



SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO CENTRAL

*“HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO PROF. JUAN BOSCH”*

**Dirección General**  
**Subdirección de Planificación y Conocimiento**

**PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO  
Y PRODUCCIÓN 2021 – 2023  
Y  
PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) 2022**

Aprobado por: Juan Carlos Reinoso Cabreja

-Director General-

## Contenido

<b>I. CRÉDITOS:</b> .....	<b>8</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES. ....	12
<b>III. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO “PROF. JUAN BOSCH”</b> .....	<b>13</b>
A) Informaciones Generales del Hospital de Traumatológico y Quirúrgico “PROF. JUAN BOSCH” .....	13
B) Nuestra Misión: .....	15
C) Nuestra Visión:.....	15
D) Valores: .....	15
E) Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado. ....	16
F) Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH).....	16
G) Organigrama Orgánico Gerencial HTQPJB .....	18
H) Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Desconcentrado: .....	19
I) Principales Grupos de Interés:.....	19
J) Cartera de Servicios por Direcciones y Departamentos. ....	20
K) Distribución Recursos Humanos.....	32
i. Informe acciones de personal.....	38
ii. Comportamiento Histórico del Índice de Rotación del Personal:.....	38
iii. Comportamiento Histórico Dotación Recursos Humanos: .....	39
<b>IV. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN VIII.....</b>	<b>42</b>
A) Mapa Área Geográfica Influencia HTQPJB.....	42
B) Perfil Demográfico, Social y Económico Región Cibao Central. ....	42
i. Población, Sexo y Grupo de Edad Cibao Central. ....	42
ii. Mapa Incidencia de la pobreza general por regiones de desarrollo, 2019.....	43
iii. Total Población Afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS), Según Sexo y Régimen en la Región VIII; enero 2021.....	43
C) Situación de Salud Población Atendida en el Cibao Central 2016. ....	44
<b>1) Morbilidad</b> .....	<b>44</b>
i. Motivos de Consulta Externa. ....	44
ii. Motivos de Atención Emergencia.....	44
iii. Motivos de Hospitalización. ....	45
<b>2) Mortalidad</b> .....	<b>45</b>
i. Causas de Mortalidad Intra Hospitalaria. ....	45
ii. Causas de Mortalidad General en la Población de la Región. ....	46
<b>V. MERCADO DE SALUD EN EL CIBAO CENTRAL.....</b>	<b>47</b>
A) Perfil de la Competencia .....	47
i. Centros de Salud Especializados, Ubicación. ....	47
a) Centros de Salud Especializados y Generales Región VIII, Sub-Sector Público. ....	47
b) Centros de Salud Especializados Región VIII, Sub-Sector Privado. ....	47
B) Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTQPJB.....	49

SECCIÓN: OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS GENERALES.....	51
<b>VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES; ESTRATEGIAS GENERALES PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....</b>	<b>52</b>
A) Objetivos Estratégicos Generales del HTQPJB: .....	52
B) Estrategias Generales para garantizar el logro de los objetivos. ....	53
i. Estrategias Generales Para Garantizar los Fundamentos del Hospital:.....	53
ii. Estrategias de Mercado:.....	53
iii. Planificación y Control .....	53
SECCIÓN: RESULTADOS GENERALES AÑO 2020-2021. ....	54
<b>VII. RESULTADOS GENERALES.....</b>	<b>55</b>
A) Tabla: Producción General por Gerencia por mes, Año 2021.....	55
B) Tabla: Comportamiento Productividad por Departamentos y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2021. ....	59
C) Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2021.....	60
D) Tabla: Consolidado Actividades Realizadas Año 2020 y Año 2021 y Variación Observada. ....	61
E) Tabla: Total Actividades Realizadas en el Periodo 2021, Total Actividades Realizadas año 2010, Variación con relación al Año 2020. ....	62
F) Tabla: Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por gerencia, acumulado, por mes, Año 2021. ....	63
G) Tabla: Comportamiento índice ocupación, por gerencia, acumulado, por mes, Año 2021.....	64
H) Tabla: Comportamiento mortalidad, por gerencia, general, por mes, año 2021. ....	65
I) TABLA: Comportamiento tasas mortalidades acumuladas por trimestre e índice de mortalidad año 2021. ....	66
J) Tabla: Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programados y Suspendidos, por Servicios, Acumulado del Año 2021.....	67
K) Tabla: Total y Porcentaje Causas de suspensión de cirugías electivas programadas, por mes y acumulado, año 2021.....	68
L) Tabla: Resultados Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, año 2020, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas año 2017. ....	71
M) Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimiento de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Período 2020. ....	72
N) Principales condiciones que determinaron la asistencia de los usuarios en el hospital durante el año 2020. ....	73
i. Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Año 2020. ....	73
ii. Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Año 2020.....	73
iii. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Año 2020. ....	74
iv. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Año 2020.....	74
v. Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Año 2020 .....	75
O) Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2020. (EPI-1). ....	76
P) 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, 2020. ....	77
Q) Comportamiento histórico tasa de IAAS, por mes y año. Hospital traumatológico y quirúrgico profesor “Juan Bosch”. El Pino, La Vega, República Dominicana. Periodos Enero-Diciembre, año 2011 a año 2020. ....	81
R) Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos Año 2021. ....	82
i. Encuesta Usuarios Externos:.....	82
ii. Encuesta Usuarios Internos:.....	100

S)	Informe Nivel Cumplimiento Plan Resolución Debilidades y Control de Amenazas.....	104
i.	Tabla: Nivel de Cumplimiento ejecución Plan para Corregir Debilidades, controlar Amenazas y Acumulado General del Plan Debilidades y Amenazas, HTQPJB; Año 2020.....	104
ii.	Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan corrección riesgos según objetivos, acumulado, año 2020, HTQPJB.....	104
iii.	Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades para corregir debilidades (riesgos internos) y control de las amenazas (riesgo externos), 1er. Cuatrimestre, año 2020, HTQPJB.....	104
iv.	Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan general para corregir debilidades y control de las amenazas, acumulado año 2020, HTQPJB.....	104
T)	Informe Nivel Cumplimiento Plan Inversión.....	105
i.	Tabla: Nivel de Ejecución del Plan Inversión, Según Concepto año 2020.....	105
ii.	Gráfico: Nivel ejecución plan de inversión según región, HTQPJB; 2020.....	105
iii.	Gráfico: Nivel acumulado de ejecución del plan general de inversión hospital traumatológico y quirúrgico "Prof. Juan Bosch" 2016.....	105
U)	Informe Financiero Año 2021.....	106
i.	Ingresos.....	106
ii.	Costos y Gastos.....	107
iii.	Comportamiento Mensual de los Descuentos y Exoneraciones año 2020.....	108
iv.	Análisis Resultados Informe Financiero año 2021.....	109
v.	Tabla: Comportamiento Resultados Financieros Generales por Trimestre y Acumulado General año 2021. 114	
	SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2022.....	115
	<b>VIII. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA); MATRIZ ANÁLISIS FODA PARA EL AÑO 2022; 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 2022.....</b>	<b>116</b>
A)	Análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA).....	116
B)	Matriz Identificación de Riesgos e impactos para el Logro de los Objetivos.....	142
C)	Matriz Valoración de Riesgos para el Logro de los Objetivos.....	178
D)	Matriz Plan Mitigación Riesgos (debilidades y amenazas), para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el año 2022.....	191
	<b>IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS PARA EL AÑO 2022.....</b>	<b>287</b>
	UNIDADES ESTRATÉGICAS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (GERENCIA).....	287
A)	Criterios Utilizados Para la Formación de las GERENCIA en el HTQPJB.....	287
B)	Capacidad Productiva Estimada de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud, Período 2022.....	288
C)	Capacidad Productiva Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud, Período 2022.....	289
D)	Datos Utilizados para los Cálculos:.....	290
	<b>X. FORMULACIÓN DE METAS GENERALES Y ESPECÍFICAS; Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIA PARA EL AÑO PERÍODO año 2022.....</b>	<b>293</b>
A)	Metas Generales del Hospital para el Período año 2022.....	293
B)	Metas y Estrategias de Desarrollo Específicas para las Gerencias Período 2022.....	294
	<b>SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....</b>	<b>294</b>
	Gerencia: Ortopedia y Traumatología.....	294

Gerencia: Cirugía General y Especialidades .....	296
Gerencia: Maxilofacial y Odontología.....	298
Gerencia: Neurocirugía.....	300
Gerencia: Medicina Física y Rehabilitación .....	302
Gerencia: Unidad de Cuidados Intensivos .....	304
Habilitación de UCI intermedio.....	305
Gerencia: Medicina Interna y Especialidades .....	306
Gerencia: Anestesiología.....	308
Gerencia: Urgencia / Emergencia .....	310
Gerencia: Laboratorio Clínico .....	312
Servicio: Banco de Sangre .....	314
Gerencia: Imagenología .....	316
Gerencia: Farmacia.....	318
Gerencia: Laboratorio de Anatomopatología .....	320
Unidad: Hemodiálisis .....	321
Bloque Quirúrgico.....	322
Gerencia: Enfermería .....	324
Servicio: Consulta Externa.....	326
Unidad: Bioseguridad Hospitalaria.....	327
<b>SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA .....</b>	<b>328</b>
Sub-Dirección Académica.....	328
<b>DIRECCIÓN GENERAL .....</b>	<b>330</b>
Gerencia: Servicio Social.....	330
Gerencia: Atención al Usuario .....	332
Unidad: Asesoría Legal .....	334
Oficina de Acceso a la Información Pública:.....	336
Gerencia: Comunicaciones y Relaciones Públicas.....	337
Servicio: Control de Proceso y Registros. ....	339
<b>SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>340</b>
Gerencia: Compras Generales. ....	340
Gerencia: Tesorería.....	342
Gerencia: Contabilidad .....	343
Unidad: Análisis de Costos .....	343
Gerencia: Facturación y Seguros.....	345
Unidad: Control de Registros Clínicos.....	347
<b>SUB-DIRECCIÓN GESTIÓN TALENTO HUMANO:.....</b>	<b>348</b>
Sub-Dirección Talento Humano .....	348
Unidad de Avanzada: .....	350
<b>SUB-DIRECCIÓN: PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO: .....</b>	<b>351</b>
Gerencia: Planificación, Información y Conocimiento: .....	351
Gerencia: Epidemiología.....	352

Gerencia: Estadísticas.....	354
Servicios: Archivo.....	355
Gerencia: Tecnología de la Información:.....	356
Gerencia: Monitoreo y Evaluación .....	358
<b>SUB-DIRECCIÓN SERVICIOS GENERALES DE APOYOS. ....</b>	<b>359</b>
Subdirección de servicios generales.....	359
Gerencia: Lavandería: .....	360
Gerencia: Mantenimientos y Reparaciones: .....	363
Gerencia: Limpieza y Desechos Hospitalarios:.....	365
Gerencia: Alimentos y Bebidas: .....	367
Servicio: Nutrición.....	369
Gerencia: Vigilancia y Seguridad .....	370
Gerencia: Transporte.....	372
<b>XI. NECESIDADES POR GERENCIA E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD DEL HOSPITAL PERÍODO 2021-2022. ....</b>	<b>373</b>
A) Tabla: Plan General de inversión por gerencia y conceptos.....	373
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA.....	373
GERENCIA NEUROCIRUGÍA .....	374
GERENCIA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN .....	374
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES .....	375
GERENCIA ANESTESIOLOGÍA.....	375
GERENCIA: URGENCIA / EMERGENCIA.....	375
Gerencia Imagenología .....	376
Gerencia Farmacia.....	376
Unidad: Hemodiálisis.....	377
Bloque Quirúrgico.....	377
Gerencia Enfermería .....	377
Servicio Consulta Externa.....	377
Unidad Bioseguridad Hospitalaria .....	378
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA .....	378
GERENCIA SERVICIO SOCIAL.....	378
GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO.....	378
UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL.....	378
GERENCIA COMUNICACIONES Y RELACIONES PÚBLICAS .....	379
GERENCIA CONTROL DE PROCESO Y REGISTROS.....	379
GERENCIA COMPRAS GENERALES.....	379
GERENCIA TESORERÍA .....	379
GERENCIA CONTABILIDAD.....	379
<b>UNIDAD ANÁLISIS DE COSTOS .....</b>	<b>379</b>
GERENCIA FACTURACIÓN Y SEGUROS.....	379
UNIDAD: CONTROL DE REGISTROS CLÍNICOS.....	380
SUBDIRECCIÓN TALENTO HUMANO.....	380

SUBDIRECCIÓN TALENTO HUMANO.....	380
UNIDAD DE AVANZADA.....	380
SUBDIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO .....	380
GERENCIA EPIDEMIOLOGÍA.....	380
GERENCIA ESTADÍSTICAS .....	380
SERVICIO ARCHIVO .....	381
GERENCIA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN:.....	381
GERENCIA MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	381
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES .....	381
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES .....	381
GERENCIA LAVANDERÍA .....	382
GERENCIA: MANTENIMIENTOS Y REPARACIONES:.....	382
GERENCIA LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIOS:.....	382
GERENCIA ALIMENTOS Y BEBIDAS .....	383
SERVICIO NUTRICIÓN.....	383
GERENCIA VIGILANCIA Y SEGURIDAD .....	383
GERENCIA TRANSPORTE.....	384
<b>PRESUPUESTO GENERAL Y CRECIMIENTO ESPERADO .....</b>	<b>385</b>
A) Tabla producción general actividades estimadas Periodo 2022. ....	385
B) Total Actividades Realizadas en el 2021, Total Actividades Estimadas para el periodo 2022 y Porcentaje de Incremento Estimado para el periodo 2022 con relación al 2021.....	385
C) Total, actividades esperada e ingresos estimados según precio promedio por actividades producidas 2022.....	386
D) Distribución Presupuesto General Según Renglones, Período 2022.....	387
SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	388
<b>XII. MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL PERIODO 2022.....</b>	<b>389</b>
A) Tabla: Indicadores, metas establecidas manera general y trimestral.....	389
<b>XIII. FORMULAS PARA CALCULAR INDICADORES HOSPITALARIOS.....</b>	<b>390</b>
A) Formulas:.....	390

## I. CRÉDITOS:

No.	NOMBRES	CARGOS
<b>Coordinación General</b>		
1.	Dr. Juan Carlos Reinoso Cabreja	Director General
2.	Dr. Roberto Cerda T.	Presidente Cergo Consulting Group (CCG)
3.	Dra. Juliana Fajardo G.	Coordinadora Técnica Proyecto CCG.
<b>Colaboradores</b>		
4.	Dr. Ant. Richard Lora	Sub. Director Medico
5.	Dr. Rafael Núñez Ureña	Enc. Dpto. Medicina Interna y Especialidades.
6.	Dr. Cristóbal Mata Castillo	Coordinador Gral. Consejo de Enseñanza.
7.	Dra. Daléni Elizabeth Pérez C.	Enc. Dpto. UCI
8.	Dr. Roberto Francisco Abreu	Enc. Dpto. Neurocirugía
9.	Dr. Edward Alonzo	Enc. Dpto. Máxilofacial.
10.	Dra. Eric Atlántida de León Gómez	Enc. Dpto. Anestesiología.
11.	Dra. Crissólides Pérez	Enc. Dpto. Emergencia
12.	Lic. Cándida Cesarina Gil García	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. Yasony María Núñez Reyes	Enc. Almacen de material Gastable
19.	Dra. Ángela Orquídea García	Enc. Dpto. Farmacia.
20.	Dra. Yanderys Leonor Velasquez	Enc. Dpto. Unidad de Control de Registro Clínico
21.	Dra. Marianela Rosario	Enc. Dpto. Medicina Física y Rehabilitación.
22.	Lic. Nacis Ramona Cabrera	Enc. Dpto. Laboratorio Clínico
23.	Lic. Ana Antonia Rosario	Enc. Técnica de Banco de Sangre
24.	Sr. Miguel Coronado Ciprián	Enc. de Avanzada
25.	Lic. Alicia Cardenas Escotto	Gerencia Financiera y Administrativa
26.	Lic. Carmen Moronta	Enc. Dpto. Contabilidad
27.	Lic. Edwin Mejia Batista	Enc. de Tesorería
28.	Lic. Diego Salcedo	Enc. Créditos y Cobros
29.		Enc. Activos Fijos
30.	Lic. Jinneffer María Maracallo B.	Enc. Dpto. Costos
31.	Lic. Samary Estefany García C.	Enc. Facturación, Seguros e Iguales.
32.	Lic. Ángela García	Enc. Dpto. Compras y Suministros
33.	Jayson Abreu	Enc. Almacén de Medicamentos
34.	Alma Divina Tapia	Enc. Unidad de Control Interno.
35.	Lic. Rafelina Nathalie García C.	Enc. Almacén de Comedor.
36.	Ing. Miguel Ant. Isaac de la Rosa	Gerente de Planificación
37.	Lic. Marilyn Alt. Moronta	Enc. de Evaluación y Monitoreo
38.	Lic. Katherine Cornelio	Enc. de Estadística, Admisión y Archivo
39.	Luis Manuel Angeles Angeles	Enc. Reclutamiento y Selección de Personal
40.	Francheska Reynoso	Gestión del Talento Humano.
41.	Lic. Juan Manuel García Núñez	Enc. de Logística Protocolar.
42.	Lic. Nelson Marmolejos	Enc. Nóminas
43.	Lic. Yahaira Miguelina Romero R.	Enc. Dpto. Atención Al Usuario.
44.	Sr. Pedro Juan Genao	Enc. Dpto. Relaciones Públicas.

No.	NOMBRES	CARGOS
45.	Lic. Keyci Aybar	Enc. de la OAI
46.	Sra. Eladia Mejía	Enc. Dpto. Servicio Social
47.	Sr. Angel María Elías de la Cruz H.	Enc. Comedor.
48.	Orlando Marmolejos	Enc. Transportación.
49.	Militar Santos Pichardo	Enc. Dpto. Seguridad y Vigilancia.
50.	Sra. Walkiria Rivas Fernández	Enc. Dpto. Servicios Generales.
51.	Sr. Emilio Gil.	Enc. Dpto. Mantenimiento
52.	Ing. Vanessa Almonte	Enc. de Planta Física.
53.	Lic. Yonmi Miguel Núñez Quelix	Enc. Dpto. Legal
54.	Licda. Luisa María de León	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 2020-2021.

Es a partir de esta primera parte del documento donde para el período 2021-2023, 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; Pertenece al Servicio Regional de Salud Cibao Central, la cual esta compuesta por tres (3), provincias La Vega, Sánchez Ramírez y Monseñor Nouel.

**Nivel de Atención:** .....3<sup>er</sup>. Nivel de atención especializado en Traumatología y Cirugía.

INFORMACIÓN	ESPECIFICACIÓN
Área de terreno	70,000 m <sup>2</sup>
Área de construcción	20,000 m <sup>2</sup> (distribuidos en 6 edificaciones)
Cantidad de empleados	783- Colaboradores. (Índice 6.9 empleados por cama en uso)
Camas instaladas	145- Camas
Camas en uso	113 - 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)

INFORMACIÓN	ESPECIFICACIÓN
Helipuerto	1- Área
Sistema tratamiento de agua	1- Sistema de osmosis inversa
Planta de tratamiento del agua residuales	1- Sistema biológico.
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 – officio 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 jefes de

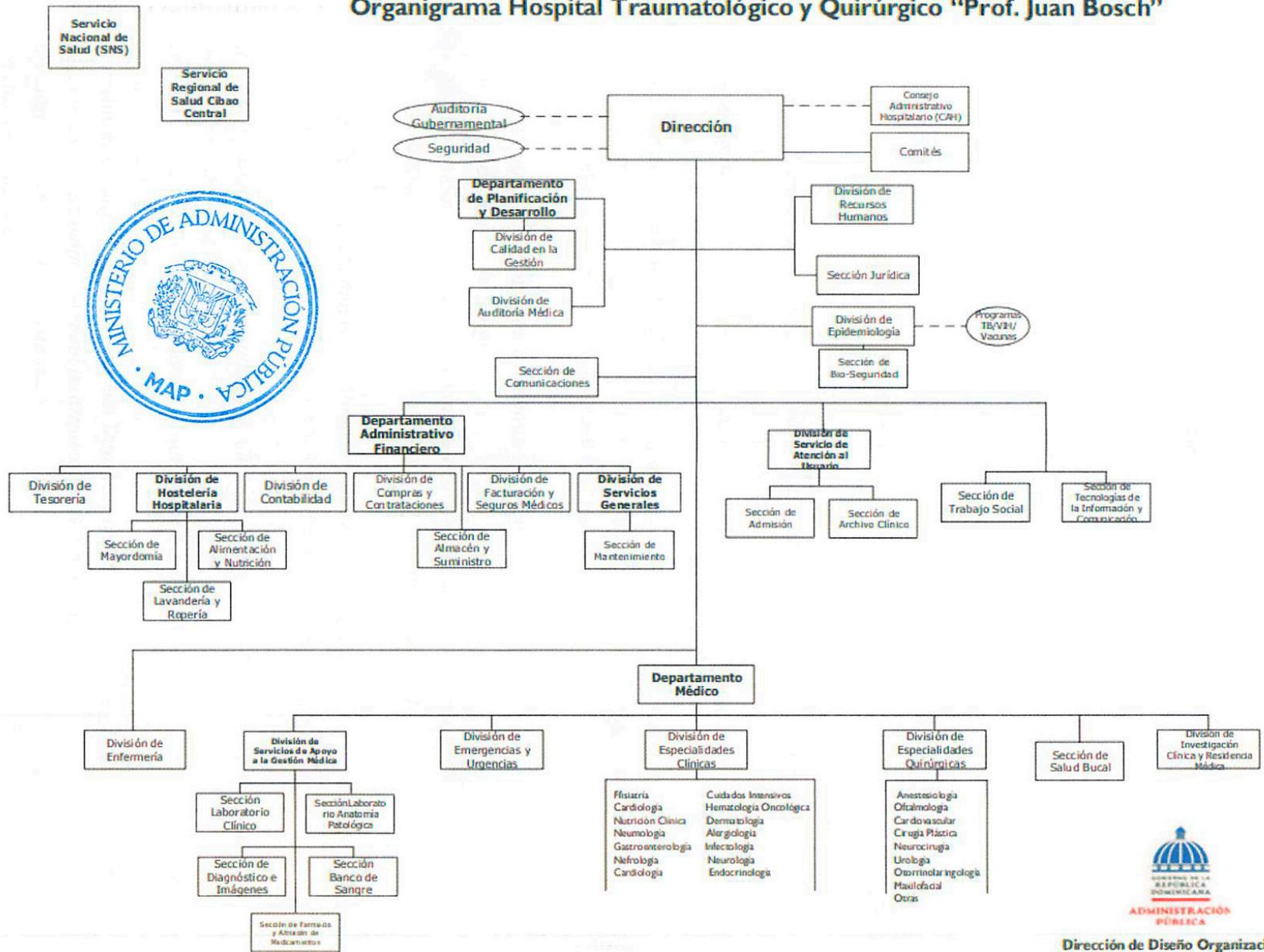
departamento en su departamento, para lo cual deberá recibir informes periódicos de los jefes de departamentos y desarrollo de esas actividades. Como medida de control garantizará a través de la Gerencia de Monitoreo y Evaluación las auditorías periódicas del adecuado y oportuno llenado de las informaciones 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 dirigencial 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

## Organigrama Hospital Traumatológico y Quirúrgico "Prof. Juan Bosch"



## 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 mayo 2021**

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
<b>GERENCIA: MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>		
<b>DEPARTAMENTO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</b>		
<b>Consulta Externa</b>	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.
<b>Ortopedia y Traumatología</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES</b>		
<b>Cirugía General</b>	<b>Heridas traumáticas:</b> 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,	Paracentesis, exploración de heridas, laparoscopia, toracoscopia, tubo de pecho, toracentesis, pericardiocentesis, toracotomía, fijación costal, traqueotomía, laparotomía exploratoria, hepatorrafia, segmentectomía, esplenorrafia, 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, pancreatomectomía, Duval Pwston 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,

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	<p><b>Tratamiento quirúrgico:</b> Traqueotomía, acalasia, hernia hiatal, tumores de esófago gástrico, colon, hernias ventrales epigástricas, umbilicales, Spiegel, post operatorias, inguinales, femorales, petit, bocio, enfermedad tiroglosa, enfermedad braquial, glándulas salivares (parótidas y submaxilares), paratiroides. mamas: tumoraciones y quistes de piel, tegumento, ganglios (sistema linfático), biopsias. Hemorroides, fisura anal fisura perianal, prolapso, incontinencia y enfermedad pilonidal , manejo quirúrgico de la obesidad</p>	<p>subtotal, lobectomía, nodulectomía, paratiroidectomías, paratiroidectomías, extirpación de quistes y fistula 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>
<b>Oftalmología</b>	<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>
<b>Cirugía Plástica</b>	<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. abdominoplastia aumento o disminución de senos cirugía de nariz, cirugía de párpados</p>
<b>Cirugía Vascul</b>	<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>
<b>Cirugía Torácica</b>	<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 tráquea 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>
<b>Cura y Ostomía</b>	<p>Heridas abiertas e infectadas, abscesos, cura de ostomía</p>	<p>Desbridamiento y cura de heridas, drenaje de abscesos, sutura.</p>
<b>Cirugía Ginecológica</b>	<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>
<b>DEPARTAMENTO EMERGENCIA</b>		
<b>Emergencia</b>	<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</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</p>

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	y picaduras por artrópodos y reptiles, semiahogamiento, quemaduras térmicas y químicas, lesiones eléctricas	para analítica, administración de medicamentos.
<b>Observación (Área de Recuperación)</b>	Observación de usuarios por 4-6 horas, trauma leve, moderado, asma, deshidrataciones, traumas craneales, descargas eléctricas (quemaduras) intoxicaciones, espera para ser admitido en hospitalización, miocardiopatías, accidentes cerebrovasculares, abdomen agudo.	Hidratación usuarios, administración primera dosis de medicamentos, transfusiones sanguíneas (hospitalarias/ambulatorias), nebulizaciones, monitoreo.
<b>Quirófano Emergencia</b>	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.
<b>Área de Sutura</b>	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.
<b>Sala de Yeso</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES</b>		
<b>Medicina interna</b>	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 cerebrovasculares, 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
<b>Medicina Familiar</b>	Consulta primera vez, patologías generales.	Consultas, tratamiento de morbilidades, capacitaciones, registro de información, derivación de usuarios a consulta especializada.
<b>Gastroenterología</b>	Sangrado gastro-intestinal alto y bajo, síndrome ulcero péptico, enteritis aguda y crónica, síndrome icterico.	Endoscopia.
<b>Cardiología</b>	Cardiopatías hipertensivas e isquémicas, angina de pecho (estable e inestable), miocardiopatías, insuficiencia cardiaca, arritmias.	Electrocardiograma, fondo de ojo, digitalización, anticoagulantes.
<b>Infectología</b>	Sepsis, gangrena, encefalitis post trauma, neumonía,	Punción lumbar, control infecciones.
<b>Salud Mental</b>	Depresiones, ansiedad, psicoterapia, crisis histérica, trastornos de conducta, intentos de suicidio.	Interconsultas, evaluaciones, apoyo psicológico, administración de fármacos, psicoterapia.
<b>Nefrología</b>	Insuficiencia renal aguda y crónica, hemodiálisis, infecciones vías urinarias, hematurias	Diálisis renal y peritoneal.
<b>Hematología</b>	Anemias, leucemias, coagulopatías, mielodisplasias.	FSP, aspirado de medula ósea
<b>Endocrinología</b>	Consulta de patologías clínicas, manejo de trastornos agudos en usuarios politraumatizados.	Consultas
<b>Neumología</b>	Consulta de patologías clínicas, manejo de usuarios críticos.	Broncoscopia, lavado bronquial, broncoscopia diagnóstica en trauma torácico, toma de muestras para biopsias.
<b>Nutrición</b>	Consulta, trastornos nutricionales, manejo clínico de obesidad, manejo clínico de usuarios desnutridos, anorexia, bulimia.	Tamizaje nutricional, soporte nutricional enteral y parenteral, preparación de fórmulas.

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
<b>DEPARTAMENTO CUIDADOS INTENSIVOS</b>		
<b>UCI Adultos</b>	<p>Politraumatizado, trauma craneoencefálico severo, post quirúrgicos <b>complicados</b>, hematomas <b>intracraneales post trauma</b>, <b>lesiones traumáticas de columna vertebral</b>, trauma de tórax, hemoneumotorax, fracturas múltiples de huesos largos, trauma cerrado de abdomen, ruptura de vísceras huecas, embolia grasa, <b>trombembolismo pulmonar</b>, trauma difuso de tejido blando, sepsis y shock séptico, síndrome de distress respiratorio <b>agudo</b>, shock hipovolémico, encefalopatía toxica, tétanos, desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico, meningitis post traumática, <b>herida de arma de fuego y arma blanca</b>.</p>	<p>Colocación de catéter <b>venoso</b> central y PVC, intubación endotraqueal, <b>traqueostomía</b>, ventilación mecánica <b>invasiva y no invasiva</b>, terapia respiratoria, nutrición enteral y parenteral, toracocentesis y paracentesis, EKG, <b>monitorización básica e invasiva</b>, <b>capnografía</b>.</p>
<b>DEPARTAMENTO NEUROCIRUGÍA</b>		
<b>Neurotrauma</b>	<p><b>Traumatismos craneoencefálico cerrado:</b> conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales.  <b>Traumatismo craneoencefálico abierto:</b> fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca.  Lesiones traumáticas de columna vertebral.  Lesiones traumáticas de nervio periférico.  Complicaciones y secuelas de trauma craneoencefálico.  Hidrocefalia postraumática, defecto óseo craneal, absceso cerebral traumático, fístula carotídeo-cavernosa, 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. 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>
<b>Neurocirugía</b>	<p><b>Patologías vasculares cerebrales:</b> hematomas intraparenquimatosos espontáneos, aneurismas intracraneales.  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>Manejo clínico del usuario neurotraumatizado. Craniectomía descompresiva. 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>
<b>DEPARTAMENTO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>		
<b>Terapia Física y Rehabilitación</b>	<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>
<b>DEPARTAMENTO CIRUGÍA MÁXILOFACIAL</b>		
<b>Maxilofacial</b>	<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</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>

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	<p>periodontal, subluxación, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar.</p> <p><b>Patología infecciosa oro facial.</b> (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.</p> <p><b>Tumores no odontogénicos.</b> Tumores malignos formadores de hueso: Osteosarcoma, Condrosarcoma, fibrosarcoma</p> <p><b>Glándula salivares:</b> 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.</p> <p><b>Estudios Radiográficos</b> Cirugía Plástica Facial: Cirugía Ortognática Cirugía rejuvenecimiento facial Listing Facial Blefaroplastia Rinoplastia primarias o secundaria Labio Leporino y paladar hendido Cirugía de Apnea del sueño Uvulopalatofaringoplastia Corrección Septum nasal Mentoplastia Osteotomía de Power Avance Maxilo-mandibular CPP Implantología dentaria.</p>	<p>Colocación de apósito sedante en el caso de pulpitis y otras patologías del diente. Panorámicas.</p>

### DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA

<b>Patología Clínica y Quirúrgica.</b>	Patología quirúrgica: Estudios anatomopatológicos	Biopsias y piezas quirúrgicas histopatológicas. Procesamiento de muestras e interpretación. Almacenamiento de datos. Reporte de piezas quirúrgicas.
<b>Citología</b>	Estudios citológicos	Frotis cervicovaginal, tumores, líquidos en cavidades y órganos (tiroides, ganglios, etc.), citología de biopsia por aspiración de aguja fina.
<b>Morgue</b>	Patología forense: Trámites de acta de defunción, retiro de cadáveres, disposición de miembros amputados.	

### DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGÍA

<b>Anestesiología</b>	<p>Consulta de anestesia, anestesia, analgesia, sedación, manejo de vías aéreas, resucitación cardio-pulmonar, punción de vena y arteria (canalizaciones), consulta preanestesia, parche hemático espinal.</p>	<p>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.</p> <p>Monitorización: (tipo I y tipo II) presión arterial no invasiva, PVC EKG, pulsioxímetro, etco2, temperatura, otros.</p> <p>Manejo de vías aéreas: intubación oro traqueal, intubación naso traqueal, máscara laríngea, Guedel, mascarilla facial.</p>
-----------------------	--	--

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		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.
<b>DEPARTAMENTO FARMACIA</b>		
<b>Farmacia Hospitalaria</b>	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. 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.
<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>		
<b>Enfermería</b>	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.

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
<b>DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE</b>		
<b>BANCO DE SANGRE</b>	<p>Promoción de la donación voluntaria de sangre.</p> <p>Captación y selección de donantes internos y externos.</p> <p>Reclutamiento de Donantes solidarios para cirugías electivas, así como a los donantes por reposición de sangre usadas en urgencias.</p> <p>Extracción, conservación o almacenamiento, tamizaje y procesamiento de las unidades de sangre y sus componentes.</p> <p>Separación de hemocomponentes (Sangre total, paquete globular, plasma rico en plaquetas, plasma fresco congelado, Concentrado de plaquetas)</p> <p>Entrega de resultados a los donantes.</p>	<p><b>Entrevista.</b></p> <p><b>Toma de muestra.</b></p> <p><b>Hematología:</b> Hemograma</p> <p><b>Inmunoematología:</b> Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU</p> <p><b>Pruebas Especiales:</b> HIV, HBsAg, HVC, HTLV I-II, CORE TOTAL, VDRL.</p>
<b>DEPARTAMENTO LABORATORIO CLÍNICO</b>		
	<b>PRUEBAS REGULARES</b>	<b>PRUEBAS ESPECIALES</b>
<b>Hematología</b>	Hemograma, hematocritos, conteo de plaquetas, eritrosedimentación, frotis de sangre periférica, conteo de reticulocitos, conteo de eosinófilos, falcemia, filaria, estudio líquido sinovial, estudio líquido cefalorraquídeo, investigación de hemoglobina, retracción de coágulo, serie blanca, serie roja.	<p>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.</p>
<b>Coagulación y Serología</b>	VDRL, VDRL en líquido cefalorraquídeo, FTA-ABS, ANA, A.S.O, antiestreptolisina O, proteína C reactiva, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial tromboplastina, fibrinógeno, factor reumatoide, proteína C reactiva, monostest, reacción aglutinina febriles, tipificación, Coombs directo, Coombs indirecto, dengue, Ig G, Ig M, HIV.	
<b>Bioquímica Sanguínea</b>	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.	
<b>Endocrinología</b>	Estradiol, gonadotropina B, FSH, LH, progesterona, prolactina, T3, T4 libre-total, testosterona, troponina cualitativa, TSH.	
<b>Microbiología</b>	Cultivos (varios), antibiograma, tinción de Gram, BK, BARR, coprocultivo, espermacultivo, hemocultivo, tinción, Zeihl Neelsen, urocultivo.	
<b>Parasitología</b>	Coprológico, investigación de sangre oculta, leucocitos, filarias, hematocritos, digestión, investigación perianal de oxiuros.	
<b>Uroanálisis</b>	Examen de orina completo, prueba de embarazo en orina, proteína Bence Jones.	
<b>DEPARTAMENTO IMÁGENES</b>		
<b>Rayos X</b>	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 AP y Lateral, Senos Parasales, 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).

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		Tórax Lateral, Tórax 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 decúbito lateral, Edad Ósea, Serie Ósea, Mastoides AP, Lateral.
<b>Sonografía</b>	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.
<b>Tomografía</b>	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 Parasanales. Cara. Cuello: Simple y Contrastado (Partes Blandas). Columna Cervical. Columna Dorsal. Columna Lumbar. Pélvis: Simple y Contrastada. Tórax Simple y Contrastado. Abdomen Simple y Contrastado. Cóccix. Extremidades Superiores e Inferiores. Colonoscopia virtual.
<b>Resonancia</b>	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. Pélvis: Simple y Contrastada. Tórax Simple y Contrastado. Abdomen Simple y Contrastado. Cóccix. Extremidades Superiores e Inferiores. Cadera. Próstata. Escroto. Glúteo.
<b>Estudios Contrastados</b>	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.

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		Colon Baritado Con Doble Contraste. Fistulograma. Colangiografía Por Tubo En T y/o Transquirúrgica. Histerosalpingografía
<b>GERENCIA: SERVICIOS GENERALES DE APOYO HOSPITALARIO</b>		
<b>DEPARTAMENTO LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIOS</b>		
<b>Limpieza y Desechos Hospitalarios</b>	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).
<b>DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO</b>		
<b>Mantenimiento</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN</b>		
<b>Lavandería y Esterilización</b>	Lavado de ropa sucia, esterilización ropa y equipos.	Lavado de ropa y uniformes, planchado, lencería, lavado especial de ropa altamente contaminante, taller de costura.
<b>DEPARTAMENTO ALIMENTACIÓN</b>		
<b>Alimentación</b>	Satisfacer demanda ingesta de alimentos.	Producción alimentos para usuarios y comedor, preparación de dietas especiales.
<b>DEPARTAMENTO TRANSPORTACIÓN</b>		
<b>Transportación</b>	Transporte especializado (ambulancia), carga de compras, mensajería.	Servicios de traslado usuarios, carga insumos, material y equipos, servicios adicionales, servicios de emergencia, servicio de mensajería.
<b>GERENCIA: PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</b>		
<b>DEPARTAMENTO INFORMÁTICA</b>		
<b>Informática</b>	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
<b>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA</b>		
<b>Epidemiología</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO ESTADÍSTICAS, ARCHIVO Y ADMISIÓN</b>		
<b>Estadística</b>	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

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		datos, capacitaciones, supervisión del sistema de registro de datos, generación de informes, informe de la guardia diaria.
<b>Archivo</b>	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.
<b>Admisión</b>	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).
<b>DEPARTAMENTO MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>		
<b>Monitoreo y Evaluación</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS</b>		
<b>Apoyo Clínico</b>	Diseño y/o validación de protocolos de investigaciones. Acompañamiento y monitoreo a los investigadores.	Capacitaciones, asesoría metodológica, diseño protocolos de investigación.
<b>DIRECCIÓN: GENERAL</b>		
<b>DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL</b>		
<b>Servicio Social</b>	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.
<b>Oficina de Libre Acceso a la Información</b>	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, vía 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.
<b>DEPARTAMENTO ATENCIÓN AL USUARIO</b>		
	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

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
<b>Servicio Atención al Usuario</b>		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
<b>DEPARTAMENTO RELACIONES PUBLICAS Y PUBLICACIONES</b>		
<b>Relaciones Publicas</b>	Rueda de prensa, conferencia de prensa, nota de prensa, coordinar entrevistas, coordinar reportajes.	Rueda de prensa, nota de prensa.
<b>Publicaciones</b>	Publicaciones de revistas, boletines, afiches y todo tipo de publicaciones.	Preparación de revistas, boletines, afiches y otro tipo de publicaciones.
<b>DEPARTAMENTO LEGAL</b>		
<b>Legal</b>	<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>
<b>DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD</b>		
<b>Seguridad</b>	Vigilancia y protección a: puerta principal de entrada para vehículos de motor, puerta principal de salida para vehículos de motor, planta física, empleados, visitantes, usuarios, familiares, parqueo visitantes, parqueo empleados, lobby, salas de espera, oficina director, módulos de internamiento, emergencia, segundo (2 <sup>do</sup> ) 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.	<p>Detector de metales, radio comunicación, entrega de ticket a los conductores de vehículos de motor, solicitar factura de pago a los usuarios por los servicios médicos prestados.</p> <p>Solicitar autorización escrita del director para la salida de cualquier equipo, suministro o material propiedad del hospital o para introducir alimentos, electrodomésticos, entre otros.</p>
<b>Vigilancia</b>	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.
<b>GERENCIA: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>DEPARTAMENTO ANÁLISIS DE COSTOS</b>		
<b>Análisis de Costos.</b>	Determinar el costo de los procedimientos realizados en el hospital.	Captura de información, alimentación del sistema, generación de informes, análisis de datos, recomendaciones.
<b>DEPARTAMENTO DE COMPRA SUMINISTROS.</b>		

UNIDADES ESTRATÉGICAS Y DE APOYO	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
<b>Compra Suministros.</b>	Suministrar insumos y materiales.	Recibe solicitudes, pide cotizaciones, solicita ordenes de compra, compra.
<b>DEPARTAMENTO TESORERÍA</b>		
<b>Tesorería</b>	Cobro a los usuarios	Encargado de cobros, depósitos y entrega de cheques a los suplidores.
<b>DEPARTAMENTO DE CRÉDITO Y COBRO</b>		
<b>Crédito y Cobro</b>	Otorgar créditos y cobro de estos.	Otorgar crédito a usuarios de escasos recursos, gestionar el cobro de los mismos.
<b>DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN</b>		
<b>Facturación</b>		Generar factura para cobro a usuarios e instituciones.
<b>DEPARTAMENTO AUDITORIA INTERNA</b>		
<b>Auditoria Interna</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO CONTABILIDAD</b>		
<b>Contabilidad</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN</b>		
<b>Administración</b>	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.
<b>DEPARTAMENTO VENTA Y COMPRA DE SERVICIOS</b>		
<b>Seguros e iguales.</b>	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.
<b>GERENCIA: RECURSOS HUMANOS</b>		
<b>DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA Y EVALUACIÓN</b>		
<b>Educación Continua y Evaluación</b>	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 cursos en universidades del país y del extranjero, evaluación del desempeño técnico, vigilancia de accidentes de trabajo.
<b>DEPARTAMENTO REGISTRO Y NOMINA</b>		
<b>Registro y Nomina</b>	Preparación y actualización de la nómina en base al personal contratado fijo o temporal.	Registro y nómina del personal.
<b>DEPARTAMENTO CONTRATACIÓN</b>		
<b>Contratación Personal</b>	Formalización de contratos.	Formulación de contratos.
<b>Call Center</b>	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	%
<b>DIRECCIÓN GENERAL</b>	<b>80</b>	<b>10%</b>
DIRECCIÓN GENERAL	6	
DIRECTOR GENERAL	1	
ASESORES TÉCNICOS	2	
SECRETARIA EJECUTIVA	1	
SECRETARIA	1	
ASISTENTE MEDICO	0	
CHOFER	1	
<b>ASUNTOS INTERNACIONALES Y DONACIONES</b>	<b>0</b>	
ENCARGADO DE ASUNTOS INTERNACIONALES Y DONACIONES.	0	
<b>DEPARTAMENTO SERVICIO SOCIAL</b>	<b>5</b>	
ENCARGADO DE SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL	1	
PSICOLOGOS	1	
ENCARGADA DE ASUNTOS COMUNITARIOS	0	
AUXILIAR DE SERVICIO SOCIAL	3	
<b>DEPARTAMENTO ATENCIÓN AL USUARIO</b>	<b>17</b>	
ENCARGADO DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	
SUPERVISORES	1	
AUX. ATENCIÓN AL USUARIO	12	
SECRETARIA	0	
SACERDOTE	1	
OFICINA DE LIBRE ACCESO A LA Información	2	
<b>DEPARTAMENTO LEGAL</b>	<b>4</b>	
ENCARGADO DEPARTAMENTO LEGAL	1	
AXILIARES	3	
SECRETARIA	0	
<b>DEPARTAMENTO SEGURIDAD</b>	<b>43</b>	
ENCARGADO DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD (MILITAR)	1	
ENC. DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	1	
SUPERVISORES	6	
AUX. SEGURIDAD Y VIGILANCIA	31	
MILITARES ASIGNADOS	3	
SECRETARIA SISTEMA DE VIGILANCIA	1	
<b>DEPARTAMENTO RELACIONES PUBLICAS Y PUBLICACIONES</b>	<b>5</b>	
ENC. SERVICIO DE RELACIONES PUBLICAS	1	
ASISTENTE	0	
AUX. DE RELACIONES PUBLICAS	2	
FOTÓGRAFO	1	
CAMAROGRAFO	1	
<b>GERENCIA MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>	<b>476</b>	<b>61%</b>
<b>SUB-DIRECCIÓN MEDICA</b>	<b>1</b>	
SUB DIRECTOR MÉDICO QUIRÚRGICO Y ASISTENCIAL	1	
SECRETARIA	0	
<b>ENSEÑANZA</b>	<b>2</b>	
COORDINADOR GENERAL DEL CONSEJO DE ENSEÑANZA	1	
SECRETARIA	1	
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>6</b>	

