa.
- 1-Computadora

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

- Reparación del techo (filtración)

Unidad de Esterilización

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✓ Dar servicio con calidad y seguridad a los usuarios y a las compañías suplidoras de implantes.
- ✓ Prestar el servicio externo

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✓ Esterilización a baja temperatura
- ✓ Vida útil más corto, (craneotomía, los taladros, el dermatomo. Etc.)

4- Requerimiento para el Desarrollo de la unidad:

a) Recursos Humanos:

9-Auxiliares de esterilización:

Lunes a viernes diurno: 4 por turno – 8

Noche y fin de semana: 1 persona

b) Capacitación y Educación Continua:

Inducción al personal sobre normas y protocolos

Lavado e inspección de instrumental

Empacado

Esterilización

Almacenamiento

Protección personal

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Esterilización flash

Poner a funcionar el autoclave nuevo

1 lupa quirúrgica

6 Mesas de transporte cambio

Equipo completo de cepillos para lavado de instrumental canulado

Tela algodón 100%.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

El recambio de aire

Aislar el transformador de área de inspección de instrumental, en la central de esterilización

Conexión de agua caliente

Instalación de aire a presión

Completar equipos quirúrgicos en todas las especialidades

Gerencia: Mantenimientos y Reparaciones:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

1. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Ofrecer a los usuarios servicios de mantenimiento con calidad y humanizado.
- ✓ Colocar volantes de identificación en lugares estratégicos.
- ✓ Informar a todas las áreas del hospital los números de ubicación la Gerencia.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Seleccionar personal capacitado.
- ✓ Implementar un plan de mantenimiento preventivo.
- ✓ Realizar mantenimiento correctivo de la manera eficiente.
- ✓ Garantizar la implementación de los protocolos establecidos por la Gerencia.
- ✓ Supervisión de los trabajos realizados de forma eficiente.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

1-Secretaria.

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Curso de informática básica

1-Trabajo en equipo.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Máquina de aspiración central.

1-Planta eléctrica de 300kv para áreas críticas.

4- Arrancadores sólidos para los ascensores.

10- anaqueles para organización de los materiales.

2- transformadores de 40kv.

Sincronización de las dos plantas eléctricas actuales.

Construcción del bypass para el transfer.

5- motores eléctrico (Dos de 5Hp, dos de 3Hp y uno de 7.5HP).

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.

Instalación de dos pararrayos.

Puesta en funcionamiento del sistema de contra incendio.

Mantenimiento asfalto parqueos.

Impermeabilizante de techos

Provisión de agua del acueducto central.

2-Instalar cámaras en subestación eléctrica.

Gerencia: Limpieza y Desechos Hospitalarios:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Reorganización general de la Gerencia de servicios generales de limpieza, desechos hospitalarios y jardinería.
Creación de nuevos sistemas en los procesos.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Señalización en cada área para en caso de ayuda para limpieza se pueda llamar de inmediato.
- ✓ Mantener el hospital como el más limpio y desinfectado de toda la región.
- ✓ Utilizar las mejores técnicas de limpieza y control de infecciones.
- ✓ Clasificación y manejo adecuado de los desechos hospitalarios.
- ✓ Cumplimiento con las Normas de Manejo de Desechos Biomédico.
- ✓ Crear volante informativo de orientación al usuario sobre como depositar la basura en los zafacones.
- ✓ Realizar reuniones de capacitación con los empleados de todo el hospital, para que aprendan a manejar los desechos y colaboren con la limpieza.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Supervisión de los trabajos de manera eficiente.
- ✓ Señalización para zafacones.
- ✓ Señalización para limpieza o lavado de manos.
- ✓ Implementar los procesos y protocolos diseñados por el Gerencia.
- ✓ Participar en la sesiones de trabajo del Comité de Prevención de Infecciones Nosocomiales.
- ✓ Talleres continuos de capacitación.
- ✓ Control de dilución de los insumos.
- ✓ Vigilancia de las desinfecciones.
- ✓ Vigilancia de la utilización de los materiales y los insumos.
- ✓ Vigilancia para que el personal utilice la protección adecuada.
- ✓ Creación de guías de supervisión por cada área.
- ✓ Secado de manos con papel céntrico.
- ✓ Reorganización de los turnos según rendimiento del personal.
- ✓ Señalización bloqueante para limpieza o lavado de manos.
- ✓ Utilización de formularios para reportes de realización y seguimiento de labores diarias.
- ✓ Evaluación médica periódica al personal

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

3- Auxiliares de limpieza turno nocturno
1-Secretaria

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Curso capacitación limpieza y desechos hospitalarios.

1-Curso de relaciones humanas.

1-Curso taller de capacitación en: limpieza general, limpiar y desinfectar, limpieza y desinfección de quirófanos, habitaciones, laboratorios, aéreas comunes, uso de los detergentes y sus efectos secundarios, prevención y control de infecciones nosocomiales, sistema de clasificación, transporte y disposición final e los desechos biomédicos.

1-Curso de capacitación en uso de computadoras

1-Curso de capacitación: desinfección y manejo de equipos especiales (tomógrafos,sonógrafos, brazo en c, y otros.

1- Curso de desinfección y manejo de equipos de la cocina.

1-Entrenamiento limpieza y desechos hospitalarios.

1-Curso entrenamiento manejo y control de plagas.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

1- Flota para los supervisores.

3-Lockers

Reparación de la máquina suapeadora.

Adquisición de una máquina suapeadora.

Carritos individuales de limpieza.

2-Maquinas podadoras de hilo.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

3- readecuación bancos de jardín.

Readecuación y decoración de jardines.

Mantenimiento de filtrantes de agua limpia.

Gerencia: Alimentos y Bebidas:

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Elaboración de los alimentos con el mejor sabor.
- ✓ Garantizar la limpieza y ordenamiento de la cocina.
- ✓ Utilización de insumos de calidad y en buen estado.
- ✓ Brindar cantidad suficiente de alimentos.
- ✓ Servir en tiempo record los pedidos.
- ✓ Garantizar raciones alimenticias a un costo razonables.
- ✓ Que las solicitudes que hacemos de utensilios, materia prima y herramientas en general sean agilizadas y entregadas a tiempo.
- ✓ Cuando la cocina sea adecuada por completo de todo lo solicitado, daremos un servicio con más calidad, eficiencia y eficacia.
- ✓ Las múltiples debilidades que tenemos en nuestra área son por la falta de utensilios y equipos.

NOTA: Este punto se lograría insistiendo diariamente con los empleados de la cocina –comedor en el tema del compromiso que tenemos con el mejoramiento de la calidad y el conocimiento de la naturaleza de cambio que esta posee ya que los servicios de calidad de cualquier producto o servicio nunca es estático debido a diversos factores que intervienen en la aceptación del cliente. Por lo que todo integrante de la Gerencia debe preocuparse cada día por ofrecer un valor agregado al producto final del día.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Brindar alimentos frescos elaborados con los más altos estándares de calidad en su preparación.
- ✓ Preparar alimentos de acuerdo a las necesidades particulares de cada caso, de acuerdo a los protocolos definidos en el área clínica específica.
- ✓ Utilizar insumos adecuados para la limpieza.
- ✓ Investigación y control de portadores de enfermedades transmisible en los empleados.
- ✓ Nuestros insumos deben llegar siempre a tiempo y con la calidad que requerimos.

NOTA: Estas estrategias se mejorarían haciendo el requerimiento a la Gerencia de Servicios al Usuario de la elaboración de encuesta cada 60 días para establecer un seguimiento permanente de esta y así darnos cuenta del nivel de satisfacción alcanzado por el cliente al recibir el servicio que ofrecemos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

b) Capacitación y Educación Continua:

Cursos talleres de capacitación en:
1-Contaminación de alimentos.

NOTA: Es importante que el personal de la Gerencia de cocina-comedor continúe con los cursos de capacitación que se le han ofrecido a través de la Gerencia de recursos humanos y que han sido de gran utilidad en el desempeño de su trabajo por tal motivo sugiero que se continúe con la implementación y la actualización de cursos de manejos de alimentos, nutrición e higiene personal para el desarrollo personal de todo el equipo que integramos la Gerencia.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

1-Triturador de alimentos.

- 1-Peladora de papas.
- 2-Molino de cocina pequeño.
- 2-Exprimidora de jugos.
- 2-Anaqueles
- 3-Estufas industriales
- 1-Freidor industrial
- 1 Horno eléctrico industrial

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

- Readecuación del cuarto congelador de los alimentos.
- Remodelar el espacio físico del almacén de la cocina.
- Introducir el aire acondicionado en el espacio del almacén de cocina..

Servicio Nutrición

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Consultas: A los usuarios ambulatorios.