<b>PERSONAL</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
ENCARGADO DE CONSULTA EXTERNA	0	
SECRETARIA	0	
MÉDICOS GENERALES DE CONSULTA	6	
<b>MÉDICOS PASANTES DE POST-GRADO</b>	<b>0</b>	
<b>DEPARTAMENTO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</b>	<b>39</b>	
JEFE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	1	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	14	
SECRETARIA	1	
TÉCNICOS DE YESO	2	
RESIDENTES DE ORTOPEDIA	21	
<b>DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES</b>	<b>35</b>	
JEFE DE CIRUGÍA	1	
MÉDICOS CIRUJANOS GENERALES	8	
MEDICO GINECOLOGO-ONCOLOGO	1	
CIRUJANOS PLÁSTICOS	2	
CIRUJANO VASCULAR	1	
MEDICO URÓLOGO	3	
MEDICO OFTALMÓLOGO	3	
SECRETARIA DE OFTALMOLOGÍA	1	
MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO	1	
MÉDICOS GENERALES	0	
RESIDENTES MÉDICOS CIRUGÍA	13	
AUXILIAR DE ESTERILIZACIÓN	1	
<b>DEPARTAMENTO NEUROCIRUGÍA</b>	<b>13</b>	
ENCARGADO DE SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA	1	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	6	
MÉDICOS AUXILIARES	5	
SECRETARIA	1	
<b>DEPARTAMENTO MAXILOFACIAL</b>	<b>12</b>	
ENCARGADO DE SERVICIO DE MAXILOFACIAL	1	
CIRUJANOS MAXILOFACIALES	5	
ODONTÓLOGOS	5	
MÉDICOS GENERALES	0	
SECRETARIA	1	
<b>SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</b>	<b>26</b>	
COORDINADOR DEL SERVICIO ANESTESIOLOGÍA	1	
MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS	13	
SECRETARIA	1	
<b>RESIDENTES DE ANESTESIA</b>	<b>11</b>	
<b>DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES</b>	<b>36</b>	
JEFE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	1	
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA INTERNA	6	
MÉDICOS CARDIÓLOGO	1	
PSICÓLOGA CLÍNICA	1	
AUX. DE PSICOLOGÍA	0	
TÉCNICO ELECTROCARDIOGRAMA	1	
ENDOCRINÓLOGO	1	
NEFRÓLOGO	2	
SECRETARIA DE NEFROLOGÍA	1	
MÉDICOS GENERALES ASIGNADOS A NEFROLOGÍA	1	
TEC. DE HEMODIÁLISIS	7	

PERSONAL	CANTIDAD	%
PEDIATRA	1	
NEUMÓLOGO	2	
TEC. EXPIROMETRIA	0	
PSIQUIATRA	1	
GERIATRA	2	
GASTROENTERÓLOGOS	5	
MÉDICOS NEURÓLOGOS	2	
MÉDICOS HEMATÓLOGOS	1	
<b>DEPARTAMENTO UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>9</b>	
JEFE UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS	1	
MÉDICOS ESPECIALISTAS	3	
MÉDICOS GENERALES	5	
<b>DEPARTAMENTO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.</b>	<b>10</b>	
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	
<b>DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.</b>	<b>25</b>	
JEFE EMERGENCIA	1	
MÉDICOS ESPECIALISTAS EMERGENCIOLOGÍA	5	
MÉDICOS GENERALES	0	
PARAMÉDICOS DE AMBULANCIA	4	
RESIDENTES DE EMERGENCIA	15	
<b>DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA.</b>	<b>3</b>	
COORDINADOR DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	
SECRETARIA	1	
HISTOTECNOLOGA	1	
<b>DEPARTAMENTO ENFERMERÍA</b>	<b>167</b>	
SUB-DIRECTORA DE ENFERMERÍA	1	
ENC. ÁREAS	12	
LIC. DE ATENCIÓN DIRECTA	23	
LIC. SUPERVISORAS DE ENFERMERÍA	14	
AUX. ENFERMERÍA	94	
SUPERVISOR DE AVANZADA	2	
AVANZADA	21	
<b>UNIDADES COMPLEMENTARIAS</b>		
<b>SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>38</b>	
ENCARGADA DE LABORATORIO	1	
ENCARGADA DE BANCO DE SANGRE	1	
ENCARGADAS DE UNIDADES	8	
BIOANALISTAS	23	
SECRETARIA	5	
<b>DEPTO. DE IMAGENOLÓGIA</b>	<b>32</b>	
JEFE DE DEPARTAMENTO	1	
MÉDICOS RADIOLOGOS	2	
SONOGRAFISTAS	1	
ENCARGADO DE TÉCNICOS DE RAYOS X	1	
TÉCNICOS DE RAYOS X	20	
SECRETARIA	3	

PERSONAL	CANTIDAD	%
DIGITADORES	4	
<b>DEPTO. FARMACIA</b>	<b>22</b>	
ENCARGADA DE SERVICIO DE FARMACIA.	1	
AUXILIARES DE FARMACIA	21	
SECRETARIA	0	
<b>SUB-DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</b>	<b>26</b>	<b>3%</b>
<b>SUB DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</b>	<b>3</b>	
SUB-DIRECTOR	1	
SECRETARIA	2	
<b>SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>5</b>	
ENCARGADO DE SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA	1	
MEDICO AUXILIAR	0	
INFECTOLOGO	2	
AUX. DE EPIDEMIOLOGIA (UNIDAD DE SANEAMIENTO BÁSICO)	1	
LIC. EN ENFERMERÍA	1	
<b>SERVICIO DE BIOSEGURIDAD</b>	<b>2</b>	
ENC. DE LOS SERVICIOS DE BIOSEGURIDAD	1	
SECRETARIA	1	
<b>DEPARTAMENTO ADMISIÓN Y ARCHIVO, ESTADÍSTICA Y VIGILANCIA</b>	<b>10</b>	
ENCARGADO DE ESTADÍSTICAS, ADMISIÓN Y ARCHIVOS	1	
SUPERVISOR ADMISIÓN	0	
SECRETARIA DE ADMISIÓN Y ARCHIVOS	0	
AUX. DE ARCHIVOS / TÉCNICOS DE ADMISIÓN	3	
ASISTENTE DE ESTADÍSTICAS	1	
AUX. DE ESTADÍSTICAS	5	
<b>DEPARTAMENTO INFORMÁTICA</b>	<b>5</b>	
ENCARGADO SERVICIO DE INFORMÁTICA	1	
ENC. DE REDES	1	
AUXILIARES SOPORTE TÉCNICO	3	
BIBLIOTECARIO	0	
<b>DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	<b>1</b>	
JEFE DEPARTAMENTO	1	
ASISTENTE	0	
<b>DEPARTAMENTO APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS</b>	<b>0</b>	
JEFE DEPARTAMENTO	0	
ASISTENTE	0	
<b>SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>	<b>77</b>	<b>10%</b>
<b>SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</b>	<b>3</b>	
SUB-DIRECTOR (a) ADMINISTRATIVO (a) Y FINANCIERO (a)	1	
SECRETARIA	1	
MENSAJERO	0	
CHOFERES	1	
<b>DEPTO. CONTABILIDAD</b>	<b>6</b>	
COORDINADOR DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.	1	
ASISTENTE DE CONTABILIDAD	1	
AUXILIARES DE CONTABILIDAD.	2	

<b>PERSONAL</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
ENCARGADO DE ACTIVOS FIJOS.	1	
ENC. DE CUENTAS POR PAGAR	1	
<b>COMPRA Y SUMINISTRO</b>	<b>14</b>	
ENCARGADO DE COMPRAS Y SUMINISTROS	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	4	
ENC. DE ALMACÉN DE COMEDOR	1	
AUX. ALMACÉN DE COMEDOR	1	
<b>DEPTO. ANÁLISIS COSTO</b>	<b>2</b>	
JEFE DEPARTAMENTO DE COSTOS	1	
ASESOR	0	
AUXILIAR	1	
<b>DEPTO. TESORERÍA</b>	<b>10</b>	
ENCARGADO (a) DE TESORERÍA	1	
SUPERVISOR (a)	1	
AUXILIARES CAJAS	8	
<b>DEPTO. AUDITORIA INTERNA (URAP)</b>	<b>5</b>	
COORDINADOR DE AUDITORES INTERNOS	0	
AUDITORES INTERNOS	5	
<b>DEPARTAMENTO FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS</b>	<b>25</b>	
ENCARGADA DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS	1	
SUPERVISOR DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS	0	
AUXILIARES DE FACTURACIÓN, SEGUROS E IGUALAS	24	
AUDITOR DE LAS ARS	0	
<b>UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO</b>	<b>11</b>	
ENC. DE LA UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO	1	
MÉDICOS AYUD. UNIDAD DE CONTROL DE REGISTRO CLÍNICO	8	
SECRETARIA	1	
AUXILIAR	1	
<b>DEPARTAMENTO CRÉDITOS Y COBROS</b>	<b>1</b>	
ENCARGADO DE LA UNIDAD DE CRÉDITO Y COBROS	1	
AUXILIARES	0	
<b>GERENCIA RECURSOS HUMANOS</b>	<b>7</b>	<b>1%</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>7</b>	
GERENTE DE RECURSOS HUMANOS	1	
ASISTENTE	1	
SECRETARIA	1	
<b>ENC. DEPTO. REGISTRO Y NÓMINAS</b>	<b>1</b>	
ASISTENTE DE NOMINAS	0	
<b>ENC. DE LOGÍSTICA PROTOCOLAR</b>	<b>1</b>	
<b>DEPTO. EDUCACIÓN CONTINUA Y EVALUACIÓN</b>	<b>1</b>	
ENCARGADA DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	0	
<b>DEPTO. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL</b>	<b>1</b>	
JEFE DEPARTAMENTO	0	
AUXILIARES	0	
<b>GERENCIA SERVICIOS DE APOYOS</b>	<b>117</b>	<b>15%</b>

PERSONAL	CANTIDAD	%
<b>SERVICIOS DE APOYO</b>	<b>0</b>	
GERENTE SERVICIOS DE APOYO	0	
ASISTENTES	0	
SECRETARIA	0	
<b>DEPTO. MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS</b>	<b>19</b>	
ENCARGADO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO	1	
ENCARGADO DE UNIDAD DE PLANTA FÍSICA	1	
ENCARGADO DE LLAVES	0	
AUXILIARES DE MANTENIMIENTO	9	
ELECTRICISTAS	4	
TÉCNICO DE MANTENIMIENTO DE CALDERAS	0	
TÉCNICO EN PINTURA	1	
TÉCNICO PLOMERÍA	1	
TÉCNICO CARPINTERÍA	0	
CUSTODIO DE REPRESA	0	
AGUAS NEGRAS	1	
ENC. AIRES	1	
AUX. DE LOS AIRES	0	
TÉCNICO ACUEDUCTO	0	
<b>DEPTO. LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN</b>	<b>9</b>	
ENCARGADO DE LAVANDERÍA	1	
SUPERVISOR	0	
AUXILIAR DE LAVANDERÍA	6	
COSTURERAS	2	
<b>DEPTO. ALIMENTACIÓN</b>	<b>15</b>	
ENC. DE COMEDOR	1	
NUTRICIONISTA	2	
CHEF	0	
AYUDANTE DE CHEF (cocineros)	3	
AUX. DE COMEDOR	9	
<b>DEPTO. SERV. GRALES (Limpieza Y Desechos Hospitalario)</b>	<b>68</b>	
COORDINADOR DE SERVICIO	1	
SUPERVISORES	7	
CONSERJES	60	
SECRETARIA	0	
<b>DEPTO. TRANSPORTACIÓN</b>	<b>6</b>	
ENCARGADO DE TRANSPORTE	1	
SUPERVISOR	0	
CHÓFERES	5	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>783</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sub-Dirección Recursos Humanos HTQPJB

## Consolidado distribución recursos humanos Año 2021.

ÁREAS	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	80	11%
GERENCIA MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	476	61%
SUB-DIRECCIÓN DE APOYO TÉCNICO Y DIAGNÓSTICO	26	3%
SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	77	10%
GERENCIA RECURSOS HUMANOS	7	1%
GERENCIA SERVICIOS DE APOYOS	117	15%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>783</b>	<b>100%</b>

### i. Informe acciones de personal

MOVIMIENTOS	TOTALES
ENTRANTES	119
ASCENSOS	6
REAJUSTES	101
CAMBIOS	13
SALIENTES	78
<b>TOTAL</b>	<b>317</b>

Total de acciones de personal= 78 (salientes)

Total de personas promedio mensual = 783

Índice de Rotación: 9.9%

### 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.

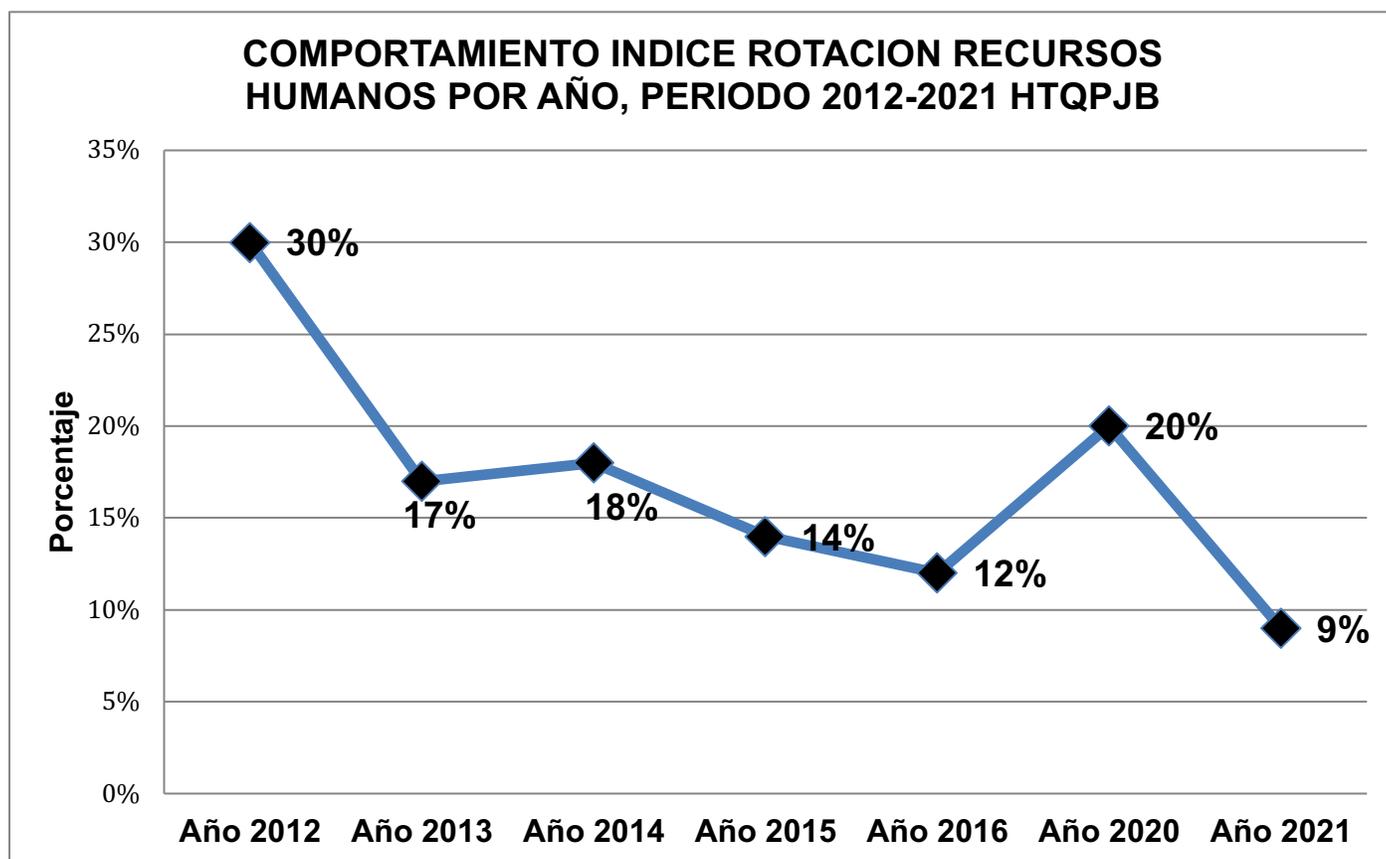
Para el año 2015 tuvimos un índice de rotación de **14%**, lo que significó una **disminución del 22%**, de acciones de personal con relación al año 2014.

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.

Para el año 2020 tuvimos un índice de rotación de **20%**, lo que significó un incremento **del 66%**, de acciones de personal con relación al año 2016.

Este incremento desproporcionado del índice de rotación de empleados se debió al cambio de gobierno que ocurrió en el periodo analizado.

Para el año 2021 tuvimos un índice de rotación de **9.0%**, lo que significó una disminución **del 55%**, de acciones de personal con relación al año 2020.



### 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 Período 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).

El comportamiento en el 2020 con relación al periodo 2016, observamos una disminución del número de colaboradores pasando de **838 a 807**, lo que representó una disminución relativa de un **3.4%**, que significó en términos absolutos un incremento de **29** empleados. (Ver gráfico).

El comportamiento en el 2021 con relación al periodo 2020, observamos una disminución del número de colaboradores pasando de **807 a 783**, lo que representó una disminución relativa de un **2.9%**, que significó en términos absolutos un incremento de **24** empleados. (Ver gráfico).

**Visto de manera desagregada donde ocurrieron los principales cambios en la nómina observamos el siguiente comportamiento:**

La **Sub-Dirección Médica y Servicios Complementarios** presentó variación en el número de empleados, con **476** colaboradores, lo que representó una disminución de **2.8%** con relación al año 2021.

La **Dirección General** y sus servicios presentó una disminución de **2** colaboradores, pasando de **87 a 80** empleados, esto representó una disminución de un **8.0%**, con relación al año 2021.

La **sub-dirección de Recursos Humanos** en términos absolutos no presentó variación relativa de con relación al año 2021, continúa con **7** colaboradores.

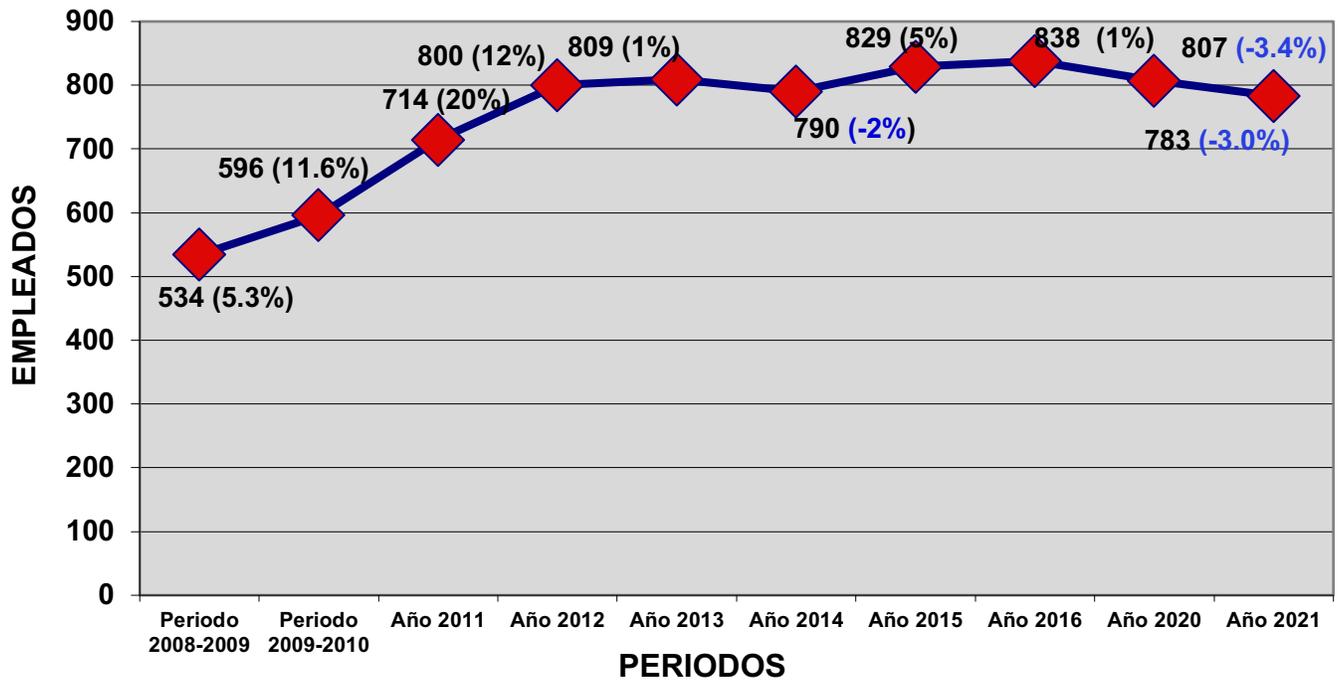
**Sub-Dirección de Servicios de Apoyo Generales** presentó una disminución de **4** colaboradores pasando de **121 a 117** personas lo cual representó una disminución relativa de un **3.3%** con relación al año 2021.

La **Sub-Dirección de Planificación** en términos absolutos no presentó variación relativa de con relación al año 2021 continúa con **26** colaboradores.

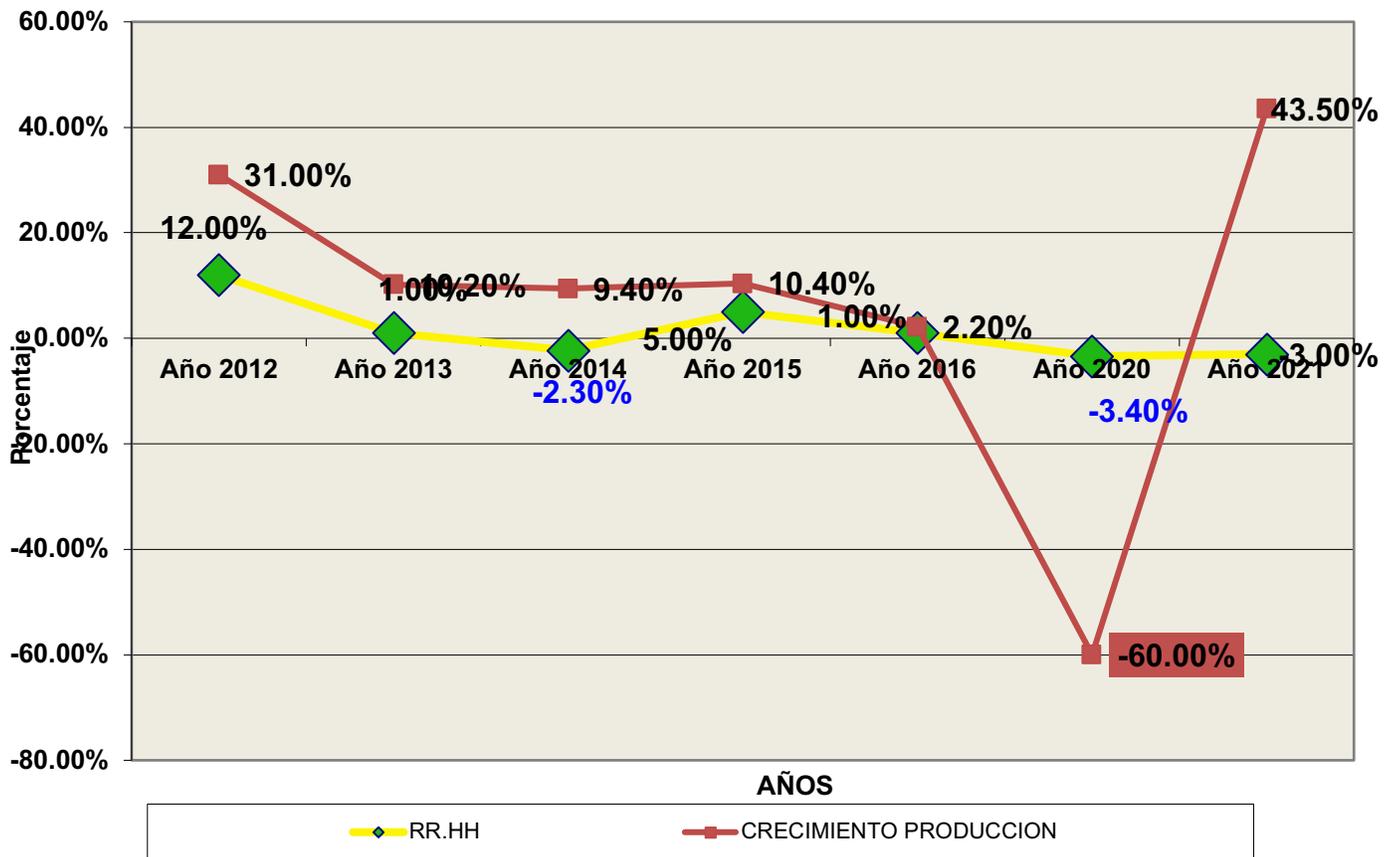
La **Sub-Dirección Administrativa y Financiera** en términos absolutos no presentó variación relativa de con relación al año 2021, continúa con **77** colaboradores.

Como podemos observar el comportamiento de la nómina de empleados durante el año 2020 con relación al año 2016 presentó una disminución del (**3.4%**), principalmente a expensas de la Sub-dirección de planificación y Dirección General.

**COMPORTAMIENTO RECURSOS HUMANOS, TOTAL ABSOLUTOS DEL NUMERO DE EMPLEADOS Y PORCENTAJE VARIACION CON RELACION AL AÑO ANTERIOR POR PERIODOS 2008-2021**



**COMPORTAMIENTO PORCENTUAL RECURSOS HUMANOS Y PRODUCCION POR AÑO 2012-2021**

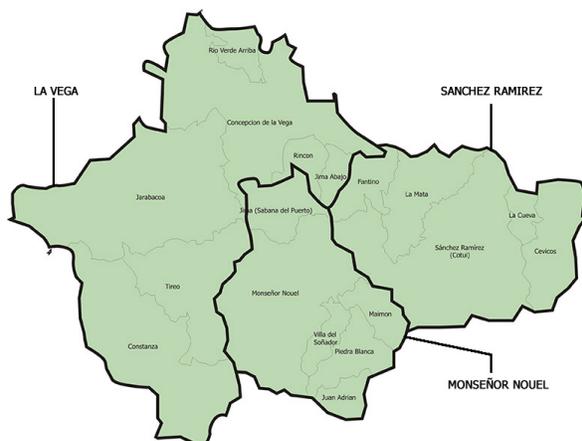


#### IV. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN VIII.

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

El Area de influencia del Hospital es la que comprende el **Servicio Regional de Salud Cibao Central**, el cual posee tres gerencias de salud. **1.- Gerencia de Red de Salud I (La Vega); 2.- Gerencia de Red de Salud II (Sánchez Ramírez); 3.- Gerencia de Red de Salud III (Monseñor Nouel)**

##### A) Mapa Área Geográfica Influencia HTQPJB



##### B) Perfil Demográfico, Social y Económico Región Cibao Central.

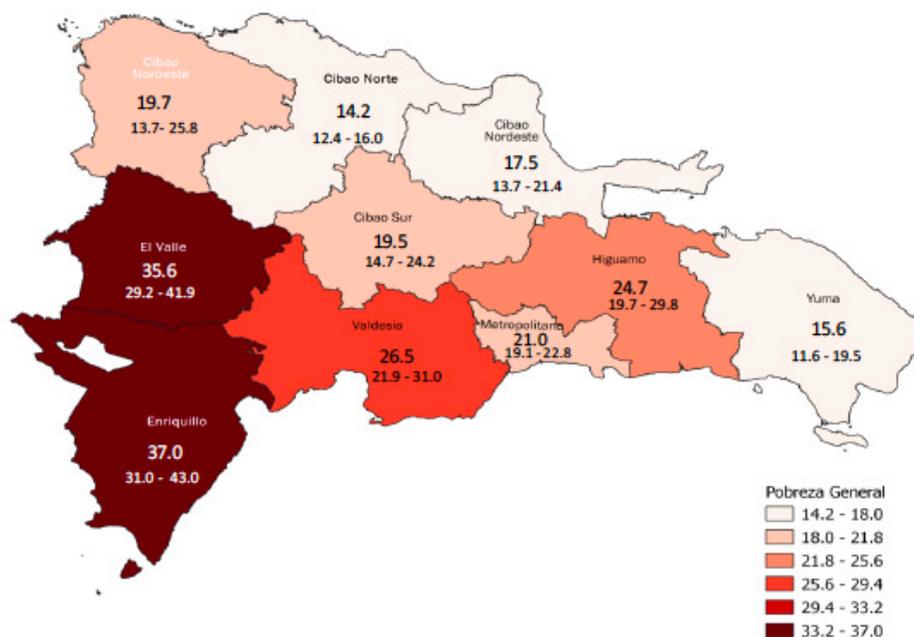
###### i. Población, Sexo y Grupo de Edad Cibao Central.

→ Población Total, Por Provincia, Sexo y Por Grupos de Edad del Cibao Central 2020.

Edad en grupos quinquenales 0,4,... 80 y más	La Vega			Sánchez Ramírez			Monseñor Noel		
	Total	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo	
		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
<b>Total</b>	<b>411,290</b>	<b>209,149</b>	<b>202,141</b>	<b>151,978</b>	<b>78,625</b>	<b>73,353</b>	<b>174,278</b>	<b>87,797</b>	<b>86,481</b>
0- 4	35,110	17,928	17,182	12,351	6,305	6,046	15,031	7,675	7,356
5-9	35,918	18,323	17,595	12,520	6,386	6,134	15,063	7,682	7,381
10-14	36,393	18,468	17,925	13,835	7,010	6,825	15,685	8,004	7,681
15-19	36,288	18,736	17,552	14,248	7,349	6,899	16,113	8,366	7,747
20-24	34,705	17,748	16,957	13,008	6,705	6,303	15,920	8,213	7,707
25-29	34,211	17,514	16,697	13,390	7,180	6,210	14,721	7,403	7,318
30-34	31,395	16,045	15,350	11,429	6,055	5,374	12,424	6,253	6,171
35-39	27,668	14,308	13,360	9,913	5,176	4,737	10,869	5,314	5,555
40-44	25,576	12,901	12,675	9,048	4,729	4,319	10,855	5,389	5,466
45-49	23,549	11,910	11,639	7,889	4,027	3,862	9,912	4,975	4,937
50-54	22,215	11,271	10,944	7,610	3,914	3,696	9,117	4,478	4,639
55-59	19,189	9,796	9,393	6,845	3,519	3,326	7,825	3,864	3,961
60-64	15,062	7,715	7,347	5,947	3,090	2,857	6,376	3,128	3,248
65-69	11,756	5,756	6,000	4,860	2,517	2,343	5,136	2,589	2,547
70-74	8,559	4,176	4,383	3,646	1,905	1,741	3,704	1,767	1,937
75-79	5,829	2,833	2,996	2,450	1,227	1,223	2,533	1,237	1,296
80 y más	7,867	3,721	4,146	2,989	1,531	1,458	2,994	1,460	1,534

Fuente: Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Oficina Nacional de Estadística (ONE).

## ii. Mapa Incidencia de la pobreza general por regiones de desarrollo, 2019



**Fuente:** Comité Técnico Interinstitucional del Pobreza, con base la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) 2019 del Banco Central de la República Dominicana.

## iii. Total Población Afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS), Según Sexo y Régimen en la Región VIII; enero 2021.

Provincia/ <sup>1</sup>	Total Seguro Familiar de Salud/ <sup>2</sup>			Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
La vega	311,598	154,210	157,388	147,083	71,757	75,326	164,515	82,453	82,062
Monseñor Nouel	132,087	64,651	67,436	70,649	34,525	36,124	61,438	30,126	31,312
Sánchez Ramírez	126,466	62,888	63,578	64,815	31,847	32,968	61,651	31,041	30,610
<b>TOTAL</b>	<b>570,151</b>			<b>282,547</b>	<b>49.56%</b>		<b>287,604</b>	<b>50.44%</b>	

**Fuente:** SISALRIL, a partir de la base de datos TSS/UNIPAGO. enero 2021

Es importante señalar en este informe que según la proyección de población para el año 2020 la Región VIII, tendría unas **737,546** habitantes, de estos según el informe de la SISALRIL **570,151** habitantes están afiliados al SFS, representando esto el **77%** de la población posee el SFS; donde el **49.56%** pertenecen al Régimen Contributivo y el **50.44%** al Régimen Subsidiado, estas son informaciones importante conocerla pues facilitan el análisis y el desarrollo de estrategias para fortalecer la financiación económica del hospital por otras fuentes externas.

## C) 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 Mellitus	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
	<b>Total</b>	<b>316,242</b>	<b>69,858</b>
	<b>Población: 452,692</b>		

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
	<b>Total</b>	<b>105,262</b>	<b>23,252</b>
	<b>Población: 452,692</b>		

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
<b>Total</b>		<b>8,851</b>	<b>1,955</b>
<b>Población: 452,692</b>			

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
<b>Total</b>	<b>711</b>	<b>28.9</b>
<b>Población: 24,588</b>		

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 Próstata	50	0.1
Bronco neumonía	46	0.1
otras causas	884	2.0
<b>Total</b>	<b>2,149</b>	<b>4.7</b>

**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 Especializados, Ubicación.

##### a) Centros de Salud Especializados y Generales Región VIII, Sub-Sector Público.

Nombre del Centro	Complejidad del Servicio	SRS	Provincia	Municipio
TRAUMATOLOGICO Y QUIRURGICO PROF JUAN BOSCH	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	LA VEGA
DR. LUIS MORILLO KING	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	LA VEGA
DR. JUAN ANTONIO CASTILLO	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	LA VEGA
DR. PEDRO ANTONIO CESPEDES	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	CONSTANZA
OCTAVIA GAUTIER DE VIDAL	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	JARABACOA
JIMA ABAJO	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	JIMA ABAJO
CENTRO DE SALUD INTEGRAL Y DESARROLLO (CENSAIDE)	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	LA VEGA
DRA. ARMIDA GARCIA	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	LA VEGA	LA VEGA
DR. PEDRO EMILIO DE MARCHENA	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	MONSEÑOR NOUEL	BONAO
DR. JOSE A. COLUMNA (SEGURO SOCIAL)	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	MONSEÑOR NOUEL	BONAO
MAIMON	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	MONSEÑOR NOUEL	MAIMON
PIEDRA BLANCA	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	MONSEÑOR NOUEL	PIEDRA BLANCA
INMACULADA CONCEPCION	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	SANCHEZ RAMIREZ	COTUI
DR. RAMON BAEZ	CENTRO ESPECIALIZADO	CIBAO CENTRAL	SANCHEZ RAMIREZ	COTUI
VILLA LA MATA	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	SANCHEZ RAMIREZ	LA MATA
SIGFREDO ALBA	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	SANCHEZ RAMIREZ	FANTINO
CEVICOS	HOSPITAL GENERAL	CIBAO CENTRAL	SANCHEZ RAMIREZ	CEVICOS

Fuente: Registros Establecimientos Servicio Nacional de Salud (SNS), año 2019.

##### b) Centros de Salud Especializados Región VIII, Sub-Sector Privado.

Establecimiento	Provincia	Región	Sector	Nivel
Centro COSMEDIC	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Fundación de Ayuda Contra el Cáncer de Piel FACPI	La Vega	VIII	ONG	Segundo
Clínica Dental Dra. del Villar	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Policlínico La Vega	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Laboratorio y Banco de Sangre del Carmen	La Vega	VIII	Privado	tercer
Centro de Especialidades Medicas Vegano, CEMEVE	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Radiodiagnóstico Santiago	La Vega	VIII	Privado	Tercer
NOVOCLINIC	La Vega	VIII	Privado	Tercer
HEFZI-BA	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro de Hemodiálisis Dra. de la Cruz Fabián	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Fundación para la Prevención de la Salud Bucal de los Niños	La Vega	VIII	ONG	Segundo
Centro Odontológico Vegano	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Clínica Dental Apolinar Sánchez	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Clínica Dental Doctora Sánchez Peña	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre Gota Sagrada	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro de Odontología Cosmética L.V.	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Medico V Centenario	La Vega	VIII	Privado	tercer
Centro Medico Padre Fantino	La Vega	VIII	Privado	Tercer
ODONTIS	La Vega	VIII	Privado	Tercer

Establecimiento	Provincia	Región	Sector	Nivel
Centro de Rehabilitación Bucal Dra. Aura E. Basilis H.	La Vega	VIII	Privado	Tercer
AGD Alegra Grupo Dental	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Clínica Báez Soto	La Vega	VIII	Privado	Segundo
UNIFORT Unidad de Fisiatría y Ortopedia	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Laboratorio Clínico y de Patología del Norte LACLIPANO	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Valué Dental Group	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Medico de Especialidades Dr. Cosmer	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Centro Odontológico Dr. Carlos Gómez	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Medico Los Ríos Jarabacoa	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Centro Dental Dra. D. Abreu	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Centro Medico Jarabacoa	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Clínica Dental Contreras María	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Laboratorio Clínico y de Patología del Norte LACLIPANO	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Centro de Odontopediatria Grandes Sonrisas	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Regional Cardiovascular CERECA	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Eval Clinique	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Dental Dra. Milfania Rivas	La Vega	VIII	Privado	Segundo
Clínica Odontológica Dra. Solanyi Polanco	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Fem Clinic	La Vega	VIII	Privado	Segundo
MC Dialytics & Therapy Center	La Vega	VIII	Privado	Tercer
Centro Medico Carolina de Jesús	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Unidad de Atención Primaria Doctor Ludovino Vargas	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Clínica San Antonio de Padua	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Centro de Especialidades Medicas Dr. Nelson Inoa LABOCEM	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Centro Odontológico y Especialidades DENTYMED	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Plan Dientes Sanos	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Clínica de Ojo Dr. Juan Batista	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Dispensario Medico Nuestra Señora de Fátima KOLDENT	Monseñor Nouel	VIII	ONG	Segundo
Consultorio Dental Dra. Ydalmi Vargas	Monseñor Nouel	VIII	Privado	tercer
Instituto de Especialidades Medicas Monseñor Nouel	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Dispensario Medico San Pedro y San Pablo	Monseñor Nouel	VIII	ONG	Segundo
Clínica La Esperanza	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Policlínico Bonao POLIBON	Monseñor Nouel	VIII	Privado	tercer
Centro Odontológico Natural Dent Dra. Denia Polanco	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Centro de Especialidades Odontológicas Dra. Gladys Sang de Vargas	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Bio-Dental Dr. Eugenio de Jesús	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Consultorio Odontológico Dra. Caridad Alegre	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Centro Odontológico Prevención y Rehabilitación Oral Dr. José Nicolás José García	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Corporación Pérez Marte	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
MEDILAB Medicina Diagnostica Avanzada y Laboratorio	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Bio-Imagen CRD	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Primed Millón	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
NJ Centro Odontológico Arte Oral	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer

Establecimiento	Provincia	Región	Sector	Nivel
Laboratorio y Banco de Sangre Salud y Vida Digna, LABASAVID II	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Centro Medico PRIMED Bonao	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Segundo
Dominican Dental Solutions DDS	Monseñor Nouel	VIII	Privado	Tercer
Oralimplant	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
Centro de Atención en Salud y Diagnostico Integral CASADIG	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
Centro de Salud Club de Leones Cotui	Sánchez Ramírez	VIII	ONG	Segundo
Clínica Dental Dra. Nurys González	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Tercer
Odontoclinic Dr. Manuel González	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
Centro Medico Núñez Hernández	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
Centro Odontológico Dra. Maireny Rodríguez Moya	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
AC Dental Odontología Especializada	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Segundo
Centro de Atención Renal Dr. Rosy Lanfranco	Sánchez Ramírez	VIII	Privado	Tercer

Fuente: Direccion Habilitación y Acreditación MSP. Mayo Año 2019.

## 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

SERVICIOS	Posicionamiento HTQPJB con Relación a los Servicios que ofrece los Sub-Sectores Público y Privado
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

**Leyenda:**

**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 2020-2021.**

## VII. RESULTADOS GENERALES.

### A) Tabla: Producción General por Gerencia por mes, Año 2021.

ACTIVIDADES	UEPSS Y No. ACTIVIDADES												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>ORTOPEEDIA</b>													
Consultas	463	758	841	898	1,256	1,072	1,101	1,262	1,219	1,152	1,274	712	12,008
Consultas 1era. Vez	136	257	252	258	386	298	363	514	442	510	424	226	4,066
Consultas Sub-secuente	327	501	589	640	870	774	738	748	777	642	850	486	7,942
Interconsultas	2	1	2	2	0	0	0	1	2	8	0	0	18
Pre-Quirúrgica													0
Ingresos	92	128	126	131	162	153	156	148	174	126	157	121	1,674
Egresos	85	130	122	142	147	156	149	170	167	128	159	109	1,664
Total Días de Estancia	905	1,183	918	1,011	894	1,260	881	1,537	1,030	1,130	973	872	12,594
Cirugías	144	200	201	205	241	243	230	268	264	254	258	206	2,714
Otros Procedimientos													0
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	4	8	7	4	1	3	4	12	8	11	11	10	83
<b>CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES</b>													
Consultas	358	803	891	944	1,503	1,243	1,228	1,292	1,332	1,522	1,421	898	13,435
Consultas 1era. Vez	164	401	430	530	810	680	639	655	675	822	770	460	7,036
Consultas Sub-secuente	194	402	461	414	693	563	589	637	657	700	651	438	6,399
Ingresos	72	93	98	99	108	125	91	108	118	98	128	86	1,224
Egresos	76	89	93	104	114	120	97	102	115	91	125	92	1,218
Interconsultas	4	19	14	14	10	23	18	8	12	32	12	2	168
Visita Seguimiento (Usuarios Hosp.)													0
Pre-Quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Días de Estancia	498	411	419	484	463	378	295	362	396	315	480	320	4,821
Cirugías	50	88	93	137	122	148	120	139	139	118	138	117	1,409
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	0	6	0	1	4	4	1	2	4	2	6	3	33
Curas y Otomias													0
<b>NEUROCIRUGÍA</b>													
Consultas	57	146	167	138	288	288	216	257	254	254	232	186	2,483
Consultas 1era. Vez	28	81	110	94	173	168	137	129	125	157	128	98	1,428
Consultas Sub-secuente	29	65	57	44	115	120	79	128	129	97	104	88	1,055
Interconsultas	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	5
Pre-Quirúrgicas													0
Ingresos	38	39	45	40	42	48	34	64	49	54	39	58	550
Egresos	30	47	37	45	43	50	36	55	56	50	40	64	553
Total Días de Estancia	195	223	282	431	263	492	212	345	420	366	287	372	3,888
Cirugías	9	18	60	3	24	23	17	23	20	19	15	13	244
Otros Procedimientos													0
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	3	2	1	0	0	2	2	1	1	1	0	0	13
<b>MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES</b>													
Consultas	643	1,310	1,655	1,842	2,619	2,371	2,246	2,318	2,313	2,363	2,346	1,427	23,453
Consultas 1era. Vez	323	653	815	927	1,211	1,139	1,128	1,232	1,148	1,099	1,200	636	11,511
Consultas Sub-secuente	320	657	840	915	1,408	1,232	1,118	1,086	1,165	1,264	1,146	791	11,942
Interconsultas	105	87	87	59	49	106	61	35	100	95	89	88	961
Visita Seguimiento (Usuarios Hosp.)	22	19	30	23	23	21	16	13	25	32	21	22	267
Ingresos	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	7
Egresos	2	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	7
Total Días de Estancia	4	28	0	3	0	0	16	0	6	0	0	0	57
Endoscopias	0	17	23		20	31	18	18	26	28	21	0	202
Hemodiálisis	456	371	364	364	447	455	426	490	477	439	497	489	5,275
Electroencefalograma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACTIVIDADES	UEPSS Y No. ACTIVIDADES												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
EKG- Consultas	168	283	286	320	330	304	337	322	222	283	359	183	3,397
EKG- Hospitalización	75	91	82	66	90	85	77	67	96	71	64	67	931
Eco cardiogramas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espirometría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pruebas Esfuerzo (caminata)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	1	3	3	5	4	4	3	2	1	2	2	0	30
<b>UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS</b>													
Ingresos	14	14	12	15	14	13	17	16	12	16	14	19	176
Egresos	14	19	8	12	14	14	14	16	15	15	15	21	177
Total Días de Estancia	182	178	86	112	149	224	153	166	129	188	93	241	1,901
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
<b>MAXILOFACIAL</b>													
Consultas Maxilofacial	44	109	112	115	149	103	60	124	136	130	144	115	1,341
Consultas 1era. Vez	11	38	15	21	30	24	11	23	36	29	49	54	341
Consultas Sub-secuente	33	71	97	94	119	79	49	101	100	101	95	61	1,000
Consultas Odontología	54	44	81	114	127	50	134	141	81	159	135	111	1,231
Consultas 1era. Vez	11	15	44	56	51	24	63	63	47	102	87	69	632
Consultas Sub-secuente	43	29	37	58	76	26	71	78	34	57	48	42	599
Interconsultas	1	2	3	2	2	0	1	2	8	7	5	0	33
Pre quirúrgicas													0
Ingresos	6	5	7	16	8	5	7	3	6	10	12	2	87
Egresos	6	5	8	15	9	5	7	3	6	10	11	3	88
Total Días de Estancia	37	18	51	115	69	9	48	24	71	52	25	54	573
Procedimientos Odontológicos	40	36	87	179	167	99	206	210	88	210	182	158	1,662
Cirugías Maxilofacial	13	33	46	30	46	55	26	26	39	41	64	32	451
Cirugías Mayores	5	7	13	15	12	11	8	9	19	18	27	18	162
Cirugías Menores (Ambulatorias)	8	26	33	15	34	44	18	17	20	23	37	14	289
Radiografías Periapicales	2	5	8	16	6	5	3	12	16	12	10	6	101
Panorámicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	1	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	8
<b>ANESTESIOLOGÍA</b>													
Procedimientos (Todos los tipos de anestésicos aplicados programados y/o de Emergencias)	2	3	1	2	12	3	10	8	1	0	0	6	48
Consultas	110	204	223	257	339	296	300	336	344	336	368	242	3,355
Consultas 1era. Vez	60	85	143	155	219	175	209	252	270	250	245	179	2,242
Consultas Sub-secuente	50	119	80	102	120	121	91	84	74	86	123	63	1,113
Interconsultas	0	1	0	0	0	0	0		1	1	0		3
Pre-Anestésicos	110	204	223	257	339	296	300	336	344	336	368	242	3,355
Otros Procedimientos (Parches, Intubación, PL, Otros)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>													
Consultas	55	124	165	109	159	154	141	123	147	152	118	69	1,516
Consultas 1era. Vez	32	62	99	45	77	74	77	60	88	76	63	39	792
Consultas Sub-secuente	23	62	66	64	82	80	64	63	59	76	55	30	724
Interconsultas	11	14	1	8	24	10	11	7	10	9	9	5	119
Terapia Física Básica	370	688	219	845	802	643	609	544	740	757	923	659	7,799
Otras Terapias Físicas	367	482	561	337	177	484	297	423	633	659	345	599	5,364

ACTIVIDADES	UEPSS Y No. ACTIVIDADES												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Procedimientos (Usuarios Asistidos)	737	1,170	780	1,182	979	1,127	906	967	1,373	1,416	1,268	1,258	13,163
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	1	10
<b>EMERGENCIA</b>													
Asistencia Emergencia	685	647	495	605	743	625	670	763	819	567	776	788	8,183
Procedimientos (Sutura)	24	15	34	27	29	17	26	39	12	26	26	56	331
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados)													0
Procedimientos (Curas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Fistulización de venas, Otros)	55	23	34	74	77	33	40	123	111	148	79	208	1,005
EKG- Emergencia	3	0	3	14	9	3	12	25	4	5	4	14	96
Extranjeros Asistidos en la UEPSS	7	22	14	22	8	12	18	37	25	34	20	41	260
<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>													
Sección de Hematología	3,082	4,247	3,547	4,109	4,530	4,648	3,571	5,216	5,555	4,504	4,318	5,837	53,164
Sección de Bioquímica	8,110	11,809	9,624	11,726	12,847	13,039	9,624	12,169	12,983	13,090	12,767	4,043	131,831
Sección de Uro-Copro	514	909	877	786	1,265	2,060	698	840	1,206	1,267	1,313	686	12,421
Sección Serológica	668	1,036	831	1,000	1,184	1,110	835	1,142	1,229	1,138	994	1,385	12,552
Pruebas Especiales	1,449	1,892	1,472	1,633	2,672	2,655	1,669	2,874	3,960	3,495	3,714	2,436	29,921
Pruebas Bacteriología	261	502	480	493	538	534	488	500	290	513	518	840	5,957
													245,846
<b>BANCO DE SANGRE</b>													
Unidades Tamizadas	179	182	211	225	215	214	266	333	371	182	182	218	2,778
Sección de Hematología	210	232	276	311	300	421	357	333	371	231	238	218	3,498
Sección Inmunoematología	715	742	556	831	750	859	834	876	1,049	670	1,111	819	9,812
Pruebas Especiales	1,074	1,092	1,266	1,350	1,290	1,284	1,186	1,524	1,686	1,092	1,092	1,308	15,244
													31,332
<b>IMAGENOLÓGIA</b>													
Rayos X	2,672	2,587	2,333	3,223	3,041	3,268	3,842	3,945	4,870	8,576	3,659	2,823	44,839
Sonografía	147	412	403	357	428	435	519	381	442	510	557	303	4,894
Tomografía	455	325	60	602	571	639	612	701	827	1,585	475	401	7,253
Brazo en C	67	66	62	80	103	107	99	126	115	212	97	63	1,197
Estudios Especiales	8	18	6	24	14	26	14	28	10	27	23	39	237
Resonancia Magnética	67	117	140	145	184	186	167	169	179	159	187	95	1,795
Sonomamografía	9	0	0	24	43	28	36	26	0	24	2	24	216
Biopsias sonodirigidas	0	0	0	0	3	6	3	0	1	0	0	0	13
<b>TOTAL</b>	<b>3,425</b>	<b>3,525</b>	<b>3,004</b>	<b>4,455</b>	<b>4,387</b>	<b>4,695</b>	<b>5,292</b>	<b>5,376</b>	<b>6,444</b>	<b>11,093</b>	<b>5,000</b>	<b>3,748</b>	<b>60,431</b>
<b>ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>													
Biopsia	13	78	104	111	115	159	120	136	183	105	150	125	1,399
Biopsia por congelación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Citología	2	10	13	32	62	85	47	38	72	48	92	47	548
Necropsia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>88</b>	<b>117</b>	<b>143</b>	<b>177</b>	<b>244</b>	<b>167</b>	<b>174</b>	<b>255</b>	<b>153</b>	<b>242</b>	<b>172</b>	<b>1,947</b>
<b>FARMACIA</b>													
Recetas Emergencia													0
Recetas Hospitalización													0

ACTIVIDADES	UEPSS Y No. ACTIVIDADES												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Recetas Quirófanos													0
Recetas Hemodiálisis													0
Recetas Curas y Ostomía													0
Recetas Reducciones y Yesos													0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ACUMULADOS GENERALES</b>													
<b>TOTAL DE EMERGENCIA HOSPITALARIA</b>	685	647	495	605	743	625	670	763	819	567	776	788	<b>8,183</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>	224	281	288	302	334	345	305	339	360	304	350	286	<b>3,718</b>
<b>TOTAL EGRESOS</b>	213	292	268	319	327	345	304	346	360	294	350	289	<b>3,707</b>
<b>TOTAL DÍAS ESTANCIAS</b>	1,821	2,041	1,756	2,156	1,838	2,363	1,605	2,434	2,052	2,051	1,858	1,859	<b>23,834</b>
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	1,784	3,498	4,135	4,417	6,440	5,577	5,426	5,853	5,826	6,068	6,038	3,760	<b>58,822</b>
<b>TOTAL DE CONSULTAS 1era. VEZ</b>	765	1,592	1,908	2,086	2,957	2,582	2,627	2,928	2,831	3,045	2,966	1,761	<b>28,048</b>
<b>TOTAL CONSULTAS SUB-SECUENTES</b>	1,019	1,906	2,227	2,331	3,483	2,995	2,799	2,925	2,995	3,023	3,072	1,999	<b>30,774</b>
<b>TOTAL INTERCONSULTAS</b>	123	124	107	85	87	139	91	53	132	154	117	95	<b>1,307</b>
<b>TOTAL DE CIRUGÍAS</b>	216	339	400	375	433	469	393	456	462	432	475	368	<b>4,818</b>
<b>TOTAL PROCEDIMIENTOS REHABILITACIÓN</b>	737	1,170	780	1,182	979	1,127	906	967	1,373	1,416	1,268	1,258	<b>13,163</b>
<b>TOTAL EXTRANJEROS ASISTIDOS</b>	18	43	17	36	18	29	30	54	40	51	39	55	<b>430</b>

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

## B) Tabla: Comportamiento Productividad por Departamentos y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2021.

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE HOSPITALIZACIÓN			METAS DE CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTOS			METAS CONSULTA EXTERNA		
	META TOTAL HOSP. Año 2017	Resultados 2021	% Cumplimiento	META TOTAL Cirugías 2017	Resultados 2021	% Cumplimiento	META TOTAL Consultas 2017	Resultados 2021	% Cumplimiento
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	1,134	1,664	147%	2,115	2,192	104%	19,552	12,008	61%
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES	2,280	1,218	53%	1,794	1,134	63%	22,264	13,435	60%
Cirugía General	913	1,021	112%	501	809	161%	4,122	3,864	94%
Oftalmología	4	0	0%	313	111	35%	5,640	2,933	52%
Urología	243	60	25%	345	73	21%	4,794	2,619	55%
Cirugía Vascular	198	44	22%	259	41	16%	2,256	1,531	68%
Cirugía Plástica	664	24	4%	125	35	28%	1,692	477	28%
Cirugía Ginecológica	258	69	27%	251	50	20%	1,880	1,398	74%
Otorrinolaringología	0	0	-	0	15	-	1,880	613	33%
NEUROCIRUGÍA	558	553	99%	282	139	49%	3,133	2,483	79%
MAXILO FACIAL	811	88	11%	564	448	79%	2,256	1,341	59%
ODONTOLOGÍA				3,557	1,662	47%	3,384	1,231	36%
MEDICINA INTERNA	31	7	23%				51,410	23,453	46%
Cardiología	0	7	0%				10,668	4,186	39%
Medicina Familiar							19,552	5,274	27%
Infectología		0					1,128	735	65%
Salud Mental							1,504	885	59%
Psicología							1,128	852	76%
Nefrología	22	0	0%				1,187	789	66%
Gastroenterología							3,948	2,652	67%
Endocrinología							0	1,550	-
Neumología							3,008	754	25%
Nutrición							0	440	-
Neurología							2,707	1,686	62%
Pediatría							2,820	483	17%
Hematología							0	544	-
Geriatría							3,760	2,623	70%
Hemodiálisis				7,192	5,275	73%			
ANESTESIOLOGÍA				4,755	3,913	82%	4,029	3,355	83%
UCI ADULTO	365	177	48%						
UCI PEDIÁTRICO									
PRIVADOS									
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN							2,820	1,516	54%
<b>TOTAL</b>	<b>5,179</b>	<b>3,718</b>	<b>72%</b>	<b>4,755</b>	<b>3,913</b>	<b>82%</b>	<b>108,848</b>	<b>58,822</b>	<b>54%</b>
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	2,555	0	0%						
EMERGENCIAS							10,585	8,183	77%

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

**C) Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2021.**

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
<b>MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>	<b>12,557</b>	<b>13,163</b>	<b>105%</b>
<b>LABORATORIO CLINICO</b>			
Sección de Hematología	82,652	53,164	64%
Sección de Bioquímica	243,426	131,831	54%
Sección de Uro-Copro	27,900	12,421	45%
Sección Serológica	18,581	12,552	68%
Pruebas Especiales	65,149	29,921	46%
Pruebas Bacteriología	10,135	5,957	59%
<b>TOTAL</b>	<b>447,843</b>	<b>245,846</b>	<b>55%</b>
<b>BANCO DE SANGRE</b>			
Unidades Tamizadas	3,263	2,778	85%
Sección de Hematología	5,715	3,498	61%
Sección Inmunoematología	13,567	9,812	72%
Pruebas Especiales	29,013	15,244	53%
<b>TOTAL</b>	<b>51,557</b>	<b>31,332</b>	<b>61%</b>
<b>IMAGENES</b>			
Rayos X	51,050	44,839	88%
Sonografía	12,168	4,894	40%
Tomografía	0	7,253	-
Brazo en C	0	1,197	-
Estudios Especiales	930	237	25%
Resonancia Magnetica	1,565	1,795	115%
<b>TOTAL</b>	<b>66,770</b>	<b>60,215</b>	<b>90%</b>
<b>LAB. ANATOMIA PATOLOGICA</b>			
Biopsia	1,925	1,399	73%
Citología	704	548	78%
Necropsia	0	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>2,629</b>	<b>1,947</b>	<b>74%</b>
<b>FARMACIA</b>			
Recetas Emergencia	10,585	0	0%
Recetas Hospitalización	88,043	0	0%
Recetas Quirofanos	4,755	0	0%
Recetas Hemodialisis	0	0	-
Recetas Curas y Ostomia	2,262	0	0%
Recetas Reducciones y Yesos	0	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>105,645</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>MISCELÁNEOS</b>			
Curas y Otomías (Cirugías Gral. y Emergencia)	2,262	0	0%
Reducción y Enyesado (Internamiento y Emergencia)	1,509	0	0%
Hemodiálisis	7,192	5,275	73%
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	9,626	4,424	46%
Endoscopias	432	202	47%

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

**D) Tabla: Consolidado Actividades Realizadas Año 2020 y Año 2021 y Variación Observada.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Actividades Realizadas 2021</b>	<b>Actividades Realizadas 2020</b>	<b>VARIACION CON RELACIONA 2020</b>
Emergencias	8,183	8,105	1.0%
Ingresos	3,718	3,144	18.3%
Consultas	58,822	27,947	110.5%
Interconsultas	1,307	795	64.4%
Lab. Clínicos	245,846	172,088	42.9%
Banco de Sangre	31,332	34,032	-7.9%
Estudios Imágenes	60,431	37,980	59.1%
Estudios Anatomía Patológica	1,947	938	107.6%
Recetas Despachadas Farmacia	0	0	-
Procedimientos Rehabilitación	13,163	3,437	283.0%
Cirugías	4,818	3,584	34.4%
Suturas	331	816	-59.4%
Yesos, Reducciones (Hospitalización y Emergencia)	0	151	-
Curas y Ostomia (Hospitalización y Emergencia)	0	2,551	-
Procedimientos Odontología	1,662	329	405.2%
Radiografía Periapicales	101	26	288.5%
Hemodiálisis	5,275	5,543	-4.8%
Electrocardiogramas	4,424	2,971	48.9%
Endoscopia	202	58	248.3%
Espirometria	0	0	-
Pruebas de Esfuerzos Respiratoria	0	0	-
Procedimientos Anestesiología (Programados y/o Emergencias)	48	3,499	-98.6%
Otros Procedimientos Anestesiología (Colocación parche)	0	0	-
Visita Pre-Anestesia	3,355	1,552	116.2%
<b>Otros Procedimientos</b> (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomias, Toracotomía, Colocación de cateteres Subclavios, Fistulización de venas, Otros)	1,005	1,316	-23.6%
<b>TOTAL</b>	<b>445,970</b>	<b>310,862</b>	<b>43.5%</b>

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

**E) Tabla: Total Actividades Realizadas en el Periodo 2021, Total Actividades Realizadas año 2010, Variación con relación al Año 2020.**

<b>PERIODO</b>	<b>TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS Y ESTIMADAS</b>	<b>VARIACION EN EL 2021 CON RELACIÓN AL 2020</b>
<b>2020</b> (Producido)	<b>310,862</b>	<b>43.5%</b>
<b>2021</b> (Producido)	<b>445,970</b>	

**F) Tabla: Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por gerencia, acumulado, por mes, Año 2021.**

GERENCIAS	Estancias Promedios												ACUMULADO Estancias Promedio por Días
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ORTOPEDIA	10.6	9.1	7.5	7.1	6.1	8.1	5.9	9.0	6.2	8.8	6.1	8.0	7.7
CIRUGIA GENERAL	6.4	4.6	4.5	4.7	4.2	3.3	3.2	3.6	3.7	4.0	4.0	4.0	4.2
Urología	0.7	2.0	2.0	1.0	2.9	2.8	1.3	1.8	2.9	2.0	3.4	1.9	2.1
Cirugía Plástica	-	-	-	-	-	1.0	1.5	1.0	1.0	0.6	0.7	1.0	1.0
Cirugía Vasculat	12.3	7.3	11.7	5.5	7.5	4.0	3.8	11.3	1.0	1.0	7.0	3.5	5.3
NEUROCIRUGIA	6.5	4.7	7.6	9.6	6.1	9.8	5.9	6.3	7.5	7.3	7.2	5.8	7.7
MAXILOFACIAL	6.2	3.6	6.4	7.7	7.7	1.8	6.9	8.0	11.8	5.2	2.3	18.0	7.1
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	13.0	9.4	10.8	9.3	10.6	16.0	10.9	10.4	8.6	12.5	6.2	11.5	10.8
Cirugía Ginecológica	2.0	1.8	1.8	5.0	1.8	1.8	1.9	1.5	2.0	1.9	1.7	1.8	2.1
MEDICINA INTERNA	2.0	14.0	-	3.0	-	-	16.0	-	6.0	-	-	-	8.2
<b>PROMEDIO POR MES</b>	6.6	6.3	6.5	5.9	5.9	5.4	5.7	5.9	5.6	4.8	4.3	6.2	
													5.8
<b>Estancia Promedio por Cuatrimestre</b>	<b>1er. Cuatrimestre</b>	<b>6.3</b>	<b>2do. Cuatrimestres</b>	<b>5.7</b>	<b>3er. Cuatrimestre</b>	<b>5.2</b>	<b>5.8</b>	<b>Acumulado Estancia Promedio días.</b>					

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

**G) Tabla: Comportamiento índice ocupación, por gerencia, acumulado, por mes, Año 2021.**

GERENCIAS	Tasa de Ocupación (%)												ACUMULADO Indice Ocupacion (%)
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ORTOPEDIA	63.5	91.8	64.4	73.3	62.7	91.3	61.8	107.8	74.6	79.2	70.5	61.2	75.2
CIRUGIA GENERAL	112.9	106.5	99.7	126.9	111.3	90.6	69.9	82.5	98.3	77.2	106.7	73.7	96.3
Urología	3.2	3.6	9.7	1.7	37.1	28.3	6.5	17.7	43.3	16.1	40.0	24.2	22.5
Cirugía Plástica	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	4.8	6.5	5.0	4.8	6.7	4.8	2.9
Cirugía Vascular	119.4	78.6	56.5	18.3	24.2	20.0	24.2	54.8	1.7	3.2	93.3	22.6	43.1
NEUROCIRUGIA	37.0	46.8	53.5	84.5	49.9	96.5	40.2	65.5	82.4	69.4	56.3	70.6	62.7
MAXILOFACIAL	39.8	21.4	54.8	127.8	74.2	10.0	51.6	25.8	78.9	55.9	20.8	43.5	50.4
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	73.4	79.5	34.7	46.7	60.1	93.3	61.7	66.9	53.8	75.8	38.8	97.2	65.1
Cirugía Ginecológica	6.5	25.0	22.6	50.0	35.5	73.3	41.9	19.4	40.0	21.0	40.0	45.2	35.0
MEDICINA INTERNA	6.5	50.0	0.0	5.0	0.0	0.0	25.8	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	1.3
<b>PROMEDIO POR MES</b>	<b>46.2</b>	<b>50.3</b>	<b>44.0</b>	<b>58.8</b>	<b>50.5</b>	<b>56.1</b>	<b>40.3</b>	<b>49.7</b>	<b>53.1</b>	<b>44.7</b>	<b>52.6</b>	<b>49.2</b>	
	<b>PROMEDIO GENERAL HOSPITAL</b>												<b>49.6</b>
<b>Estancia Promedio por Cuatrimestre</b>	<b>1er. Cuatrimestre</b>		<b>49.8</b>	<b>2do. Cuatrimestre</b>		<b>49.2</b>	<b>3er. Cuatrimestre</b>		<b>49.9</b>		<b>49.6</b>		

**Fuente:** Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB.

H) Tabla: Comportamiento mortalidad, por gerencia, general, por mes, año 2021.

GERENCIAS	Total Antes 48 horas	Total Después 48 horas	Tasa Mortalidad Neta Acumulada	Tasa de Mortalidad Bruta Acumulada	Tasa Mortalidad General Acumulada	Total Defunciones	Tasa Mortalidad Neta
EMERGENCIA GRAL.	46	0	2.0%	4.5%	0.24%	46	0.00%
ORTOPEDIA	1	4				5	0.24%
CIRUGIA Y ESP.	12	12				24	0.99%
NEUROCIRUGIA	4	2				6	0.36%
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	0	0				0	0.00%
MAXILOFACIAL	1	0				1	0.00%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	29	56				85	31.64%
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>74</b>				<b>167</b>	
<b>TOTAL INGRESOS</b>	3,718		<b>COMPORTAMIENTO TASAS MORTALIDADES POR CUATRIMESTRE</b>				
<b>TOTAL EGRESOS</b>	3,707		Tasa Mortalidad Neta	Tasa Mortalidad Bruta	Tasa Mortalidad General	Total Defunciones por Cuatrimestre	
<b>TOTAL EMERGENCIAS</b>	8,183		1er C	1er C	1er C	1er C	
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	58,822		2.7%	4.9%	0.31%	53	
			2do C	2do C	2do C	2do C	
			1.9%	4.5%	0.22%	59	
			3er C	3er C	3er C	3er C	
			1.5%	4.3%	0.21%	55	
			MUERTES ESPERADAS	MUERTES PRODUCIDAS	INDICE MORTALIDAD		
			186	167	0.90		

Fuente: Departamento Epidemiología HTQPJB

**Comentario:** Vista la Tasa de Mortalidad Neta en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), recomendamos instaurar la valoración de la probabilidad de sobrevivencia (APACHE II) para los usuarios ingresados a esta unidad, ya que esta valoración aportaría datos e informaciones valiosas y específicas para el análisis de los indicadores de mortalidad en UCI.

**I) TABLA: Comportamiento tasas mortalidades acumuladas por cuatrimestre e índice de mortalidad año 2021.**

<b>COMPORTAMIENTO TASAS MORTALIDADES POR CUATRIMESTRE</b>			
<b>Tasa Mortalidad Neta</b>	<b>Tasa Mortalidad Bruta</b>	<b>Tasa Mortalidad General</b>	<b>Total Defunciones por Cuatrimestre</b>
<b>1er C</b>	<b>1er C</b>	<b>1er C</b>	<b>1er C</b>
<b>2.7%</b>	<b>4.9%</b>	<b>0.31%</b>	<b>53</b>
<b>2do C</b>	<b>2do C</b>	<b>2do C</b>	<b>2do C</b>
<b>1.9%</b>	<b>4.5%</b>	<b>0.22%</b>	<b>59</b>
<b>3er C</b>	<b>3er C</b>	<b>3er C</b>	<b>3er C</b>
<b>1.5%</b>	<b>4.3%</b>	<b>0.21%</b>	<b>55</b>
<b>MUERTES ESPERADAS</b>	<b>MUERTES PRODUCIDAS</b>	<b>INDICE MORTALIDAD</b>	
<b>186</b>	<b>167</b>	<b>0.90</b>	

**J) Tabla: Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programados y Suspendidos, por Servicios, Acumulado del Año 2021.**

GERENCIAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL SUSPENDIDAS	TOTAL CIRUGIAS REALIZADAS	% CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS SUSPENDIDAS
ORTOPEDIA	2,629	230	2,192	8.7%
CIRUGÍA GENERAL	1,080	139	809	12.9%
OFTALMOLOGÍA	111	0	111	0.0%
UROLOGÍA	104	18	73	17.3%
CIRUGÍA VASCULAR	137	53	41	38.7%
CIRUGÍA PLÁSTICA	37	2	35	5.4%
CIRUGIA GINECOLOGICA	58	8	50	13.8%
NEUROCIRUGÍA	166	27	139	16.3%
MÁXILOFACIAL	466	18	448	3.9%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	18	3	15	16.7%
ANESTESIOLOGÍA	55	0	55	0.0%
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	12,580	511	12,069	4.1%
ENDOSCOPIA	189	0	189	0.0%
HEMODIÁLISIS	5,393	105	5,288	1.9%
<b>TOTAL</b>	<b>4,806</b>	<b>498</b>	<b>3,913</b>	<b>10.4%</b>

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

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

**K) Tabla: Total y Porcentaje Causas de suspensión de cirugías electivas programadas, por mes y acumulado, año 2021.**

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	%
<b>Atribuible al Usuario Externo</b>		
CRISIS HIPERTENSIVA	143	28.7%
PCTE. TOMO ANTICUAGULANTE	9	1.8%
PACIENTE CON COVID POSITIVO	8	1.6%
MATERIAL DE SINTESIS INADECUADO	8	1.6%
FALTA DE CONTROL METABOLICO	7	1.4%
EVALUACION Y ANALITICA	7	1.4%
FRACTURA CONSOLIDADA	7	1.4%
PACIENTE INGIERE ALIMENTO	5	1.0%
AUSENCIA DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE O FAMILIAR	5	1.0%
FALTA DE EVALUACION	5	1.0%
DISMINUCION NIVELES HEPATICO	5	1.0%
CRISIS BRONCOESPAMOS	4	0.8%
EVALUAR POR HEMATOLOGIA	4	0.8%
EVALUACION NEUMOLOGIA	4	0.8%
PACIENTE NO COLABORA	4	0.8%
PACIENTE PRESENTA FIEBRE	4	0.8%
PACIENTE CON ANTESEDENTE DE ASMA	3	0.6%
NIVELES BAJO DE HEMOGLOBINA	3	0.6%
EVALUR POR CARDIOLOGIA	3	0.6%
BRADICARDIA	3	0.6%
PROCESO GRIPAL	2	0.4%
INTUBACION DIFICIL	2	0.4%
FALTA DE PREQUIRURGICA	2	0.4%
NO TIENE EVALUACION POR GASTRO	2	0.4%
FALTA DE PRUEBA DE ENDOCRINOLOGIA	2	0.4%
PACIENTE CON GRIPE	2	0.4%
PCTE PRESENTA MARCADA DIFICULTAD RESPIRATORIA	2	0.4%
PACIENTE PRESENTA TAQUICARDIA	2	0.4%
PACIENTE PRESENTA TROMBOSIS	2	0.4%
ELEVACION DE ENZIMA HEPATICA	2	0.4%
PROCESO BRANQUIAL	2	0.4%
PCTE SE NIEGA A ASEO QUIRURGICO	1	0.2%
PACIENTE NERVIOSO	1	0.2%
PACIENTE SE NIEGA A PLACA	1	0.2%
PACIENTE CON ALERGIA	1	0.2%
HERNIORRAFIA	1	0.2%
PACIENTE SE EVACUO EN QUIROFANO LUEGO DE HABER SIDO ANESTESIADO	1	0.2%
REALIZAR PCR	1	0.2%
NIVELES DE TENSION ELEVADO	1	0.2%
PACIENTE NO REALIZO PREPARACION	1	0.2%
PACIENTE EDEMA AGUDO DE PULMON	1	0.2%
MEJORA DEL CUADRO	1	0.2%
ENFERMEDADES ARTERIALES	1	0.2%
CIANOSIS DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES	1	0.2%
PACIENTE TIENE PARTES BLANDAS EN MALAS CONDICIONES	1	0.2%
PACIENTE CON FIJACION EXTERNA	1	0.2%
CONSUMO DE AA	1	0.2%
HIPERGLISEMIA	1	0.2%

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	%
CRISIS DE AMIGNALITIS	1	0.2%
DIALISIS EN DIA ANTERIOR	1	0.2%
LESION EN LA PIEL	1	0.2%
VDRL POSITIVO	1	0.2%
PACIENTE PRESENTA PROCESO INFECCIOSO EN EL SITIO DE COLOCACION DE CATETER	1	0.2%
DESATURACION ESPONTANEA	1	0.2%
NIVELES TENSIONALES DISMINUIDOS	1	0.2%
PACIENTE CON TVP	1	0.2%
REVALORAR POR CX GENERAL	1	0.2%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>58.03%</b>
<b>Atribuible al Hospital</b>		
INADECUADA PROGRAMACION	30	6.0%
FALTA DE MATERIAL	19	3.8%
FALTA DE MEDICAMENTO ANESTESICO	18	3.6%
FALTA DE MATERIAL ESTERIL	15	3.0%
FALTA DE EVALUACION CARDIOVASCULAR	10	2.0%
SIN CAUSA DE SUSPENSIÓN	9	1.8%
FALTA DEL CIRUJANO	7	1.4%
FALTA DE BRAZO EN C	7	1.4%
FALTA DE SANGRE CRUZADA	6	1.2%
INSUFLADOR PARA LAPAROSCOPIA AVERIADO	4	0.8%
FALTA DE SUMINISTRO MEDICO (SUERO)	4	0.8%
CAMBIO DE PLAN QX	3	0.6%
ANALITICAS VENCIDAS	2	0.4%
FALTA DE QUIROFANO	2	0.4%
CAMBIO DE CASA COMERCIAL	2	0.4%
FATAL DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	2	0.4%
MANEJAR POR NEUROLOGIA	1	0.2%
REEVALUAR POR MEDICO TRATANTE	1	0.2%
EVALUACION AL MOMENTO DE INICIAR EL BLOQUEO	1	0.2%
FALTA DE MATERIAL(INJERTO OSEO)	1	0.2%
FALTA INSTRUMENTO PARA EXTRAER EL MATERIAL	1	0.2%
MATERIAL INCOMPLETO	1	0.2%
FALTA DE PERFIL Y CONTROL DE ENZIMAS	1	0.2%
FALTA DE IMÁGENES ADECUADA EN PACIENTE AMBULATORIO	1	0.2%
CITOSCOPIO DAÑADO	1	0.2%
REANGENDAR	1	0.2%
NO SE REGISTRA PROCEDIMIENTO	1	0.2%
CLORCOPO DAÑADO	1	0.2%
PARA OFRECER MEJOR TECNICA QUIRURGICA	1	0.2%
NO SE OBSERVA DEFORMIDAD NASAL NI OBSTRUCCION AL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO	1	0.2%
TORRE DE LAPAROSCOPIA AVERIADA	1	0.2%
FALLECIMIENTO DE FAMILIAR DEL MA TRATANTE	1	0.2%
FALTA DE PIEZA FLEXIBLE	1	0.2%
DOCUMENTO INCOMPLETO	1	0.2%
FALTA DE IMÁGENES	1	0.2%
FALTA DE VICRYL 1 0 Y OTROS	1	0.2%
FECHA INCORRECTA DE CIRUGIA	1	0.2%
NECESIDAD DE GUIA	1	0.2%
VENCIMIENTO DE MATERIALES	1	0.2%
ESTUDIO DE IMAGEN	1	0.2%
FALTA DE MATERIAL LAPAROSCOPICO	1	0.2%

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	%
LA COLOCACION DEBE SER SONODIRIGIDA	1	0.2%
FALTA DE EXTRATOR DE CCBM	1	0.2%
EL MATERIAL DE RETIRO NO ESTA DISPONIBLE	1	0.2%
FALTA DE PINZA NECESARIA	1	0.2%
FALTA DE AUTORIZACION POR NEUROCIRUGIA Y TAC DE CRANEO	1	0.2%
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>34.14%</b>
<b>Atribuible Casa Comercial</b>		
CASA COMERCIAL INCOMPLETO	12	2.4%
FALTA DE CASA COMERCIAL	10	2.0%
CASA COMERCIAL NO LLEGO	7	1.4%
INCUMPLIMIENTO DE HORARIO DE CASA COMERCIAL	1	0.2%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>6.02%</b>
<b>Atribuible ARS</b>		
FALTA DE AUTORIZACION DEL SENASA	5	1.0%
NO AUTORIZACION DE MATERIAL INADECUADO	4	0.8%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1.81%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>498</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

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

Las condiciones propias de los usuarios, entre las que se destacan: a) Hipertensión Arterial, b) COVID, c) uso de anticoagulante, estas causas totalizaron el **58.03%** de las causas de suspensión de cirugías en el Juan Bosch.

Las principales causas de suspensión de cirugías programadas atribuibles al Hospital se debieron básicamente a falta de materia, equipos, logísticas, equipos y evaluaciones representando esto el **34.14%** de las causas.

Pero también es importante resaltar que el **6.02%** 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).

Así mismo el **1.81%** de las suspensiones fue atribuible a las ARS.

L) Tabla: Resultados Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, año 2020, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas año 2017.

INDICADORES	METAS GENERALES	RESULTADOS GENERALES	Nivel Cumplimiento
<b>EFICIENCIA</b>	<b>EFICIENCIA</b>		
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	48.9%	61.1%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80	49.6	62.0%
Promedio de Estadía	7	5.8	118%
Presión de Urgencias	20%	12.2%	138.9%
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	120.3%	150.3%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	10.4%	96.4%
% Desempeño Técnico	90.0%	79.0%	87.8%
<b>CALIDAD</b>	<b>CALIDAD</b>		
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.90%	0.24%	174%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	5.0%	4.5%	109.9%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	3.50%	2.0%	143.0%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	2.5%	150.4%
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 Dentro 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%
<b>PRODUCCION</b>	<b>PRODUCCION</b>		
Total Hospitalización.	5,179	3,718	71.8%
Total Consultas Hospital.	108,848	58,822	54.0%
Total Cirugías Electivas Programadas	4,755	3,913	82.3%
Total Emergencias	10,585	8,183	77.3%
<b>SATISFACCION</b>	<b>SATISFACCION</b>		
% Satisfacción de los Usuarios Externos.	90%	75.6%	84.0%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	10.0%	12.5%
<b>CUMPLIMIENTO DE PLANES</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE PLANES</b>		
% Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas	90.0%	0.0%	0.0%
% Cumplimiento Plan de Inversión	90.0%	0.0%	0.0%

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.

## **M) Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimiento de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Período 2020.**

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

**Dentro de los principales factores que influyeron en el no logro de cumplimientos de las metas de productividad, influyo la Pandemia del SARS-CoV-2 y las restricciones impuestas por las autoridades del Sector Salud y del Gobierno Central.**

### **DATOS NO SUMINISTRADOS**

**1-Área Consulta Externa:**

**2- Área Quirúrgica y Procedimientos:**

**3- Servicios Complementarios de Apoyo:**

**4- Gestión de Recursos Humanos:**

**5- Aspectos Financiero-Administrativos Externos:**



iii. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Año 2020.

No.	CIE- 10	CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	S70-S79	TRAUMATISMO EN CADERAS Y MUSLOS	383	
2	S00-S09	TRAUMATISMO DE LA CABEZA	367	
3	S80-S89	TRAUMATISMO EN RODILLAS Y PIERNAS	326	
4	E10-E14	DIABETES MELLITUS	142	
5	R10-R19	SINTOMAS DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y DESORDENES ABDOMINALES	95	
6	S50-S59	TRAUMATISMO DEL CODO Y DEL ANTEBRAZO	89	
7	S20-S29	TRUMATISMO DEL TORAX	62	
8	S30-S39	TRAUMATISMO DEL ABDOMEN, AREA LUMBOSACRA Y PELVIS	53	
9	S40-S49	TRAUMATISMO DE LOS HOMBROS Y LOS BRAZOS	51	
10	S60-S69	TRAUMATISMO EN MUÑECAS Y MANOS	44	
OTRAS CONSULTAS			1532	
<b>TOTAL====&gt;</b>			<b>3144</b>	

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

iv. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Año 2020.

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

No.	CIE- 10	CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
OTRAS CONSULTAS				
<b>TOTAL====&gt;</b>				

Fuente: Departamento Estadísticas, Admisión y Archivo HTQPJB

v.Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Año 2020

No.	CIE- 10	CAUSAS CONSULTAS EXTERNAS	CANTIDA D	PORCENTA JE
1		TRAUMA CRANEOENCEFALICO	35	
2		CHOQUE SEPTICO	29	
3		PARADA CARDIO RESPIRATORIA	29	
4		POLITRAUMATIZADO	8	
5		CHOQUE CARDIOGENICO	6	
6		DIABETES MELLITUS DESCOMPESADA	3	
7		EVENTO CEREBROVASCULAR	3	
8		FRACTURA DE CADERA	3	
9		INFARTO AGUDO	3	
10		FRACTURA LUXACION C4-C5	2	
<b>OTRAS CONSULTAS</b>			35	
<b>TOTAL==&gt;</b>			<b>156</b>	

Fuente: Departamento Epidemiologia HTQPJB

**O) Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2020. (EPI-1).**

Enfermedades	No. Casos 2019	No. Casos 2020	Comportamiento con relación al Año 2019
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)	1	0	↓
Difteria (CIE-10/ A36)	0	0	↔
EDA	15	6	↓
Enfermedades T. por Alimento (CIE-10/ A05.9)	16	4	↓
Dolor Abdominal bajo en mujeres (R10.2)	4	1	↓
Enfermedades de T. Sexual (N89.8)	8	6	↓
Enfer. de T. Sexual (R10.8/R36/N8.5/26.5/76.6)	4	0	↓
Enfermedad Meningococcica (CIE-10/ A39)	0	0	↔
Fiebre Amarilla (CIE-10/ A95)	0	0	↔
Filarías (CIE-10/ B74)	0	0	↔
Hepatitis (CIE-10/ B15)	23	14	↓
IRA	32	85	↑
Leptopirosis (CIE-10/ A27)	2	1	↓
Lepra (CIE-10/ A30)	0	0	↔
Malaria/Paludismo (CIE-10/ B50-54)	0	0	↔
Meningitis bacteriana (CIE-10/ G00)	1	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/ B06)	0	0	↔
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(CIE-10/ B20-B24)	9	7	↓
Tétanos y Tétanos Neonatal (CIE-10/ A37)	0	1	↑
Tos ferina (CIE-10/ A37)	0	0	↔
Tuberculosis (CIE-10/ A15-A19)	6	3	↓
Varicela (CIE-10/ B02)	0	0	↔
Muerte Edad Reproductiva	*****	*****	

Fuente: Departamento Epidemiología HTQPJB

**P) 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, 2020.**

**Cuadro No. 1**

**Tasa de Infección Intrahospitalaria (IIH) según mes.  
Enero-Diciembre, 2020 (n=105).**

Mes	Casos IIH	Egresos	Tasas*
<b>Enero</b>	<b>9</b>	<b>331</b>	<b>2.71</b>
Febrero	9	337	2.67
Marzo	9	323	2.78
Abril	5	205	2.55
Mayo	8	193	4.49
Junio	7	186	4.08
Julio	11	212	3.50
Agosto	10	272	3.68
Septiembre	9	284	3.17
Octubre	7	322	2.17
Noviembre	10	332	3.01
<b>Diciembre</b>	<b>11</b>	<b>325</b>	<b>3.38</b>
Total	<b>105</b>	<b>3,134</b>	<b>3.35</b>

Fuente: Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CIAAS).

\* Tasas por 100 egresos hospitalarios. \*\*Tasa aceptable 5 ó menos.

**Cuadro No.2**

**Tasa de IIH en usuarios de cirugía general.  
Enero-Diciembre, 2020 (n=22).**

Mes	Casos IIH	Total cirugías	Tasas%*
Enero	4	72	5.55
Febrero	1	63	1.58
Marzo	2	60	3.33
Abril	0	32	0
Mayo	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>6.89</b>
Junio	2	32	6.25
Julio	2	46	4.34
<b>Agosto</b>	<b>4</b>	<b>43</b>	<b>9.30</b>
Septiembre	1	61	1.63
Octubre	1	89	1.12
Noviembre	2	85	2.35
Diciembre	1	81	1.17
Total	<b>22</b>	<b>632</b>	<b>3.48</b>

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, 2020 (n=32).**

Mes	Casos IIH	Total cirugías	Tasas*
Enero	3	138	2.17
Febrero	2	126	1.58
<b>Marzo</b>	<b>3</b>	<b>140</b>	<b>2.14</b>
Abril	2	81	2.46
Mayo	3	87	3.44
Junio	2	90	2.22
Julio	4	98	4.08
Agosto	2	108	1.85
Septiembre	3	120	2.50
Octubre	3	172	1.74
Noviembre	3	160	1.84
Diciembre	2	170	1.76
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>1490</b>	<b>2.14</b>

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, 2020 (n=1).**

Mes	Casos IIH	Total cirugías	Tasas*
Enero	0	16	0
Febrero	0	14	0
Marzo	0	11	0
Abril	0	4	0
Mayo	0	6	0
Junio	0	7	0
Julio	0	11	0
Agosto	0	8	0
Septiembre	0	9	0
Octubre	0	12	0
Noviembre	1	8	12.5
Diciembre	0	8	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>114</b>	<b>0.87</b>

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, 2020. (n=61).**

Descripción	Frecuencia	Porcentajes
Adecuadas	57	93.44
Inadecuadas	4	6.56
Total	61	100

Fuente: CCIAS

**Cuadro No.6****Profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos.  
Enero-Diciembre, 2020 (n =61).**

Descripción	Frecuencia	Porcentajes
Adecuadas	58	95.08
No adecuadas	1	1.63
No indicadas	2	3.27
Total	61	100

Fuente: CIAAS.