Consultoría: Al menú global del hospital

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Humanización de servicios.
- ✓ Calidad de servicios.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Vigilancia del cumplimiento de protocolos.
- ✓ Acondicionar el sistema de informática del hospital en el aspecto nutricional en cuanto a medicación e historial dietético.
- ✓ Interpretar y realizar las prescripciones dietético- terapéuticas.
- ✓ Incluir la hoja de alimentación en el expediente clínico.
- ✓ Incluir la hoja de tamizaje y vigilancia nutricional al expediente clínico.
- ✓ Asistencia a la entrega de guardia.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos humanos:

b) Capacitación y educación continúa:

Asistir a congresos internacionales (1 vez al año) Asistir a congresos nacionales (2 veces al año)

Taller de soporte nutricional.

Capacitación al Gerencia de enfermería sobre el maneja de las bombas.

Cursos básicos de preparación de fórmulas enterales-parenterales.

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

5- Bombas de nutrición enteral para planta física.

1- Nevera.

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar aérea especifica en farmacia con las diferentes fórmulas enterales y parenterales.

Habilitar área de consulta externa especifica de nutrición con los equipos necesarios (balanza, tallímetro, cinta métrica

Gerencia: Vigilancia y Seguridad

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Hospital con plan de evacuación en caso de desastre.
- ✓ Sistema de vigilancia electrónico (cámaras de vigilancia, puertas con clave)
- ✓ Área de parqueo vigilado las 24 horas.
- ✓ Oficiales de seguridad en áreas de emergencia y hospitalización las 24 horas.
- ✓ Personal con experiencia en prevención de incidentes y protección personal.
- ✓ Hospital con plan de evacuación en caso de desastre.
- ✓ Instalaciones y equipos con seguridad garantizada.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Cubrir todas las áreas vulnerables
- ✓ Chequeo en la entrada y salida.
- ✓ Mantener todas las áreas vigiladas las 24 horas del día.
- ✓ En vista del incremento de la delincuencia garantizar la seguridad.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos establecidos por el Gerencia y las disposiciones generales de la Gerencia y del hospital.
- ✓ Personal de servicio debidamente uniformado e identificado.
- ✓ Trato cortés y espíritu de cooperación con todos los usuarios.
- ✓ Rutas de evacuación identificadas y accesibles.
- ✓ Evaluaciones periódicas de desempeño.
- ✓ Orientación continua del personal al incremento de delincuencia.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIA:

a) Recursos Humanos

- 1- Auxiliar de seguridad de sexo femenino.
- 1- Secretaria.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1-Cortesía y disciplina.
- 1-Relaciones humanas.

c) Adquisición y/o reparación de equipos

- 2- Escopeta
- 90-Uniforme de cada uno
- 1- computadora
- 2- Detectores de metales (Arco)
- 2-Brazo parqueo de visitantes
- 1-Dispensador tiques eléctricos

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura

Habilitar área guardar temporalmente propiedades de visitantes y empleados.

Unidad de Vigilancia

1- Proyecto de incorporación de nuevas unidades o implemento de la cartera de servicios.

2- Estrategia de mercado y competitivas.

- ✓ Realizar informes periódicos de las actividades recurrentes en las diferentes áreas.
- ✓ Ofertar una investigación adecuada antes los casos presentados. Rastrear y localizar las eventualidades.

3- Estrategia de desarrollo de la calidad de los servicios.

- ✓ Entrenamiento continuo.
- ✓ Establecer una metodología para el cumplimiento de los procesos y protocolos.
- ✓ Capacitar al personal de acuerdo al perfil elaborado.
- ✓ Monitoreo constante de las diferentes grabaciones de los días anteriores.

4- Requerimiento para el desarrollo de la GERENCIA.

a) Recursos Humanos

No en este período

b) Capacitación y educación continua

c) Adquisición y/o reparación de equipos

- 1- Teclado o control de mando para agilizar el proceso de investigación.
 - 6- Cámara en las áreas vulnerables por una de mayor proyección
 - 2- Paneles que cubran que proyecten las 64 cámaras instalada
- Reemplazo del sistema de vigilancia y cámaras

d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura

Habilitar el ascensor de acceso al laboratorio.

Gerencia: Transportes

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Conclusión de protocolo de traslado de paciente pre hospitalario. Conclusión de protocolo de traslado pacientes intrahospitalario.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✓ Hacer promoción entre los usuarios del servicio y otros establecimientos de salud de la zona. Brindar transporte oportuno y adecuado en ambulancia de accidentados hacia el hospital u otros centros de salud en caso necesario.
- ✓ Brindar transporte oportuno de medicamentos, materiales e insumos al hospital.
- ✓ Brindar servicios de ambulancias a pacientes críticos.
- ✓ Incorporación de la ambulancia a las ARS.
- ✓ Incorporación al centro de llamada médica (911, Call Center)..

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios:

- ✓ Capacitar a los chóferes en responsabilidad sobre la movilización de los usuarios.
- ✓ Capacitación de personal en el transporte y movilización de usuarios con requerimientos especiales.
- ✓ Garantizar que los vehículos asignados para el transporte de usuarios estén en buen estado.
- ✓ Mantener respeto y compañerismo.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos elaborados y formularios diseñados para la Gerencia.
- ✓ Cumplir con las revisiones periódicas de los vehículos asignados, de acuerdo a las recomendaciones.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

1-Paramédico.

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Curso manejo de ventiladores mecánicos.

1-Curso de Educación Vial.

1- Curso de entrenamiento en reanimación cardiopulmonar.

1-Curso de Manejo Técnico de Ambulancia

Curso de manejo de traslado de paciente de ambulancia

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

2-Ambulancia de tercer nivel (una ambulancia se está gestionando a través de la Regional y la empresa Barrick Gold).

1-Impresora

1-Computadora

d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:

1-Parqueo techo de ambulancia

XI. NECESIDADES POR GERENCIA E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD DEL HOSPITAL 2017.

A) Tabla: Plan General de inversión por gerencia y conceptos.