**Cuadro No.7****Factores de riesgos intrínsecos en pacientes con IIH.  
Enero-Diciembre, 2020 (n=105).**

Descripción	Frecuencia	Porcentajes*
Diabetes	52	49.52
Insuficiencia renal	12	11.42
Enfisema pulmonar	9	8.57
Coma	28	26.66
Obesidad	21	20.00
Inmunodeficiencia	14	13.33
Desnutrición	18	17.14
Neutropenia	26	24.76
Neoplasias	8	7.61
TOTAL	188	

Fuente: CIAAS.

\* Porcentaje del total de pacientes infectados (n=105).

**Cuadro No.8**

**10 principales microorganismos intrahospitalarios identificados en IIH.  
Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Profesor Juan Bosch”.  
El Pino, La Vega. Enero-Diciembre, 2020.**

Microorganismos	Frecuencia	Porcentajes
Enterobacter cloacae	13	16.04
Enterobacter spp	8	9.87
Citrobacter freundii	11	13.58
Pseudomona aeuroginosa	7	8.64
Pseudomona spp	3	3.70
Cándida albicans	9	11.11
E. coli	11	13.58
S. aureus	7	8.64
Proteus	6	7.40
Klebsiella pneumoniae	7	8.64

Fuente: CCIAS

**Cuadro No.9**

**Microorganismos identificados en IIH del sitio operatorio.  
Enero-Diciembre, 2020.**

Microorganismos	Frecuencia	Porcentajes
Enterobacter spp	18	31.57
Klebsiella pneumoniae	15	26.31
Pseudomona aeruginosa	11	19.29
E. coli	10	17.54
Proteus	3	5.26

Fuente: CCIAS

**Cuadro No. 10**

**Muertes asociadas a IIH  
Enero-Diciembre, 2020. (n=105)**

Muertes causadas por IIH	0	0
IH contribuyente a la muerte	1	0.95%
Muertes no relacionadas con IIH	3	2.85%
Desconocidas	1	0.95%
<b>Total defunciones</b>	<b>5</b>	<b>4.76%</b>

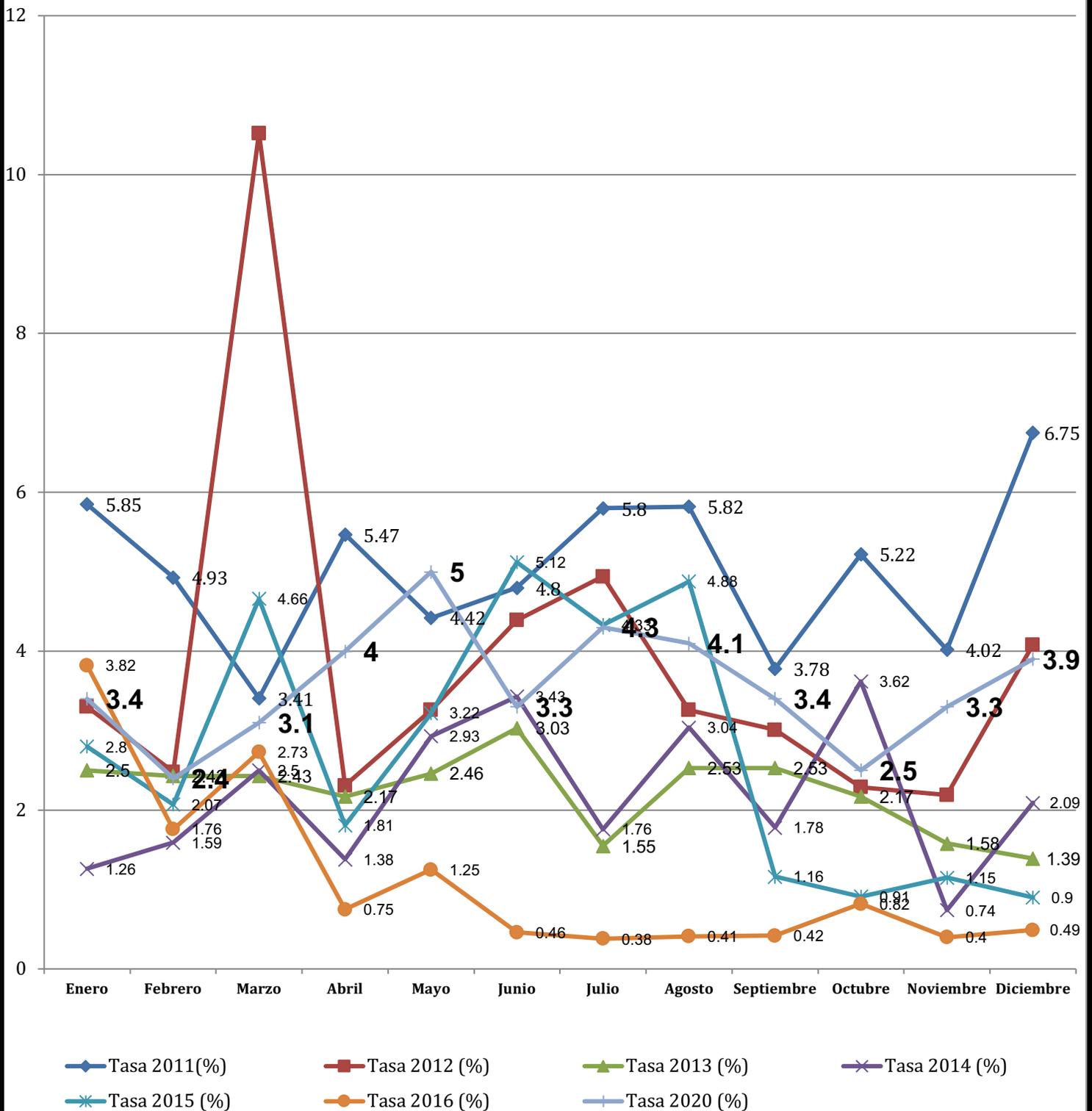
Fuente: Comité Control de Infecciones

\* Tasa por 100 casos de IIH

**Letalidad directa: 0**

**Letalidad contribuyente: 0.95**

**Q) Comportamiento histórico tasa de IAAS, por mes y año. Hospital traumatológico y quirúrgico profesor “Juan Bosch”. El Pino, La Vega, República Dominicana. Periodos Enero-Diciembre, año 2011 a año 2020.**



## R) Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos Año 2021.

### 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. En esta entrega, se presentan además los resultados de Laboratorio clínico, Imágenes y medicina física y rehabilitación. junio 2021.

#### 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 información brindada por el personal de admisión y 97% con el personal de facturación.
- ☞ 100% volvería al hospital
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la manera en que el personal del hospital le informó o aclaró sobre alguna duda
- ☞ 99% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el respeto a la privacidad.
- ☞ 99% recomendaría el hospital
- ☞ 99% de los entrevistados se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al usuario, admisión, caja, etc.) al brindarle los servicios.
- ☞ 99% percibió que se le trató con respeto.
- ☞ 99% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los consultorios
- ☞ 97% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada
- ☞ 97% considera que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.
- ☞ 97% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada
- ☞ 97% considera que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.
- ☞ 99% recomendaría el hospital
- ☞ 97% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que tiene el hospital.
- ☞ 96% de los entrevistados se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico.
- ☞ 96% encontró el servicio que buscaba.
- ☞ 94% 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
- ☞ 94% el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- ☞ 94% percibió que el médico dedicó a su atención de 10 a mas de 30 minutos.

## Mejorar:

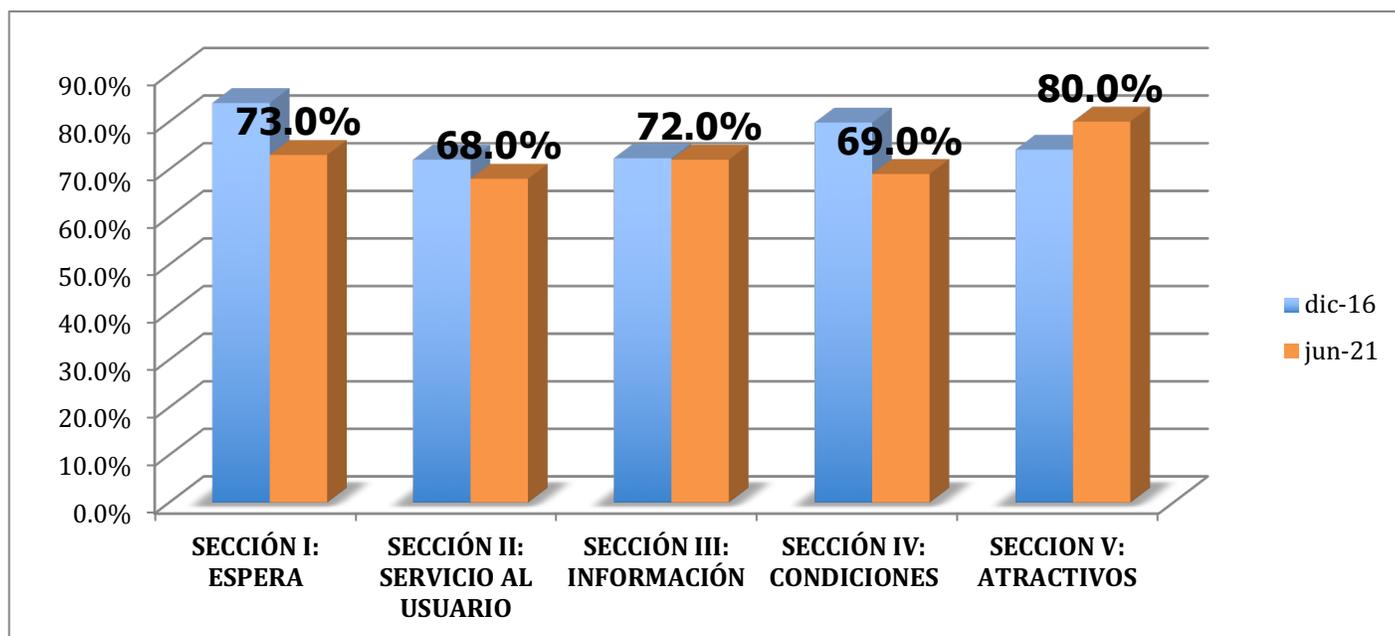
- ☞ 64% no conoce el nombre de la enfermera o persona que le hizo pasar al consultorio
- ☞ 40% sólo conoce una manera de programar su cita.
- ☞ 38% esperó de dos a más de tres horas para ser atendido, desde el horario oficial del inicio de la consulta. 26% considera este tiempo de demasiado a exagerado.
- ☞ 34% no conoce el nombre del médico que le atendió.
- ☞ 33% no conoce o le han informado sobre alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.
- ☞ 25% dice le fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o solicitar su autorización.
- ☞ 19% no fue atendido en el horario programado.
- ☞ 17% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el horario de atención en consulta.
- ☞ 16% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)
- ☞ 14% no habló con el médico en privado, sin que otras personas pudiesen escuchar.

## 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 atractivos de la institución con **80%**, seguido de espera con **73%** e información **72%**.

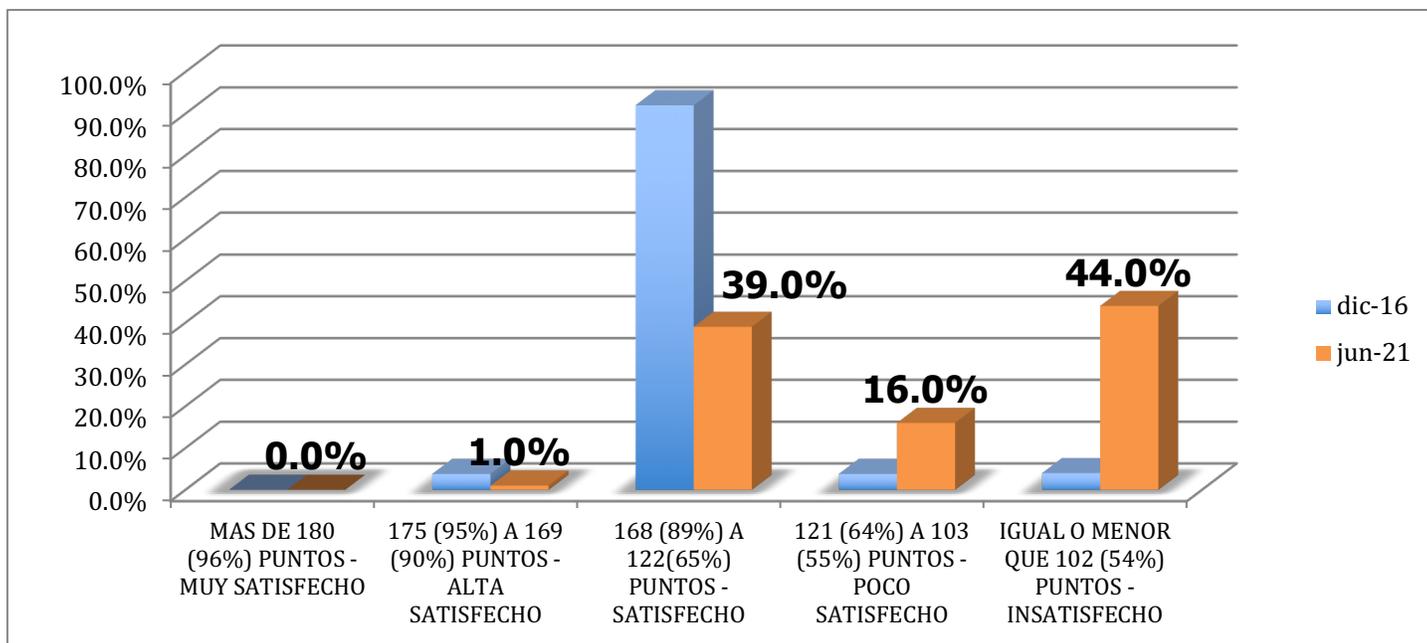
Condiciones de medio ambiente, confort e higiene obtuvo **69%**. La sección menos valorada fue servicio al usuario, trato y accesibilidad con **68%**.

## Gráfico No. 32: Satisfacción por Áreas.



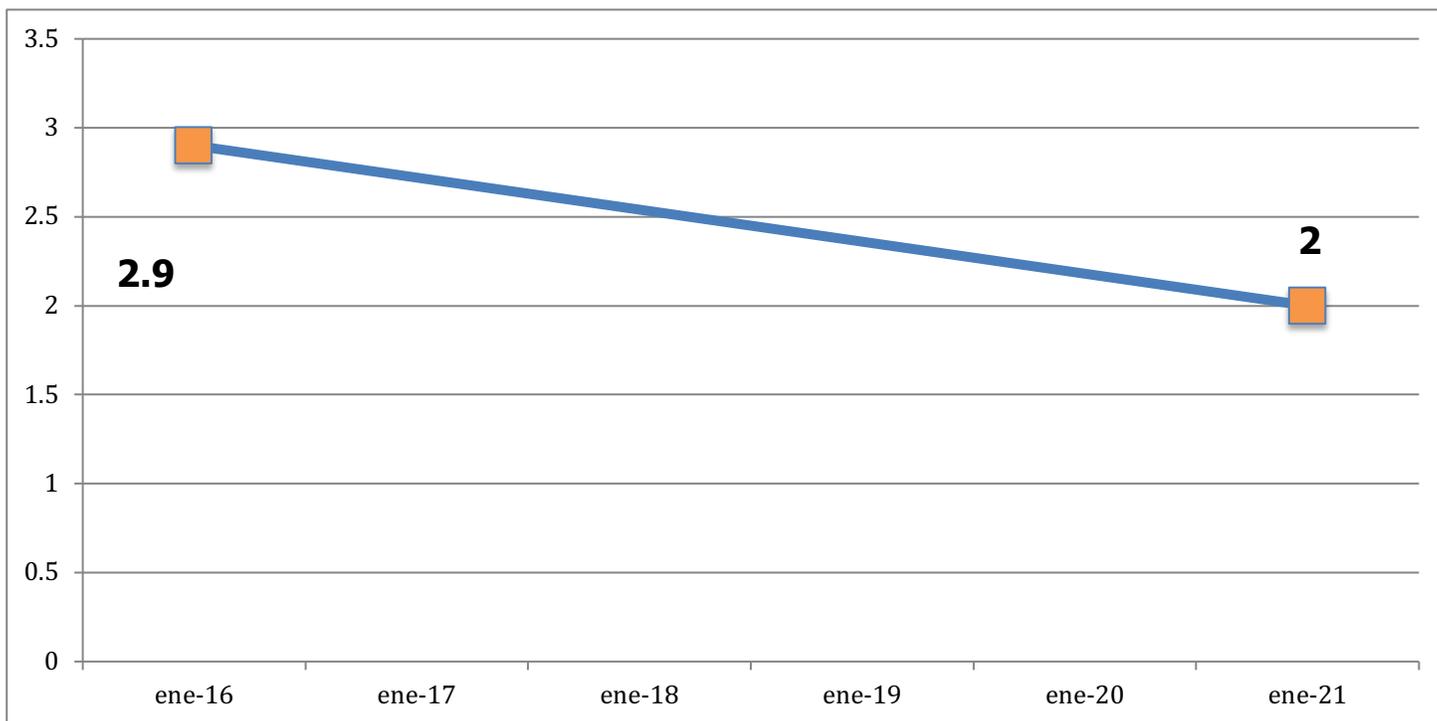
El nivel general de satisfacción de los usuarios en el área de consulta externa es el siguiente: un **39%** está satisfecho, **16%** poco satisfecho y **1%** altamente satisfecho. **44%** insatisfecho.

**Gráfico: Nivel 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 en el área de consulta externa nos da un índice de **2**, el cual se encuentra en un Grado de satisfacción, es de **Poco Satisfecho**.

**Gráfico: Comportamiento Histórico del Índice de Likert**



### **Positivos:**

- Las atenciones, el trato al paciente
- La limpieza, el personal medico
- Dan la información necesaria, buena higiene, amabilidad
- Me gusta el trato de ellos todo
- Los servicios sanitarios, la atención, la limpieza
- Por que es practico, buscando lo económico
- Buen servicio, ha mejorado en el área de autorización al seguro
- Todos en el hospital me encanta por eso lo recomiendo
- Bien amplio mucha higiene
- Que los doctores son buenos, siempre le dicen lo que uno necesita y recetan buenos medicamentos
- Le gusta por la baja cantidad de dinero que paga
- La cafetería
- La limpieza, la respuesta a las necesidades, la atención al personal
- Le gusta todo porque resuelven
- Por lo profesionales que son
- Le gusta por que dan la información
- Frescura, limpieza
- El horario
- Todo por que es un hospital excelente
- La atención, la limpieza y el trato de las enfermeras

### **Mejorar:**

- Son lentos, los doctores llegan tarde
- A veces hay que esperar mucho tiempo
- Lo único que no me gusta es esperar en consulta
- Los asientos y tardan mucho
- No le gusta por el cambio de citas
- Los asientos y distanciamiento no hay
- La tardanza en atender
- Que hay que estar detrás de los médicos, tarde
- El aire en algunas áreas no me gusta
- El aire es muy fuerte
- La limpieza de los baños
- Esperar, la medicación, esperar cita, perdida de tiempo por cambios de cita
- Que las citas las ponen demasiado lejos
- Hay que venir muy temprano a buscar los tickets para que atiendan rápido
- El horario de atención

## 2- Emergencia:

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

### Positivos:

- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la capacidad, conocimiento y prontitud del personal en los puntos de atención.
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la rapidez de los médicos.
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico por su atención
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato ofrecido por el personal de seguridad.
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la disponibilidad de equipos y 98% con la disponibilidad de medicamentos e insumos.
- ☞ 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y cubículos de atención
- ☞ 100% recomendaría y 98.1% volvería al hospital.
- ☞ 98% percibió que se le trató con respeto.
- ☞ 96% le parecen adecuados los carteles y letreros publicados en la emergencia.
- ☞ 96% encontró el servicio requerido.
- ☞ 96% se siente de satisfecho a altamente satisfecho con la información brindada por el personal de admisión satisface su inquietud o necesidad.
- ☞ 94% fue asistido en la primera hora desde su llegada al hospital, de estos el 62% fue asistido antes de 15 minutos y 22% antes de media hora.
- ☞ 94% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital.
- ☞ 94% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la camilla, sábanas.

### Mejorar:

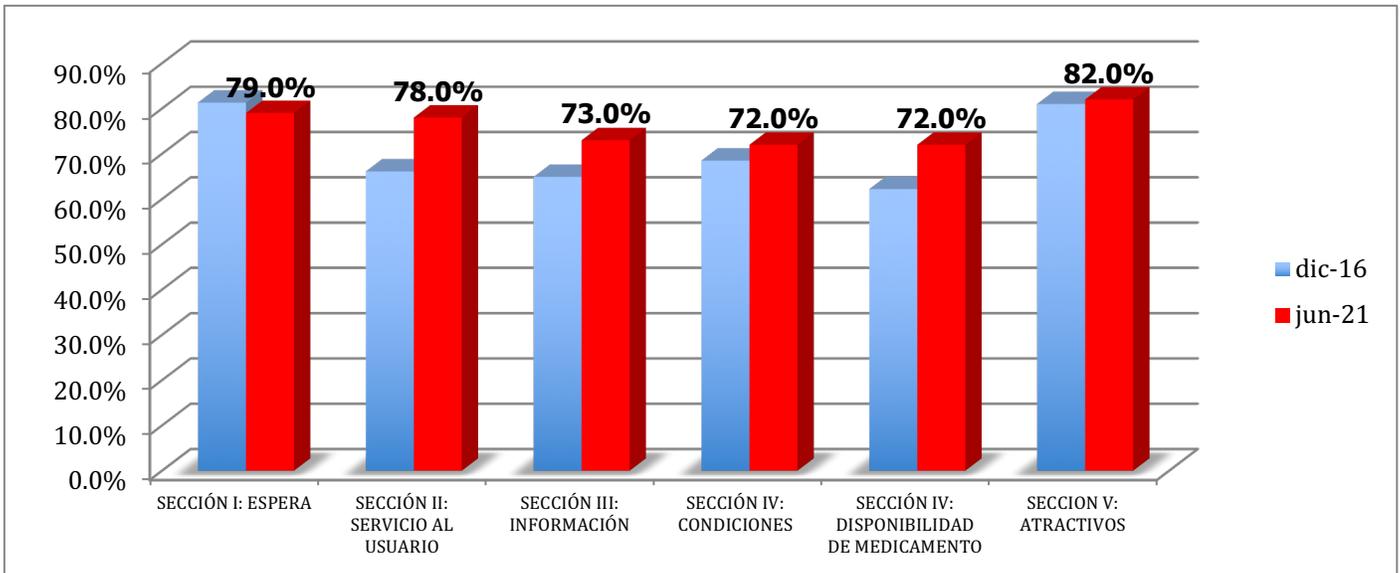
- ☞ **44%** dice e fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o sin pedir autorización.
- ☞ **47%** no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente.
- ☞ **35%** no conoce el nombre del médico que le atendió.
- ☞ **18%** se sintió de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios.
- ☞ **18%** los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para la higiene personal.
- ☞ **16%** no le informaron sobre las diferentes formas de expresar quejas, sugerencias o felicitaciones.
- ☞ **14%** se siente insatisfecho en sentido general con los servicios que brinda el hospital.
- ☞ **12%** dice la emergencia no tenía personal para informarle sobre el funcionamiento.
- ☞ **12%** se sintió poco satisfecho con los ruidos e intensidad de estos.
- ☞ **11%** no pudo hablar en privado con el medico, sin que otras personas escucharan.
- ☞ **10%** considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.

**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 atractivos de la institución con **82%**, seguido de espera con **79%** y servicio al usuario con **78%**.

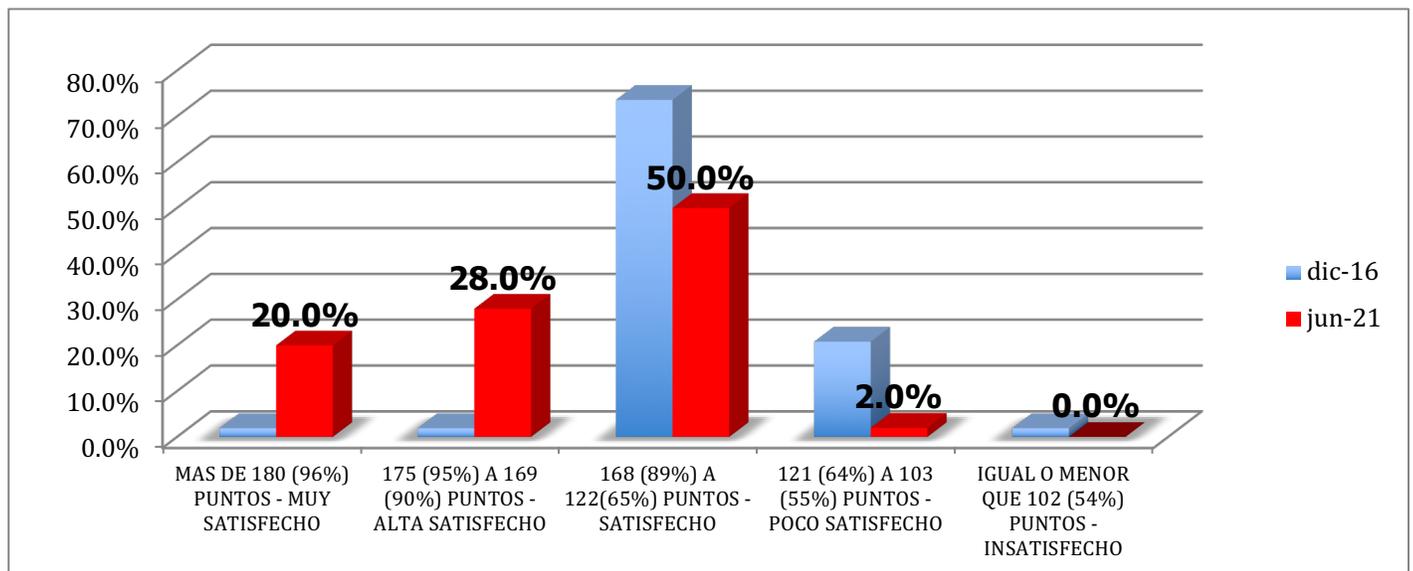
Los aspectos relacionados con informacio4n, obtuvieron un **73%**, mientras que Medio ambiente obtuvo **72%** igual que logística de medicamentos e insumos.

**Gráfico No. 36: Satisfacción por Áreas.**



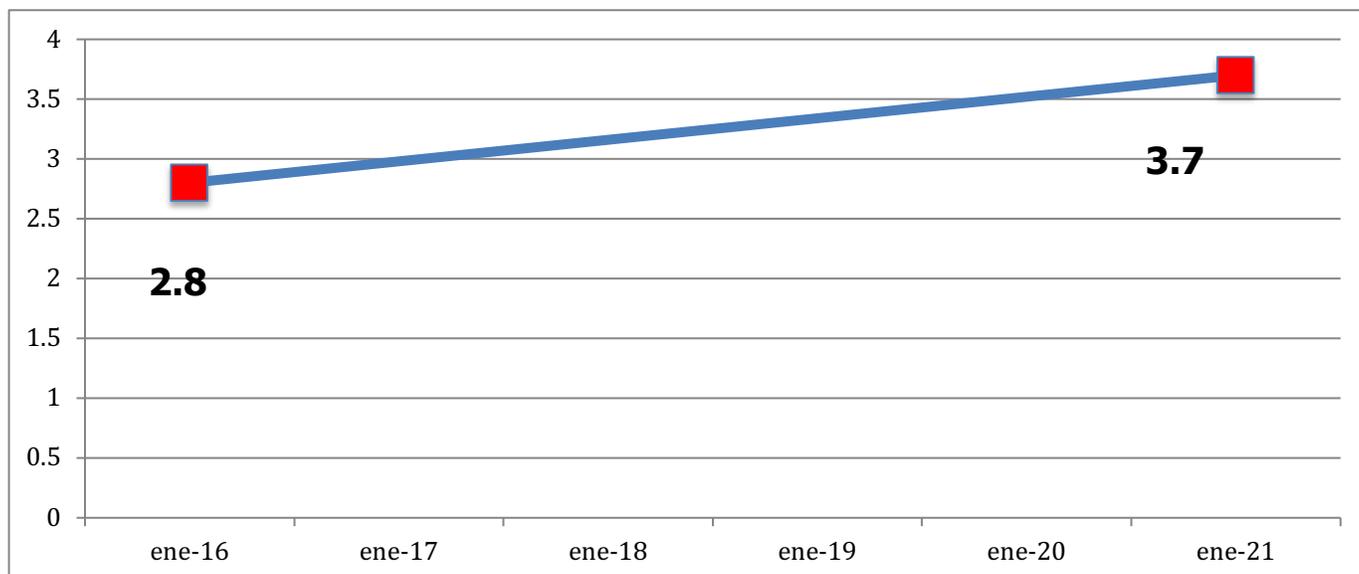
El **nivel general de satisfacción** de los usuarios de emergencia es el siguiente: **50%** satisfechos, **28%** altamente satisfechos. **20%** se encuentran muy satisfechos, **2%** poco satisfechos.

**Gráfico: Nivel Satisfacción General**



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 3.7**, el cual determina el grado general de satisfacción es de: **Satisfechos** con tendencia hacia **Altamente Satisfecho**.

### Comportamiento Histórico del Índice de Likert



### Observaciones

- La agilidad y como toman su trabajo
- Le gusta la amabilidad de los doctores
- La higiene, trato y atención
- Muy buen servicio
- Atienden súper bien
- Doctores capacitados para su trabajo
- La dedicación y humildad de los doctores
- Perfectos servicios
- La cama, la iluminación, el aire
- Rápidos curando y ofrecen buena atención
- Muy buen comportamiento por las enfermeras, todo bien
- Perfecta atención medica de parte de los doctores
- La higiene, la atención, las mujeres están bien bonitas
- Perfecta higiene
- Efectivos a la hora de la atención medica
- La iluminación, la limpieza
- Buenos equipos y efectivos en el trabajo

## **A tomar en Cuenta**

- Falta mas personal, mas equipo medico
- La espera
- La poca atención
- Muy caliente
- Los lavamos descompuestos
- La cafetería, el comedor
- El horario de atención
- No tiene coordinación de descanso todos comen al mismo tiempo
- La limpieza del baño
- Mas higiene en el baño
- La bulla

### 3- Hospitalización:

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

#### Positivos:

- ☞ **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.
- ☞ **100%** percibió que fue tratado con respeto.
- ☞ **100%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la limpieza de la habitación y 94% con el mobiliario.
- ☞ **100%** de los usuarios se sintió de muy satisfecho a satisfecho en sentido general con los servicios que ofrece el hospital
- ☞ **100%** volvería al hospital y 100% lo recomendaría.
- ☞ 97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con los procedimientos de toma de muestra, realización de imágenes diagnósticas y la realización de otros procedimientos.
- ☞ 97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que el personal le aclaró alguna duda.
- ☞ 94% considera aceptable el tiempo transcurrido desde la llegada al hospital al ingreso al área de hospitalización.
- ☞ 94% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el interés que muestra el medico por su dolencia.
- ☞ **94%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.
- ☞ 94% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato del personal de seguridad.
- ☞ 92% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el pase de visita.
- ☞ **92%** de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con los trámites establecidos para ser admitido en sala de hospitalización.
- ☞ 92% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la privacidad ofrecida en el área de hospitalización.

#### Mejorar:

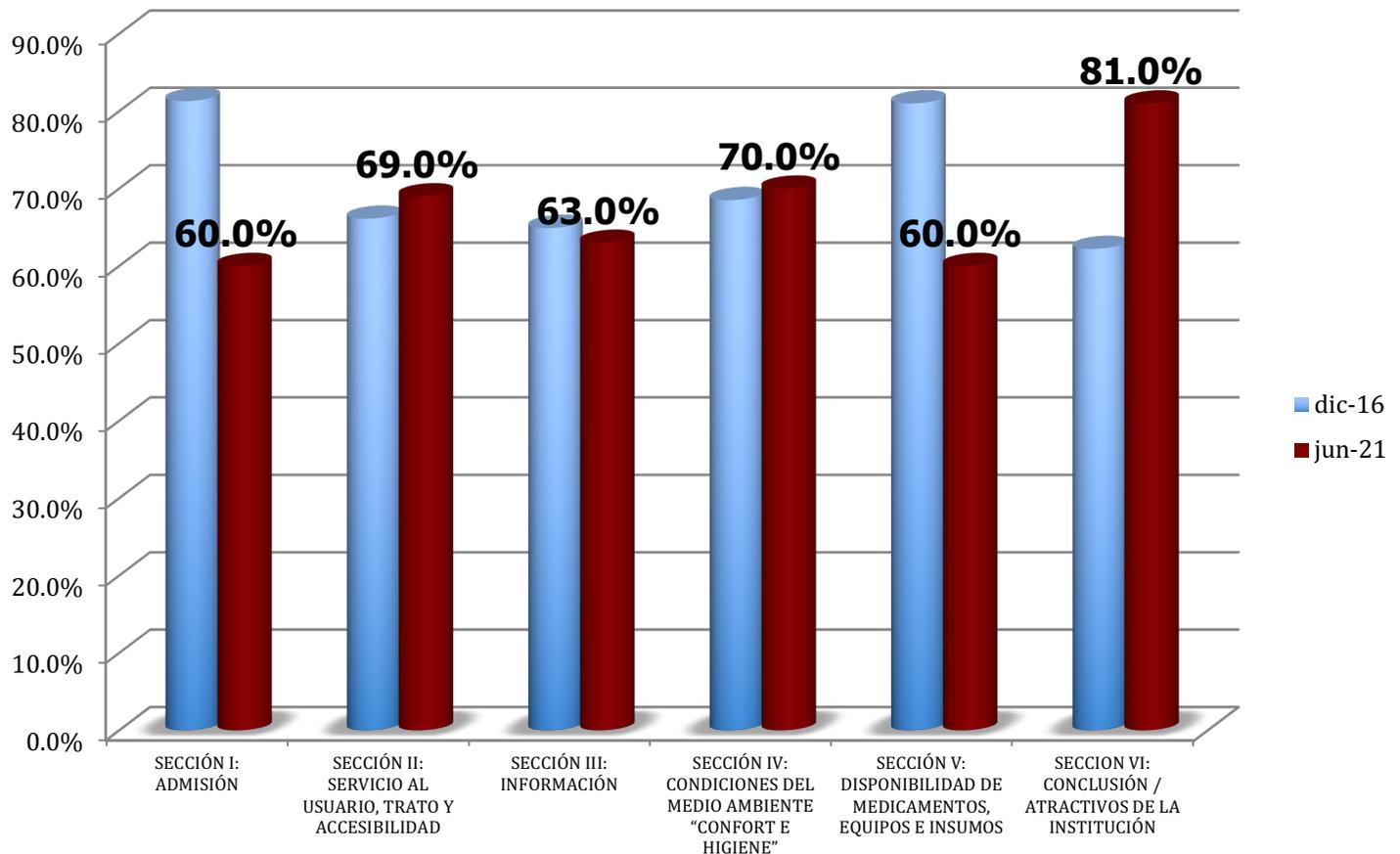
- ☞ **61%** no conoce el nombre del médico que le atendió.
- ☞ **67%** no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente durante el ingreso.
- ☞ **36%** NO reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.
- ☞ **17%** NO se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización
- ☞ **14%** NO Se le ha informado sobre el seguimiento que va a necesitar durante los próximos días o meses posteriores a la hospitalización
- ☞ **11%** dice se le ha realizado algún procedimiento sin informarle en que consiste este o pedir su autorización.
- ☞ **11%** no se le permitió participar en la decisiones sobre su tratamiento.
- ☞ **11%** considera de mucho a demasiado el tiempo de espera para el personal acudir al llamado.
- ☞ **11%** no podría reproducir o poner en practica las explicaciones ofrecidas durante su estancia.

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

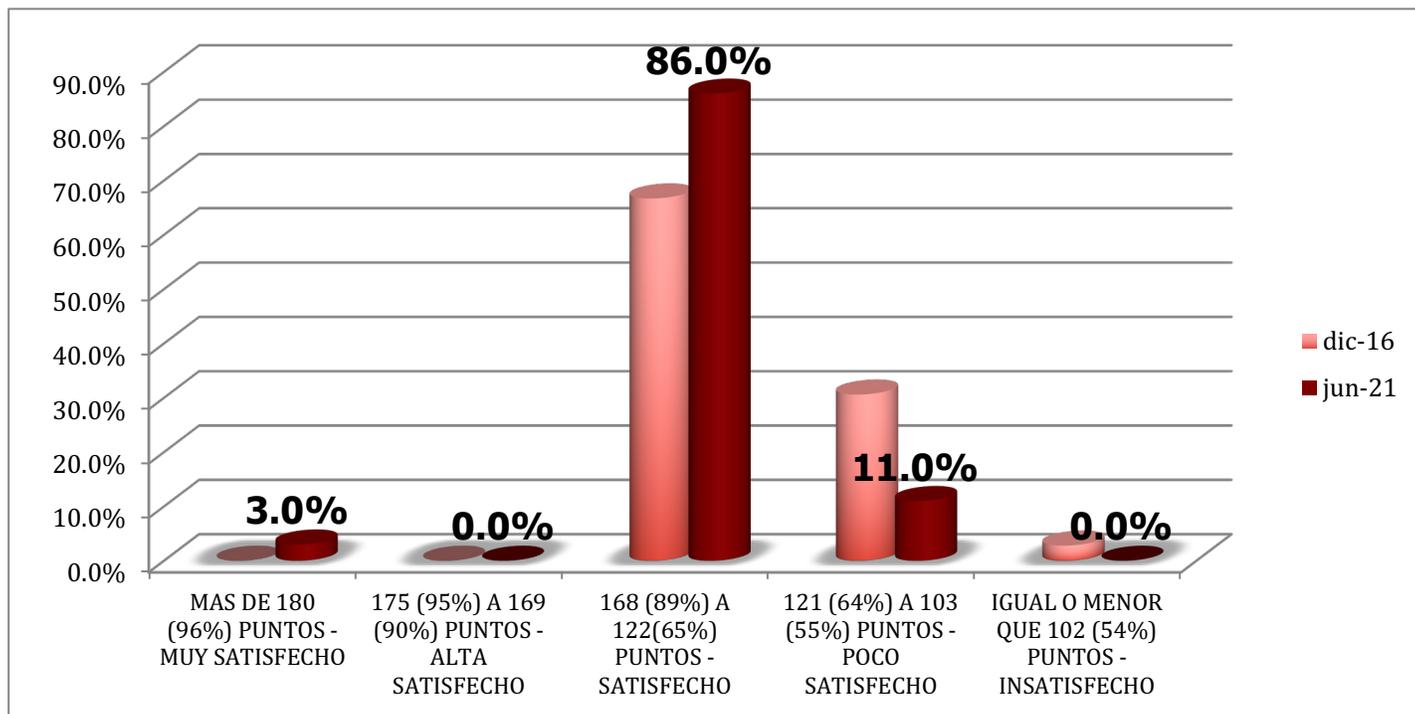
El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **atractivos de la institución, con 81%**, seguido de **medio ambiente confort e higiene con 70%** y **Servicio al Usuario fue valorado con 69%** e **información con 63%**.

Las áreas de admisión y disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos obtuvieron **60%** cada una.

**Gráfico No. 34: Nivel de Satisfacción por Área**

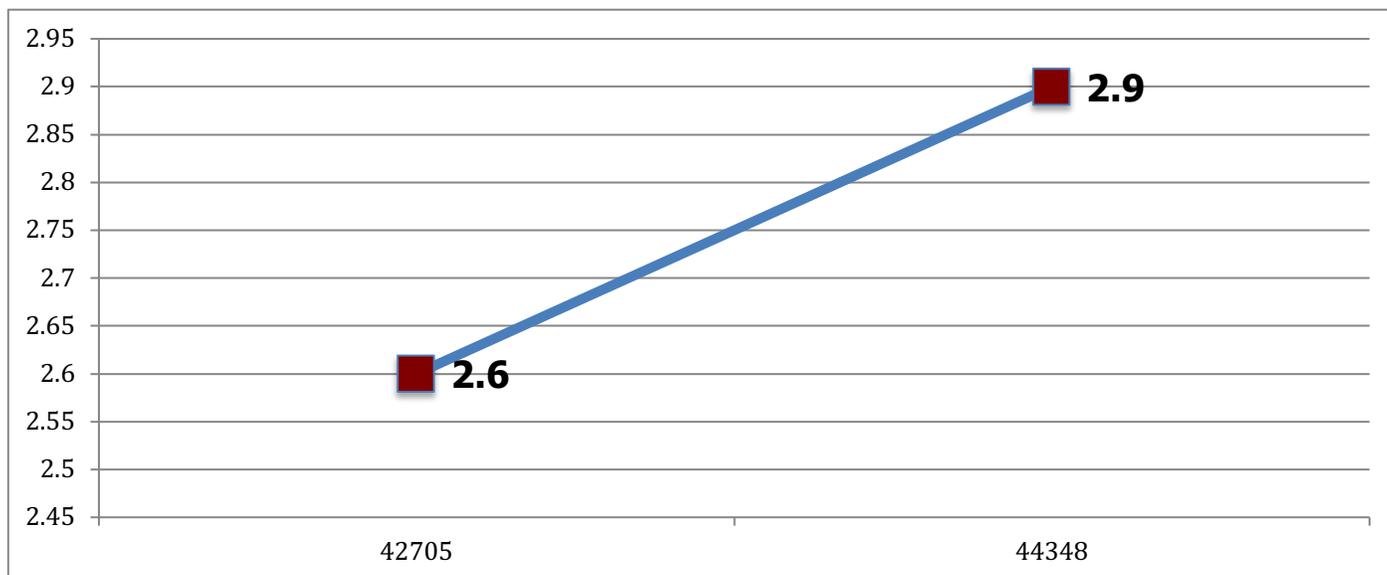


El nivel general de satisfacción de los usuarios de hospitalización fue el siguiente: **86.0%** satisfechos, **11.0%** poco satisfechos, **3.0%** Muy satisfechos.



La escala de Likert, nos refleja un índice de **2.9**, el cual determina el grado general de satisfacción de: **Poco Satisfecho**, con tendencia a satisfecho.

**Gráfico No. 35: Comportamiento Histórico del Índice de Likert**



**Observaciones:**

- Se siente bien en la habitación
- Todo esta bien
- Me pareció adecuado todo, buena atención y limpieza
- Esta en perfecta condiciones
- Esta perfecto así
- Todo excelente
- No falta nada todo excelente

**A tomar en cuenta:**

- Los mobiliarios para estar mas cómodos, sillas
- Arreglar el techo cae goteras y poner un televisor
- Que pongan aire o abanico y televisor
- No hay aire ni abanico
- La calefacción no es buena
- Poner aire o abanico y televisor para el paciente
- Recomendando mejorar ambiente
- Mejorar las camas
- Reparar las camas
- La cama es muy dura
- Higienizar los techos y las cortinas
- Cambiar los colchones están muy duros
- Que las camas sean mas suaves y el aire
- Camas mas suaves y calefacción
- Televisión con Netflix
- Administrar el aire

### 3- Imágenes:

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

#### Positivos:

- ☞ **100%** podría reproducir y poner en practica las informaciones suministradas.
- ☞ **100%** dice que el cubículo de atención contaron con todo lo necesario para la realización del estudio
- ☞ **98%** de los usuarios fue atendido antes de 3 horas, 75% antes de la primera hora del inicio formal de actividades.
- ☞ **98%** le fue informado donde y cuando retirar los estudios.
- ☞ **98%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con el respeto a la privacidad.
- ☞ **98%** dice se le explicó la preparación necesaria para la realización del estudio.
- ☞ **98%** fue atendido respetando la programación y el orden de llegada.
- ☞ **98%** Considera que se le hablo con claridad con respecto a la información suministrada referente a tarifas, cobertura de seguro, copagos, estudios no disponibles, otros
- ☞ **97%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con el trato brindado por el personal técnico.
- ☞ **97%** encontró los servicios que le recetaron.
- ☞ **97%** pudo hablar con el personal que le atendió en privado.
- ☞ **95%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (Servicio al usuario, admisión, caja, etc.) al brindarle los servicios.
- ☞ **95%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la amabilidad y el respeto por parte de la persona que asiste en el área de imágenes.
- ☞ **95%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con las facilidades para la realización de estudios de imágenes.
- ☞ **95%** se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con las informaciones brindadas por el personal de facturación.
- ☞ **95%** considera conveniente el horario de atención
- ☞ **94%** fue atendido en el horario programado.
- ☞ **94%** volvería al hospital
- ☞ **94%** recomendaría el hospital

#### Mejorar:

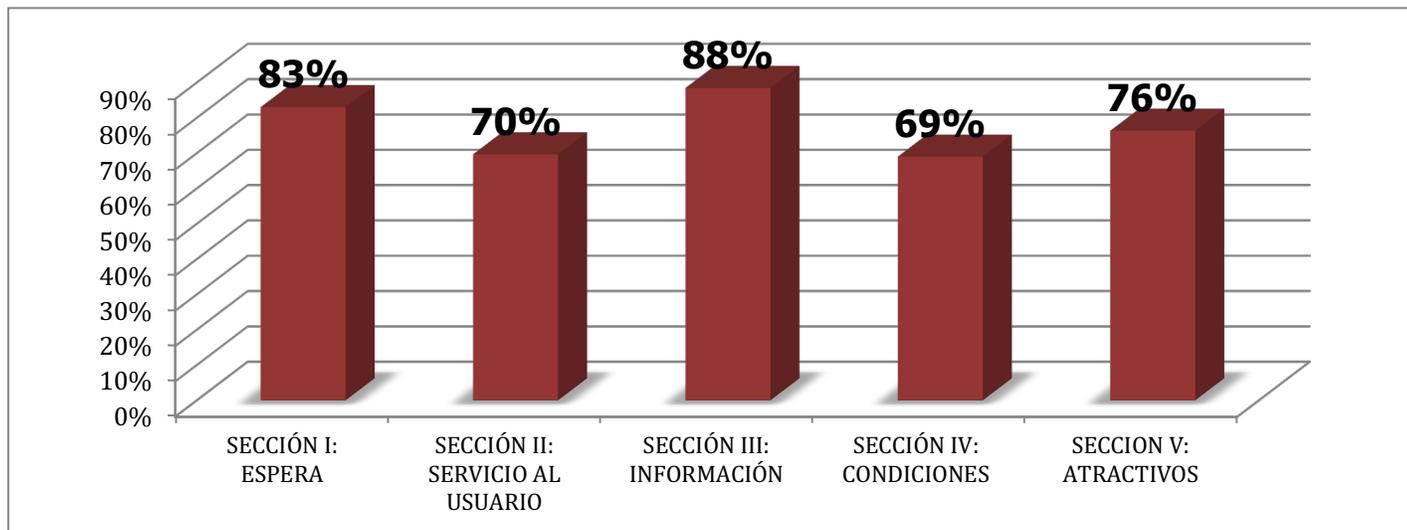
- ☞ **60%** solo conoce de una a ninguna manera de programar su cita.
- ☞ **50%** no conoce el nombre del técnico que le atendió
- ☞ **19%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza de los servicios sanitarios.
- ☞ **24%** al momento de utilizar los servicios sanitarios el día de hoy, NO tenían los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas, área para cambio de pañal).
- ☞ **12%** considera de mucho a exagerado el tiempo de espera para recibir atención

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

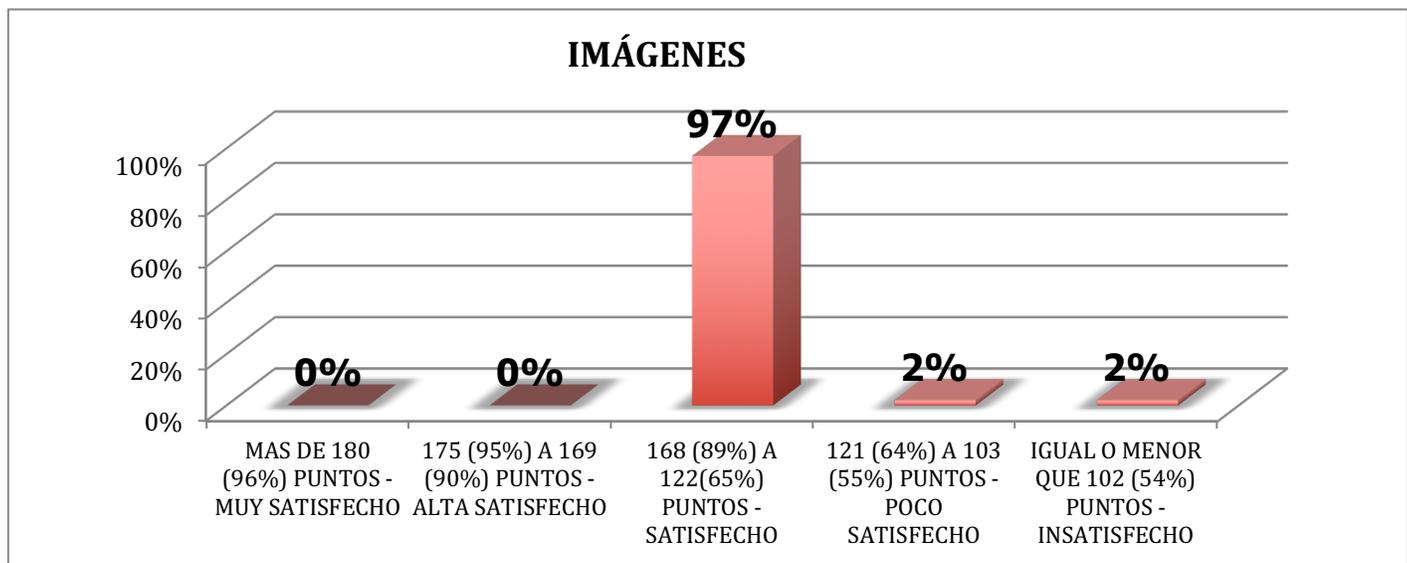
El nivel de satisfacción más alto fue considerado para las secciones relacionadas con **información con 83%, seguido de espera con 83% y atractivos de la institución con 76%.**

Servicio al usuario, trato y accesibilidad obtuvo **70%**, condiciones de medio ambiente, confort e higiene **69%**, para ser la menos ponderada por los usuarios entrevistados.

**Gráfico No.: Nivel de Satisfacción por Área**



**El nivel general de satisfacción de los usuarios de Imágenes Médicas fue el siguiente: 97% satisfechos, 2% poco satisfechos, 1% insatisfechos.**



La escala de Likert, nos refleja un índice de **3**, el cual determina el grado general de satisfacción de: **Satisfecho.**

### **Observaciones:**

- Limpieza y atención
- luz, limpieza y atención
- Calidad y atención
- Es accesible para todo el publico
- Su amabilidad y el respeto
- El orden, la higiene y el respeto
- Atienden muy bien
- Los sillones, el ambiente, la higiene
- Hay mucha higiene, son respetuosos, amables y tienen buenos equipos
- Buenos equipos, limpieza y son muy amables con las personas
- Son dedicados en su trabajo tienen buenos equipos y son amables
- El cariño y la atención de sus médicos
- El buen trato que recibimos
- Por la tranquilidad y los buenos médicos
- Tienen personas capacitadas el área esta muy limpia son responsables

### **A tomar en cuenta:**

- La acumulación de personas
- La aglomeración de personas
- Hoy por primera vez me trataron bien, me trataron muy mal
- No me gusta que para coger una cita por teléfono se dura mucho
- Hay que esperar mucho para atender a las personas
- Los asientos hay pocos
- Mucho tiempo de espera
- No le gusta la cafetería
- No le gusta lo fuertes olores a detergentes

### 3- Laboratorio Clínico

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

#### Positivos:

- ☞ **100%** fueron atendidos antes de las tres horas. De estos 84 % antes de una hora.
- ☞ **100%** Considera el horario de atención es conveniente de acuerdo a sus necesidades.
- ☞ **100%** se le explicó la preparación necesaria para los exámenes antes de la toma de la muestra (No comer, tomar agua, etc.)
- ☞ **99%** los cubículos de toma de muestra contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.
- ☞ **99%** fue atendido en el horario programado y su atención fue realizada respetando el orden de llegada.
- ☞ **99%** se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con la información brindada por el personal y considera que se le habló con claridad en relación a las pruebas a realizar.
- ☞ **97%** se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con el trato brindado por el personal del laboratorio
- ☞ **97%** encontró las pruebas que fue a realizar.
- ☞ **97%** considera adecuado los letreros y señalizaciones.
- ☞ **97%** se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con el respeto a la privacidad.
- ☞ **97%** se siente de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los cubículos de toma de muestra
- ☞ **96%** volvería al hospital
- ☞ **94%** recomendaría el hospital
- ☞ **94%** Durante la toma de muestra habló con el personal en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar....
- ☞ **92%** Considera de poco a aceptable el tiempo de espera para ser atendido.
- ☞ **90%** le informaron sobre la atención prioritaria que tienen los usuarios ej.: embarazadas, adultos mayores, niños, personas en estado de discapacidad, o los pudo leer en alguna área del laboratorio

#### Mejorar:

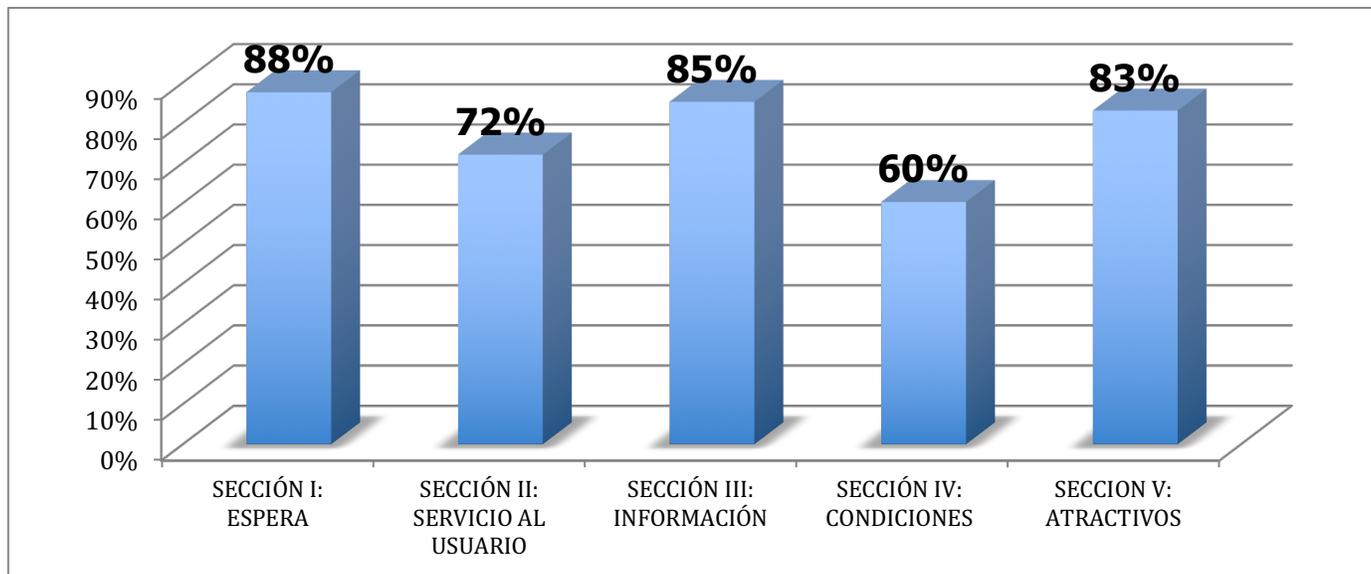
- ☞ **50%** solo conoce de una a ninguna manera de programar su cita.
- ☞ **29%** no conoce el nombre de la bionalista que le tomo/recibió la muestra.
- ☞ **20%** no se le explicó el procedimiento a realizar
- ☞ **11%** Al momento de utilizar los servicios sanitarios el día de hoy, NO tenían los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas, área para cambio de pañal).
- ☞ **11%** no se le explicó como y cuando retirar los resultados.

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

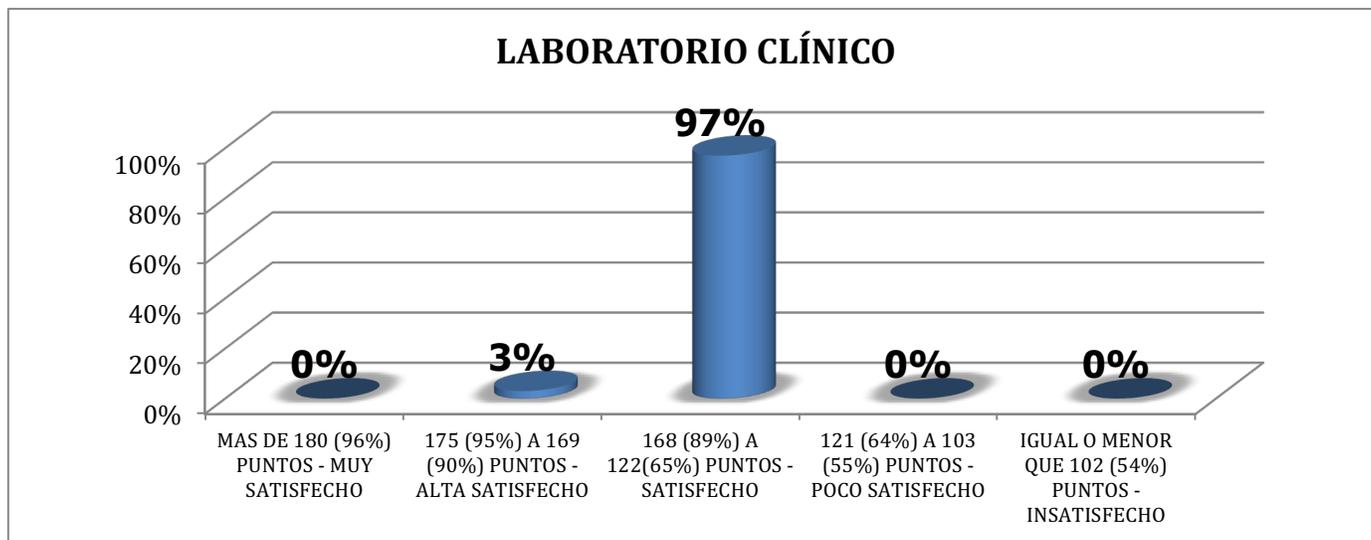
El nivel de satisfacción más alto fue considerado para las secciones relacionadas con **espera 88%**, **información con 85%** y **atractivos de la institución con 83%**.

Servicio al usuario, trato y accesibilidad obtuvo 72%, condiciones de medio ambiente, confort e higiene 60%, para ser la menos ponderada por los usuarios entrevistados.

**Gráfico No.: Nivel de Satisfacción por Área**



**El nivel general de satisfacción de los usuarios de Laboratorio Clínico fue el siguiente: 97% satisfechos, 3% altamente satisfechos.**



La escala de Likert, nos refleja un índice de **3**, el cual determina el grado general de satisfacción de: **Satisfecho**.

**Observaciones:**

- La humildad y amabilidad del personal
- La atención, amabilidad del personal
- El buen trato al paciente
- Buen trato y atención al paciente, la limpieza
- Son buenos curando, queda cerca de mi hogar, buena atención
- Son rápidos, hay mucha higiene y amables
- Son limpios y rápidos
- Buenos equipos, respeto y amabilidad
- Buenas personas y te dan buen trato
- Buenos equipos de trabajo y nos atienden súper bien
- Como las enfermeras atienden
- Le gusta por los buenos médicos

**A tomar en cuenta:**

- No le gusta por que a veces le pasan personas en su turno, deben aprender etiqueta y protocolo.
- No le gusta porque tiene que esperar mucho
- Por los olores fuerte del detergente
- No le gusta la espera
- La limpieza de los ductos del aire

## 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:

- ☞ **98%** esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser tratado por su superior y por sus compañeros.
- ☞ **96%** esta de muy satisfecho a satisfecho con las facilidades para entrevistarse con su superior inmediato.
- ☞ **95%** esta de muy satisfecho a satisfecho con las condiciones para conciliar la vida laboral y familiar
- ☞ **94%** esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que la institución cumple sus valores.
- ☞ **94%** esta de muy satisfecho a satisfecho con relación a cumplir y proteger los derechos de los empleados.
- ☞ **93%** colaboradores esta de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza y orden de las áreas de trabajo.
- ☞ **93%** colaboradores esta de muy satisfecho a satisfecho
- ☞ **93%** esta de muy satisfecho a satisfecho con los criterios de justicia, igualdad de oportunidades.
- ☞ **93%** dispone de los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo
- ☞ **91%** esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser tratado por las autoridades.
- ☞ **91%** reconoce la existencia de acciones de supervisión
- ☞ **90%** responde afirmativamente a la pregunta de que la institución donde labora cumple con sus fundamentos (misión, visión, valores).

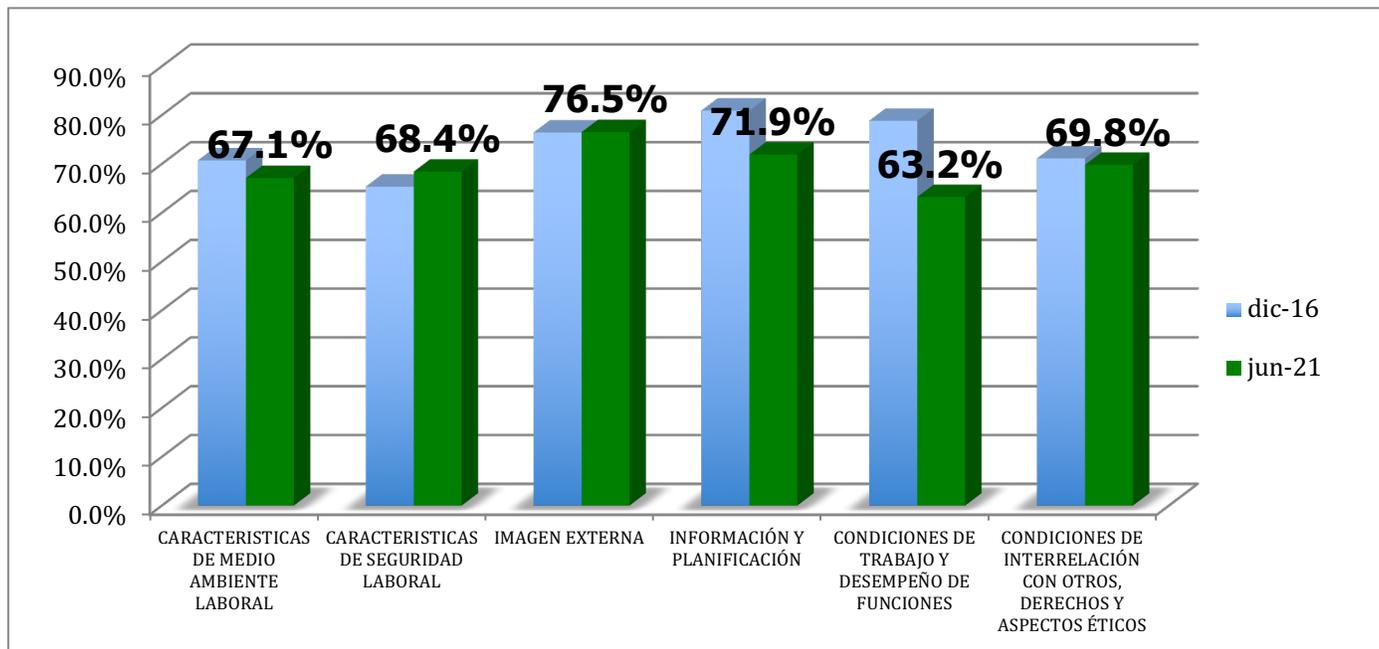
### Mejorar:

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

- ☞ **76%** no ha recibido pago por horas extras.
- ☞ **69%** considera su salario no esta acorde con las funciones que realiza.
- ☞ **66%** dice en su gerencia o servicio no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo.
- ☞ **56%** dice no ha quedado satisfecho con el incentivo recibido.
- ☞ **47%** no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones.
- ☞ **44%** no cuenta con facilidades para la adquisición de vestuarios.
- ☞ **40%** dice no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.
- ☞ **37%** no conoce la existencia de un plan de emergencia
- ☞ **37%** considera el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.
- ☞ **37%** no participa en la definición/revisión de los procesos
- ☞ **36%** no conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño.
- ☞ **36%** no dispone de vestuario adecuado.
- ☞ **35%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la participación en la definición/revisión de los procesos.

- ☞ **35%** no dispone de facilidades para la educación continuada.
- ☞ **31%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza y orden de las habitaciones y áreas de descanso.
- ☞ **31%** considera que su jefe no conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución
- ☞ **31%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las capacitaciones para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.
- ☞ **31%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con los alimentos servidos al personal.
- ☞ **29%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.
- ☞ **28%** no conoce de la existencia de un plan de capacitación.
- ☞ **27%** no conoce la existencia de un plan de capacitación en la institución.
- ☞ **27%** no dispone de todos los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo.
- ☞ **26%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para la ingesta/preparación de alimentos.
- ☞ **26%** no se le informa cuando se realizan cambios o actualizaciones.
- ☞ **25%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza de baños.
- ☞ **23%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la forma en que la institución se adapta a los cambios.
- ☞ **22%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía de los asientos.
- ☞ **20%** dice al entrar a la institución no se le entregó información institucional
- ☞ **20%** considera que la carga de trabajo no esta distribuida proporcionalmente.
- ☞ **20%** no conoce el organigrama de su gerencia o servicio.
- ☞ **18%** dice la forma como fue seleccionado no le confiere seguridad laboral.
- ☞ **15%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones contenidas en los manuales. Y 12% con la capacitación recibida al momento de su ingreso.
- ☞ **15%** al entrar a la institución no se le informó sobre misión, visión valores.
- ☞ **13%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el control de ruidos. **11%** con la climatización
- ☞ **13%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el tamaño de las áreas de trabajo.
- ☞ **13%** dice en su área de trabajo no existen informaciones/ imágenes/advertencias para prevenir riesgos.
- ☞ **13%** su superior inmediato no lo mantiene informado sobre las informaciones que competen a su trabajo.
- ☞ **12%** se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la imagen que proyecta la institución.

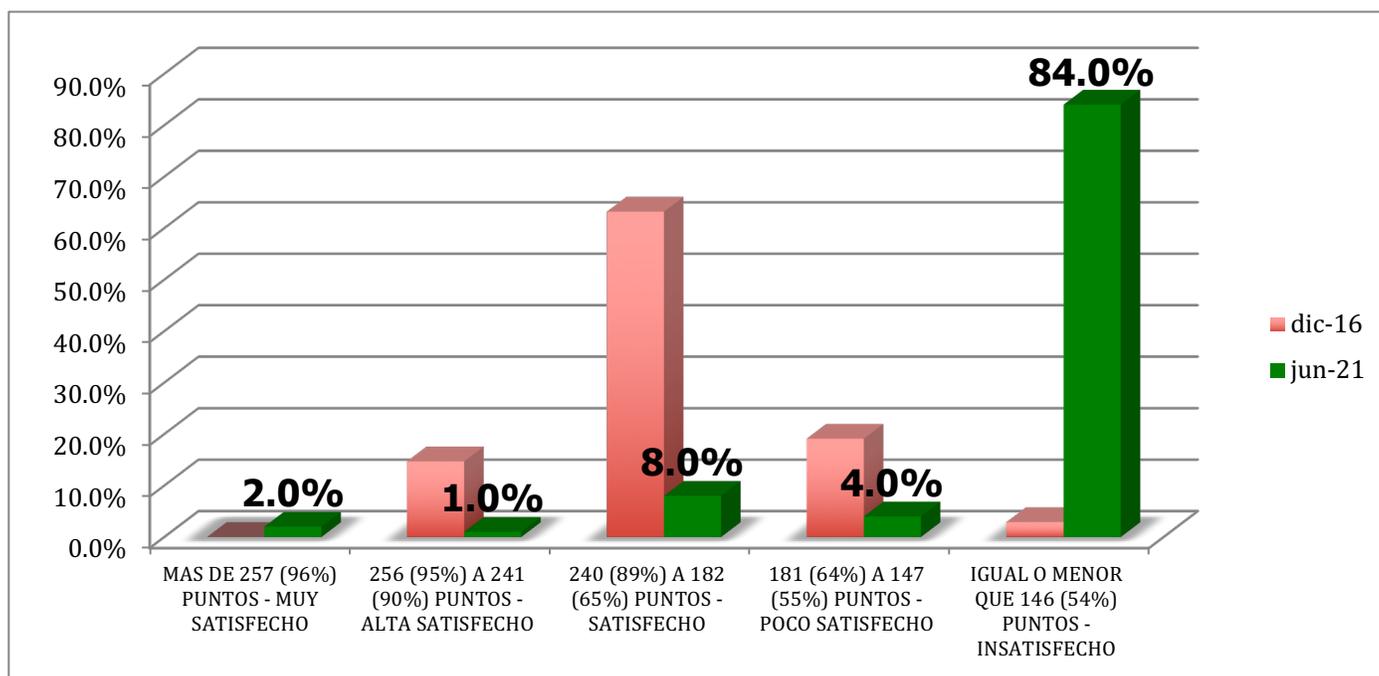
**Gráfico No. 46: Nivel de Satisfacción por Área.**



**Nivel de Satisfacción General:**

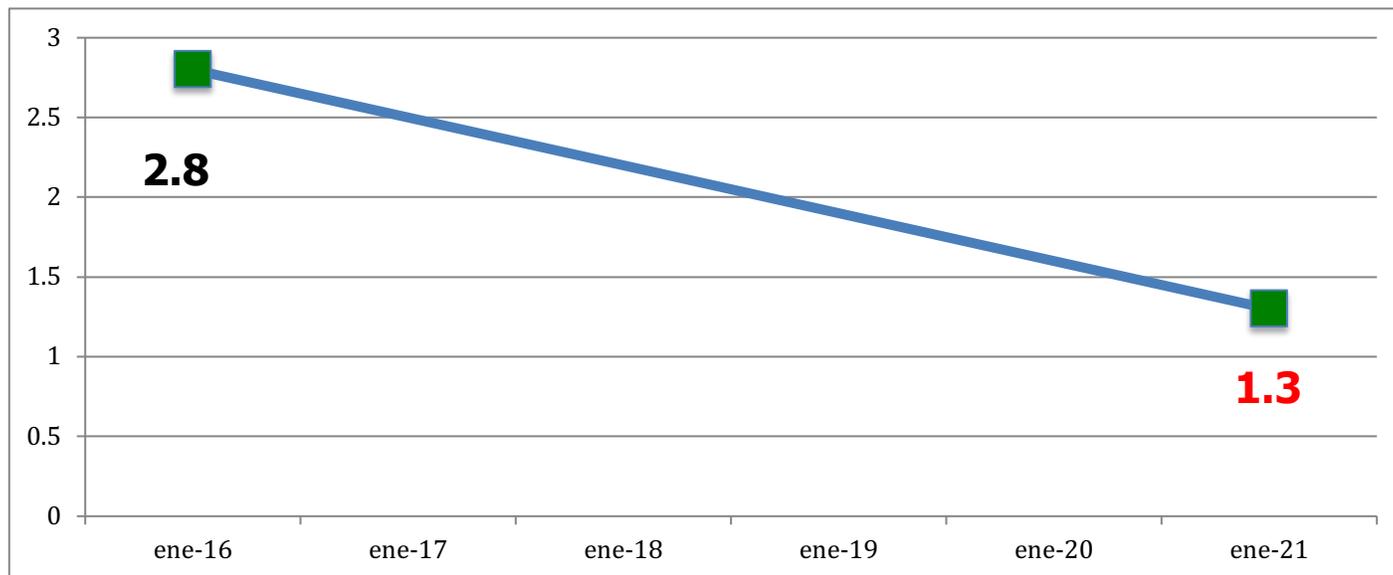
Observamos que en términos generales el **84%** de los trabajadores se encuentra insatisfecho, **8%** satisfecho, **4%** poco satisfecho, y **2%** muy satisfecho y **1%** altamente satisfechos. Para corroborar este resultado a continuación hemos construido una escala de Likert (Escala sumatoria).

**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 Junio 2021**.

## **S) 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 2020.

### **DATOS NO SUMINISTRADOS**

ii. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan corrección riesgos según objetivos, acumulado, año 2020, HTQPJB.

### **DATOS NO SUMINISTRADOS**

iii. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades para corregir debilidades (riesgos internos) y control de las amenazas (riesgo externos), 1er. Cuatrimestre, año 2020, HTQPJB

### **DATOS NO SUMINISTRADOS**

iv. Gráfico: Nivel cumplimiento ejecución actividades plan general para corregir debilidades y control de las amenazas, acumulado año 2020, HTQPJB

### **DATOS NO SUMINISTRADOS**

## **T) Informe Nivel Cumplimiento Plan Inversión.**

i.Tabla: Nivel de Ejecución del Plan Inversión, Según Concepto año 2020

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

ii.Gráfico: Nivel ejecución plan de inversión según región, HTQPJB; 2020

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

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

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

## U) Informe Financiero Año 2021.

### i. Ingresos

<b>INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
APORTES DIRECTOS DE LOS USUARIOS	RD\$0.00	0.0%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD PUBLICA (SENASA)	RD\$95,421,715.42	58.8%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD P PRIVADAS (ARS's Privadas)	RD\$33,868,023.80	20.9%
SERVICIOS Y OTROS INGRESOS OPERACIONALES	RD\$28,790,312.42	17.8%
SOBRANTES DE CAJEROS	RD\$0.00	0.0%
OTRAS FUENTES	RD\$4,079,350.00	2.5%
<b>TOTAL</b>	<b>RD\$162,159,401.64</b>	<b>34.2%</b>
<b>INGRESOS NO OPERACIONALES</b>		
APORTES DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)	RD\$301,727,332.58	96.8%
APORTES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	RD\$0.00	0.0%
TOTAL APORTES DE INSTITUCIONES PUBLICAS	RD\$10,024,484.96	3.2%
APORTES DE INSTITUCIONES PRIVADAS	RD\$0.00	0.0%
DONACIONES	RD\$0.00	0.0%
OTRAS FUENTES	RD\$50.00	0.0%
<b>TOTAL</b>	<b>RD\$311,751,867.54</b>	<b>65.8%</b>
<b>OTROS INGRESOS</b>		
REVISTA	RD\$0.00	
DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$0.00	
TOTAL DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$0.00	
<b>TOTAL</b>	<b>RD\$0.00</b>	
<b>TOTAL INGRESOS GENERALES</b>	<b>RD\$473,911,269.18</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Sub-dirección Financiera HTQPJB.

## ii. Costos y Gastos

Descripción Gasto por Cuenta	MONTOS ACUMULADOS	%
<b>Egresos</b>		
<b>SERVICIOS PERSONALES</b>	<b>RD\$341,048,455.70</b>	<b>73.2%</b>
Remuneraciones	RD\$300,696,044.57	88.2%
Sobresueldos	RD\$571,870.00	0.2%
Dietas y Gastos de Representación	RD\$0.00	0.0%
Gratificaciones y Bonificaciones	RD\$0.00	0.0%
Contribuciones a la Seguridad Social y Riesgo Laboral	RD\$39,780,541.13	11.7%
<b>SERVICIOS NO PERSONALES</b>	<b>RD\$14,433,470.15</b>	<b>3.1%</b>
Servicios Básicos	RD\$3,094,697.46	21.4%
Publicidad Impresión y Encuadernación	RD\$129,742.98	0.9%
Viáticos	RD\$244,050.00	1.7%
Transporte y Almacenaje	RD\$780.00	0.0%
Alquileres y Rentas	RD\$1,629,855.21	11.3%
Seguros	RD\$834,186.85	5.8%
Servicios de Conservación, Reparaciones Menores e Instalaciones Temporales	RD\$847,246.82	5.9%
Otros Servicios No Personales	RD\$7,652,910.83	53.0%
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>	<b>RD\$109,182,244.81</b>	<b>23.4%</b>
Alimentos y Productos Agroforestales	RD\$7,999,037.97	7.3%
Textiles y Vestuarios	RD\$831,790.96	0.8%
Productos de Papel, Carton e Impresos	RD\$3,082,208.38	2.8%
Productos Farmaceuticos	RD\$27,936,824.81	25.6%
Productos de Cuero, Caucho y Plasticos	RD\$3,472,037.68	3.2%
Productos de Minerales, Metalicos y No Metalicos	RD\$432,043.65	0.4%
Combustibles, Lubricantes, Productos Quimicos y Conexos	RD\$24,033,041.26	22.0%
Gastos a ser Asignados Durante el Ejercicio (ART. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$0.00	0.0%
Productos y Utiles Varios	RD\$41,395,260.10	37.9%
<b>BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES</b>	<b>RD\$1,256,557.74</b>	<b>0.3%</b>
Mobiliario Y Equipo	RD\$98,639.24	7.8%
Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo	RD\$0.00	0.0%
Equipo e Instrumental, Científico Y Laboratorio	RD\$1,157,918.50	92.2%
Vehículos y Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	RD\$0.00	0.0%
Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas	RD\$0.00	0.0%
Activos Biológicos Cultivables	RD\$0.00	0.0%
Bienes Inmuebles	RD\$0.00	0.0%
Bienes Intangibles	RD\$0.00	0.0%
Equipos de Defensa y Seguridad	RD\$0.00	0.0%
<b>OBRAS</b>	<b>RD\$0.00</b>	<b>0.0%</b>
Obras En Edificaciones	RD\$0.00	#¡DIV/0!
Infraestructura	RD\$0.00	#¡DIV/0!
Construcciones En Bienes Concesionados	RD\$0.00	#¡DIV/0!
Gastos a Ser Asignados Durante el Ejercicio para Inversión (Art. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$0.00	#¡DIV/0!
<b>Total de Egresos</b>	<b>RD\$465,920,728.40</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Sub-dirección Financiera HTQPJB.

iii. Comportamiento Mensual de los Descuentos y Exoneraciones año 2020.

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

MES	MONTO FACTURADO	EXONERACIÓN	DESCUENTO	BALANCE
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				
<b>TOTAL</b>				

#### iv. Análisis Resultados Informe Financiero año 2021.

El Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” (HTQPJB), evidenció durante el año 2021 en términos generales un desempeño aceptable, debido al resultado del balance general logrado. El año 2021, finalizó con un balance positivo de **RD\$7,990,540.78**, al cierre del periodo fiscal analizado Enero-Diciembre 2021.

En relación al año 2020 el hospital tuvo un incremento en su producción de un **43.5%**, los **costos y gastos** presentaron una disminución del **14.6%**, con relacional al año 2020; en **los ingresos generales** hubo un incremento del **13.9%** (RD\$ 57,942,181) con relación al año 2020. Observamos un incremento de los aportes otorgados por el MSP del **9.4%**, (RD\$ 26,792,752.57) más que en el año 2020; 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 un incremento del **21.9%**, significando en termino absoluto un aumento de **RD\$ 28,425,728.22**, con relación al año 2020, son parte de los factores que contribuyeron al resultado logrado en las finanzas del hospital en el año 2021.

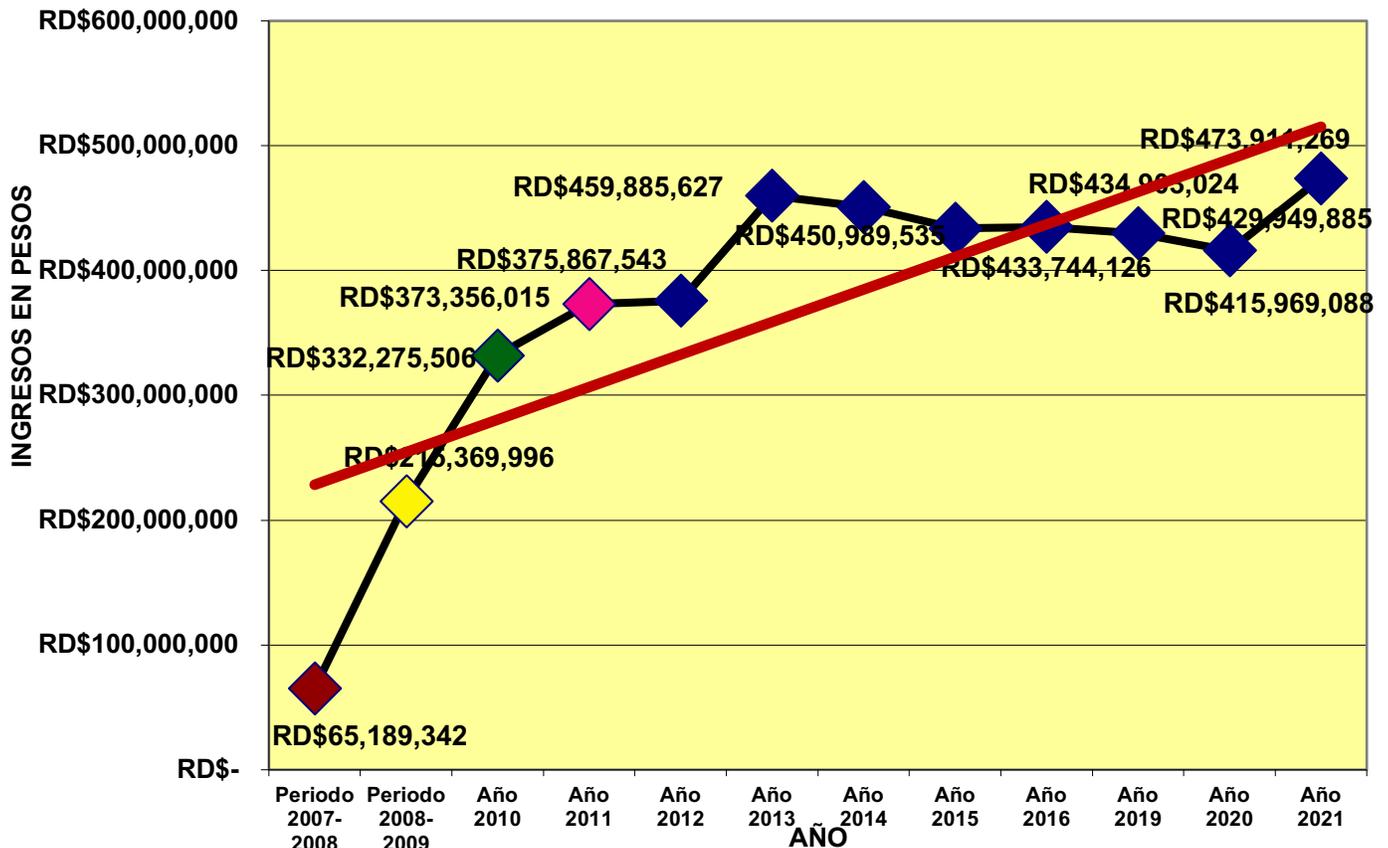
**COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DE LA PRODUCCION, INGRESOS GENERALES Y COSTOS Y GASTOS POR AÑO CON RELACION AL AÑO ANTERIOR, PERIODO 2008-2021**



## Ingresos:

El hospital presentó por concepto de ingresos generales de diferentes fuentes, un monto total de **RD\$473,911,269**, lo cual representó un aumento en los ingresos de **(RD\$ 57,942,181)**, es decir una incremento del **13.9%** frente a los **RD\$415,969,088** recaudados en el año 2020.

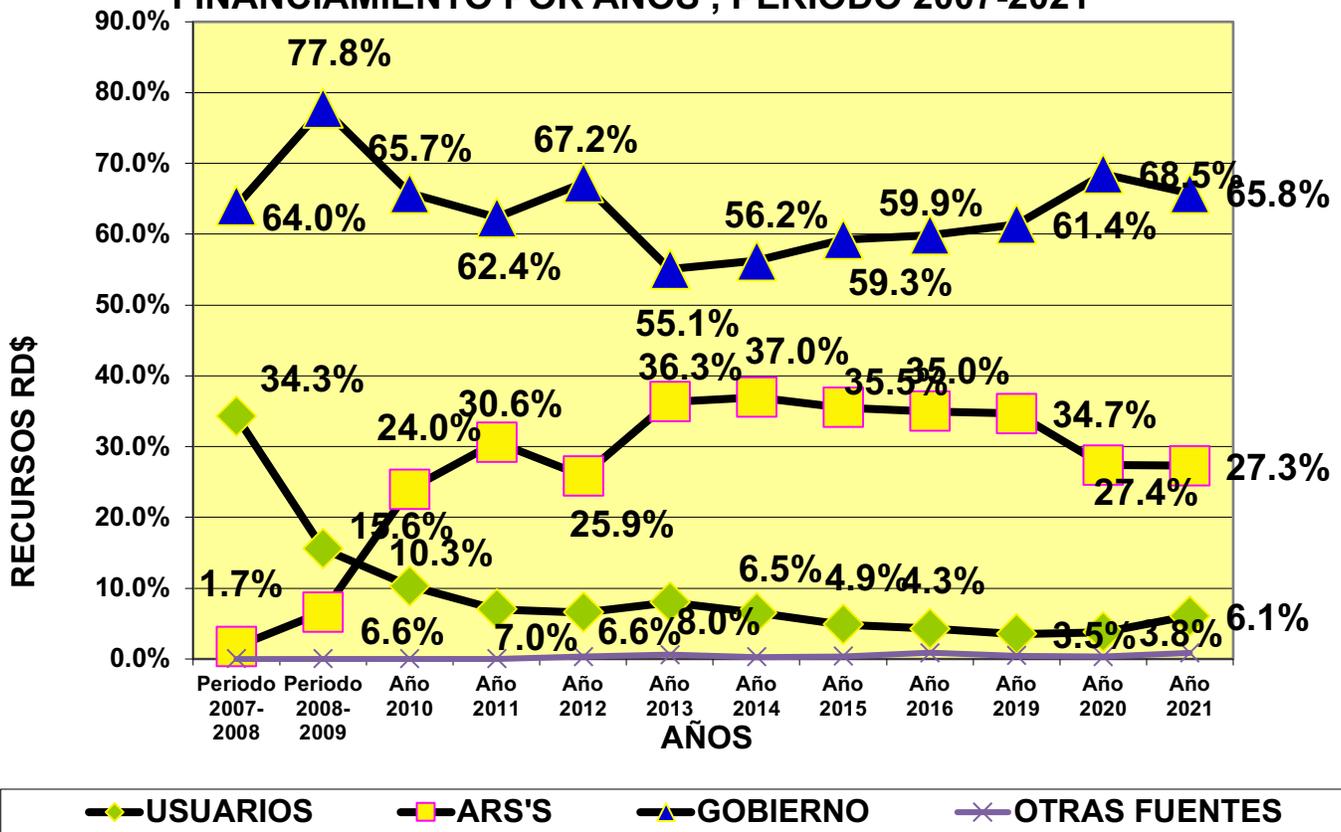
### COMPORTAMIENTO INGRESOS GENERALES POR AÑO 2007-2021



Según el tipo de fuente de los ingresos generales recibidos, el **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, aportó **68.5%**, esta proporción represento un monto total **RD\$ 311,751,867.54**, representando un incremento absoluto de **RD\$ 26,792,752.57**, con relación al año 2020 que el MSP aportó un total de **(RD\$ 284,959,114.97)**, significando en términos relativos un incremento de los aportes por concepto de esta fuente de un **9.4%** en el 2021 con relación a los ingresos por este concepto en el 2020.