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|----------------------------------|---|--------------|--|--------------|---|--------------|---|--------------|
| DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA | 1- Artroscopio | | Readecuar el quirófano de emergencia para cirugía menor. | | 1-Ortopeda Oncólogo. | | 6-Presentaciones y/o publicación de casos. | |
| | 1- Intensificador de imagen (brazo en C). | | Abrir un nuevo pabellón que tenga un cuidado intermedio y habitaciones privadas | | 1-Secretaria. | | 1-Curso de informática básica. | |
| | Completar set de bandejas de ortopedia con | | Habilitar quirófano séptico. | | 1-Especialista de miembros superiores | | 1-Actualización al año de protocolos y programas de la institución. | |
| | 3- Brocas de 3.5, 4.0, 4.5, 5.0. | | Habilitar quirófanos de primer nivel para cirugías menores. | | 1-Especialista de ortopedia de miembros inferiores. | | Asistencia a entrega de guardia. | |
| | 5- Taladros con resistencia para esterilizar a vapor. | | Eliminar filtraciones. | | | | Asistencia caso cerrado de patología. | |
| | 1- Cámara para artroscopia. | | Acomodar habitaciones de los usuarios externos | | | | 1- Plaza para entrenamiento en rotación de colgajos. (Colombia, Venezuela). | |
| | 4- Pilas o baterías para el taladro existente | | Acomodar habitación de médicos especialistas (Cama, colchón, sábanas, sistema de agua caliente). | | | | 1-Curso de Comunicación Efectiva e Inteligencia Emocional. | |
| | 1- Bandeja de instrumental para artroscopia de rodilla. | | Remodelar la oficina de ortopedia (Habilitar consultorio anexo a la oficina del gerente). | | | | 1-Taller sobre manejo de crisis | |
| | Bandeja de Instrumental de artroscopia de hombro | | Habilitar biblioteca para residentes. | | | | Facilitar a los médicos ayudantes, residentes, enfermeras y secretarías la participación de congresos y cursos nacionales e internacionales 2 o 3 veces al año (Participación en congresos nacionales por lo menos dos (2) veces al año, participación en congresos internacionales por lo menos uno (1) al año, cursos o diplomados (1-4 semanas) en áreas específicas). | |
| | 1- Torre de artroscopia | | | | | | | |
| 1 Bomba de agua de artroscopia | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|--|--------------|--|--------------|---|--------------|---|--------------|
| | 1- Computadora | | | | | | | |
| | 1- Impresora | | | | | | | |
| | 2-Sillas visita (Acompañante) | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES | 1-Impresora para endo urología. | | 1-Técnico oftalmología. | | 1-Técnico oftalmología. | | 1-Cirugía laparoscópica avanzada para médicos ayudantes. | |
| | 1- cámara para procedimientos diagnósticos de la consulta de otorrino. | | 1-Cirujano torácico | | 1-Cirujano torácico | | 1-Cirugía laparoscópica básico para médicos residentes. | |
| | 1-Uretrotomo optico 1-Rectosigmoidoscopia rígido | | 1-Cirujano coloproctologo | | 1-Cirujano coloproctologo | | Promover la participación de los médicos ayudantes del servicio en entrega de guardia. | |
| | 1-Bandeja de proctología. | | | | | | Realizar sesiones regulares de morbi-mortalidad y/o discusiones de artículos educativos y científicos relevantes. | |
| | | | | | | | Realizar grand rounds semanales con los médicos ayudantes del servicio y la residencia de cirugía general | |
| DEPARTAMENTO MAXILOFACIAL | Habilitar un área quirúrgica de odontología | | 1-Completar equipo artroscopia para cirugía de articulación temporomandibular (ATM). | | 1- Protésistas (rehabilitador bucal) | | Apoyo en entrenamientos y/o congresos nacionales e internacionales | |
| | | | 1-Sierra oxilante para cirugía. | | 1- Ortodoncista especializado en ortopedia maxilar. | | | |
| | | | | | 2- Asistentes odontológicos | | | |
| | | | | | 2-Auxiliares de odontología | | | |
| | | | | | 1-Asignar un médico general. | | | |
| DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA | 1- Fijador de cráneo tipo Mayphi. | | No en este período | | No en este período | | Congreso Anual de la Sociedad Dominicana de Neurocirugía | |
| | 1-Microscopio neuroquirúrgico. | | | | | | Asistencia regular a los congresos de neurocirugía y actividades afines. | |
| | | | | | | | Asistencia a Congreso Latinoamericano de Neurocirugía (cada 2 años) para el | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|--|--------------|--|--------------|--|--------------|--|--------------|
| | | | | | | | neurocirujano más destacado. | |
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 2-Tanque de hidocolato. | | Modificar la entrada desde el exterior de fisioterapia para recepción y sala de espera | | 2-Terapistas. | | 1-Capacitación en crecimiento personal. | |
| | 4- Estimuladores eléctricos. | | Habilitar cuarto de equipos en planta. | | 3- Auxiliares. | | 2-Capacitación en nuevas técnica de rehabilitación. | |
| | Ultrasonido. | | | | | | 2-Participación en congresos nacionales. | |
| | Cama para lesión medular. | | | | | | 1-Participación en congreso internacional | |
| | 2 -Rueda náutica | | | | | | Permisos para realizar cuando sea necesario. | |
| | Espejos para las paralelas. | | | | | | | |
| | 4-Mesas para preparar compresas. | | | | | | | |
| | 2-Poleas. Juegos de pesas. | | | | | | | |
| | 1-tanque grande de compresas frías | | | | | | | |
| | 5-equipos combinados | | | | | | | |
| | 2-jobs | | | | | | | |
| | Espejos cuadriculados | | | | | | | |
| | 1-escalera de dos vías | | | | | | | |
| | Mesa de mano con aditamentos | | | | | | | |
| UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | 3- Monitores de presión intracraneana | | Reubicación de área de para habilitar dos camas | | 7- Licenciadas de enfermería. | | 1-Participación en un congreso internacional por año. | |
| | 10- Camas de posición con balanza. | | Instalación de UPS para soporte eléctrico de la unidad | | 1- Secretaria | | 1-Participación en un congreso nacional de medicina critica e interna. | |
| | 1- Broncoscopio. | | Llavin electrico puerta acceso a UCI para el personal calificado. | | 1- Auxiliar de avanzada tanda vespertina | | 1-Presentación o publicación de casos. | |
| | 3- Bombas de compresión neumática | | Reparar puerta entrada pasillo de UCI | | Terapeuta respiratorio. | | 1- Taller de Relaciones humanas. | |
| | 1- Ventilador Mecánico de transporte | | Reparar gabinete del área de lavado de mano, del área de medicamentos y del área de material contaminado | | 3-Auxiliares de enfermería | | 1- Taller de Mecánica corporal. | |
| | 12- Brazaletes de esfigmomanómetros de pared | | | | | | | |
| | 1- Línea de hemodiálisis. | | | | | | | |
| | 1-Carro medicamentos enfermería. | | | | | | | |
| | 1-Desfibrilador. | | | | | | | |
| | 2-Manometro para medir el CUFF (presion) del tubo endotraqueal | | | | | | | |
| | 1- pulsímetro portátil | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|---|--------------|---------------------|----------------------------|--|--------------|--|--------------|
| | 30 rollos impermeables para dar posición a los pacientes | | | | | | | |
| | 2- Lámparas Cuello de ganso | | | | | | | |
| | 2- Bandejas de traqueotomías para UCI | | | | | | | |
| | 2- Mesas con ruedas para baño del paciente | | | | | | | |
| | 3- Aspiradores | | | | | | | |
| | 1- Nebulizador | | | | | | | |
| | 10- Bombas de infusión | | | | | | | |
| | 4- Sillas de escritorio | | | | | | | |
| | 4- Escritorios | | | | | | | |
| | 1- Casillero de 6 | | | | | | | |
| | 10 mesas de camas (mesa de noche) | | | | | | | |
| | 10- juego de cortinas: una para cada cama | | | | | | | |
| | 2- Bandejas de sutura | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES | 1- Eco cardiógrafo | | No en este período. | | 1-Médico cardiólogo (Ecocardiografía y prueba de esfuerzo) | | Cursos ventilación mecánica. | |
| | 1- Broncoscopio | | | | 3- Médicos Internista. | | Asistir a congreso nacional de las diferentes áreas (cardiología, neumología, medicina interna). | |
| | 1- Prueba de esfuerzo. | | | | 1-Técnico para electroencefalografía. | | | |
| | 1- Locker para 6 usuarios (uso habitación médico de guardia) | | | | 1- Médico Reumatólogo. | | | |
| | 1- Neverita ejecutiva | | | | 1-Médico Endocrinólogo. | | | |
| | 1- Un electrocardiógrafo. | | | | Asistir a un congreso internacional. | | | |
| | Reparación del espirómetro | | | | Asistir a cinco charlas de actualización. | | | |
| | 1-Colchon para la habitación de descanso del internista de servicio | | | | Cursos y/o jornadas de actualización dentro del hospital. | | | |
| | | | | Discusión de bibliografía. | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGÍA | 1-Fibrolaringoscopio. | | No en este periodo | | No en este periodo | | Especialización de un anesmiólogo a especializarse en dolor. | |
| | 4-Monitores. (Reparar) | | | | | | 1-Curso de Gerencia hospitalaria. | |
| | 1- Impresora multifuncional (Comprar) | | | | | | | |
| | Máquinas de anestesia (Reparar) | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|--|--------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|
| EMERGENCIA | Ventiladores mecánicos tipo vela (fácil manejo y limpieza) | | Reestructurar y organizar la entrada y salida de los familiares de los usuarios que no estén en la unidad de cuidados intensivos por el área de emergencia, | | 1-Auxiliar de seguridad fijo en la emergencia (entrada directa a la emergencia) | | 1-Continuar actualizando al personal de emergencia con los cursos ya impartidos (PALS, BLS) | |
| | 9-Camillas de posiciones y movibles (9) | | Ampliación del área de triage hospitalario | | 2-Auxiliares de enfermería | | 1-Capacitación en HAZMAT (materiales peligrosos) | |
| | 4-Monitores de signos vitales para el área de emergencia y así solo admitir en Schock Room los pacientes que realmente necesitan dicha área. | | Habilitar área original de Shock Room, la cual agiliza atención del usuario en estado crítico. | | 1-Auxiliar de atención al usuario. | | 1-Soporte avanzado en trauma (ATLS Y PHTLS), | |
| | Métodos de barreras como campos quirúrgicos, mascarillas con protección ocular etc. | | Crear área de descontaminación y ducha para pacientes quemados y/o contaminados con materiales altamente contaminantes (la cual debe estar localizada en la emergencia previa a la admisión del usuario a la misma) | | | | 1-Capacitación en triage, traslados de pacientes y manejo de ambulancias. | |
| | Material e Insumos Pediátricos: Collarines Cervicales, Sondas Vesicales, Sondas Nasogástricas, Fijadores de tubos Endotraqueal, Tubos de Pecho | | Sistema Eléctrico en salida trasera, brinda más privacidad al usuario y agiliza el flujo de los usuarios a imágenes, uci, internamiento | | | | Pendiente entrenamientos soporte vital cardiaco avanzado (ACLS), | |
| | 4- Sillas giratorias o reparación de las existentes | | Proceso legalidad helipuerto | | | | Acceso a Participación de congresos nacionales e internacionales | |
| | 6-Kit de férulas semi rígidas. | | Reubicar el área de desechos de la emergencia | | | | | |
| | | | Habilitar puerta eléctrica a la entrada de emergencia. | | | | | |
| DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO | 1-Equipo automatizado de hematología. | | Adecuación del área de lavado y esterilización de cristalería: Se debe instalar un fregadero grande con 2 espacios para lavado además que sean profundos y de material no corrosivo. | | 2- Bioanalistas. | | 3-Cursos de capacitación en bacteriología, parasitología, orina y hematología. | |
| | 1- Equipo automatizado de orina. | | Instalar en esta área todos los hornos de cristalería. | | | | 1-Curso en Gerencia. | |
| | 1- Nevera de 18-20 pulgada no frost | | Instalación de la cabina de cristal de flujo laminar en bacteriología | | | | 1-Participación en talleres, congresos, diplomados, jornadas nacionales e | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|---|--------------|---|--------------|------------------|--------------|---|--------------|
| | | | | | | | internacionales relacionadas al área. | |
| | 1-Equipo automatizado de bacteriología. | | | | | | 1-Entrenamiento y manejo de equipos | |
| | 1-Equipo automatizado de gases arteriales | | | | | | | |
| BANCO DE SANGRE | 1-Maquina de aféresis de plaqueta. | | Reubicar El Banco de Sangre | | 1- Bioanalista | | Realización de estudio continuo como diplomado maestría especialidades en el área, apoyo económico. | |
| | 1-Sellador de bolsa | | | | | | Apoyo económico para la participación del personal en congresos nacionales e internacionales. | |
| | Mantenimiento a los equipos propios de hospital, como microscopio, neveras. | | | | | | Facilidades para conseguir becas para estudio atreves de los convenios con las universidades. | |
| | Balanzas con pesos por requerimientos de habilitación. | | | | | | Facilidad de intercambio de experiencias en banco de sangre con otras instituciones nacionales e internacionales. | |
| | Reparación de los sillones de donantes | | | | | | | |
| | Reparación o adquisición de sillones de Bioanalista. | | | | | | | |
| | Remodelación dentro del área para reubicar las neveras ya que están en la puerta de entrada del área de trabajo por requerimientos de habilitación. | | | | | | | |
| | Instalación de teléfono en la oficina de la encargada. | | | | | | | |
| | Creación de un área de archivo par la documentación del banco de sangre | | | | | | | |
| | Reparación de gabinetes | | | | | | | |
| Reparación o compra de congelador de plasma. | | | | | | | | |
| IMÁGENES | 1-Pacs (computadora con mucha capacidad de almacenamiento) 12 thera. | | Habilitación Habilitar área mamografía y densitometría. | | 1- Sonografista. | | 1-Capacitación al personal en el manejo de nuevos equipos. | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|--|--------------|--|--------------|---|--------------|--|--------------|
| | medicamentos refrigerados) | | | | | | | |
| | 4- Sillas | | | | | | | |