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 **33.4%** **(RD\$ 158,080,051.64)** del total de los ingresos generales, lo que significó un aumento de **21.9%**, **(RD\$ 28,425,728.22)**, con relación a los **RD\$ 129,654,323.42** recaudados por este concepto en el año 2020.

## COMPORTAMIENTO PORCENTUAL SEGUN FUENTES FINANCIAMIENTO POR AÑOS , PERIODO 2007-2021



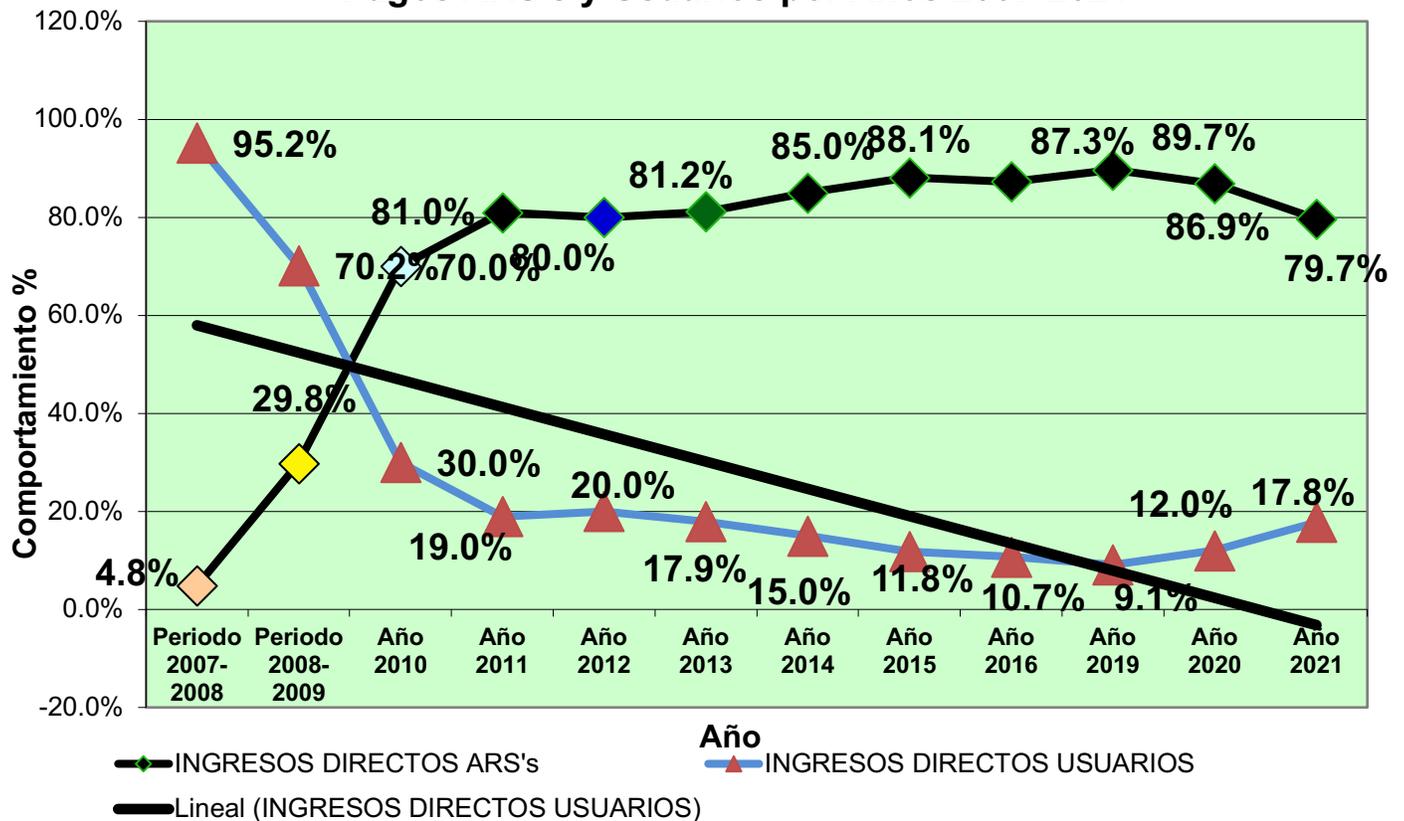
Visto de manera desagregada el concepto **Ingresos Hospitalarios Operacionales RD\$ 158,080,051.64**, encontramos que en el año 2020 el **17.8%**, fueron aportes directos de los usuarios (bolsillos), frente al **12.0%** en el 2020; y el **79.7%** ingresos por el pago realizado de las ARS's, frente al **86.9%** en el 2020. Como vemos el comportamiento en la distribución de la proporción de los ingresos por estos conceptos se incrementaron los aportes de los bolsillos por parte de los usuarios, con relación al 2020.

Como podemos observar en el histórico del hospital, existía una tendencia sostenida a la disminución del pago de bolsillo y en los últimos años.

**Esto expresaba 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 últimos años, según la línea de tendencia establecida. (Ver gráfico siguiente), este comportamiento obedece a que el hospital debe financiarse su operación, pero el**

presupuesto histórico otorgado por MSP, no supe los recursos suficientes para solventar las operaciones del hospital por lo que los usuarios deben aportar por su atención de acuerdo a sus posibilidades económicas evaluada previamente por el servicio social.

**Comportamiento % de los Ingresos Directos por Concepto Pagos ARS's y Usuarios por Años 2007-2021**



**Descuentos y exoneraciones:**

**DATOS NO SUMINISTRADOS**

## 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 **150%**, 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 **73.8%** en el cumplimiento esto.

REGLONES	MONTOS ABSOLUTOS	NIVEL ESPERADO DE PROPORCION DEL GASTO	RESULTADOS PROPORCION DEL GASTO	NIVEL CUMPLIMIENTO SEGUN LA PROPORCION DEL GASTO
<b>GASTOS PERSONAL</b>	<b>RD\$341,048,455.70</b>	<b>58.0%</b>	<b>73.2%</b>	<b>73.8%</b>
<b>SERVICIOS NO PERSONALES</b>	<b>RD\$14,433,470.15</b>	<b>8.0%</b>	<b>3.1%</b>	<b>161.3%</b>
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>	<b>RD\$109,182,244.81</b>	<b>31.0%</b>	<b>23.4%</b>	<b>124.4%</b>
<b>BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES</b>	<b>RD\$1,256,557.74</b>	<b>2.5%</b>	<b>0.3%</b>	<b>189.2%</b>
<b>OBRAS</b>	<b>RD\$0.00</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.0%</b>	<b>200.0%</b>
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>RD\$465,920,728.40</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

El **total de costos y gastos** para realizar la producción hospitalaria durante el año 2020, fue de **RD\$ 406,738,560** representado un incremento del **14.6% (RD\$ 59,182,169)**, con relación al total de costos y gastos de **RD\$ 406,738,560**, en el año 2020.

**Cabe destacar que este incremento de los costos y gastos es atribuible al crecimiento de la producción en un 43% mas que el 2020, mas un incremento de salarios del 10% otorgados al personal asistencial dispuesto por el MSP para el año 2021; pero el incremento por parte del presupuesto otorgado por el MSP, solo fue de un 9.4%, lo cual determina la limitante económica del hospital.**

De estos costos y gastos los **Servicios Personales** representaron el **73.2% (RD\$ 341,048,455.70)**.

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 **10.5%**, (RD\$15,690,027.89).

Los **materiales y Suministros** representaron el **31.0%** del total de costos y gastos (RD\$109,182,244.81), de estos el **25.6% (RD\$ 27,936,824.81)**, 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.

v. **Tabla: Comportamiento Resultados Financieros Generales por Trimestre y Acumulado General año 2021.**

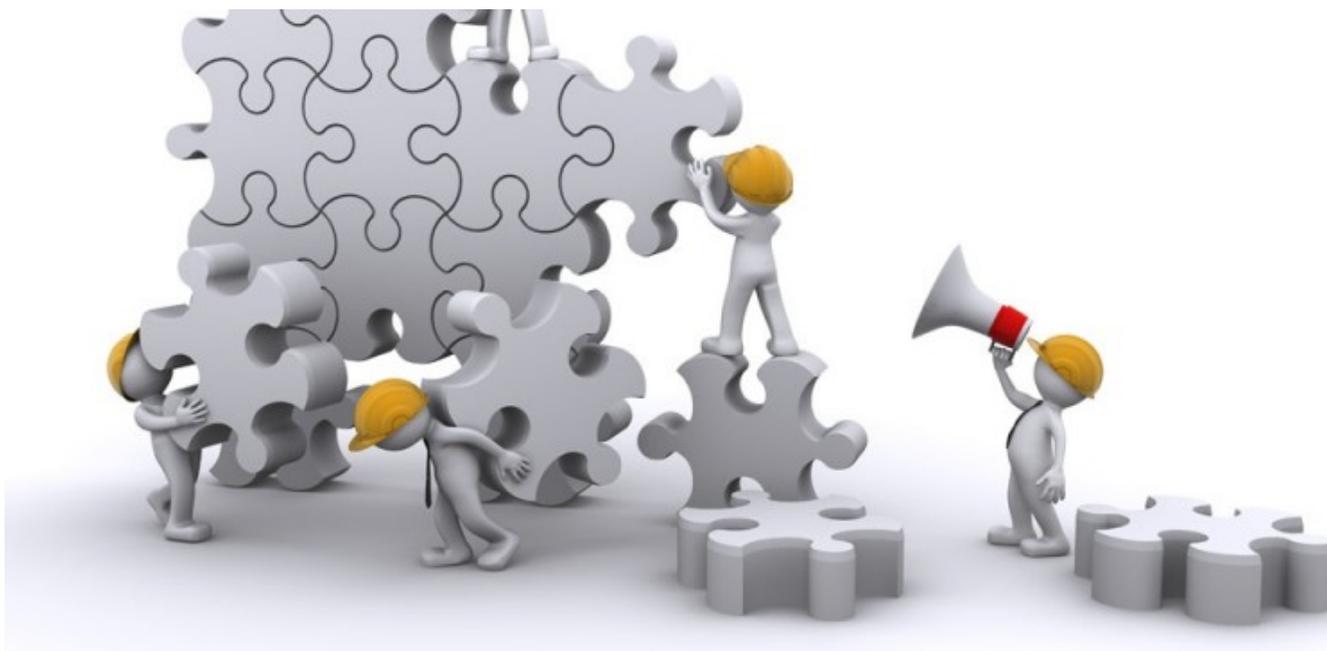
CONCEPTOS	RESULTADOS ACUMULADOS POR CUATRIMESTRE			GENERAL
	1er. CUATRIMESTRE	2do. CUATRIMESTRE	3er. CUATRIMESTRE	
TOTAL INGRESOS	RD\$129,847,048.55	RD\$155,829,739.93	RD\$188,234,480.70	RD\$473,911,269.18
TOTAL EGRESOS	RD\$129,637,002.97	RD\$150,297,963.12	RD\$185,985,762.31	RD\$465,920,728.40
RESULTADOS	RD\$210,045.58	RD\$5,531,776.81	RD\$2,248,718.39	RD\$7,990,540.78
Variación Resultados con relación a los Ingreso	0.16%	3.55%	1.19%	1.69%

El balance general de los ingresos, frente a los costos y gastos del año 2021, produjo un **balance Positivo limitado de RD\$ 7,990,540.78** debido principalmente a que no se alcanza lograr los niveles de producción prepandemia del SARS-CoV-2, lo cual limita los ingresos por concepto de las ARS's.

Se recomienda analizar más detenidamente la situación ocurrida durante el 2021 en termino productivo, pues ha pesar de haberse producido un incremento de la producción en un 43%, se pudo haber hecho un poco mas en términos productivos, frente a esta situación se deben 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 2022** **(POA 2022)**



**VIII. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA); MATRIZ ANÁLISIS FODA PARA EL AÑO 2022; 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 2022.**

**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.

**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.**

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
<b>1. Garantizar la Calidad y Seguridad de los servicios ofrecidos.</b>	✘ 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).	43- 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 LCSS.	Disponibilidad de educación continua del personal a través del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	44- 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.	45- 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.	46- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles)
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).	47-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
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).	✘ Recursos Humanos	
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	48-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	
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.		
Se realiza periódicamente la revisión legal de los consentimientos informados.	8- No se actualizan los protocolos ni se revisan desde el punto de vista medico legal	Abundante personal técnico calificado en el sector salud	✘ Resultados:	
Todos los médicos están afiliados al Colegio Médico Dominicano.	9- Incumplimiento de horario de algunos colaboradores.		49- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.	
Existencia de un comité de calidad	10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado. No se permite la contratación de diversas modalidades al personal.	✘ Educación Continua y Capacitación.	✘ Logística y Calidad Productos:	
✘ Recursos Humanos:	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.	50-Sobredemanda de los servicios.	
Aprobación técnica por parte del MAP la carta compromiso al ciudadano v2.0.	12- Algunos gerente no cumplen con el Rol gerencial, 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.	51-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones).	
Asistencia o participación del personal en las actividades relacionadas con el plan de educación	13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.	✘ Estandarización y Seguridad:	52-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	
Implementación del sistema SIGEF en el módulo de compra.	14- No se presenta el personal de nuevo ingreso a la institución, ni se le entrega documentación escrita con relación a sus funciones y manuales de protocolos de actuación y procesos.	Existencia de instituciones y empresas expertas en el acompañamiento para la formulación de los manuales de procedimiento.	53-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan.	
Gerencias identificadas con la institución	15- Falta de personal de limpieza en algunas áreas	MSP elabora protocolos de asistenciales	Evaluaciones externas	
Gerentes con Apertura al Cambio.	16- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes.	Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS.	54- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente.	
Educación continua en aspectos relacionados con calidad de los servicios.	17- No existe capacidad para seleccionar personal calificado.	Sobredemanda de los servicios, que puede ser aprovechada para aumentar la cartera de servicios.		
Personal con elevada autoestima e Identificado con su institución..	18- La forma de selección y contratación del personal no confiere seguridad laboral.	✘ Gestión Recursos Humanos		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Alta valoración de la institución por el personal.	19- No se realiza inducción adecuada al personal de nuevo ingreso a la institución	Capacidad para seleccionar personal calificado		
Evaluación periódica del desempeño técnico y la productividad del personal.	20- No implementación de sistema de control biométrico de empleados.	Capacidad para intercambios con hospitales del exterior y nacionales.		
Capacidad resolutive demostrada y personal capacitado	21- Escasa Preparación profesional de los gerentes.	Acuerdos con otras instituciones.		
Atención profesionalizada en el servicio de ambulancia.	22- No se implementan Planes de incentivos formales para el personal a todos los niveles por antigüedad			
<b>✘ Educación Continua y Capacitación:</b>	<b>✘ Educación Continua y Capacitación:</b>			
Escuela de residencias médicas para estudios de post-gradados.	23- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.			
Contamos con un Plan de Capacitación y educación Continua, formulado en base a necesidades identificada en cada gerencia.	24 - La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones.			
Esta establecido formalmente la política y procedimiento para la entrega de incentivos y reconocimientos.	<b>✘ Análisis y Tomas de Decisiones:</b>			
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.	25- Baja productividad en algunas gerencias			
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.	<b>✘ Monitoreo y Evaluación:</b>			
Se analizan las necesidades de R.H.	26- 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.			
Existencia y cumplimiento de protocolo que obliga a que todo personal que labore en la institución este inmunizado (tétano, hepatitis b, influenza).	27- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.			
Personal del hospital colabora con la "Campaña Nacional de Alfabetización".	28- Ejecución parcial del plan de capacitación			
<b>✘ Estandarización y Seguridad:</b>	<b>✘ Estandarización</b>			
Formalización e intercambio con otros grupos de interés local e internacional.	29- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos.			
Servicios estandarizados a través de la utilización de protocolos en todas las áreas.	30- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras.			
Promoción de la cartera de servicio a nivel local, regional, nacional o internacional.	31- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Comités de Control de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CCIAAS).		32- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad		
Procesos asistenciales claramente establecidos.		33- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades.		
Definida la capacidad resolutive de todos los servicios productivos del hospital.		34- No conformación del Comité intrahospitalario de Bioética.		
Poseer definido y dar seguimiento a las metas de producción de los servicios productivos				
Sistema de ósmosis, en servicio.		<b>✘ Información y Comunicación</b>		
La única institución de salud pública de la región que tiene procesos asistenciales claramente establecidos.				
Confiabilidad en los estudios realizados (Laboratorio, Imágenes, Electrocardiograma, otros)		<b>Infraestructura y Equipos</b>		
Auditoría médica externa por partes de las ARS (SENASA).		35- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital.		
Procesos asistenciales claramente establecidos.		36-Deterioro del sistema de aire acondicionado.		
Atenciones de enfermería directa realizadas por personal profesional.		37-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.		
Contamos con el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.		38- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria		
Vigilancia epidemiológica de forma continua.		39- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos		
Manuales de desempeño de los nuevos gerencias y/o áreas de servicios creados.		40- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como cirugía vascular, cirujanos de columna, entre otras		
Se implementa el consentimiento informado a todos los usuarios ingresados para fines quirúrgicos.		41- No se ha implementado en el centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos		
Las especialidades le dan prioridad al llenado previo del consentimiento informado.				
Equipo de tomografía y resonancia magnética		<b>Logísticas</b>		
Sangre disponible en banco		42- No se realiza la elección democrática del comité ejecutivo cada año.		
Inclusión de departamento de ortopedia infantil y ginecología				
<b>✘ Logística de medicamentos e insumos:</b>				
Farmacia interna con dispensación de medicamentos sistema unidosis para garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento de los usuarios.				
Reposición continúa de stock de medicamentos en las áreas prioritarias.				
Puesta en funcionamiento de las central de la esterilización				

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	<b>✘ Análisis y Toma de Decisiones:</b>			
	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.			
	<b>✘ Resultados Indicadores Calidad:</b>			
	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.			
	<b>✘ Monitoreo y Evaluación:</b>			
	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.			
	<b>✘ Seguridad para Medio Ambiente.</b>			
	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.			
	Se difunde el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre, se actualiza y se realizan simulacros periódicamente			
	Se cuenta con el plan y croquis de evacuación y seguridad en caso de desastre.			
	Área de parqueos (asfaltado)			
	<input type="checkbox"/>			
<b>2. Lo gr ar</b>	<b>✘ Medio Ambiente, confort e higiene</b>	<b>✘ Información y Acceso</b>	<b>✘ Capacitación y Sensibilización:</b>	<b>✘ Resultados:</b>

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Consultorios confortables para el médico y el usuario			Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los otros centros hospitalarios.	80-Después 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).	81-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- Personal y equipos insuficientes 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.	82-Poca seguridad vial para llegar al hospital.
Apertura de nuevas áreas de internamiento en segundo nivel				
Precios de los servicios accesibles a la población general.		✘ Seguridad	□	✘ Medio Ambiente, confort e higiene
Moderna central telefónica para recepción general del hospital		5-El acceso norte- sur es un posible generador de accidentes de tránsito.	□	83-Falta de hotelería en la zona.
✘ Trato a los usuarios		6-Control del parqueo destinado para los usuarios.	✘ Oferta de Servicios	84- Granjas de animales en las periferias del hospital
Trato humanizado a los usuarios tanto internos como externos.		7- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual)	Demanda de habitaciones privadas por parte de los usuarios	✘ Acceso
El tiempo de atención a los usuarios de consulta externa.		✘ Oferta de Servicios	Buena imagen ante la población.	85-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital
Garantía del derecho a la privacidad de los usuarios interno y externo		8-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos.	Ampliar el área de hemodiálisis.	
Compromiso del personal salud de la consulta externa.				
Oferta de alimentación adecuada			Equipamiento adecuado de las ambulancias	
Buena imagen ante la población.		✘ Información y Acceso	Implementación del 911 en las provincias de la región.	
Asistencia personalizada del gerencia de servicio social y psicología en casos de crisis		9-Falta de publicación de casos relevantes.	Empresas de ingeniería locales y nacionales en capacidad de realizar las habilitaciones de espacio necesarias en el hospital (baños, cubículos etc.)	
Instalación de servicios bancarios (cajero automático) en el hospital.		10- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran.	Empresas dedicadas a la elaboración de carnets de identificación	
Se garantiza la privacidad de los usuarios interno y externo		✘ Comunicación Gerencial	Mercado para ampliar la oferta de servicios del Hospital	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Buena imagen ante la población.		11- Debilidad en la planificación del uso de consultorios.		
✘ <b>Clima laboral</b>				
Percepción de buen clima organizacional.		<b>USUARIOS EXTERNOS:</b>		
Excelente ambiente laboral.		<b>Área Consulta Externa:</b>		
Se realizan reuniones Gerenciales Mensualmente para reevaluar las informaciones de la satisfacción por áreas.		12- <b>64%</b> no conoce el nombre de la enfermera o persona que le hizo pasar al consultorio		
Alta valoración del liderazgo de la dirección general.		13- <b>40%</b> sólo conoce una manera de programar su cita.	<input type="checkbox"/>	
Implementación de prevención asistencial (programas de vacunación del personal).		14- <b>38%</b> esperó de dos a mas de tres horas para ser atendido, desde el horario oficial del inicio de la consulta. 26% considera este tiempo de demasiado a exagerado.	<input type="checkbox"/>	
✘ <b>Capacidad del Personal:</b>		15- <b>34%</b> no conoce el nombre del médico que le atendió.		
Personal de laboratorio especializado.		16- <b>33%</b> no conoce o le han informado sobre alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.		
Existencia de un salón de video conferencia para actualización permanente del personal.		17- <b>25%</b> dice le fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o solicitar su autorización.		
Precios de los servicios accesibles a la población general.		18- <b>19%</b> no fue atendido en el horario programado.		
Apertura de nuevas áreas de internamiento en segundo nivel		19- <b>17%</b> se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el horario de atención en consulta.		
✘ <b>Oferta de Servicios</b>		20- <b>16%</b> los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)		
Difusión y Control en base a necesidades y demanda de los usuarios para la definición de la cartera de servicio.		21- <b>14%</b> no habló con el médico en privado, sin que otras personas pudiesen escuchar.		
Aumento de la cartera de servicio de acuerdo a necesidades y demandas de servicios (bioseguridad, neurología, epidemiología, entre otros).		<b>Área Hospitalización:</b>		
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.		22- <b>61%</b> no conoce el nombre del médico que le atendió.		
Banco de sangre más moderno de la zona.		23- <b>67%</b> no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente durante el ingreso.		
Capacidad resolutive del laboratorio clínico		24- <b>36%</b> NO reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.		
Laboratorio clínico con amplia gama de servicios en pruebas especiales, bacteriológicas completamente automatizado.		25- <b>17%</b> NO se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización	<input type="checkbox"/>	
Único hospital de la región que tiene 9 quirófanos		26- <b>14%</b> NO Se le ha informado sobre el seguimiento que va a necesitar durante los próximos días	<input type="checkbox"/>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	exclusivamente para traumatología y cirugía	o meses posteriores a la hospitalización		
	Amplia área de hemodiálisis.	27- 11% dice se le ha realizado algún procedimiento sin informarle en que consiste este o pedir su autorización.	<input type="checkbox"/>	
	Buena imagen y valoración del hospital ante la población.	28- 11% no se le permitió participar en la decisiones sobre su tratamiento.	<input type="checkbox"/>	
	Oferta de servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios.	29- 11% considera de mucho a demasiado el tiempo de espera para el personal acudir al llamado.	<input type="checkbox"/>	
	Habilitación de sala de acceso vascular y procedimientos menores en el área de hemodiálisis	30- 11% no podría reproducir o poner en practica las explicaciones ofrecidas durante su estancia.	<input type="checkbox"/>	
	<b>✘ Información y Acceso</b>	<b>Área Emergencia:</b>	<input type="checkbox"/>	
	Realización de firma carta compromiso al usuario.	31- 44% dice e fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o sin pedir autorización.	<input type="checkbox"/>	
	Dinámica página Web.	32- 47% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente.	<input type="checkbox"/>	
	Mecanismos para que el usuario pueda expresarse: Como: Buzones de sugerencias, Encuestas diarias y semestrales a los usuarios externos e internos.	33- 35% no conoce el nombre del médico que le atendió.		
	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.	34- 18% se sintió de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios.		
	No cobro de consulta externa.	35- 18% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para la higiene personal.		
	Eficiente comunicación interna y externa.	36- 16% no le informaron sobre las diferentes formas de expresar quejas, sugerencias o felicitaciones.		
	Información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran	37- 14% se siente insatisfecho en sentido general con los servicios que brinda el hospital.		
	<b>@ Monitoreo y Evaluación:</b>	38- 12% dice la emergencia no tenia personal para informarle sobre el funcionamiento.		
	Realización de encuestas de satisfacción de usuarios externos e internos periódicamente.	39- 12% se sintió poco satisfecho con los ruidos e intensidad de estos.		
	<b>@ Disponibilidad y Control:</b>	40- 11% no pudo hablar en privado con el medico, sin que otras personas escucharan.		
	Contamos con gerencia de Atención al Usuario.	41- 10% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.		
	Adecuada logística para la disponibilidad de los insumos y medicamentos.	<b>USUARIOS INTERNOS:</b>		
	<b>RESULTADOS ENCUESTAS SATISFACCIÓN USUARIOS</b>	42- 76% no ha recibido pago por horas extras.		
	<b>USUARIO EXTERNOS</b>	43- 69% considera su salario no esta acorde con las funciones que realiza.		
	<b>ÁREA CONSULTAS EXTERNAS</b>	44- 66% dice en su gerencia o servicio no se realizan actividades	<input type="checkbox"/>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
		de recreación con el equipo de trabajo.		
El 100% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la información brindada por el personal de admisión y 97% con el personal de facturación.		45-56% dice no ha quedado satisfecho con el incentivo recibido.	<input type="checkbox"/>	
100% volvería al hospital		46- 47% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones.	<input type="checkbox"/>	
100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la manera en que el personal del hospital le informó o aclaró sobre alguna duda		47- 44% no cuenta con facilidades para la adquisición de vestuarios.	<input type="checkbox"/>	
99% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el respeto a la privacidad.		48- 40% dice no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.	<input type="checkbox"/>	
99% recomendaría el hospital		49- 37% no conoce la existencia de un plan de emergencia	<input type="checkbox"/>	
99% de los entrevistados se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al usuario, admisión, caja, etc.) al brindarle los servicios.		50- 37% considera el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.	<input type="checkbox"/>	
99% percibió que se le trató con respeto.		51- 37% no participa en la definición/revisión de los procesos	<input type="checkbox"/>	
99% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los consultorios		52- 36% no conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño.	<input type="checkbox"/>	
97% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada		53- 36% no dispone de vestuario adecuado.	<input type="checkbox"/>	
97% considera que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.		54- 35% no dispone de facilidades para la educación continuada.	<input type="checkbox"/>	
97% su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada		55- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza y orden de las habitaciones y áreas de descanso.	<input type="checkbox"/>	
97% considera que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.		56- 31% considera que su jefe no conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución	<input type="checkbox"/>	
99% Recomendaría el hospital		57- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las capacitaciones para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.	<input type="checkbox"/>	
97% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que tiene el hospital.		58- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con los alimentos servidos al personal.	<input type="checkbox"/>	
96% de los entrevistados se encuentra de muy satisfecho a satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico.		59- 29% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	<input type="checkbox"/>	
96% encontró el servicio que buscaba.		60- 28% no conoce de la existencia de un plan de capacitación.	<input type="checkbox"/>	
94% de los entrevistados se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la climatización (temperatura, humedad y limpieza del aire) en el área de		61- 27% no dispone de todos los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo.	<input type="checkbox"/>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	espera y los consultorios usted se siente			
	94% el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento.	62- 26% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para la ingesta/preparación de alimentos.	<input type="checkbox"/>	
	94% percibió que el médico dedicó a su atención de 10 a mas de 30 minutos.	63- 26% no se le informa cuando se realizan cambios o actualizaciones.	<input type="checkbox"/>	
	<b>ÁREA EMERGENCIA</b>			
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la capacidad, conocimiento y prontitud del personal en los puntos de atención.	65- 23% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la forma en que la institución se adapta a los cambios.	<input type="checkbox"/>	
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la rapidez de los médicos.	66- 22% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía de los asientos.	<input type="checkbox"/>	
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico por su atención	67- 20% dice al entrar a la institución no se le entregó información institucional	<input type="checkbox"/>	
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato ofrecido por el personal de seguridad.	68- 20% considera que la carga de trabajo no esta distribuida proporcionalmente.	<input type="checkbox"/>	
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la disponibilidad de equipos y 98% con la disponibilidad de medicamentos e insumos.	69- 20% no conoce el organigrama de su gerencia o servicio.	<input type="checkbox"/>	
	100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y cubículos de atención	70- 18% dice la forma como fue seleccionado no le confiere seguridad laboral.	<input type="checkbox"/>	
	100% recomendaría y 98.1% volvería al hospital.	71- 15% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones contenidas en los manuales. Y 12% con la capacitación recibida al momento de su ingreso.	<input type="checkbox"/>	
	98% percibió que se le trató con respeto.	72- 15% al entrar a la institución no se le informó sobre misión, visión valores.	<input type="checkbox"/>	
	96% le parecen adecuados los carteles y letreros publicados en la emergencia.	73- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el control de ruidos. 11% con la climatización	<input type="checkbox"/>	
	96% encontró el servicio requerido.	74- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el tamaño de las áreas de trabajo.	<input type="checkbox"/>	
	96% se siente de satisfecho a altamente satisfecho con la información brindada por el personal de admisión satisface su inquietud o necesidad.	75- 13% dice en su área de trabajo no existen informaciones/ imágenes/advertencias para prevenir riesgos.	<input type="checkbox"/>	
	94% fue asistido en la primera hora desde su llegada al hospital, de estos el 62% fue asistido antes de 15 minutos y 22% antes de media hora.	76-13% su superior inmediato no lo mantiene informado sobre las informaciones que competen a su trabajo.	<input type="checkbox"/>	
	94% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital.	77- 12% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la imagen que proyecta la institución.	<input type="checkbox"/>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	94% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la camilla, sábanas.	✘ Responsabilidad y Control:	<input type="checkbox"/>	
	<b>ÁREA HOSPITALIZACIÓN</b>	78- No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas.	<input type="checkbox"/>	
	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.	79- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio.	<input type="checkbox"/>	
	100% percibió que fue tratado con respeto.		<input type="checkbox"/>	
	100% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la limpieza de la habitación y 94% con el mobiliario.		<input type="checkbox"/>	
	100% de los usuarios se sintió de muy satisfecho a satisfecho en sentido general con los servicios que ofrece el hospital			
	100% volvería al hospital y 100% lo recomendaría.			
	97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con los procedimientos de toma de muestra, realización de imágenes diagnósticas y la realización de otros procedimientos.			
	97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que el personal le aclaró alguna duda.			
	94% considera aceptable el tiempo transcurrido desde la llegada al hospital al ingreso al área de hospitalización.			
	94% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el interés que muestra el medico por su dolencia.			
	94% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.			
	94% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato del personal de seguridad.			
	92% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el pase de visita.			
	92% de los usuarios se sintió de altamente satisfecho a satisfecho con la con los trámites establecidos para ser admitido en sala de hospitalización.			
	92% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la privacidad ofrecida en el área de hospitalización.			
	<b>USUARIO INTERNOS</b>			
	98% esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	tratado por su superior y por sus compañeros.			
	96% esta de muy satisfecho a satisfecho con las facilidades para entrevistarse con su superior inmediato.			
	95% esta de muy satisfecho a satisfecho con las condiciones para conciliar la vida laboral y familiar			
	94% esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma en que la institución cumple sus valores.			
	94% esta de muy satisfecho a satisfecho con relación a cumplir y proteger los derechos de los empleados.			
	93% colaboradores esta de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza y orden de las áreas de trabajo.			
	93% colaboradores esta de muy satisfecho a satisfecho			
	93% esta de muy satisfecho a satisfecho con los criterios de justicia, igualdad de oportunidades.			
	93% dispone de los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo			
	91% esta de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser tratado por las autoridades.			
	91% reconoce la existencia de acciones de supervisión			
	90% responde afirmativamente a la pregunta de que la institución donde labora cumple con sus fundamentos (misión, visión, valores).			
<b>3. Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y la planificación.</b>	<b>✘ Planificación-Control:</b>	<b>✘ Planificación-Control:</b>	<b>✘ Planificación-Control:</b>	<b>✘ Planificación-Control:</b>
	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.	25-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. Subsidado.	<b>✘ Factores Logística e Información:</b>
	Plan Estratégico cada tres años y POA que 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.	26-Los llamados a huelga de los gremios profesionales.
Necesidades definidas y actualizadas anualmente	4-Caducidad de la estructura informática de la institución.	Comunicación y promoción efectiva de	27-Campaña de descrédito del hospital.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
(Recursos Humanos, capacitaciones, equipos, insumos y materiales, infraestructura, de cada sub-dirección y gerencia.			la cartera de servicios.	
Personal contratado de acuerdo al sistema de la Contraloría General de la Republica.	5- Calculo de productividad en base a capacidad instalada no se actualiza cada 4 meses.		Convenio con instituciones de formación humana y universidades.	28-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.
Comunicación externa de manera efectiva a los usuarios externos	6- Falta de seguimiento y monitoreo para verificar los resultados de las UEPSS.		Existencia de un reglamento de red estructurada de atención, (referencia y contra referencia).	29-Ausencia de una red estructurada de atención que funcione adecuadamente, (referencia y contra referencia)
Contrato de un encargado de Calidad.	7- No existe un sistema de gestión descentralizado.		Intercambio y rotaciones con centros y hospitales docentes	30-Tener que hospitalizar aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria.
Calculo de productividad en base a capacidad instalada.	✘ Capacitación y Sensibilización		✘ Factores Logística e Información:	
Contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información.	8-Falta de homologación del sistema financiero del hospital.		▪ Ofertas de sistemas informáticos de registro de datos en el ámbito clínico y financiero-administrativo.	
Poseer definida y actualizada la Misión, Visión y Valores.	✘ Recursos Humanos		▪ Empresa consultora especializada en diseño de logística asistencial en salud.	
Existencia de una gerencia de planificación (incluye la gerencia de monitoreo y evaluación)	9-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo.		▪ Acceso a redes de información nacional e internacional.	
Traspaso del Personal Laboral Contratado para la cuenta del Personal Fijo	10-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución		Traspaso del Personal Laboral Contratado para la cuenta del Personal Fijo	
Uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes.	11- No se cumple con la capacidad existente para contratación de personal con metodología y por un comité.		▪ Acceso de grandes bibliotecas virtuales de información en salud y gestión hospitalaria.	
Capacidad para elaboración de informes estadísticos por gerencia y general.			□	
Capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	✘ Factores Logística e Información:		▪ Ampliación de nuestra cartera de servicio.	
Posibilidad de contratar servicios externos (outsourcing)	12- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos.		▪ Ampliar la cobertura de seguros.	
Seguimiento y control al cumplimiento de las metas de producción en el área de hospitalización	13-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	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
			extenderse no solo a las glosas, sino a cuestiones vinculadas con el cumplimiento de otros objetivos. (llenado adecuado de los expedientes médicos)	
	<b>✘ Factores Logística e Información:</b>	14- 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	
	Procesos generales definidos.	15- Desorganización de récord clínico físico del usuario.	Existencia en el mercado de software con capacidad de almacenamiento digital de los expedientes clínicos y administrativos.	
	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.	16- 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.	
	Existencia de un gerencia de Estadísticas.	17-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.		
	Posibilidad de contratar personal y empresas por servicios prestados.	18-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos.		
	Capacidad resolutive de la Gerencia de Informática para replicar los conocimientos de los diferentes software y soporte técnico.	19- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia		
	El personal entiende que el hospital es un modelo diferente de organización y gestión de un hospital publico.	20- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina		
	El personal de planificación se ha empoderado de las funciones de la planificación en el hospital.	21- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos		
		22- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático.		
		23- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias.		
		24- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia.		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
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.	26-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.	27-Cambios de gobiernos locales y nacionales.
	Laboratorio clínico con mayor capacidad resolutiva del Municipio.	✘ Equipos e infraestructura	Establecer una gestión de cobro del fondo para accidentados por parte del hospital.	28-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.	29- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado.
	Infraestructura hospitalaria adecuada y comfortable	4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos.	Venta de servicios de imágenes, laboratorio clínico y anatomopatología.	30- 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.	Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, a través de los Servicios Regionales de Salud.	31- 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.	Personas e instituciones interesadas en ser parte de un club de donantes voluntarios de sangre.	32- Retraso en la entrega de los fondos asignados.
	Existencia de un equipos de servidores para guarda la información de forma digital	7- La Central de Esterilización no cuenta con un sistema de esterilización en frio.	Adquisición e Instalación de equipos diagnostico con tecnología de última generación.	33- Fallo de suministro de la energía de la red publica
	Implementación de un club de donantes de sangre	8- No se cuenta con Sistema automatizado de limpieza.	Posibilidad de vender servicios a los sistemas de seguridad social de otros países	34-Aumento del costo de combustibles.
	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.	9- Helipuerto sin licencia de operaciones y 1 ambulancias.	Poseer el sistema de información financiero.	35-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).	10- La dificultad de un sistema digital computarizado que permita la integración eficiente de los procesos médicos y financiero.	Venta de servicio especializado a precio competitivo	36- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.
Alto nivel de credibilidad en la calidad de los servicios al ser ganador del gran premio de la calidad.	11- No existe disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado	Postular al premio iberoamericano a la calidad	37-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	
Disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado		Posibilidad de acceder a préstamos nacionales e internacionales.	38- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
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).		✘ <b>Captura del Mercado:</b>	Subsidio del estado.	39- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios.
El gerencia de servicio social cuenta con soporte legal y recursos para la realización de su trabajo.		12- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones.	Contribución del usuario.	40-Quiebras de ARS's.
✘ <b>Captura del Mercado</b>		13- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's.	Convenio con los programas sociales del gobierno e instituciones de la sociedad civil y despacho de la primera dama.	✘ <b>Factores Competitivos:</b>
Venta de servicios a las ARS y ARL.		14- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios.	Venta de servicios odontológicos a las ARS's.	41- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.
Revisión y actualización tarifario de los contratos de servicios con las ARS's		✘ <b>Disponibilidad de Recursos:</b>	Obtención de materiales y equipos donados por instituciones nacionales e internacionales.	42-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas.
Subsidio del estado.		15-Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital.	Revisar acuerdos con ARS'S	43- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos.
Venta de servicios a otras instituciones		16- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado	Venta de servicios de esterilización.	✘ <b>Factores Medioambientales:</b>
Unidades de negocio, (cafetería, laboratorio, imágenes, comedor).		17- Falta de pago oportuno a los suplidores.	Pagos regulares por parte de las ARS	44- El país se encuentra en la ruta de huracanes.
Venta servicios usuarios privados			✘ <b>Factores Logística e Información:</b>	45-Fallas geológicas y movimientos telúricos.
Subsidio a la población que no pertenece a la seguridad social y demanda atenciones en el hospital.		✘ <b>Tecnología</b>	□	46- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción
Tener bien establecido los servicios de apoyo, limpieza, transportación.		18- No contar con equipo de resonancia magnética propio	Hospital de la región especializado con capacidad de referencia y contra referencia en todos los servicios que brinda.	✘ <b>Factores de demanda de los servicios:</b>
Adecuada infraestructura hospitalaria.		✘ <b>Registro de Información y Datos.</b>	Acceso a redes de información nacional e internacional	47-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)
Hospital de la región especializado con capacidad de referencia y contra referencia en todos los servicios que brinda.		19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende perdidas de recursos.	Posibilidad de adquirir el sistema de información financiera y clínico integrado	48- 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)
Excelente ubicación geográfica.			Implementación de la Ley de Seguridad Social.	49- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Rapidez de atención a los usuarios.		<b>Recursos humanos</b>	Convenios con Aseguradoras Riegos de Salud (ARS).	50- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo
Oferta de servicios especializados 24 horas del día		20- Desconocimiento de los manuales de proceso departamentales	Capacidad de negociación con las aseguradoras públicas y privadas.	51- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud.
Costo de los servicios de acuerdo a la capacidad de pago del usuario		21- Productos de limpieza de baja calidad.	En el área de influencia geográfica no existe un servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación.	<b>Gestión de Recursos</b>
Costos accesibles para el público en general		22- No existe un Código de vestimenta e identificación del personal	Posibilidad de venta de servicios especializados a otras instituciones.	52- Tardanza en la salida de equipos obsoletos o sin reparación por Bienes Nacionales
Asistencia centrada en las necesidades y problemas de los usuarios.		23- Discrepancia entre los contratos (designaciones) y las funciones de la persona en la institución	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.		<b>Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:</b>	Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los demás centros hospitalarios.	
Exoneración del pago a usuarios de escasos recursos económicos.		24- Redimiento de Consulta Externa = <b>61.1%</b>	Ofertar servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios.	
Soporte legal externo (notario público).		25- Tasa de Ocupación = <b>62.0%</b>	El continuo aumento de la demanda de cirugía ambulatoria y otros servicios ambulatorios.	
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			Acuerdos interinstitucionales con otros proveedores para la venta y compra de servicios.	
Disponibilidad de acceder a los servicios a través del sistema *462			<b>Factores Económicos / financieros:</b>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Conocimiento de los costos de cada uno de los servicios que ofrece el hospital.			Precio de los servicios accesibles a la población general.	
Se planifica y elabora presupuesto de acuerdo a la capacidad de producción de las diferentes unidades de producción			Cooperación de las FFAA en la disponibilidad de recursos humanos.	
Alquiler de salones (video conf., salón de actos)			<b>✘ Factores Competitivos:</b>	
Venta de servicios de central de esterilización			Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, reduciendo el precio de adquisición.	
Cumplimiento del plan de mercadeo y de negocio definido			Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales.	
<b>Recursos Humanos</b>			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.	
<b>✘ Estandarización</b>			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 procesos asistenciales claramente establecidos.				
Única Institución que todos sus servicios cuentan con protocolos de procedimientos definidos.			<b>✘ Factores Económicos / Financieros:</b>	
<b>✘ Producción:</b>			Posibilidad de incremento de la subvención económica del SNS.	
Horario extendido de: Consultas, Imagenología, cirugías electivas, laboratorio y banco de sangre.			Convenios de ventas de servicios a las ARS's.	
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			<b>✘ Factores de Gobierno y Sociales:</b>	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
✳ Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:			Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno.	
Promedio de Estadía = 5.8 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 =10.4%			Aumento del mercado con el paso de los servidores públicos al Régimen Contributivo de SENASA.	
Tasa Utilización Quirófanos= 120.3%			Inclusión por parte de SENASA de la mayor parte de la población al régimen subsidiado en los próximos 4 años/	
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 unidosis.				
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.				
Alto nivel de transparencia y rendición de cuentas de los				