| | 4- Cámara vigilancia destinadas a: (1- Farmacias 1 ^{er} y 2 ^{do} nivel Depósito de farmacia en el 1 ^{er} nivel, almacén de medicamentos) | | | | | | | |
| | 1-Evaluar reparación o compra de impresora. | | | | | | | |
| ANATOMÍA PATOLÓGICA | Software de anatomía patológica. | | No en este periodo | | No en este periodo | | No en este periodo | |
| BLOQUE QUIRÚRGICO | 2- Oxímetros individuales. | | Agua a presión para lavado de pinza. | | 1- Auxiliar de avanzada para la tarde. | | Realizar curso-taller de capacitación para el personal de enfermería en temas como: Limpieza, desinfección, esterilización, cauterización de vías urinarias etc. | |
| | 5-Camilla para transportar pacientes. (URGENTE) | | Corregir filtraciones de área de quirófano | | 1- Personal para mantenimiento de los equipos. | | | |
| | 8-Sillas para anestesiólogo con espaldar | | Realizar 2 sala de cirugía. | | 1- Auxiliar para lavado de instrumentos (URGENTE) | | | |
| | 8-Sillas para enfermería | | Habilitar quirófano séptico. | | 2- Auxiliar para limpieza en la tarde (URGENTE) | | | |
| | 10-Covers plásticos para camillas (URGENTE) | | Habilitar sala de cirugía menor. | | 4-Auxiliares de enfermería área recuperación y sala de cirugía. | | | |
| | 4- Mesa quirúrgica 2 ortopédica (Translucida) 1 normal y 1 ginecológica. | | | | 1-Auxiliar esterilización tanda nocturna. | | | |
| | 1- Carro para transporte de tanque oxígeno. | | | | | | | |
| | 1- Impresora. | | | | | | | |
| | 40- Mantas térmicas. | | | | | | | |
| | 4- Aspiradores. | | | | | | | |
| | 1-Escritorio o mesa para el área de enfermería y dos sillas | | | | | | | |
| | 14-Brazos para cama quirúrgica. | | | | | | | |
| | 2- Camas quirúrgicas | | | | | | | |
| | 2- Camas en madera para cirugía de pelvis | | | | | | | |
| | 5-Bandejas básicas para ortopedia. | | | | | | | |
| | 2-Bandeja para cadera | | | | | | | |
| 1- Bandeja para pie y tobillo | | | | | | | | |
| 6- Lamparas de techo (una en cada quirófano). | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|-------------------------|--|--------------|---|--------------|--|--------------|--|--------------|
| | Reparación o compra de mesa para sala de cirugía nueva. | | | | | | | |
| | Reparación o mantenimiento de las 8 máquinas de anestesia. (URGENTE) | | | | | | | |
| HEMODIÁLISIS | 1- Monitor cardiovascular | | Construcción de espacio físico para Unidad de Sero-positivos. | | Asignación de un día del cirujano vascular. | | 1-Participación congreso internacional | |
| | 2- Máquinas de hemodiálisis | | Área para 3 máquinas. | | | | 2-Participaciones congreso nacional | |
| | 2- Maquinas sustitutas para la unidad. | | | | | | Discusión de casos clínicos | |
| | Línea de agua para hemodiálisis en UCI (Tubería desde la planta de tratamiento). PRIORIDAD | | | | | | Discusión de protocolos de manejos y atención | |
| DEPARTAMENTO ENFERMERÍA | 3- Esfigmomanómetros (de pedestal). | | Reparar las vitrinas de enfermería y gabinetes. | | 4-Auxiliares de avanzada. | | Curso de RCP. | |
| | 5-Aspiradores. | | | | 6-Lic. Enfermería para reforzar los grupos de 16 en vez de 15. | | Curso de informática básica, Word, Excel. | |
| | 30- pies de suero. | | | | Entrenamientos en los programas utilizados en la institución. Curso de seguridad industrial y primeros auxilios. | | Gerencia y humanización de los servicios de salud. | |
| | 5- aspiradores | | | | | | | |
| | 4-Nebulizadores | | | | | | | |
| | 1-Impresora multifuncional | | | | | | | |
| | 1-Computadora | | | | | | | |
| | 30- Colchones para camillas de emergencia | | | | | | | |
| | 5-Radio transmisores. | | | | | | | |
| | 3- Neveritas ejecutivas para medicamentos. | | | | | | | |
| | 4-Desfibriladores | | | | | | | |
| | Tela para cortinas separadoras en hospitalización | | | | | | | |
| | Porta record de metal | | | | | | | |
| | Reparación sillas secretariales de las estaciones de enfermería. | | | | | | | |
| | 4- carros para medicamentos. | | | | | | | |
| | Uniformes para personal de Avanzada, Paramédicos y Enfermería. | | | | | | | |
| 4-Lockers metálicos. | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|------------------------------|--|--------------|--|--------------|---------------------|--------------|--|--------------|
| CONSULTA EXTERNA | 1-Prueba de esfuerzo cardiaco | | Mejorar iluminación área consulta externa. | | No en este periodo | | Mejorar iluminación área consulta externa. | |
| | 1-Cámara para rinoendoscopia | | | | | | | |
| | 1-Fuente de luz. | | | | | | | |
| | 2-Negatoscopio. | | | | | | | |
| ENSEÑANZA MEDICA PUBLICAS | 1-Impresora multifuncional | | Un laboratorio de simulación. | | No en este periodo | | Diplomado en Metodología de la Investigación. | |
| | 1-Computadora. | | | | | | Capacitación de prevención de Infecciones quirúrgica. | |
| | 1- Anaquel de madera prensada. | | | | | | Soporte vital básico y avanzado, soporte vital avanzado en trauma una vez al año, (BLS, ATLS, ACLS) | |
| | 57- Sabanas para residentes. | | | | | | Participación de los residentes en los Congresos Nacional de Ortopedia y Emergencias y Desastres, Cirugía General y Anestesia. | |
| | 57- cubre colchones para residentes. | | | | | | Idioma Ingles. | |
| | 1- pantalla para proyector sin base | | | | | | Rotación internacional para residentes de tercer y/o cuarto año de las 4 especialidades. | |
| | 10- locker de 6 espacios para dormitorios | | | | | | Diplomado en gestión. Diplomado en Bioética. | |
| | 4-Camarotes con sus colchones 1- Maniquí de anatomía. | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL | 1-Archivo para almacenar expedientes. | | No en este periodo. | | No en este periodo. | | 1-Curso de trabajo social | |
| | Asignar formalmente una cámara fotográfica al departamento | | | | | | | |
| ATENCIÓN AL USUARIO | 3- Computadoras. | | No en este periodo | | No en este periodo | | 2-Curso de atención al usuario ajustado a los servicios que ofrecemos. | |
| | 3- Impresoras. | | | | | | | |
| | 1-Equipo de sonido para consulta externa. | | | | | | | |
| | 3-Escritorio. | | | | | | | |
| | 2-Televisores para consulta. 3-Impresora de Tickets. | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|------------------------------------|--------------|--|--------------|---|--------------|--|--------------|
| | 20-Filas de asiento de 5 | | | | | | | |
| | 3-Sillas secretariales | | | | | | | |
| | 1- Archivo de 4 gavetas con llave. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO LEGAL | 3- Escritorio. | | Individualizar el área de la oficina del encargado/a y readecuar más ampliamente las oficinas de la consultoría jurídica, con separaciones | | 1-Secretaria. | | Maestría en Gobierno y Gerencia Pública | |
| | 2- Silla secretarial. | | Remodelación completa de la Infraestructura existente en el área de RR.HH/LEGAL, para mejorar el entorno y aprovechar mejor los espacios. | | 2- Abogados. | | Maestría en Derecho Administrativo | |
| | 2- Silla para visitas | | | | 1- Apoyo Técnico en Sistemas PC. (para soporte del Sistema TRE- Contraloría General de La República) con el rol de originador designado y comprometido para nuestro Departamento Legal. | | Diplomado de Gerencia en Salud. | |
| | | | | | | | Diplomado en Manejo de Conflictos. | |
| | | | | | | | Diplomado en Derecho Procesal Civil. | |
| | | | | | | | Curso de Manejo De Conflicto. | |
| | | | | | | | Diplomado en Derecho Procesal Civil. | |
| | | | | | | | Taller de Capacitación "Caminando en tu zapato" | |
| Oficina de Acceso a la Información Pública | 1- Computadora | | No en este periodo | | No en este periodo | | Realizar cursos, que pueden ser virtuales o presenciales. | |
| | 1- CPU. | | | | | | Asistencia a charlas, seminarios y todo lo que implique una mayor capacitación para lograr la mejor eficientización en el servicio brindado. | |
| | 1- impresora a color. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|---|--------------|--|--------------|--|--------------|-------------------------------------|--------------|
| DEPARTAMENTO SEGURIDAD | 2- Escopeta | | Habilitar área guardar temporalmente propiedades de visitantes y empleados. | | 1- Auxiliar de seguridad de sexo femenino. | | 1-Cortesía y disciplina. | |
| | 90-Uniforme de cada uno | | Habilitar el ascensor de acceso al laboratorio. | | 1- secretaria. | | 1-Relaciones humanas. | |
| | 1- computadora | | | | | | | |
| | Detectores de metales (Arco) | | | | | | | |
| | 2-Brazo parqueo de visitantes | | | | | | | |
| | 1-Dispensador tiques eléctricos | | | | | | | |
| | UNIDAD DE VIGILANCIA | | | | | | | |
| | 1- Teclado o control de mando para agilizar el proceso de investigación. | | | | | | | |
| | 6- Cámara en las áreas vulnerables por una de mayor proyección | | | | | | | |
| | 2- Paneles que cubran que proyecten las 64 cámaras instalada | | | | | | | |
| Reemplazo del sistema de vigilancia y cámaras | | | | | | | | |
| RELACIONES PUBLICAS Y PUBLICACIONES | 2- Computadora y accesorios DELL I7 de 6gb RAM / 2tb disco duro | | Espacio con privacidad y armonioso, cerrando la parte frontal y abriendo una puerta por dentro del hospital. | | No en este periodo | | Edición de foto y video | |
| | 1- Kit de Bocinas | | Asignación de parqueo para el área en la parte frontal, por los equipos que tenemos que usar fuera y dentro de la institución. | | | | 2-Diplomado: Relaciones Corporativa | |
| | 1- Monitor de 21 Pulgadas | | Teléfono Móvil con acceso a llamas abierta, pues tenemos que tener comunicación directa con la prensa a cualquier hora y con los directivos del hospital una comunicación directa. | | | | Periodismo | |
| | 2- Sillas secretarial | | | | | | Comunicación en Salud | |
| | 1- Micrófono de Pódium | | | | | | Comunity Manager | |
| | 1- Micrófonos de Corbata | | | | | | | |
| | 1- Micrófono de mano | | | | | | | |
| | 3-Celulares modernos | | | | | | | |
| | 1-Cámara Fotográfica | | | | | | | |
| | Equipo de proyección de imagen central de red, para la transmisión de los reportajes y documentales realizados. | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|--|--------------|---|--------------|--|--------------|---|--------------|
| MONITOREO PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA Y BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA | Programa higiene de mano. Alcohol en gel en paredes para áreas asistenciales proximales a la atención directa del paciente | | Mantenimiento de todo el material de cirugía (vitricas, mesas de cauterios, aspiradores etc), | | Enc. De lavandería (Entrenable, proactivo, responsable, comprometido e involucrado con un min. Conocimiento de contabilidad) | | Residuos Hospitalarios (personal Involucrado) | |
| | Jabón líquido, dispensación única, para lavamanos en general | | Bases en hierro para celda de reciclaje | | | | Bioseguridad (personal Involucrado) | |
| | Jabón de clorhexidina para lavado de manos quirúrgico. | | Bases para incineradora (material reciclable) | | | | Lavado de manos (Todo el personal) | |
| | 30 dispensadores de papel céntrico, dispensación automática de toalla plana. (esterilización, reemplazo de quirófano, áreas faltantes) | | Dividir área de lavado de camillas para residuos hospitalarios | | | | Manejo adecuado de Ropa Hospitalaria (personal Implicado) | |
| | 2 Sensores de lavado de manos | | Remodelación de los puntos intermedios de los residuos hospitalarios (los que apliquen). | | | | | |
| | Programa Residuos Hospitalario. 1 pesos digitales grandes | | Quitar meseta, paredes lavables, pisos y ventilación ambiental) | | | | | |
| | 1 Carro moto para transporte de residuos hospitalarios a las celdas | | Cuatro internamientos, emergencia | | | | | |
| | 10 overoles color rojo tela gruesa manga larga dos piezas | | Construcción de una celda temporal para reubicar punto intermedio de pediatría | | | | | |
| | 10 pares de botas de goma color blanco | | Puertas en el nuevo intermedio con frente al pasillo y división dentro | | | | | |
| | 3 Enrolladores de mangueras de pared | | Reubicación de Oficina | | | | | |
| | 1 mangueras de 50 pies | | | | | | | |
| | 2 mangueras de 75 pies | | | | | | | |
| | 3 pichuetes | | | | | | | |
| | Carro moto para traslado de residuos hospitalarios | | | | | | | |
| | Programa de Lavandería 1 carro de transporte de sabanas sucias-contaminadas | | | | | | | |
| | 1 carro para transporte de sabanas limpias | | | | | | | |
| | 25 Carros dobles para el transporte de sabanas interno por áreas | | | | | | | |
| | Fundas transparentes para paquetes de sabanas limpias | | | | | | | |
| | 130 frazadas crema | | | | | | | |
| | 30 frazadas color azul | | | | | | | |
| 20 frazadas color verde | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|----------------------------------|---|--------------|---|--------------|--------------------|--------------|---|--------------|
| | 100 juegos de sábanas blancas | | | | | | | |
| | 30 cubre de sillas de hemodiálisis | | | | | | | |
| | 130 Almohadas impermeables | | | | | | | |
| | 1 Balanza | | | | | | | |
| | Tela sabanas de camillas color diferente al verde | | | | | | | |
| | Tela 100% algodón para paquetes quirúrgicos | | | | | | | |
| | 18 uniformes tipo pijama | | | | | | | |
| | Mantenimiento | | | | | | | |
| | 30 overoles completos de gorro y botas, plástico resistente desechables | | | | | | | |
| | 24 tapones auditivos con cordón reusable | | | | | | | |
| | 6 Guantes aislantes de electricidad | | | | | | | |
| | arcos de seguridad | | | | | | | |
| | 22 Uniformes para operarios (delantal y gorro en tela color blanco) | | | | | | | |
| | 11 Pares de zapatos antideslizantes | | | | | | | |
| | General | | | | | | | |
| | 20 Dispensadores de guantes gorros | | | | | | | |
| | 20 dispensadores de guantes | | | | | | | |
| | 20 dispensadores de tapa-boca | | | | | | | |
| | 1000 safeview lentes | | | | | | | |
| | 200 safeview fiame bases | | | | | | | |
| | 100 Lentes transparentes | | | | | | | |
| | 20 bomboneras en acero inoxidable de 12cm de altura redondas | | | | | | | |
| | 30 cubres para sillas de hemodiálisis | | | | | | | |
| | 1 picadora de papel | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CONTABILIDAD | 3- Cambiar computadoras. | | Espacio físico más amplio para el área de archivo de contabilidad | | No en este período | | No en este período | |
| | 2- Impresoras. | | | | | | 1-Curso taller de costos. | |
| | | | | | | | 1-Curso de actualización en las NOBACI (Normas Básicas de Control Interno). | |
| | | | | | | | 1-Maestría o Diplomado en Gerencia Publica | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO TESORERÍA | 1- Impresora multifuncional en el área de emergencia. | | No en este período | | No en este período | | No en este período | |
| | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|--|--------------|--|--------------|---|--------------|---|--------------|
| COMPRAS, SUMINISTROS Y ALMACÉN | 2- Computadora. | | Readecuación del almacén de suministro de material gastable o reubicación de este almacén a un área con mayor espacio. | | 1-Auxiliar en almacén de medicamentos. | | 3-Diplomado en Gerencia administrativa y hospitalaria | |
| | 3- Sillas ejecutivas. | | Readecuación área de oficinas del Depto. Compras. | | | | 4-Curso educación empresarial y motivación | |
| | 20-Anaqueles | | | | | | 4- Plazas curso de capacitación en gestión y control de inventario de almacén. | |
| | | | | | | | Taller o capacitación en la ley de compras y contrataciones. | |
| DEPARTAMENTO CONTROL INTERNO | No en este periodo | | No en este periodo | | 3- Auxiliares de control interno. | | Rediseño de los espacios de las oficinas administrativas. | |
| DEPARTAMENTO FACTURACIÓN /SEGUROS E IGUALAS | 1-Impresora multifuncional (para ser usadas en ingresos, ambulatorios, laboratorio-seguros y Oficina de la Encargada). | | No en este periodo | | No en este periodo | | 1-Curso taller de servicio al cliente | |
| | 7-Computadora para cambiar las existentes. | | | | | | 2-Cursos talleres de auditoria médica y servicios de salud | |
| | 3-Impresoras sencillas, para completar la Gerencia. | | | | | | 1-Curso de computadora (Ms Office) | |
| UNIDAD CONTROL DE REGISTROS CLÍNICOS / AUDITORÍA MEDICA | 1- nevera (bebedero) | | Habilitar cubículos para oficina | | 1- Secretaria. | | 1-Diplomados y/o maestrías en Gerencia en salud, supervisión y auditoría de calidad | |
| | 3- sillas secretariales | | | | Cambiar puesto de la secretaria actual por asistente, con su respectivo reajuste salarial | | | |
| | 5- batas blancas con logo y nombre de los auditores | | | | Personal médico nuevo (auditor medico) o en su defecto médicos pasantes | | | |
| | 1-Modem para el área de auditoria medica externa | | | | | | | |
| | 7-Computadora para el área de auditoria medica externa. | | | | | | | |
| | 1-Impresora multifuncional | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ANÁLISIS DE COSTO | 1-Impresora multifuncional. | | No en este periodo | | No en este periodo | | No en este periodo | |
| | 1- Línea telefónica. | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|--|--------------|---|--------------|-----------------------------------|--|--|--------------|
| RECURSOS HUMANOS | 1- Caja de herramientas para decoración | | Readecuación cubículos recursos humanos | | No en este periodo | | Redacción de Documentos, Circulares y Comunicaciones (Dirigido a secretarías y asistentes). | |
| | 1- Archivo | | | | | | Manejo del Outlook (Dirigido a secretaria y personal en general) | |
| | 1-Computadora en el Depto. De nómina | | | | | | Protocolo y montaje de eventos y actividades (dirigidos a personal de servicios generales y personal con participación directa en las actividades) | |
| | Adquirir uniformes para todo el personal | | | | | | | |
| | 1- Impresora multifuncional (para nómina y para RR. HH. | | | | | | | |
| GERENCIA DE PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO. | 1-Silla ejecutiva. | | No en este período. | | Gerente de investigación clínica. | | Curso taller o diplomado de manejo de proyectos PMbook | |
| | | | | | | | Curso Taller sobre redacción de informe ejecutivo para la Secretaria. | |
| EPIDEMIOLOGÍA | Equipamiento de la Central de Esterilización con el equipo de peróxido de hidrógeno. | | No en este período. | | No en este período. | | Adecuación y ejecución de guías de control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. | |
| | Equipamiento de Laboratorio de Microbiología. | | | | | | Curso vigilancia de infecciones intra-hospitalarias | |
| | | | | | | | Curso básico vigilancia epidemiológica para enfermeras. | |
| | | | | | | | Detección oportuna de brotes. | |
| | | | | | | | Manejos de datos estadísticos. | |
| | | | | | | | Cursos de preparación y actualización Gerencial. | |
| | | | | | | | Cursos internacionales de prevención de infecciones. | |
| | | | | | | | Otros cursos especializados. | |
| | | | | | | Reunión con los cirujanos y el Comité de Control de Infecciones para | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|---|--------------|--|--------------|-----------------------|--------------|---|--------------|
| | | | | | | | presentar, analizar y poner en marcha la Guía de Prevención de Infección del Sitio de Localización Quirúrgica | |
| DEPARTAMENTO APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICA | 2- Computadora. | | | | 1 Jefe de la Gerencia | | Aplicación y diseño de instrumentos de investigaciones clínicas. | |
| | 2- Teléfonos. | | | | 1 Asistente | | Investigaciones en el sector salud. | |
| | 2- Escritorios. | | | | | | Programas relacionados con la investigación y análisis de datos. | |
| | 1- Impresora, (acceso a un impresor no necesariamente exclusivo para la Gerencia). | | | | | | Ofimática. | |
| | 2- Sillas de giratoria. | | | | | | Otros cursos especializados. | |
| | | | | | | | Desarrollo de protocolos sobre MBE. | |
| DEPARTAMENTO ESTADÍSTICA. | Actualizar la capacidad de las computadoras de la Gerencia. | | Reubicación de la Gerencia en otra área física, ya que actualmente estamos en al área del archivo, o readecuar el área | | No en este período. | | 1-Capacitación al personal sobre gestión de archivo con cursos, talleres y diplomados en archivísticas | |
| | 1-Sistema informático de registro de información para estadística | | Espacio Físico suficiente y adecuado para Archivo Expedientes Clínicos & Archivo Central | | | | 1-Curso relacionado con estadística hospitalaria | |
| | 2- Una (1) Computadora para oficina Estadísticas (nota: equipo solicitado desde 2014) | | | | | | 3-Curso Gerencia hospitalaria. | |
| | 4- Anaqueles y/o tremerías, para archivo | | | | | | . | |
| | 5- Carpetas y/o folders para archivo de expedientes clínicos | | | | | | | |
| | 2-Sillas secretariales (emergencia y consulta | | | | | | | |
| | 2- Aumentar la capacidad de memoria (estadísticas y admisión emergencia) | | | | | | | |
| Equipos de oficina: (silla secretarial p/ admisión emergencia, (admisión consulta & emergencia), 1 memoria USB | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO, ARCHIVO Y ADMISIÓN | 10- Anaqueles para archivos de expedientes clínicos activos y pasivos | | | | No en este período | | 1-Curso de manejo de archivo y expediente clínico. | |
| | 3- Computadoras para el área de Admisión en | | | | | | 1-Curso Atención al Usuario y Trabajo en equipo | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|--|---|--------------|---|--------------|--------------------------------|--------------|---|--------------|
| | Consulta Externa y emergencia | | | | | | | |
| | Impresora para la oficina principal de admisión y archivo | | | | | | 1-Estadísticas hospitalarias | |
| | 1-Modulo de tres sillas de visitantes | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA: | 1-SAM (Sistema de Manejo de Archivos). | | 1- Puerta de cristal (antiruidos) para el centro de datos | | 1-Auxiliar de soporte técnico. | | 3-Capacitación en manejo de servidores exchange (mensajería). | |
| | 1-Sistema de Auditoria de Operaciones. | | | | | | 3-Capacitación en manejo de servidores de control de dominio. | |
| | 2-Agregar cámara de seguridad en área de servidores | | | | | | 2-Capacitación en manejo en telefonía Voip | |
| | Sistema de identificación de usuarios. | | | | | | 3-Cursos de administración de base de datos | |
| | Extintor especial para el centro de datos | | | | | | 2-Cursos de CCNA (Cisco Certified Network Associate) | |
| | 1- Servidor para espejo | | | | | | | |
| | 1 Laptop procesador i7 | | | | | | | |
| | 2-Cámaras de seguridad para el centro de datos. | | | | | | | |
| | Aspiradora para mantenimiento de equipos | | | | | | | |
| | 1 Silla ejecutiva | | | | | | | |
| | 2-Swich 48 puertos | | | | | | | |
| | 3- Switch 24 puertos | | | | | | | |
| | 7-Computadoras (2 para Dirección General) | | | | | | | |
| | Sistema de wifi para el hospital en general | | | | | | | |
| | Reestructuración del policom video conferencia. | | | | | | | |
| | 2 servidores con licencias Windows server 2016 | | | | | | | |
| | 4 licencias de Windows server 2008 | | | | | | | |
| | Control de temperatura (termómetro) | | | | | | | |
| | Aire de precisión para centro de datos | | | | | | | |
| | 1- servidor de backup en las nubes | | | | | | | |
| | Sistema de suprecion de incendio (Centro de Datos) | | | | | | | |
| 1-Extintor de Incendios Co ₂ | | | | | | | | |
| 1-Sistema de video conferencia. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO MONITOREO Y EVALUACIÓN | 1- UPS. | | No en este período. | | No en este período. | | No en este período. | |
| | 1- Impresora multifuncional. | | | | | | | |
| | 1- Silla ejecutiva. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|---|--|--------------|---|--------------|--|--------------|--|--------------|
| DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO | 1-Máquina de aspiración central. | | Instalación de dos pararrayos. | | 1-Secretaria. | | 1-Curso de informática básica | |
| | 1-Planta eléctrica de 300kv para áreas críticas. | | | | Puesta en funcionamiento del sistema de contra incendio. | | 1-Trabajo en equipo. | |
| | 4- Arrancadores sólidos para los ascensores. | | | | Mantenimiento asfalto parqueos. | | | |
| | 10- anaqueles para organización de los materiales. | | | | Impermeabilizan te de techos | | | |
| | 2- transformadores de 40kv. | | | | Provisión de agua del acueducto central. | | | |
| | Sincronización de las dos plantas eléctricas actuales. | | | | 2-Instalar camaras en subestación eléctrica. | | | |
| | Construcción del bypass para el transfer. 5- motores eléctrico (Dos de 5Hp, dos de 3Hp y uno de 7.5HP). | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO LIMPIEZA Y DESECHOS HOSP. | 1- Flota para los supervisores. | | 3- readecuación bancos de jardín. | | 3- Auxiliares de limpieza turno nocturno | | 1-Curso capacitación limpieza y desechos hospitalarios. | |
| | 3-Lockers | | Readecuación y decoración de jardines. | | 1-Secretaria | | 1-Curso de relaciones humanas. | |
| | Reparación de la máquina suapeadora. | | Mantenimiento de filtrantes de agua limpia. | | | | 1-Curso taller de capacitación en: limpieza general, limpiar y desinfectar, limpieza y desinfección de quirófanos, habitaciones, laboratorios, aéreas comunes, uso de los detergentes y sus efectos secundarios, prevención y control de infecciones nosocomiales, sistema de clasificación, transporte y disposición final e los desechos biomédicos. | |
| | Adquisición de una máquina suapeadora. | | | | | | 1-Curso de capacitación en uso de computadoras | |
| | Carritos individuales de limpieza. | | | | | | 1-Curso de capacitación: desinfección y manejo de equipos especiales (tomógrafos,sonógrafos, brazo en c, y otros. | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|----------------------------------|---|--|--|--------------|---|---|--|--------------|
| | 2-Maquinas podadoras de hilo. | | | | | | 1- Curso de desinfección y manejo de equipos de la cocina. | |
| | | | | | | | 1-Entrenamiento limpieza y desechos hospitalarios | |
| | | | | | | | 1-Curso entrenamiento manejo y control de plagas. | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ALIMENTACIÓN | 1-Triturador de alimentos. | | Readecuación del cuarto congelador de los alimentos. | | Cursos talleres de capacitación en: 1- Contaminación de alimentos. | | | |
| | 1-Peladora de papas. | | Remodelar el espacio físico del almacén de la cocina | | | | | |
| | 2-Molino de cocina pequeño | | Introducir el aire acondicionado en el espacio del almacén de cocina | | | | | |
| | 2-Exprimidora de jugos | | | | | | | |
| | 2-Anaqueles | | | | | | | |
| | 3-Estufas industriales | | | | | | | |
| | 1-Freidor industrial | | | | | | | |
| | 1 Horno eléctrico industrial | | | | | | | |
| | NUTRICIÓN | | | | | | | |
| | 5- Bombas de nutrición enteral para planta física. | | Habilitar aérea específica en farmacia con las diferentes fórmulas enterales y parenterales | | No en este periodo | | Asistir a congresos internacionales (1 vez al año) Asistir a congresos nacionales (2 veces al año) | |
| 1-Nevera. | | Habilitar área de consulta externa específica de nutrición con los equipos necesarios (balanza, tallímetro, cinta métrica) | | | | Taller de soporte nutricional. | | |
| | | | | | | Capacitación al departamento de enfermería sobre el manejo de las bombas. | | |
| | | | | | | Cursos básicos de preparación de fórmulas enterales-parenterales. | | |
| LAVANDERÍA | 9- Pares de calzados anti-resbalantes para el personal. | | Reparación del techo (filtración) | | 1-Gerente de lavandería | | 1-Curso informática. | |
| | 1- Carros de traslado de ropa. | | | | 1 Auxiliar de lavandería de sexo masculino | | | |
| | 1-Computadora | | | | | | | |
| | Esterilización Esterilización flash | | El recambio de aire | | 9-Auxiliares de esterilización | | Inducción al personal sobre normas y protocolos | |
| | Poner a funcionar el autoclave nuevo | | Aislar el transformador de área de inspección de instrumental, en la central de esterilización | | | | Lavado e inspección de instrumental | |