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	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).	24-Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).
	Protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas, como medida para control y uso adecuado de los recursos.	2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios		25-Retraso en el pago de las ARS's.
	Helipuerto y 1 ambulancia.	3- Servicio de cirugía de catarata no se brinda por falta de materiales		26-Crisis financiera internacional y nacional.
	Estacionamiento espacioso y en cantidad adecuada.	✘ Control:	✘ Gestión y Control Recursos Económicos.	27-Aumento de la prima del dólar.
	Capacidad de ampliación del hospital.	4-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	Oferta de sistemas informáticos que facilitan la gestión y control adecuado de los recursos económicos.	28-Congelamiento de cuenta del Hospital.
	Control interno del consumo de material unidades de servicios	5-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)	29- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS.
	Facturación previa a la utilización de servicios ambulatorios.	6- 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.	30-Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo.
	Facturación y cobro de 24 horas en emergencia.	7- Falta de control de entrada y salida de activos	Diferentes ofertas en el mercado de equipos para cirugías oftalmológicas (cataratas)	31-Devaluación del peso.
	Sistema de Imágenes (PACS) con un diagnóstico en línea y con mayor precisión.	✘ Monitoreo y Evaluación:	Recibir la certificación de la NORTIC A-3, A-5 y E1	32-Alto costo de combustibles.
	✘ Control:	8- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.		33- Limitados créditos en el mercado para el hospital.
	Control de las cuentas por cobrar	9-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico.		34- Quiebras de ARS.
	Realización de auditoría externas, por parte de la Contraloría y/o organismos rectores.	10-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica.		35-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral.
	Existencia de una Unidad de Análisis de Costos.	11-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.		✘ Medio Ambiente:
Transparencia en la gestión administrativa.	12-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UC)		36-Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
				insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.
Contratación de auditores externos.		13-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchos gerencias.		37- 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.
Manejo descentralizado de sus recursos económicos		14- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado		
Licencia de la Comisión Nacional de Energía – Unidad de Imágenes		15- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental.		
Existencia de controles para la contratación de recursos humanos.		16- Sistema de administración y contabilidad no organizado.		
Personal de seguros e iguales en cada una de las áreas de producción para la agilización de los servicios a los usuarios.		17- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos.		
✘ <b>Facilidades de gestión:</b>		18- Manejo centralizado de los recursos		
Control de uso de los recursos económicos		19- Resonador magnético no es propiedad de la institución		
Unidad de cálculo y control de costos.		20- No se realizan estudios de angiotomografía		
Subvención del Ministerio de Salud Pública.		21- No realización de evaluación periódica de la productividad de las gerencias.		
Venta de servicios privados.		22- Escaso Control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.		
Venta de servicios a las ARS's públicas y privadas		23- Desactualización de protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas, como medida para control y uso adecuado de los recursos.		
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				
Aprovechamiento de la Asistencia de instituciones del Estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos económicos, (contraloría, cámara de cuenta, tesorería, entre otras)				
Disponibilidad de las ARS SENASA y Riesgos Laborales				
✘ <b>Monitoreo y Evaluación:</b>				
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.			
	Control y auditoría de recursos humanos, recursos económicos.			
	Evaluación periódica de la productividad de las gerencias.			
	Control y auditoría 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, A-3, A-5 y E1			
	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 integrado de la Contraloría General de la República, para RRHH y Dpto. Legal para certificaciones de contratos)			
	□			
<b>6. Formalizar y Mantener una fuerte relación con la comunidad.</b>	✘ 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.	8-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.	9-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	10- Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
			los pacientes atendidos que no están carnetizados.	
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	11-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 económicamente al hospital	12- Ley de libre acceso a la información.
Que la comunidad tenga acceso a las informaciones y actividades realizadas en el hospital a través de la página web y publicidad.		4- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo necesario a la planta potabilizadora de agua.		13- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningocosemia, SARS-CoV-2, otros)
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.		5- No se implementa el programa de prevención de accidentes de tránsito a jóvenes y adolescentes.		
Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local		6- No se realizan jornadas médicas en diferentes sectores rurales en la provincia ni se les da seguimiento a los casos que ameriten la atención		
<b>✘ Medio ambiente</b>		7- No 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		
Clasificación de los desechos, de acuerdo con estándares de calidad y seguridad medioambiental.				
Planta potabilizadora de agua.				
<b>✘ Rendición de cuentas:</b>				
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.				
Firma de acuerdos con diferentes instituciones de la sociedad.				
Servicio de cajero electrónico (Banreservas).				
Instalación de una estafeta de la junta Central Electoral, durante el proceso de credulación				

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	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.			
	Las autoridades del hospital participan en actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizacionales representativas de grupos de interés			
<b>7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.</b>	✘ 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). Habilitación 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.		
	✘ 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	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
			permite 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			
	<b>✘ Difusión de Información:</b>			
	Existencia de un gerencia de Relaciones Públicas.			
	Acuerdos con colaboradores con otras instituciones.			
	Poseemos las informaciones principales del hospital en nuestra página web.			
	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 toxicas.			
	Existe evidencia de impacto en la sociedad teniendo en cuenta la calidad democrática en el			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	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.			
	Existencia de políticas que favorezcan a usuarios desfavorecidos y/o discapacitados.			
	Promoción de los servicios ofrecidos en el hospital a través de los medios de comunicación audio visuales.			
	Creación 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 sobre la responsabilidad social de la organización.			

## 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	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	<b>Factores de Gobierno y Legales:</b>		
	1- Incumplimiento de los protocolos y procesos.	Mala calidad e inseguridad en la atención, aumentos de los costos de producción, riesgos de demandas y de la institución perder los litigios legales; 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 importanzado la virtud de tener todo estandarizado en el Hospital. No se establecen cronogramas para la revisión y actualización de los protocolos.
	2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LCSS.	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 contenidos 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.
	<b>@ Recursos Humanos:</b>		
	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
	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. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Otorgamiento de incentivos perversos.	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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			asignación de incentivos en base al resultado
	<b>8- No se actualizan los protocolos ni se revisan desde el punto de vista medico legal</b>	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.
	<b>9- Incumplimiento de horario de algunos colaboradores.</b>	Baja producción. Perdida de recursos. Limitado acceso a la población de los servicios. Limitado el Desarrollo Productivo del Hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos 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. No se aplica régimen de consecuencia para el personal que no cumple con su horario.
	<b>10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado. No se permite la contratación de diversas modalidades al personal.</b>	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. No contar con servicios demandas por los usuarios. Salarios Incongruente con el compromiso y desempeño del personal.	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 y establecer diferente modalidad de contratación del personal que requieren para dar un adecuado servicio a la población.
	<b>11- Falta de medición del impacto que produce la educación continuada en los recursos humanos</b>	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.
	<b>12- Algunos gerente no cumplen con el Rol gerencial, en vista de que no realizan las funciones relacionadas con supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia.</b>	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.	El Personal Gerencial no cuenta con las capacidades técnicas necesarias para desempeñar sus funciones. 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.
	<b>13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.</b>	Debilidad en la gestión del personal en la institución. Perdida de recursos. Baja productividad. Insatisfacciones de los usuarios. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda de servicio.	El Personal Gerencial no cuenta con las capacidades técnicas necesarias para desempeñar sus funciones. Los gerentes no ejecutan las funciones de supervisión. No se aplica el régimen de consecuencias establecido en el hospital.
	<b>14- No se presenta el personal de nuevo ingreso a la institución, ni se le entrega documentación escrita con relación a sus funciones y manuales de protocolos de actuación y procesos.</b>	Ingresos de personas desconocidas en el hospital que pudieran usurpar funciones de empleados. Riesgo de que ocurran sustracciones y robos. Personal de nuevo ingreso toma mayor tiempo para asimilar su posición y desempeño en el hospital, pues no recibe el apoyo inicial de sus	No se cumple con el proceso de inducción y presentación de los empleados de nuevo ingreso.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		compañeros y/o colaboradores. Bajo desempeño.	
	<b>15- Falta de personal de limpieza en algunas áreas</b>	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.
	<b>16- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes.</b>	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. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda de servicio.	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 del personal con bajo desempeño.
	<b>17- No existe capacidad para seleccionar personal calificado.</b>	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. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda de servicio.	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 del personal con bajo desempeño.
	<b>18- La forma de selección y contratación del personal no confiere seguridad laboral.</b>	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. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda de servicio.	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 del personal con bajo desempeño.
	<b>19- No se realiza inducción adecuada al personal de nuevo ingreso a la institución</b>	Ingresos de personas desconocidas en el hospital que pudieran usurpar funciones de empleados. Riesgo de que ocurran sustracciones y robos. Personal de nuevo ingreso toma mayor tiempo para asimilar su posición y desempeño en el hospital, pues no recibe el apoyo inicial de sus compañeros y/o colaboradores. Bajo desempeño.	No se cumple con el proceso de inducción y presentación de los empleados de nuevo ingreso.
	<b>20- No implementación de sistema de control biométrico de empleados.</b>	Incumplimiento del horario de servicio. Bajo desempeño laboral. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de la demanda de servicio. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos del hospital.	Escasa importancia en la gestión de los recursos humanos en el cumplimiento de horarios. No aplicación de régimen de consecuencias. El hospital no cuenta con recursos para la instalación y/o actualización del sistema de control biométrico.
	<b>21- Escasa Preparación profesional de los gerentes.</b>	Bajo desempeño gerencial. Escaso nivel de supervisión y control. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. Bajo nivel de satisfacción de los usuarios y colaboradores. Pobre logros de las metas y objetivos. Descredito del hospital. Disminución de la demanda. pérdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos del hospital.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal en base al perfil técnico del cargo y capacidades adquiridas. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se aplican sanciones y/o desvinculación del personal con bajo desempeño.
	<b>22- No se implementan Planes de incentivos formales para el personal a todos los niveles por antigüedad</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	El SNS no otorga los recursos necesarios al hospital para implementar los incentivos por antigüedad de los empleados. El hospital no cuenta con los recursos

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			necesarios para realizar la implementación de ese tipo de incentivos.
	<b>Educación Continua y Capacitación:</b>		
	<b>23- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.</b>	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.
	<b>24 - La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones.</b>	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 en un hospital docente.
	<b>@ Análisis y Tomas de Decisiones:</b>		
	<b>25- Baja productividad en algunas gerencias</b>	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.
	<b>Monitoreo y Evaluación:</b>		
	<b>26- 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.</b>	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.
	<b>27- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.</b>	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.
	<b>28- Ejecución parcial del plan de capacitación</b>	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.
	<b>Estandarización</b>		
	<b>29- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos.</b>	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	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 se establecen cronogramas

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	para la revisión y actualización de los protocolos.
	<b>30- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras.</b>	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 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 sistema acorde a las necesidades del hospital.
	<b>31- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias</b>	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. Perdida 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.
	<b>32- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad</b>	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Descrédito del hospital. Alto índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Descrédito del Hospital y sus autoridades. Disminución de la demanda de servicios. Perdida 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.
	<b>33- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades.</b>	Violación de los derechos de los usuarios. Riesgo de ocurrencia de mala practica médica. 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.
	<b>34- No conformación del Comité intrahospitalario de Bioética.</b>	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.	Las autoridades no priorizan la importancia de este comité en un hospital eminentemente quirúrgico.
	<b>@ Información y Comunicación</b>		
	<b>0</b>		
	<b>Infraestructura y Equipos</b>		
	<b>35- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital.</b>	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	36-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. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital.	El Hospital No cuenta con los recursos necesarios para enfrentar la situación. 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.
	37-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. Perdidas 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.
	38- 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. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital.	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.
	39- 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. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital.	Las autoridades no priorizan estas medidas de control en el hospital. No existe una cultura del cumplimiento de tratamiento de los residuos biológicos.
	40- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como cirugía vascular, cirujanos de columna, 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.
	41- No se ha implementado en el centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos	Perdida de las informaciones, datos y recursos 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 la instalación de este sistema por falta de valoración de la importancia que posee para la institución. El Hospital No posee recursos económicos para enfrentar la situación.
	0		
	<b>Logísticas</b>		
	42- No se realiza la elección democrática del comité ejecutivo cada año.	Las decisiones de importancia no se toman a través de un grupo colegiado que agregue objetividad a la toma de decisiones. Descredito del desempeño de la dirección general.	No se cumple con la normativa de elección de los miembros del Comité ejecutivo del hospital.
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Factores de Gobierno y Legales:</b>		
	43- 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 y personal operativo.
	44- 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.
	45- 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 valoración de los resultados positivos del hospital.
	46- 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.
	47-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente.	Deterioro progresivo de la infraestructura 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.
	<b>Recursos Humanos</b>		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>48-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.</b>	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.
	<b>Resultados:</b>		
	<b>49- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.</b>	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. No se cuenta con programa de difusión de las informaciones del hospital en las redes sociales y medios de comunicación tradicionales.
	<b>@ Logística y Calidad Productos:</b>		
	<b>50-Sobredemanda de los servicios.</b>	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.
	<b>51-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones).</b>	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. Daños de los sistemas del hospital.	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.
	<b>52-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.</b>	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.
	<b>53-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan.</b>	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. Descrédito 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.
	<b>Evaluaciones externas</b>		
	<b>54- Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS, que perjudican al hospital y al paciente.</b>	Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descrédito 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.
	<input type="checkbox"/>		

Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	<b>Información y Acceso</b>		
	0		
	<b>@ Medio Ambiente, confort e higiene</b>		
	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 debe de mantener limpia de manera continua el área de esta.
	2- Personal y equipos insuficientes 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. Alto costo para los usuarios.	Las autoridades no valoran en su justa dimensión la importancia de este servicio.
	3-Escaso número de habitaciones privadas.	Limita el acceso a personas que desean mayor privacidad y comodidad. Pérdida 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. Descredito del hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención. Disminución de los servicios. Pérdida de recursos económicos.	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.
	0		
	<b>Trato a los usuarios</b>		
	<b>Seguridad</b>		
	5-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 Ministerio de Obra Pública y Comunicaciones (MOPC) de un puente peatonal o túnel para acceder o salir con seguridad, no dan respuestas a la solicitudes realizadas por el hospital
	6-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.
	7- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual)	Riesgo de agresiones y asaltos. Insatisfacción de los usuarios y descreditos del hospital.	El personal no aplica los protocolos. El personal escasamente es supervisado por los gerentes. Falta de personal gerencia seguridad y vigilancia.
	<b>@ Oferta de Servicios</b>		
	8-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos.	No se puede brindar atenciones integrales. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Pérdida de recursos.	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.
	<b>Información y Acceso</b>		
	9-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 la gerencia de apoyo a las investigaciones clínicas.
	10- 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. descredito 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.
	<b>@ Comunicación Gerencial</b>		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>11- Debilidad en la planificación del uso de consultorios.</b>	Subutilización de los recursos. Baja productividad. Pérdida de recursos. Barreras de acceso a los servicios. Baja eficiencia. Descrédito del hospital.	Los gerentes no cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No se analizan las informaciones y datos para planificar la utilización de los recursos instalados de manera eficiente.
	<b>USUARIOS EXTERNOS:</b>		
	<b>Área Consulta Externa:</b>		
	<b>12- 64% no conoce el nombre de la enfermera o persona que le hizo pasar al consultorio</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de 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.
	<b>13- 40% sólo conoce una manera de programar su cita.</b>	Los usuarios incurren en gastos innecesarios de traslado para programar sus citas. Insatisfacción en los usuarios. Barrera de acceso a los servicios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal de atención al usuario y personal asistencial no están brindando las informaciones establecidas sobre las formas y facilidades para la programación de citas en los servicios de la institución.
	<b>14- 38% esperó de dos a más de tres horas para ser atendido, desde el horario oficial del inicio de la consulta. 26% considera este tiempo de demasiado a exagerado.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del tiempo que duran para ser atendidos. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.
	<b>15- 34% no conoce el nombre del médico que le atendió.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistenciales. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal.
	<b>16- 33% no conoce o le han informado sobre alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Las autoridades no se enteran de las inconformidades de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal de atención al usuario y personal asistencial no están brindando las informaciones establecidas sobre los mecanismos para expresar quejas en la institución.
	<b>17- 25% dice le fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o solicitar su autorización.</b>	Violación a los derechos del usuario. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Incumpliendo de lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos por parte del personal asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>18- 19% no fue atendido en el horario programado.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Personal de salud no cumple con el horario establecido. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión del desempeño y cumplimiento de las responsabilidades del personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>19- 17% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el horario de atención en consulta.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del horario de las consultas. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	20- 16% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Los supervisores de limpieza no realizan la supervisión periódica de los baños. Personal de limpieza no pasa periódicamente por los baños comunes. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	21- 14% no habló con el médico en privado, sin que otras personas pudiesen escuchar.	Violación a los derechos del usuario. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Incumpliendo de lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos por parte del personal asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>Área Hospitalización:</b>		
	22- 61% no conoce el nombre del médico que le atendió.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	23- 67% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente durante el ingreso.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal.
	24- 36% NO reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	Insatisfacción en los usuarios. Las autoridades no se enteran de las inconformidades de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal de atención al usuario y personal asistencial no están brindando las informaciones establecidas sobre los mecanismos para expresar quejas en la institución.
	25- 17% NO se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización	Riesgo de que los usuarios no se adhieran al tratamiento, no se realicen las curas establecidas, no acudan a sus citas de seguimiento, riesgo de morbilidad y/o muertes de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal asistencial no brinda adecuadamente las informaciones, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	26- 14% NO Se le ha informado sobre el seguimiento que va a necesitar durante los próximos días o meses posteriores a la hospitalización	Riesgo de que los usuarios no se adhieran al tratamiento, no se realicen las curas establecidas, no acudan a sus citas de seguimiento, riesgo de morbilidad y/o muertes de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal asistencial no brinda adecuadamente las informaciones, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	27- 11% dice se le ha realizado algún procedimiento sin informarle en que consiste este o pedir su autorización.	Violación a los derechos del usuario. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Incumpliendo de lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos por parte del personal asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	28- 11% no se le permitió participar en la decisiones sobre su tratamiento.	Violación a los derechos de los usuarios. Riesgo de que los usuarios no se adhieran al tratamiento, no se realicen las curas establecidas, no acudan a sus citas de seguimiento, riesgo de morbilidad y/o muertes de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal asistencial no brinda adecuadamente las informaciones, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	29- 11% considera de mucho a demasiado el tiempo de espera para el personal acudir al llamado.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del 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 duran para ser asistidos cuando llaman. Falta de personal. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.
	30- 11% no podría reproducir o poner en practica las explicaciones ofrecidas durante su estancia.	Riesgo de que los usuarios no se adhieran al tratamiento, no se realicen las curas establecidas, no acudan a sus citas de seguimiento, riesgo de morbilidad y/o muertes de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal asistencial no brinda adecuadamente las informaciones, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>Area Emergencia:</b>		
	31- 44% dice e fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o sin pedir autorización.	Violación a los derechos del usuario. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Incumpliendo de lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos por parte del personal asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	32- 47% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	33- 35% no conoce el nombre del médico que le atendió.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	El personal no se presenta adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el manual de proceso y protocolos de procedimientos asistencial. Los gerentes no realizan adecuadamente la supervisión de cómo actúan o que hace su personal.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>34- 18% se sintió de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Los supervisores de limpieza no realizan la supervisión periódica de los baños. Personal de limpieza no pasa periódicamente por los baños comunes. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>35- 18% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para la higiene personal.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Los supervisores de limpieza no realizan la supervisión periódica de los baños. Personal de limpieza no pasa periódicamente por los baños comunes. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>36- 16% no le informaron sobre las diferentes formas de expresar quejas, sugerencias o felicitaciones.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Las autoridades no se enteran de las inconformidades de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal de atención al usuario y personal asistencial no están brindando las informaciones establecidas sobre los mecanismos para expresar quejas en la institución.
	<b>37- 14% se siente insatisfecho en sentido general con los servicios que brinda el hospital.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios se sienten insatisfechos. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.
	<b>38- 12% dice la emergencia no tenía personal para informarle sobre el funcionamiento.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El personal de atención al usuario y personal asistencial no están brindando las informaciones establecidas sobre el funcionamiento de las áreas.
	<b>39- 12% se sintió poco satisfecho con los ruidos e intensidad de estos.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan de la intensidad de los ruidos en el hospital. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.
	<b>40- 11% no pudo hablar en privado con el medico, sin que otras personas escucharan.</b>	Violación a los derechos del usuario. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios pa	Los gerentes y personal operativo no cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. Los gerentes No realizan una adecuada supervisión del desempeño del personal. No realizan evaluaciones de desempeño. No se aplican sanciones al personal reiterativo en estas malas practicas.
	<b>41- 10% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Las autoridades no se enteran de las inconformidades de los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha realizado una evaluación adecuada de esta situación para determinar porque los usuarios de manera continua y sostenida se quejan del tiempo de esperal. No se implementan correcciones para mejorar las inconformidades de los usuarios.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>USUARIOS INTERNOS:</b>		
	<b>42- 76% no ha recibido pago por horas extras.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades y gerentes no han importanzado la necesidad de mantener motivado al capital principal con que cuenta el hospital que son los recursos humanos. El SNS, ni el MAP facilitan que el personal reciba el pago de horas extras.
	<b>43- 69% considera su salario no esta acorde con las funciones que realiza.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. Personal técnico formado y capacitado en el hospital es aprovechado por otras instituciones que los captan. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No existen parámetros para valorar el compromiso, entrega y carga de trabajo desarrollado por el personal del hospital para que el SNS y MAP consideren diferencial el pago de los centros de salud, donde el personal tiene un alto nivel de desempeño y los resultados obtenido en el hospital son buenos.
	<b>44- 66% dice en su gerencia o servicio no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades no perciben la necesidad de desarrollar estrategias integradoras de relaciones primarias entre los colaboradores, para mejorar el clima relacional del personal en la institución.
	<b>45-56% dice no ha quedado satisfecho con el incentivo recibido.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Otorgamiento de incentivos perversos.	No se informa al personal sobre los parámetros y metodología utilizada para la entrega de los incentivos. 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
	<b>46- 47% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones.</b>	Otorgamiento de incentivos perversos. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se informa al personal sobre los parámetros y metodología utilizada para realizar las promociones del personal.
	<b>47- 44% no cuenta con facilidades para la adquisición de vestuarios.</b>	Mala imagen corporativa del hospital. Mayor gastos del personal en ropa de vestir, lo cual disminuye el ingreso que recibe del hospital. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades no desarrollan estrategias para facilitar los uniformes correspondiente al personal del hospital. El hospital no cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos de dotar de uniforme del personal.
	<b>48- 40% dice no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Otorgamiento de incentivos perversos.	No se informa al personal sobre los parámetros y metodología utilizada para la entrega de los incentivos. 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
	<b>49- 37% no conoce la existencia de un plan de emergencia</b>	Riesgo de que ocurran lesiones y muertes en situaciones de emergencia por desconocimiento de la forma de actuar durante un evento catastrófico.	No se socializa el plan de emergencia del hospital entre los colaboradores, ni se capacitan en la actuación de estos en situaciones de emergencia por eventos catastróficos. No se realizan los simulacros por áreas en el hospital.
	<b>50- 37% considera el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.</b>	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 utilizan una metodología participativa para determinar las necesidades de capacitación y educación continuada del personal. Tampoco se da seguimiento al cumplimiento del plan de educación continua. No se contempla en el

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			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.
	<b>51- 37% no participa en la definición/revisión de los procesos</b>	Incumplimiento de los procesos. Poco involucramiento y vinculación con el hospital y su desempeño. 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.	Los gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los procesos establecidos para la operatividad del hospital. No se le exige rendición de cuentas o informes por este concepto a los gerentes. No se establece un cronograma de revisión y actualización de los procesos con el personal operativo. No se establecen cronogramas para la revisión y actualización de los procesos.
	<b>52- 36% no conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño.</b>	Poco involucramiento y vinculación con el hospital y su desempeño. 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 se divulga los parámetros establecidos para la evaluación de desempeño del personal gerencial y operativo. No se realizan las evaluaciones de desempeño del personal.
	<b>53- 36% no dispone de vestuario adecuado.</b>	Mala imagen corporativa del hospital. Mayor gastos del personal en ropa de vestir, lo cual disminuye el ingreso que recibe del hospital. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades no desarrollan estrategias para facilitar los uniformes correspondiente al personal del hospital. El hospital no cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos de dotar de uniforme del personal.
	<b>54- 35% no dispone de facilidades para la educación continuada.</b>	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 utilizan una metodología participativa para determinar las necesidades de capacitación y educación continuada del personal. Tampoco se da 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.
	<b>55- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza y orden de las habitaciones y áreas de descanso.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Los supervisores de limpieza no realizan la supervisión periódica de los baños y habitaciones del personal. Personal de limpieza no pasa periódicamente por las habitaciones. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>56- 31% considera que su jefe no conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución</b>	Poco involucramiento y vinculación con el hospital y su desempeño. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Frustración profesional. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	No se divulga los parámetros establecidos para la evaluación de desempeño del personal gerencial y operativo. No se realizan las evaluaciones de desempeño del personal. Los resultados de la evaluación no son compartidos con los evaluados.
	<b>57- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las capacitaciones para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.</b>	Riesgo de que ocurran lesiones y muertes en situaciones de emergencia por desconocimiento de la forma de actuar durante un evento catastrófico.	No se socializa el plan de emergencia del hospital entre los colaboradores, ni se capacitan en la actuación de estos en situaciones de emergencia por eventos

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			catastróficos. No se realizan los simulacros por áreas en el hospital.
	<b>58- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con los alimentos servidos al personal.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño. Conflictos laborales.	No se socializa con el personal la composición del menú que se le servirá por temporada.
	<b>59- 29% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.</b>	Robo y/o sustracciones de pertenencias. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño. Conflictos laborales.	No se cuenta con la cantidad suficientes de locker para guardar las pertenencia de los empleados, durante la jornada laboral.
	<b>60- 28% no conoce de la existencia de un plan de capacitación.</b>	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 utilizan una metodología participativa para determinar las necesidades de capacitación y educación continuada del personal. Tampoco se da 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.
	<b>61- 27% no dispone de todos los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo.</b>	Bajo desempeño. Limitada Producción. Altos costos de producción. Riesgo de mala calidad e inseguridad de la atención. Insatisfacción de los colaboradores y usuarios externos. Descredito del Hospital.	Los gerentes con cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No se analizan las informaciones y datos para planificar la utilización de los recursos instalados de manera eficiente. No le dan seguimiento a que de adquieran los insumos, productos, equipos e instrumentos para el personal realizar de manera adecuada su labor. El hospital no cuenta con recursos para garantizar todo lo necesario para el personal realizar su labores.
	<b>62- 26% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para la ingesta/preparación de alimentos.</b>	Insatisfacción de los colaboradores. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño.	No se habilita de manera adecuada las áreas para el personal pueda preparar e ingerir sus alimentos.
	<b>63- 26% no se le informa cuando se realizan cambios o actualizaciones.</b>	Insatisfacción de los colaboradores. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño.	Los gerentes con cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No involucran al personal operativo en los cambios que se van a realizar y lo que se pretende lograr con estos cambios.
	<b>64- 25% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza de baños.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	Los supervisores de limpieza no realizan la supervisión periódica de los baños y habitaciones del personal. Personal de limpieza no pasa periódicamente por las habitaciones. No se aplica régimen de consecuencias para el personal que incurre en la falta de manera reiterada.
	<b>65- 23% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la forma en que la institución se adapta a los cambios.</b>	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Escasa Vinculación con su institución.	Escasa divulgación e integración del personal operativo en las acciones que desarrolla la institución para adecuarse a los cambios.
	<b>66- 22% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía de los asientos.</b>	Riesgo de padecer enfermedades laborales. Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios.	No se realiza periódicamente una evaluación de los estados del mobiliario utilizado por el personal. No se Cumple con un Plan de mantenimiento preventivo de los equipos. No existen especificaciones técnicas para la adquisición del mobiliario en el hospital.
	<b>67- 20% dice al entrar a la institución no se le entregó información institucional</b>	Desconocimiento de la funcionalidad general y específica del hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención.	No se cumple con el proceso de inducción general y específico de los nuevos colaboradores.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		Descredito del hospital. Insatisfacción de los usuarios.	
	68- 20% considera que la carga de trabajo no esta distribuida proporcionalmente.	Sobre carga de trabajo de algunos. Insatisfacción de los colaboradores. Conflictos entre el personal. Descredito del hospital.	Los gerentes con cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No involucran al personal operativo en las evaluaciones de desempeño de la unidad. No realizan una adecuada supervisión del desempeño del personal. No realizan evaluaciones de desempeño.
	69- 20% no conoce el organigrama de su gerencia o servicio.	Desconocimiento de las líneas de mando en la institución. Violaciones de la líneas de mando. Conflicto entre el personal. Mala imagen del hospital.	No se cumple con el proceso de inducción general y específico de los nuevos colaboradores.
	70- 18% dice la forma como fue seleccionado no le confiere seguridad laboral.	Stress laboral pues siempre piensa será desvinculado. Búsqueda de otro empleo. Aumento del Índice de rotación del personal.	No se cumple con el proceso de entrevista y selección del personal establecido en el hospital.
	71- 15% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones contenidas en los manuales. Y 12% con la capacitación recibida al momento de su ingreso.	No cumplimiento de procesos y protocolos de procedimientos. Mala calidad e inseguridad de la atención. Incremento de los costos de producción. Perdida de recursos. Insatisfacción.	No se cumple con el proceso de inducción general y específico de los nuevos colaboradores.
	72- 15% al entrar a la institución no se le informó sobre misión, visión valores.	Desconocimiento de las informaciones y conceptos generales del hospital. Mayor tiempo para asimilar la institución a la cual pertenece. Insatisfacción.	No se cumple con el proceso de inducción general y específico de los nuevos colaboradores.
	73- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el control de ruidos. 11% con la climatización	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño. Riesgo de adquirir una enfermedad laboral.	La unidad de salud laboral, no realiza de manera periódica evaluaciones de riesgo para el personal. Tampoco se implementa acciones para mejorar el ambiente y clima laboral de los colaboradores.
	74- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el tamaño de las áreas de trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño. Riesgo de adquirir una enfermedad laboral.	La unidad de salud laboral, no realiza de manera periódica evaluaciones de riesgo para el personal. Tampoco se implementa acciones para mejorar el ambiente y clima laboral de los colaboradores.
	75- 13% dice en su área de trabajo no existen informaciones/ imágenes/advertencias para prevenir riesgos.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Escasa valoración de su institución. Bajo desempeño. Riesgo de adquirir una enfermedad laboral o riesgo de sufrir accidentes.	La unidad de salud laboral, no realiza de manera periódica evaluaciones de riesgo para el personal. Tampoco se implementa acciones para mejorar el ambiente y clima laboral de los colaboradores.
	76-13% su superior inmediato no lo mantiene informado sobre las informaciones que competen a su trabajo.	No cumplimiento de procesos y protocolos de procedimientos. Mala calidad e inseguridad de la atención. Incremento de los costos de producción. Perdida de recursos. Insatisfacción.	No se cumple con el proceso de inducción general y específico de los nuevos colaboradores. Los gerentes con cumplen con las funciones y responsabilidades de sus cargos. No realizan una adecuada supervisión del desempeño del personal. No realizan evaluaciones de desempeño.
	77- 12% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la imagen que proyecta la institución.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Escasa Vinculación con su institución.	Escasa divulgación e integración del personal operativo en las acciones que desarrolla la institución para proyectar su imagen interna y externa.
	<b>Responsabilidad y Control:</b>		
	78- 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.
	79- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del hospital.	No se toman medidas para corregir la insuficiencia de asientos. No se han periódicamente levantamiento de necesidades de las áreas para corregir las necesidades.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Resultados:</b>		
	<b>80-Descredito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.</b>	Mala imagen del hospital y descrédito de las autoridades. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>Legales:</b>		
	<b>81-Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.</b>	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 descrédito e incumplimiento de las metas establecidas en el hospital.
	<b>Seguridad</b>		
	<b>82-Poca seguridad vial para llegar al hospital.</b>	Mala imagen del hospital. Disminución de la demanda de servicios. Riesgos de accidentes catastróficos. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>83-Falta de hotelería en la zona.</b>	Dificultades de los familiares y relacionados para mantenerse cerca o accesible a su familiar hospitalizado.	Los empresarios Hoteleros no han valorado el potencial económico del desarrollo de un hotel en la zona cerca del hospital.
	<b>84- Granjas de animales en las periferias del hospital</b>	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.
	<b>Acceso</b>		
	<b>85-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital</b>	Dificultad en el acceso vial de los usuarios al hospital. Limitada demanda de los servicios. Capacidad instalada sub-utilizada. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se ha establecido convenio con los gremios chofes riles 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	<input type="checkbox"/>		
	<b>Planificación-Control:</b>		
	<b>1-Debilidad en lograr las metas producción en el área de hospitalización.</b>	Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descrédito 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.
	<b>2-Baja utilización capacidad productiva Instalada.</b>	Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descrédito 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.
	<b>3-Falta de espacios para el área de archivo</b>	Deterioro, extravíos y pérdidas 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.
	<b>4-Caducidad de la estructura informática de la institución.</b>	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.
	<b>5- Calculo de productividad en base a capacidad instalada no se actualiza cada 4 meses.</b>	Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descrédito 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. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento de metas, objetivos y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas.
	<b>6- Falta de seguimiento y monitoreo para verificar los resultados de las UEPSS.</b>	Perdida de recursos. Alto costos en la producción de los servicios. Limitaciones para cumplir con los compromisos económicos. Descrédito 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. Las autoridades no exigen a los gerentes operativos informe de cumplimiento de metas, objetivos y planes de correcciones de las dificultades que impidieron el cumplimiento de las metas.
	<b>7- No existe un sistema de gestión descentralizado.</b>	Dificultades en la gestión adecuada del hospital, pues no se pueden tomar acciones oportunas, pues la decisiones operativas tienen que se aprobada a otro nivel que desconoce la realidad operativa del hospital. Lo cual entorpece el logro de las metas y resultados esperados en el hospital. Lo cual hace que el nivel gerencial se sienta frustrado y con escaso compromiso con la institución.	No cumplimiento de la ley y reglamentos que crea el SNS.
	<b>Capacitación y Sensibilización</b>		
	<b>8-Falta de homologación del sistema financiero del hospital.</b>	Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el	Limitaciones por parte del SNS para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		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.	e informaciones de manera oportuna y de calidad. No validación por la contraloría del sistema de registro.
	<b>Recursos Humanos</b>		
	<b>9-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo.</b>	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 del cumplimiento del proceso de entrevista y selección del personal.
	<b>10-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución</b>	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 despiden los gerentes con bajo desempeño.
	<b>11- No se cumple con la capacidad existente para contratación de personal con metodología y por un comité.</b>	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 despiden los gerentes con bajo desempeño. Disposiciones centralizadas de gestión de los recursos humanos por parte del SNS y MAP.
	<b>@ Factores Logística e Información:</b>		
	<b>12- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos.</b>	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 SNS para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad que garantice a los usuarios un record electrónico único.
	<b>13-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos.</b>	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.	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.
	<b>14- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.</b>	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.
	<b>15- Desorganización de récord clínico físico del usuario.</b>	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. No se cuenta con un sistema digital de record clínico con todos los módulos necesarios. El personal no usa de manera adecuada el sistema digital.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>16- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados.</b>	Riesgo de mala practica. Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de eventos adversos. Perdidas de recursos. Aumentos de los costo de producción.	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.
	<b>17-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.</b>	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 procesos y 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.
	<b>18-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos.</b>	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.
	<b>19- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia</b>	Riesgo de que ocurran eventos graves y por capacidad del disco duro no se registren. Dificultad para resolver los casos de conflictos, robo, agresiones. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del Hospital.	No se ha adquirido un disco duro con mayor capacidad. No se ha importanzado la necesidad de esto por parte de las autoridades. No se le ha dado seguimiento a la solicitud de la compra del disco duro.
	<b>20- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina</b>	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 han identificado las instituciones que podrían colaborar en la realización de las videos conferencias. No se ha formulado una propuesta o plan para el aprovechamiento de este medio en el hospital.
	<b>21- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos</b>	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. No se formula ni cumplen el Plan de educación continuada. No se le da participación al personal operativo en la formulación del Plan de educación continuada y de actualizaciones.
	<b>22- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático.</b>	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, este Plan.
	<b>23- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias.</b>	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 importanzan los resultados positivos que se deben ofrecer a los usuarios.
	<b>24- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia.</b>	Perdidas de recursos. Alto costo de producción. Sub-utilización de la capacidad instalada. Perdida de oportunidades en salud. Barreras de accesos para los usuarios que	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		necesitan ser hospitalizados. Descredito del hospital.	
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Planificación-Control:</b>		
	<b>25-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales.</b>	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.
	<b>Factores Logística e Información:</b>		
	<b>26-Los llamados a huelga de los gremios profesionales.</b>	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.
	<b>27-Campaña de descrédito del hospital.</b>	Mala imagen del hospital y descrédito de las autoridades. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>28-Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.</b>	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 importanizan 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.
	<b>29-Ausencia de una red estructurada de atención que funcione adecuadamente, (referencia y contra referencia)</b>	Sobre demanda de los servicios. Insatisfacción de los usuarios. Afectación de la Calidad y seguridad en la atención. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Querer atender a todos los usuarios, sin importar la capacidad instalada y de respuesta de los servicios del hospital.
	<b>30-Tener que hospitalizar aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria.</b>	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. descrédito 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.

Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
<b>RIESGOS INTERNOS</b>			
<b>Capacidad Instalada y Resolutiva:</b>			
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. Descuento del hospital. Mala referencia del hospital por parte de los usuarios. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad 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.	
<b>Equipos e infraestructura</b>			
3-Falta de equipos en algunos servicios.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.	
4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos.	Deterioro prematuro de los equipos del hospital. Riesgo de Mala calidad e inseguridad de la atención. Descuento del Hospital. Baja producción. Alto costo de producción. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se contrata una empresa buena y seria para que ejecute el mantenimiento y reparaciones de los equipos y sistema del hospital.	
5-Falta climatización en algunas áreas.	Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de incremento de las IAAS. Descuento del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.	
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. descuento 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- La Central de Esterilización no cuenta con un sistema de esterilización en frio.	Deterioro de los equipos. Riesgo de incremento de las IAAS. Descuento del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se contrata una empresa buena y seria para que ejecute el mantenimiento y reparaciones de los equipos y sistema del hospital. El hospital no cuenta con recursos para reponer sus equipos y sistemas.	
8- No se cuenta con Sistema automatizado de limpieza.	Incremento de los tiempos de limpieza. Riesgo de incremento de las IAAS. Descuento del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. Disminución de las demandas de servicios. Perdida de recursos. No	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se contrata una empresa buena y seria para que ejecute el mantenimiento y reparaciones de los equipos y sistema del hospital. El hospital no cuenta con recursos para reponer sus equipos y sistemas.	