| GERENCIA | EQUIPOS Y OTROS | COSTO (RD\$) | INFRAESTRUCTURA | COSTO (RD\$) | RECURSOS HUMANOS | COSTO (RD\$) | CAPACITACIÓN | COSTO (RD\$) |
|------------------------------------|--|--------------|---|--------------|------------------|--------------|--|--------------|
| | 1 lupa quirúrgica | | Conexión de agua caliente | | | | Empacado | |
| | 6 Mesas de transporte cambro | | Instalación de aire a presión | | | | Esterilización | |
| | Equipo completo de cepillos para lavado de instrumental canulado | | Completar equipos quirúrgicos en todas las especialidades | | | | Almacenamiento | |
| | Tela algodón 100%. | | | | | | Protección personal | |
| | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO TRANSPORTACIÓN | 2-Ambulancia de tercer nivel (una ambulancia se esta gestionando a través de la Regional y la empresa Barrick Gold). | | 1-Parqueo techo de ambulancia | | 1-Paramédico. | | 1-Curso manejo de ventiladores mecánicos. | |
| | 1-Impresora | | | | | | 1-Curso de Educación Vial. | |
| | 1-Computadora | | | | | | 1- Curso de entrenamiento en reanimación cardiopulmonar. | |
| | | | | | | | 1-Curso de Manejo Técnico de Ambulancia | |
| | | | | | | | Curso de manejo de traslado de paciente de ambulancia | |
| | | | | | | | | |

XII. PRESUPUESTO GENERAL Y CRECIMIENTO ESPERADO.

A) Tabla producción general actividades estimadas 2017.

| ACTIVIDADES | METAS 2017 |
|--|----------------|
| Emergencias | 10,585 |
| Ingresos | 5,179 |
| Consultas | 108,848 |
| Interconsultas | 1,636 |
| Lab. Clínicos | 447,843 |
| Banco de Sangre | 51,557 |
| Estudios Imágenes | 66,770 |
| Estudios Anatomía Patológica | 2,629 |
| Recetas Despachadas Farmacia | 105,645 |
| Procedimientos Rehabilitación | 12,557 |
| Cirugías | 4,755 |
| Suturas | 460 |
| Yesos, Reducciones (Hospitalización y Emergencia) | 1,509 |
| Curas y Ostomía (Hospitalización y Emergencia) | 2,262 |
| Procedimientos Odontología | 3,557 |
| Radiografía Periapicales | 258 |
| Hemodiálisis | 7,192 |
| Electrocardiogramas | 9,626 |
| Endoscopia | 432.3 |
| Espirometría | 179 |
| Pruebas de Esfuerzos Respiratoria | 509 |
| Procedimientos Anestesiología (Programados y/o Emergencias) | 4,755 |
| Otros Procedimientos Anestesiología (Colocación parche) | 39 |
| Visita Pre-Anestesia | 1,083 |
| Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Fistulización de venas, Otros) | 1,387 |
| TOTAL | 851,252 |

B) Total Actividades Realizadas en el 2016, Total Actividades Estimadas para el 2017 y Porcentaje de Incremento Estimado para el 2017 con relación al 2016.

| AÑOS | TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS 2016 Y ESPERADAS 2017 | COMPORTAMIENTO 2017 EN RELACIÓN AL 2016 |
|-------------|---|--|
| 2016 | 774,261 | 9.9% |
| 2017 | 851,252 | |

C) Total, actividades esperada e ingresos estimados según precio promedio por actividades producidas 2017.

| ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS | TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA | PRECIOS PROMEDIOS Unitario | COSTO TOTAL PRODUCCIÓN |
|--|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| Consultas | 108,848 | RD\$ 250.00 | RD\$27,212,000.00 |
| Emergencias | 10,585 | RD\$ 800.00 | RD\$8,468,000.00 |
| Egresos Salas Comunes | 4,814 | RD\$ 8,000.00 | RD\$38,512,000.00 |
| Egresos Salas UCI | 365 | RD\$110,000.00 | RD\$40,150,000.00 |
| Procedimientos Terapia Física y Rehab. | 12,557 | RD\$ 450.00 | RD\$ 5,650,650.00 |
| Procedimientos Quirúrgicos Programados Ortopedia y Neuroquirúrgico | 2,397 | RD\$65,000.00 | RD\$155,805,000.00 |
| Procedimientos Quirúrgicos Programados Cirugía General y Especialidades. | 1,794 | RD\$ 27,500.00 | RD\$ 49,335,000.00 |
| Procedimientos MaxiloFacial | 564 | RD\$ 21,500.00 | RD\$ 12,126,000.00 |
| Procedimientos Odontológicos | 3,557 | RD\$ 475.00 | RD\$ 1,689,575.00 |
| Pruebas de Laboratorios Clínicos. | | | |
| Hematología Lab. Central | 82,652 | RD\$ 135.69 | RD\$ 11,215,049.88 |
| Química Sanguínea Lab. Central | 243,426 | RD\$ 135.42 | RD\$ 32,963,531.79 |
| Uroanálisis y Coprologicos | 27,900 | RD\$ 160.59 | RD\$ 4,480,321.50 |
| Serología | 18,581 | RD\$ 350.00 | RD\$6,503,350.00 |
| Pruebas Especiales | 65,149 | RD\$ 350.00 | RD\$ 22,802,150.00 |
| Bacteriología | 10,135 | RD\$ 277.07 | RD\$2,808,104.45 |
| Banco de Sangre | | | |
| Unidades Tamizadas (Bolsas Producidas) | 3,263 | RD\$ 300.00 | RD\$978,900.00 |
| Sección de Hematología | 5,715 | RD\$ 135.00 | RD\$ 771,525.00 |
| Sección Inmunohematología | 13,567 | RD\$ 130.00 | RD\$ 1,763,710.00 |
| Pruebas Especiales | 29,013 | RD\$ 350.00 | RD\$ 10,154,550.00 |
| Estudios de Imágenes. | | | |
| Rayos X | 51,050 | RD\$ 285.25 | RD\$14,562,012.50 |
| Sonografía | 12,168 | RD\$ 433.75 | RD\$ 5,277,870.00 |
| Tomografía | 0 | RD\$ 1,995.00 | RD\$ - |
| Estudios Especiales | 930 | RD\$ 1,500.00 | RD\$ 1,395,000.00 |
| Brazo en C | 1,057 | RD\$ 800.00 | RD\$ 845,600.00 |
| Resonancia Magnetica | 1,565 | RD\$ 7,000.00 | RD\$ 10,955,000.00 |
| Pruebas Laboratorio Anatomía Patológica. | | | |

| ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS | TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA | PRECIOS PROMEDIOS Unitario | COSTO TOTAL PRODUCCIÓN |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Biopsia | 1,925 | RD\$ 820.00 | RD\$1,578,500.00 |
| Biopsia por congelación | 0 | RD\$ 6,939.75 | RD\$ - |
| Citología | 704 | RD\$ 691.00 | RD\$ 486,464.00 |
| Necropsia | 0 | RD\$ 11,559.25 | RD\$ - |
| Miscelaneos | | | |
| Curas y Ostomia | 2,262 | RD\$ 520.00 | RD\$ 1,176,240.00 |
| Reducciones y Enyesados | 1,509 | RD\$ 3,115.00 | RD\$ 4,700,535.00 |
| Hemodiálisis | 7,192 | RD\$ 2,400.00 | RD\$ 17,260,800.00 |
| Electrocardiogramas | 9,626 | RD\$ 255.00 | RD\$ 2,454,630.00 |
| Endoscopia | 432 | RD\$ 8,500.00 | RD\$ 3,672,000.00 |
| Suturas | 460 | RD\$ 520.00 | RD\$ 239,200.00 |
| Espirometria | 179 | RD\$ 1,000.00 | RD\$ 179,000.00 |
| Pruebas de Esfuerzos Respiratorios | 509 | RD\$ 1,200.00 | RD\$ 610,800.00 |
| TOTAL GENERAL PRODUCIDO | | | RD\$ 498,783,069.12 |

Presupuesto Histórico MSP

| | | |
|--------------------|-------------------------------|----------------------------|
| RD\$260,481,000.00 | | |
| | Total Presupuesto 2017 | RD\$ 759,264,069.12 |

D) Distribución Presupuesto General Según Renglones 2017.

| REGLONES | Recursos Asignados Renglones Según Presupuesto Producción | % General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones |
|---|---|--|
| GASTOS PERSONAL | RD\$440,373,160.09 | 58.00% |
| | | |
| SERVICIOS NO PERSONALES | RD\$60,741,125.53 | 8.00% |
| | | |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | RD\$235,371,861.43 | 31.00% |
| | | |
| BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES | RD\$18,981,601.73 | 2.50% |
| | | |
| OBRAS | RD\$3,796,320.35 | 0.50% |
| | | |
| TOTAL | RD\$759,264,069.12 | 100.00% |
| | PRESUPUESTO ESTIMADO | RD\$759,264,069.12 |

SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN

XIII. MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2017.

A) Tabla: Indicadores, metas establecidas manera general y trimestral.

| INDICADORES | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | % de Cumplimiento | | |
|---|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 1er. Cuatrimestre | 2do. Cuatrimestre | 3er. Cuatrimestre |
| EFICIENCIA | | | | |
| Rendimiento de Consulta Externa | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Tasa de Ocupación Hospitalaria | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Tasa de Utilización Quirófanos Cirugías Programadas | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Presión de Urgencias | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Promedio de Estadía | 7 | 7 | 7 | 7 |
| % Cirugías Programadas Suspendidas | 10% | 10% | 10% | 10% |
| % Desempeño Técnico | 90% | 90% | 90% | 90% |
| % Cumplimiento Ejecución Presupuestaria | 90% | 90% | 90% | 90% |
| CALIDAD | | | | |
| Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria | 0,90% | 0,90% | 0,90% | 0,90% |
| Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria | 5% | 5% | 5% | 5% |
| Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria | 3,5% | 3,5% | 3,5% | 3,5% |
| Tasa Infección Intrahospitalaria | 5% | 5% | 5% | 5% |
| % Cumplimiento Procesos. | 90% | 90% | 90% | 90% |
| PRODUCCIÓN | | | | |
| Total Hospitalizaciones. | 5,179 | 1,726 | 1,726 | 1,726 |
| Total Consultas Hospital. | 108,848 | 36,283 | 36,283 | 36,283 |
| Total Cirugías. | 4,755 | 1,585 | 1,585 | 1,585 |
| Total Emergencia. | 10,585 | 3,528 | 3,528 | 3,528 |
| Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación. | 12,557 | 4,186 | 4,186 | 4,186 |
| Total Laboratorios Clínicos. | 447,843 | 149,281 | 149,281 | 149,281 |
| Banco de Sangre | 51,557 | 17,186 | 17,186 | 17,186 |
| Total Estudios Imágenes | 66,770 | 22,257 | 22,257 | 22,257 |
| Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica. | 2,629 | 876 | 876 | 876 |
| Total Recetas Despachadas | 105,645 | 35,215 | 35,215 | 35,215 |
| SATISFACCIÓN | | | | |
| % Satisfacción de los Usuarios Externos | 90% | 90% | 90% | 90% |
| % Satisfacción de los Usuarios Internos | 80% | 80% | 80% | 80% |

| INDICADORES | RESULTADOS ESPERADOS 2017 | % de Cumplimiento | | |
|---|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 1er. Cuatrimestre | 2do. Cuatrimestre | 3er. Cuatrimestre |
| EJECUCIÓN PLANES | | | | |
| % Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas | 90% | 30% | 60% | 90% |
| % Cumplimiento Plan de Inversión | 90% | 30% | 60% | 90% |

XIV. FORMULAS PARA CALCULAR INDICADORES HOSPITALARIOS

A) Formulas:

$$\text{Calculo Egresos} = \frac{\text{No. Camas x Días Utilizados}}{\text{Promedio de Estadía}} =$$

Calculo Cirugías Electivas = No. de Cirugías Electivas por día x Quirófanos x No. Quirófano x Total días utilizado durante el año.

Calculo Consultas Externa = No. Consultorio x No. De consultas realizadas por día x No. días total utilizados durante el año.

$$\text{Rendimiento de Consulta Externa: } \frac{(\text{NPc X Tm}) + (\text{NCs X Tm})}{\text{NC x Hf X 60 X DL}} \times 100 =$$

NPc = Número Primeras Consultas

Tm = Tiempo Medio

NCs = Número Consultas Subsecuentes

NC = Número consultorios

Hf = Horas de Funcionamientos

60 = Minutos

DL = Días Laborables

$$\text{Tasa de Ocupación Hospitalaria: } \frac{\text{Días Usuarios (DP)}}{\text{Dotación Normal de cama (Dnc) X Tiempo (T)}} \times 100 =$$

$$\text{Presión de Urgencias: } \frac{\# \text{ de Emergencias}}{\# \text{ de Emergencias} + \text{Total de Consultas externas}} \times 100 =$$

$$\text{Tasa de Utilización del Quirófano: } \frac{\text{Nip X Tm}}{\text{NQ X Hf X 60 X DL}} \times 100 =$$

Nip = Numero Intervenciones Programadas

Tm = Tiempo Medio

NQ = Numero Quirófanos

Hf = Horas de Funcionamientos

60 = Minutos

DL = Días Laborables

$$\text{Tasa de Mortalidad General Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}{\frac{\# \text{ Total de usuarios atendidos en el mismo Periodo}}{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Bruta Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}{\# \text{ Total de Egresos en el mismo Periodo}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Neta Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos después de la 48 Horas en un periodo.}}{\# \text{ Total de Egresos en el mismo Periodo.}}$$