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	
	<b>9- Helipuerto sin licencia de operaciones y 1 ambulancias.</b>	Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios. Descredito del Hospital. Limitaciones para ofrecer los servicios. Perdidas de recursos.	No se realizan las gestiones con las instituciones correspondientes para obtener la licencia y acreditación del Helipuerto. No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se contrata una empresa buena y seria para que ejecute el mantenimiento y reparaciones de los equipos y sistema del hospital. El hospital no cuenta con recursos para reponer sus equipos y sistemas.
	<b>10- La dificultad de un sistema digital computarizado que permita la integración eficiente de los procesos médicos y financiero.</b>	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. Perdida de recursos económicos. Perdidas de recursos. Perdidas 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 que garantice a los usuarios un record electrónico único.
	<b>11- No existe disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado</b>	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. Perdida de recursos económicos. Perdidas de recursos. Perdidas 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 que garantice a los usuarios un record electrónico único.
	<b>@ Captura del Mercado:</b>		
	<b>12- La dificultad de un sistema digital computarizado ágil y eficiente que permita la rapidez de los procesos como ordenes médicas y facturaciones.</b>	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 SNS para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad que garantice a los usuarios un record electrónico único.
	<b>13- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's.</b>	Estar recibiendo un menor pago por los servicios prestados. Perdida de recursos. Alto costo de producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>14- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios.</b>	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.
	<b>Disponibilidad de Recursos:</b>		
	<b>15- Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital.</b>	El Hospital no recibe los recursos que debería recibir por concepto de esta unidades de negocio. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>16- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado</b>	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 contar	No se ha importanzado la adquisición del equipo parte de las autoridades. Falta de recursos económicos.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	
	<b>17- Falta de pago oportuno a los suplidores.</b>	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.
	<b>Tecnología</b>		
	<b>18- No contar con equipo de resonancia magnética propio</b>	Limitado la asistencia integral a los usuarios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se cuenta con los recursos necesarios para la adquisición del equipo por cuenta del hospital.
	<b>@ Registro de Información y Datos.</b>		
	<b>19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende pérdidas de recursos.</b>	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. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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 auditorías que realizan al registros por parte de auditoría médica es de manera retrospectiva. No se ha realizado la actualización y desarrollo del sistema informático que posee el hospital.
	<b>Recursos humanos</b>		
	<b>20- Desconocimiento de los manuales de proceso departamentales</b>	Riesgo de mala práctica. Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de eventos adversos. Incremento de los costos de producción. Pérdidas de recursos. Descuento del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>21- Productos de limpieza de baja calidad.</b>	Riesgo de incremento de las IAAS. Descuento del Hospital. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Prolongación de la estadías. Descuento del Hospital. Disminución de las demandas de servicios. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	El hospital no ha definido las características técnicas de los productos e insumos que deben poseer los productos de limpieza para ser adquirido en el hospital.
	<b>22- No existe un Código de vestimenta e identificación del personal</b>	Mala imagen corporativa del hospital. Mayor gastos del personal en ropa de vestir, lo cual disminuye el ingreso que recibe del hospital. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades no desarrollan estrategias para facilitar los uniformes correspondiente al personal del hospital. El hospital no cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos de dotar de uniforme del personal.
	<b>23- Discrepancia entre los contratos (designaciones) y las funciones de la persona en la institución</b>	Insatisfacción de los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Conflictos laborales. Baja producción. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se le da cumplimiento la estructura orgánica del hospital. No se cumple con el proceso de entrevista selección y contratación del personal.
	<b>0</b>		
	<b>Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:</b>		
	<b>24- Redimiento de Consulta Externa = 61.1%</b>	Incrementos de los costos de producción. Pérdida de recursos. No	Los gerentes operativos no dan seguimientos a las metas de producción

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>25- Tasa de Ocupación = 62.0%</b>	Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad 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.
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Factores del Mercado:</b>		
	<b>26-El alto costo del servicio energético.</b>	Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se ha evaluado la posibilidad de ir integrando fuentes de energías alternativas. (Eólica, solar, otras).
	<b>27-Cambios de gobiernos locales y nacionales.</b>	Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No promocionar los logros y resultados del modelo de organización y gestión hospitalaria establecido.
	<b>28-Inestabilidad económica</b>	Perdida 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 financiera de manera oportuna. La forma en que se otorgan los recursos económicos del hospital a través de un presupuesto histórico que no obedece a la realidad del hospital.
	<b>29- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado.</b>	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida 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 contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>30- Huelga de gremios</b>	Paro de las labores asistenciales en el Hospital. Riesgos de complicaciones de los usuarios y muertes. Baja producción. Perdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Falta de desarrollo de un Plan para mantener motivado y comprometido al personal con la institución.
	<b>31- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado.</b>	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>32-Retraso en la entrega de los fondos asignados.</b>	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>33- Fallo de suministro de la energía de la red pública</b>	Riesgo de complicaciones y muertes para los usuarios. Descredito del Hospital. Limitaciones para ofrecer los	No contar con un sistema de emergencia con las capacidades para mantener el suministro hasta que se restablezca el

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		servicios. Pérdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	servicio regular. No contar con sistema de energía alternativa. No realizar un adecuado mantenimiento preventivo de los generadores de emergencia. Obsolescencia de los equipos de los generadores eléctricos de emergencia.
	<b>34-Aumento del costo de combustibles.</b>	Incrementos de los costos de producción. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>35-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio.</b>	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>36- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.</b>	Mala calidad e inseguridad de la atención. Desprestigio del Hospital y las autoridades. Riesgos de complicaciones y muertes de los usuarios. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>37-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.</b>	Descredito del Hospital. Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No contar con un Plan de desarrollo e innovación en el hospital.
	<b>38- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre.</b>	Insatisfacción. Riesgo de complicaciones y muerte 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.
	<b>39- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios.</b>	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. Descredito del hospital. Disminución de la producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar el pago a tiempo y en las cantidades estipuladas con los proveedores. Falta de recursos económicos. Solo pagar a algunos suplidores.
	<b>40-Quiebras de ARS's.</b>	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. Disminución de la producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>Factores Competitivos:</b>		
	<b>41- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.</b>	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 contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No estar enfocado en el desarrollo de planes de contención de costos y de mejoría continua de la calidad y satisfacción de los usuarios.
	<b>42-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas.</b>	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. Disminución de la producción. No contar con los recursos	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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	ventas de servicios convenidos entre las partes.
	<b>43- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos.</b>	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de reparaciones oportunas. Descredito del hospital. Disminución de la producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>Factores Medioambientales:</b>		
	<b>44- El país se encuentra en la ruta de huracanes.</b>	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No poseer adecuados planes de emergencia para mitigar el impacto de estas situaciones.
	<b>45-Fallas geológicas y movimientos telúricos.</b>	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No poseer adecuados planes de emergencia para mitigar el impacto de estas situaciones.
	<b>46- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción</b>	No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descredito del hospital. Disminución de la producción. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se ejecutan acciones para realizar la contención de costo. No se presenta los informe de análisis de costos a las autoridades. Las autoridades no toma acción frente a los resultados de los análisis de los costos.
	<b>Factores de demanda de los servicios:</b>		
	<b>47-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)</b>	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No estar los gerentes enfocados en el logros resultados esperados. Las autoridades no toma acción frente a los resultados de los servicios.
	<b>48- 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)</b>	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 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.
	<b>49- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente.</b>	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 metas y objetivos. Perdida de recursos.	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. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital.
	<b>50- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo</b>	No contar con los recursos humanos necesarios para dar respuestas a las 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. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios	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 Administrativos que

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	controle las malas ejecutoria de los Directores y donde estos rindan cuenta de sus resultados.
	<b>51- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud.</b>	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 las 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 Administrativos que controle las malas ejecutoria de los Directores y donde estos rindan cuenta de sus resultados.
	<b>Gestión de Recursos</b>		
	<b>52- Tardanza en la salida de equipos obsoletos o sin reparación por Bienes Nacionales</b>	Mala imagen del hospital. Creación de área para la reproducción y mantenimiento de roedores e insectos. Sustracciones de parte de los equipos y mobiliarios.	Bienes Nacionales no importantiza el impacto que esto representa para la imagen del hospital y los riesgos que esto acarrea en el entorno hospitalario y el medio ambiente. No contar con depósitos para colocar los bienes descartados.
<b>Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.</b>	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	<b>@ Logística:</b>		
	<b>1- Falta de supervisión a los encargados de unidades de servicios en control del consumo de materiales y medicamentos</b>	Perdida de recursos. Alto índice de Glosas. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>2- Falta de control interno del consumo de material en algunas unidades de servicios</b>	Perdida de recursos. Alto índice de Glosas. Altos costos de producción. Mala calidad de la atención. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>3- Servicio de cirugía de catarata no se brinda por falta de materiales</b>	Limitado acceso a los servicios a la población del área de influencia del hospital. Limitación para ofrecer servicios integrales a los usuarios. Descredito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se realizan análisis para determinar la factibilidad de completar el equipamiento del servicio para ofrecer las atenciones a los usuarios que lo requieran.
	<b>@ Control:</b>		
	<b>4-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.</b>	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	<b>5-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.</b>	Altos costos de producción. Pérdida 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. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades y gerentes no utilizan las informaciones generadas por las unidades 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.
	<b>6- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones</b>	Pérdida de recursos. Descrédito del Hospital. Se limita ayudar a personas de escasos recursos. Pobre impacto social del hospital para las personas más necesitadas.	No se ha definido una política de recepción administración y uso de las donaciones que recibe el hospital.
	<b>7- Falta de control de entrada y salida de activos</b>	Pérdida de recursos. Altos costos en la producción. Descrédito de las autoridades en la administración de los recursos del hospital. Cambio de las autoridades.	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 importan estas funciones en la subdirección financiera.
	<b>@ Monitoreo y Evaluación:</b>		
	<b>8- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.</b>	No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descrédito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Las autoridades no presentan el análisis de los datos financieros, resultados del hospital y actividades de desarrollo a las autoridades del MSP, para justificar la solicitud del incremento del presupuesto.
	<b>9-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico.</b>	Desconocimiento de la capacidad instalada y productiva. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descrédito del hospital. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se incorporó la tabla del presupuesto en base a capacidad estimada de producción por año en el documento del plan estratégico.
	<b>10-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica.</b>	Dificultades para planificar y tomar decisiones adecuada desde el punto de vista financiero.	No se incorporó la tabla del presupuesto en base a capacidad estimada de producción por año en el documento del plan estratégico.
	<b>11-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.</b>	Pérdida de recursos. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorías 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 importan estas funciones en la subdirección financiera.
	<b>12-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI)</b>	Riesgo de complicaciones y muertes de usuarios por no contar con los recursos necesarios para soporte vitales de los usuarios en estado crítico. Riesgos de que los usuarios queden con limitaciones físicas. Demanda médica. Descrédito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad 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.
	<b>13-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchas gerencias.</b>	Riesgos de oferta servicios de mala calidad y escasa seguridad en la atención. Insatisfacción de los usuarios. Demandas legales. Pérdida de recursos. Aumento de los costos. Conflicto entre el personal. Descrédito del hospital. Baja producción. No	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	
	<b>14- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado</b>	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.
	<b>15- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental.</b>	Perdidas de recursos. Incrementos de los costos de producción. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades.	No se ha importantizado por las autoridades el mantenimiento de los inventarios actualizados, según la normativas generales.
	<b>16- Sistema de administración y contabilidad no organizado.</b>	Perdidas de recursos. Incrementos de los costos de producción. Riesgo de robos. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades.	No se ha importantizado por las autoridades la buena organización de la contabilidad institucional.
	<b>17- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos.</b>	Incrementos de los costos de producción. No contar con los recursos para enfrentar los compromisos económicos. Descrédito comercial del hospital. Cierre de créditos.	No contar con un nivel de control y rendición de cuenta colegiado por encima del Director General. No cumplimiento de los planes establecidos.
	<b>18- Manejo centralizado de los recursos</b>	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.
	<b>19- Resonador magnético no es propiedad de la institución</b>	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.
	<b>20- No se realizan estudios de angiotomografía</b>	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.
	<b>21- No realización de evaluación periódica de la productividad de las gerencias.</b>	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. Descrédito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>22- Escaso Control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.</b>	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. Descrédito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	
	<b>23- Desactualización de protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas, como medida para control y uso adecuado de los recursos.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Disponibilidad de recursos:</b>		
	<b>24- Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>25- Retraso en el pago de las ARS's.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>26- Crisis financiera internacional y nacional.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>27- Aumento de la prima del dólar.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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
	<b>28-Congelamiento de cuenta del Hospital.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>29- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>30-Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Sistema de control externo de las instituciones fiscalizadoras de los recursos del estado, lentos y pocos eficaces para dar respuestas a las instituciones prestadora de servicios de salud público.
	<b>31-Devaluación del peso.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>32-Alto costo de combustibles.</b>	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. Descuento del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>33- Limitados créditos en el mercado para el hospital.</b>	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.	No haber garantizado un adecuado pago de los compromisos contraídos. No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		Conflicto entre el personal. Descredito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>34- Quiebras de ARS.</b>	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. Descredito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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 SISARIL. No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
	<b>35-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral.</b>	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. Descredito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>@ Medio Ambiente:</b>		
	<b>36-Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.</b>	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. Descredito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.
	<b>37- 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.</b>	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. Descredito del hospital. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	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 miembros 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 desarrolladas 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 hospital 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 importanzan este tipo de relaciones para la institución.
	4- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo necesario a la planta potabilizadora de agua.	Riesgos de enfermedades para los usuarios y personal. Incremento de las IAAS. Limitaciones de producción. Descréditos del hospital. Demandas legales. Pérdida de recursos. Aumento de los costos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	No se formula, ni cumple con un plan de Mantenimiento preventivo general del hospital. Las autoridades no importanzan el impacto del plan.
	5- No se implementa el programa de prevención de accidentes de tránsito a jóvenes y adolescentes.	Escasa valoración y conciencia de la población al cumplimiento de las leyes de tránsito. Aumento de los accidentes de tránsito y muertes en población joven en la zona de influencia del hospital.	Las autoridades no han importanzado esta estrategia de desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre el hospital y la comunidad.
	6- No se realizan jornadas médicas en diferentes sectores rurales en la provincia ni se les da seguimiento a los casos que ameriten la atención	Escasa presencia del hospital como ente social en la comunidad. Riesgo de que personas que requieren ser asistidos oportunamente desarrollen enfermedades y situaciones crónicas de salud.	Las autoridades no han importanzado esta estrategia de desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre el hospital y la comunidad.
	7- No 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	Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativas desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra del hospital por desconocimiento.	Las autoridades no han importanzado esta estrategia de desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre el hospital y la comunidad.
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:			
8-Poco involucramiento de los líderes comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad.	Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativas desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra del hospital por desconocimiento.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.	
9-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. No se establecen controles para que las actividades sociales del Hospital no se le imprima un matiz político.	

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	10- 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.
	11-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 no realiza de manera adecuada sus funciones. Limitación de Recursos para cubrir la población.
	12- 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.
	13- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningocosemia, SARS-CoV-2, otros)	Riesgos de enfermedades para los usuarios y personal. Limitaciones de producción. Descréditos del hospital. Perdida de calidad y alto nivel de insatisfacción de los usuarios. Limitada la capacidad para gestionar de manera adecuada el 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. No tomar e implementar las medidas de control de oportuna para el control de la situación.
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>		
	<b>Satisfacción de los usuarios:</b>		
	Ver Objetivo 2 de satisfacción de los usuarios.		
Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	1- No contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital..	Desconocimientos de informaciones valiosas del hospital. Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa 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. Perdida de recursos. Aumento de los costos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	Los gerentes no informan a los colaboradores la manera correcta como deben 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. Descrédito del Hospital. Baja la demanda de los servicios. Perdidas de recursos. Escaso logro de las metas. Aumento de los costos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. No contar con los recursos necesarios para cubrir los costos y gastos de la operatividad del Hospital.	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. Descrédito 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	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 mejoras 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 público. No se pueden tomar medidas para corregir estas violaciones por desconocimiento. No se realizan evaluaciones en este sentido.	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 importantizado la formulación del Plan de Control de crisis de comunicación y medios. Incapacidad técnica del gerencia de comunicación para formularlo.
	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.
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>		
	<b>Difusión de Información:</b>		
	9-Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	Insatisfacción. Descredito 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.
	<b>Satisfacción de los usuarios:</b>		
	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. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas indoles.	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
1.- Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	<b>Factores de Gobierno y Legales:</b>					
	1- Incumplimiento de los protocolos y procesos.	3	3	9	3	Alto
	2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LCSS.	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
	<b>@ Recursos Humanos:</b>					
	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 actualizan los protocolos ni se revisan desde el punto de vista medico legal	3	3	9	3	Alto
	9- Incumplimiento de horario de algunos colaboradores.	3	2	6	3	Alto
	10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado. No se permite la contratación de diversas modalidades al personal.	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 cumplen con el Rol gerencial, 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- No se presenta el personal de nuevo ingreso a la institución, ni se le entrega documentación escrita con relación a sus funciones y manuales de protocolos de actuación y procesos.	3	3	9	3	Alto
	15- Falta de personal de limpieza en algunas áreas	2	2	4	2	Medio
	16- La selección de personal sin las evaluaciones correspondientes.	3	3	9	3	Alto
	17- No existe capacidad para seleccionar personal calificado.	3	3	9	3	Alto
	18- La forma de selección y contratación del personal no confiere seguridad laboral.	2	2	4	2	Medio
	19- No se realiza inducción adecuada al personal de nuevo ingreso a la institución	3	3	9	3	Alto
	20- No implementación de sistema de control biométrico de empleados.	3	2	6	3	Alto
	21- Escasa Preparación profesional de los gerentes.	3	3	9	3	Alto
22- No se implementan Planes de incentivos formales para el personal a todos los niveles por antigüedad	2	2	4	2	Medio	
<b>Educación Continua y Capacitación:</b>						
23- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	2	2	4	2	Medio	

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	24 - La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones.	2	2	4	2	Medio
	25- Baja productividad en algunas gerencias	3	3	9	3	Alto
	<b>Monitoreo y Evaluación:</b>					
	26- 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
	27- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	3	3	9	3	Alto
	28- Ejecución parcial del plan de capacitación	2	2	4	2	Medio
	<b>Estandarización</b>					
	29- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos.	3	3	9	3	Alto
	30- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras.	3	3	9	3	Alto
	31- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias	3	3	9	3	Alto
	32- 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
	33- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades.	3	3	9	3	Alto
	34- No conformación del Comité intrahospitalario de Bioética.	3	3	9	3	Alto
	<b>Infraestructura y Equipos</b>					
	35- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital.	3	3	9	3	Alto
	36-Deterioro del sistema de aire acondicionado.	3	3	9	3	Alto
	37-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.	3	3	9	3	Alto
	38- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria	3	3	9	3	Alto
	39- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos	3	3	9	3	Alto
	40- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como cirugía vascular, cirujanos de columna, entre otras	2	2	4	2	Medio
	41- No se ha implementado en el centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para proteger los equipos de daños catastróficos	3	3	9	3	Alto
	<b>Logísticas</b>					
	42- No se realiza la elección democrática del comité ejecutivo cada año.	3	3	9	3	Alto
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	<b>Factores de Gobierno y Legales:</b>					
	43- Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	3	1	3	2	Medio
	44- Volver a centralizar la gestión del hospital.	2	2	4	2	Medio
	45- 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
	46- Falta de póliza de seguro de líneas aliadas (hechos impredecibles)	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	47-Trámites administrativos externos que impiden realizar las reparaciones oportunamente.	3	3	9	3	Alto
	<b>Recursos Humanos</b>					
	48-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	2	1	2	1	Bajo
	0					
	<b>Resultados:</b>					
	49- 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
	50-Sobredemanda de los servicios.	2	2	4	2	Medio
	51-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones).	3	2	6	3	Alto
	52-Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	3	1	3	2	Medio
	53-Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se ofertan.	3	1	3	2	Medio
	<b>Evaluaciones externas</b>					
54- 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						
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
2.- Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	<b>Información y Acceso</b>					
	0					
	<b>@ Medio Ambiente, confort e higiene</b>					
	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- Personal y equipos insuficientes 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
	0	2	1	2	1	Bajo
	<b>Trato a los usuarios</b>					
	0					
	<b>Seguridad</b>					
	5-El acceso norte- sur es un posible generador de accidentes de tránsito.	2	2	4	2	Medio
	6-Control del parqueo destinado para los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	7- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual)	2	2	4	2	Medio
	8-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos.	2	2	4	2	Medio
	<b>Información y Acceso</b>					
	9-Falta de publicación de casos relevantes.	2	2	4	2	Medio
	10- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran.	3	3	9	3	Alto
	<b>@ Comunicación Gerencial</b>					
11- Debilidad en la planificación del uso de consultorios.	3	3	9	3	Alto	
<b>USUARIOS EXTERNOS:</b>						

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	<b>Área Consulta Externa:</b>					
	12- 64% no conoce el nombre de la enfermera o persona que le hizo pasar al consultorio	2	2	4	2	Medio
	13- 40% sólo conoce una manera de programar su cita.	2	2	4	2	Medio
	14- 38% esperó de dos a mas de tres horas para ser atendido, desde el horario oficial del inicio de la consulta. 26% considera este tiempo de demasiado a exagerado.	2	2	4	2	Medio
	15- 34% no conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
	16- 33% no conoce o le han informado sobre alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	2	2	4	2	Medio
	17- 25% dice le fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o solicitar su autorización.	3	2	6	3	Alto
	18- 19% no fue atendido en el horario programado.	2	2	4	2	Medio
	19- 17% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el horario de atención en consulta.	2	2	4	2	Medio
	20- 16% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)	3	2	6	3	Alto
	21- 14% no habló con el médico en privado, sin que otras personas pudiesen escuchar.	3	2	6	3	Alto
	<b>Área Hospitalización:</b>					
	22- 61% no conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
	23- 67% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente durante el ingreso.	2	2	4	2	Medio
	24- 36% NO reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	2	2	4	2	Medio
	25- 17% NO se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización	2	2	4	2	Medio
	26- 14% NO Se le ha informado sobre el seguimiento que va a necesitar durante los próximos días o meses posteriores a la hospitalización	2	2	4	2	Medio
	27- 11% dice se le ha realizado algún procedimiento sin informarle en que consiste este o pedir su autorización.	3	2	6	3	Alto
	28- 11% no se le permitió participar en la decisiones sobre su tratamiento.	3	2	6	3	Alto
	29- 11% considera de mucho a demasiado el tiempo de espera para el personal acudir al llamado.	3	2	6	3	Alto
	30- 11% no podría reproducir o poner en practica las explicaciones ofrecidas durante su estancia.	3	2	6	3	Alto
	<b>Área Emergencia:</b>					
	31- 44% dice e fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o sin pedir autorización.	2	2	4	2	Medio
	32- 47% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente.	2	2	4	2	Medio
	33- 35% no conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
	34- 18% se sintió de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios.	2	2	4	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	35- 18% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para la higiene personal.	3	2	6	3	Alto
	36- 16% no le informaron sobre las diferentes formas de expresar quejas, sugerencias o felicitaciones.	3	2	6	3	Alto
	37- 14% se siente insatisfecho en sentido general con los servicios que brinda el hospital.	2	1	2	1	Bajo
	38- 12% dice la emergencia no tenía personal para informarle sobre el funcionamiento.	2	2	4	2	Medio
	39- 12% se sintió poco satisfecho con los ruidos e intensidad de estos.	3	2	6	3	Alto
	40- 11% no pudo hablar en privado con el medico, sin que otras personas escucharan.	3	2	6	3	Alto
	41- 10% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	2	2	4	2	Medio
	<b>USUARIOS INTERNOS:</b>					
	42- 76% no ha recibido pago por horas extras.	2	2	4	2	Medio
	43- 69% considera su salario no esta acorde con las funciones que realiza.	2	2	4	2	Medio
	44- 66% dice en su gerencia o servicio no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo.	3	2	6	3	Alto
	45-56% dice no ha quedado satisfecho con el incentivo recibido.	2	2	4	2	Medio
	46- 47% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones.	3	2	6	3	Alto
	47- 44% no cuenta con facilidades para la adquisición de vestuarios.	3	2	6	3	Alto
	48- 40% dice no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.	2	2	4	2	Medio
	49- 37% no conoce la existencia de un plan de emergencia	3	2	6	3	Alto
	50- 37% considera el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.	3	2	6	3	Alto
	51- 37% no participa en la definición/revisión de los procesos	2	2	4	2	Medio
	52- 36% no conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño.	3	2	6	3	Alto
	53- 36% no dispone de vestuario adecuado.	3	2	6	3	Alto
	54- 35% no dispone de facilidades para la educación continuada.	3	2	6	3	Alto
	55- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza y orden de las habitaciones y áreas de descanso.	3	2	6	3	Alto
	56- 31% considera que su jefe no conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución	2	2	4	2	Medio
	57- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las capacitaciones para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.	3	2	6	3	Alto
	58- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con los alimentos servidos al personal.	3	2	6	3	Alto
	59- 29% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	2	2	4	2	Medio
	60- 28% no conoce de la existencia de un plan de capacitación.	3	2	6	3	Alto
	61- 27% no dispone de todos los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo.	3	2	6	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	62- 26% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para la ingesta/preparación de alimentos.	3	2	6	3	Alto
	63- 26% no se le informa cuando se realizan cambios o actualizaciones.	2	2	4	2	Medio
	64- 25% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza de baños.	3	2	6	3	Alto
	65- 23% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la forma en que la institución se adapta a los cambios.	2	2	4	2	Medio
	66- 22% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía de los asientos.	3	2	6	3	Alto
	67- 20% dice al entrar a la institución no se le entregó información institucional	3	2	6	3	Alto
	68- 20% considera que la carga de trabajo no esta distribuida proporcionalmente.	3	2	6	3	Alto
	69- 20% no conoce el organigrama de su gerencia o servicio.	2	2	4	2	Medio
	70- 18% dice la forma como fue seleccionado no le confiere seguridad laboral.	3	2	6	3	Alto
	71- 15% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones contenidas en los manuales. Y 12% con la capacitación recibida al momento de su ingreso.	2	2	4	2	Medio
	72- 15% al entrar a la institución no se le informó sobre misión, visión valores.	3	2	6	3	Alto
	73- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el control de ruidos. 11% con la climatización	2	2	4	2	Medio
	74- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el tamaño de las áreas de trabajo.	2	2	4	2	Medio
	75- 13% dice en su área de trabajo no existen informaciones/ imágenes/advertencias para prevenir riesgos.	3	2	6	3	Alto
	76-13% su superior inmediato no lo mantiene informado sobre las informaciones que competen a su trabajo.	2	2	4	2	Medio
	77- 12% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la imagen que proyecta la institución.	2	2	4	2	Medio
	<b>Responsabilidad y Control:</b>					
	78- 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
	79- Escaso numero de asientos en la sala de espera para entrega de resultados en el laboratorio.	2	2	4	2	Medio
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	<b>Resultados:</b>					
	80-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
	<b>Legales:</b>					
	81-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					
	<b>Seguridad</b>					

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	82-Poca seguridad vial para llegar al hospital.	2	2	4	2	Medio
	83-Falta de hotelería en la zona.	2	2	4	2	Medio
	84- Granjas de animales en las periferias del hospital	2	2	4	2	Medio
	Acceso					
	85-Limitada la cobertura de rutas de transporte de hospital – comunidades, comunidades – hospital	2	2	4	2	Medio
	0					
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	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.	3	3	9	3	Alto
	5- Calculo de productividad en base a capacidad instalada no se actualiza cada 4 meses.	3	2	6	3	Alto
	6- Falta de seguimiento y monitoreo para verificar los resultados de las UEPSS.	3	3	9	3	Alto
	7- No existe un sistema de gestión descentralizado.	3	2	6	3	Alto
	Capacitación y Sensibilización					
	8-Falta de homologación del sistema financiero del hospital.	3	3	9	3	Alto
	0					
	Recursos Humanos					
	9-Selección de personal sin cumplir con el perfil definido para el cargo.	3	2	6	3	Alto
	10-Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	2	2	4	2	Medio
	11- No se cumple con la capacidad existente para contratación de personal con metodología y por un comité.	3	2	6	3	Alto
	12- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos.	3	2	6	3	Alto
	13-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos.	3	3	9	3	Alto
	14- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	2	2	4	2	Medio
	15- Desorganización de récord clínico físico del usuario.	2	2	4	2	Medio
	16- Deficiencia del control de parte de los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados.	3	3	9	3	Alto
	17-Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	3	2	6	3	Alto
	18-No corrección oportuna de los hallazgos de la gerencia de control de procesos.	3	3	9	3	Alto
	19- Baja calidad de las cámaras del sistema de vigilancia	3	3	9	3	Alto
	20- No existe capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina	2	2	4	2	Medio
	21- Poca inversión en capacitación del personal del gerencia de cómputos	2	2	4	2	Medio

3.- Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación.

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	22- No existencia de un plan de contingencia de seguridad del sistema informático.	3	3	9	3	Alto
	23- No se realizan discusión de casos clínicos importantes entre las diferentes gerencias.	3	3	9	3	Alto
	24- Los recursos en el área de hospitalización no se gestionan con eficiencia.	3	3	9	3	Alto
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	<b>Planificación-Control:</b>					
	25-Escasez en el mercado de médicos especializados en las áreas gerenciales.	2	2	4	2	Medio
	0					
	<b>Factores Logística e Información:</b>					
	26-Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	2	2	4	2	Medio
	27-Campaña de descrédito del hospital.	3	1	3	2	Medio
	28-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
	29-Ausencia de una red estructurada de atención que funcione adecuadamente, (referencia y contra referencia)	2	2	4	2	Medio
	30-Tener que hospitalizar aquellos usuarios cuya póliza de seguro ha sido agotada en otra institución sanitaria.	2	2	4	2	Medio
	0					
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	<b>Capacidad Instalada y Resolutiva:</b>					
	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					
	<b>Equipos e infraestructura</b>					
	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- La Central de Esterilización no cuenta con un sistema de esterilización en frio.	3	3	9	3	Alto
	8- No se cuenta con Sistema automatizado de limpieza.	2	2	4	2	Medio
	9- Helipuerto sin licencia de operaciones y 1 ambulancias.	3	2	6	3	Alto
	10- La dificultad de un sistema digital computarizado que permita la integración eficiente de los procesos médicos y financiero.	3	3	9	3	Alto
	11- No existe disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado	3	3	9	3	Alto
	12- 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
	13- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's.	2	2	4	2	Medio

4.- Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	14- Baja productividad en algunos servicios y insatisfacción de los usuarios.	3	2	6	3	Alto
	<b>Disponibilidad de Recursos:</b>					
	15-Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital.	2	2	4	2	Medio
	16- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado	3	3	9	3	Alto
	17- Falta de pago oportuno a los suplidores.	3	2	6	3	Alto
	<b>Tecnología</b>					
	0					
	18- No contar con equipo de resonancia magnética propio	2	2	4	2	Medio
	<b>@ Registro de Información y Datos.</b>					
	19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende pérdidas de recursos.	3	2	6	3	Alto
	0					
	<b>Recursos humanos</b>					
	20- Desconocimiento de los manuales de proceso departamentales	3	2	6	3	Alto
	21- Productos de limpieza de baja calidad.	3	2	6	3	Alto
	22- No existe un Código de vestimenta e identificación del personal	3	2	6	3	Alto
	23- Discrepancia entre los contratos (designaciones) y las funciones de la persona en la institución	3	3	9	3	Alto
	0					
	<b>Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:</b>					
	24- Redimiento de Consulta Externa = 61.1%	3	3	9	3	Alto
	25- Tasa de Ocupación = 62.0%	3	3	9	3	Alto
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	<b>Factores del Mercado:</b>					
	26-El alto costo del servicio energético.	2	2	4	2	Medio
	27-Cambios de gobiernos locales y nacionales.	2	2	4	2	Medio
	28-Inestabilidad económica	2	2	4	2	Medio
	29- La apertura de otros centros de salud de igual complejidad en el sector privado.	2	1	2	1	Bajo
	30- Huelga de gremios	2	2	4	2	Medio
	31- No recibir la cantidad de fondos asignados por MISPA de acuerdo al presupuesto elaborado.	3	2	6	3	Alto
	32-Retraso en la entrega de los fondos asignados.	3	2	6	3	Alto
	33- Fallo de suministro de la energía de la red pública	3	2	6	3	Alto
	34-Aumento del costo de combustibles.	2	2	4	2	Medio
	35-Fluctuación hacia la alza de la tasa de cambio.	2	2	4	2	Medio
	36- Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	1	3	2	Medio
	37-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	2	2	4	2	Medio
	38- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre.	2	2	4	2	Medio
	39- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios.	3	2	6	3	Alto
	40-Quiebras de ARS's.	2	2	4	2	Medio
	<b>Factores Competitivos:</b>					
	41- Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	2	1	2	1	Bajo

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	42-Disminución de los tarifarios y cobertura unilateral por parte de las ARS Publicas y privadas.	3	2	6	3	Alto
	43- Falta de autorización oportuna por parte de las autoridades para dar respuesta de los procesos.	3	3	9	3	Alto
	<b>Factores Medioambientales:</b>					
	44- El país se encuentra en la ruta de huracanes.	2	2	4	2	Medio
	45-Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	2	4	2	Medio
	46- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción	3	3	9	3	Alto
	<b>Factores de demanda de los servicios:</b>					
	47-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
	48- 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
	49- 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
	50- Resolución que prohíbe contratación de nuevo personal o reemplazo	3	3	9	3	Alto
	51- Centralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Servicio Nacional de Salud.	2	3	6	3	Alto
	<b>Gestión de Recursos</b>					
	52- Tardanza en la salida de equipos obsoletos o sin reparación por Bienes Nacionales	2	2	4	2	Medio
	0					
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	<b>@ Logística:</b>					
	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
	3- Servicio de cirugía de catarata no se brinda por falta de materiales	2	2	4	2	Medio
	<b>@ Control:</b>					
	4-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	3	2	6	3	Alto
	5-No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	3	9	3	Alto
	6- Ineficiencia en la recepción, almacenamiento y entrega de las donaciones	2	2	4	2	Medio
	7- Falta de control de entrada y salida de activos	3	3	9	3	Alto
	<b>@ Monitoreo y Evaluación:</b>					
	8- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
	9-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico.	2	2	4	2	Medio
	10-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y planificación estratégica.	2	2	4	2	Medio
	11-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
	12-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI)	3	2	6	3	Alto

5.- Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	13-No existe un monitoreo y seguimiento a los protocolos en muchos gerencias.	3	3	9	3	Alto
	14- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado	3	3	9	3	Alto
	15- No actualización de los inventarios de activos de la institución a la contabilidad gubernamental.	3	3	9	3	Alto
	16- Sistema de administración y contabilidad no organizado.	3	3	9	3	Alto
	17- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos.	3	3	9	3	Alto
	18- Manejo centralizado de los recursos	2	2	4	2	Medio
	19- Resonador magnético no es propiedad de la institución	2	2	4	2	Medio
	20- No se realizan estudios de angiotomografía	2	2	4	2	Medio
	21- No realización de evaluación periódica de la productividad de las gerencias.	3	2	6	3	Alto
	22- Escaso Control y auditoría de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	3	3	9	3	Alto
	23- Desactualización de protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas, como medida para control y uso adecuado de los recursos.	3	3	9	3	Alto
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	<b>Disponibilidad de recursos:</b>					
	24- Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	3	2	6	3	Alto
	25- Retraso en el pago de las ARS's.	3	3	9	3	Alto
	26- Crisis financiera internacional y nacional.	3	2	6	3	Alto
	27- Aumento de la prima del dólar.	2	2	4	2	Medio
	28- Congelamiento de cuenta del Hospital.	3	1	3	2	Medio
	29- No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al SNS.	3	2	6	3	Alto
	30- Deficiencia en la capacidad de respuesta de los organismos de control externo.	3	3	9	3	Alto
	31- Devaluación del peso.	2	2	4	2	Medio
	32- Alto costo de combustibles.	2	2	4	2	Medio
	33- Limitados créditos en el mercado para el hospital.	3	1	3	2	Medio
	34- Quiebras de ARS.	3	2	6	3	Alto
	35- La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral.	3	2	6	3	Alto
	<b>@ Medio Ambiente:</b>					
	36- Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	3	1	3	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	37- 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					
6.- Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	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
	4- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo necesario a la planta potabilizadora de agua.	3	3	9	3	Alto
	5- No se implementa el programa de prevención de accidentes de tránsito a jóvenes y adolescentes.	2	2	4	2	Medio
	6- No se realizan jornadas médicas en diferentes sectores rurales en la provincia ni se les da seguimiento a los casos que ameriten la atención	2	2	4	2	Medio
	7- No 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	2	2	4	2	Medio
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:					
	8-Poco involucramiento de los líderes comunitarios, políticos y religiosos en iniciativas desarrolladas por el hospital hacia la comunidad.	2	2	4	2	Medio
	9-Dar un matiz político a nivel de la comunidad de las acciones desarrolladas por el hospital en la comunidad.	3	1	3	2	Medio
10- Aprovechamiento político por terceros de las actividades comunitarias que desarrolla el hospital.	3	1	3	2	Medio	
11-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	
12- Ley de libre acceso a la información.	2	2	4	2	Medio	
13- Diseminación de infecciones (Ej.: Cólera, meningocosemia, SARS-CoV-2, otros)	3	2	6	3	Alto	
	0					

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
7.- Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>					
	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
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>					
	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 año 2022.**

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	<b>RIESGOS INTERNOS</b>										
	Factores de Gobierno y Legales:										
1.- Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	1- Incumplimiento de los protocolos y procesos.	3	Alto	Definir metodología y cronograma para la revisión y actualización de los manuales de procesos y protocolos de procedimientos en el hospital por gerencia. Revisar los protocolos con el personal operativo. Actualizar protocolos en base a las revisiones realizadas. Publicar y poner en vigencia los manuales de los protocolos. Realizar evaluación periódica del cumplimiento de los protocolos. Presentar informe de evaluación. Plan de Mejoría para el cumplimiento. Ejecutar Plan. Presentar Informe de ejecución del Plan.	Subdirección Planificación. Cergo Consulting Group. Subdirectores. Gerentes. Coordinadores.			Disposición de la dirección general. Informe de evaluación. Cronograma de revisión y actualización de los protocolos. Manuales de protocolos actualizados. Informe de evaluación Cumplimiento. Plan paramejorar el nivel de cumplimiento. Informe ejecución Plan.	% de Servicios Con manuales de protocolos actualizados. % Cumplimiento protocolos por servicios. % cumplimiento Procesos Gneraes 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	2- Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LCSS.	2	Medio	<p>Campaña de educación e información interna (brochure, talleres).  Aprovisionar de ejemplares de la LGS y LCSS a los Colaboradores.  Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de ambas leyes.  Enviar documentos leyes vía correos electrónico institucional del personal.</p>	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.	
	3- Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH.	2	Medio	<p>Campaña de educación e información interna (brochure, talleres).  Aprovisionar de ejemplares del Decreto a los RRHH.  Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica del Decreto.  Enviar documento vía correos electrónico institucional del personal.</p>	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,	Sub-Director medico. Sub-Directora de RR.HH Gerentes.				Prioridades de Recursos Humana establecida. Solicitud autoridades. Informe	% 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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.					de Nombramientos Realizados		
	5- Falta de integración de los gerentes al proceso de distribución y asignación de incentivos	2	Medio	Realizar la capacitación nueva vez del personal gerencial 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 deben de explicarles a su personal operativos sobre la metodología de	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				asignación de los incentivos económicos que le son entregados periódicamente y la forma en que se distribuyen.							
	<b>8- No se actualizan los protocolos ni se revisan desde el punto de vista medico legal</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Definir metodología y cronograma para la revisión y actualización de los manuales de protocolos de procedimientos en el hospital por gerencia. Revisar los protocolos con el personal operativo. Actualizar protocolos en base a las revisiones realizadas. Publicar y poner en vigencia los manuales de los protocolos. Realizar evaluación periodica del cumplimiento de los protocolos. Presentar informe de evaluación. Plan de Mejoria para el cumplimiento. Ejecutar Plan. Presentar Informe de ejecución del Plan.	Subdirección Planificación. Cergo Consulting Group. Subdirectores. Gerentes. Coordinadores.			Disposición de la dirección general. Informe de evaluación. Cronograma de revisión y actualización de los protocolos actualizados. Informe de evaluación Cumplimiento. Plan paramejorar el nivel de cumplimiento. Informe ejecución Plan.	% de Servicios Con manuales de protocolos actualizados. % Cumplimiento protocolos por servicios.		
	<b>9- Incumplimiento de horario de algunos colaboradores.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en el área de Consultas. Aplicar sanciones	Gerentes Clínicos- Quirurgicos.			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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				al personal que no cumpla con el Horario establecido. Aplicar régimen de consecuencia para los gerentes que no tengan control de su personal.							
10- No desarrollo de la modalidad de personal Médico Sub-Contratado. No se permite la contratación de diversas modalidades al personal.		3	Alto	Evaluar la factibilidad de implementar la modalidad de sub-contratación para servicios específicos. Presenta Modalidad a las autoridades del SNS.	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 cumplen con el Rol gerencial, en vista de que no realizan las funciones relacionadas con		2	Medio	Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Definir planes de capacitación en las	Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos.			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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	supervisión y análisis de datos y resultados de su unidad y/o gerencia.			áreas que los gerentes presente dificultades en su desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos en el cargo.	gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital.						
	13- Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.	3	Alto	Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Definir planes de capacitación en las áreas que los gerentes presente dificultades en su desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos en el cargo.	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- No se presenta el personal de nuevo ingreso a la institución, ni se le entrega documentación escrita con relación a sus funciones y manuales de protocolos de actuación y procesos.	3	Alto	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.							
	15- Falta de personal de limpieza en algunas áreas	2	Medio	Realizar evaluación de necesidades de personal de limpieza. Presentar informe. Evaluar disponibilidad de recursos económicos. 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.		
	16- 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 proceso de entrevista y selección del Hospital.		
	17- No existe capacidad para seleccionar personal calificado.	3	Alto	Capacitar al personal tecnico de RR.HH y gerentes en el uso de los instrumentos y metodologiade netrevista y selección del personal. Cumplir con el proceso establecido de entrevista y selección del personal.	Dirección General. Sub-Gestión Talento Humano. Gerentes. Cergo Consulting Group.			Cronograma para realizar capacitación Personal Tecnico RR.HH y Gerentes.	% de Personal contratado que cumplen con el proceso de entrevista y selección del Hospital.		
	18- La forma de selección y contratación del personal no confiere seguridad laboral.	2	Medio	Capacitar al personal tecnico de RR.HH y gerentes en el uso de los instrumentos y metodologiade netrevista y	Dirección General. Sub-Gestión Talento Humano. Gerentes.			Expediente de Entrevista, Selección y contratación personal. Reonocimientos y sanciones del personal.	% de Personal dice sentirse seguro con la forma que fue seleccionado y contratado ne 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				selección del personal. Cumplir con el proceso establecido de entrevista y selección del personal.							
	<b>19- No se realiza inducción adecuada al personal de nuevo ingreso a la institución</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades		
	<b>20- No implementación de sistema de control biométrico de empleados.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Evaluar la situación actual del sistema de control Biométrico del Hospital. Presentar Informe evaluación y recomendación. Evaluar disponibilidad de recursos para enfrentar la situación del sistema. Realizar Cotización. Evaluar Cotizaciones. Emitir orden de compra. Instalar sistema. Capacitar personal uso	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, Gerencia TIC.			Informe Sistema Biométrico. Cotizaciones. Informe Uso sistema.	% Colaboradores que utilizan sistema control Biométrico.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				adecuado. Presentar informe del control del sistema.							
	<b>21- Escasa Preparación profesional de los gerentes.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Definir planes de capacitación en las áreas que los gerentes presente dificultades en su desempeño. Los Gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos en el cargo.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe evaluación de desempeño gerentes. Plan de Capacitación. Informe ejecución Capacitación Personal.	% Nivel de desempeño de los Gerentes mayor de 80%.		
	<b>22- No se implementan Planes de incentivos formales para el personal a todos los niveles por antigüedad</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	Presentar solicitud al SNS para que incluyan en el presupuesto económico del Hospital los incentivos que deben ser otorgados al personal que cumple con los criterios para recibir los incentivos por antigüedad en el hospital.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH.			Comunicación a la Dir. SNS para presentar solicitud. Informe de la reunión.	% Colaboradores que reciben los incentivos por antigüedad.		
	<b>Educación Continua y Capacitación:</b>										
	<b>23- Escaso seguimiento al cumplimiento y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. gerencia Educación y Capacitación			Informe de Actividades Realizadas. Informe ejecución del plan.	% 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)
				las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. Informe cumplimiento Plan.	Continua. Sub-Dirección Académica. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital.						
	<b>24 - La biblioteca virtual no esta habilitada para el acceso a informaciones.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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. O Evaluar la posibilidad de subcripción al programa de "HINARI" que es: El Programa de Acceso a la Investigación para la Salud fue creado por la Organización Mundial de la Salud y las principales editoriales para permitir a los países en desarrollo acceder a colecciones de literatura biomédica y de salud. Asi no es	Dirección General. Sub-dirección académica. Gerencia Informática. Sub-Dirección Financiera.				Informe evaluación. Cotización. Ordenes de compras. Solicitud Usuario HINARI a OPS.	Biblioteca Instalada y funcionando. % de colaboradores que hacen uso de la Biblioteca Virtual 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				necesario contar con un espacio físico y equipos para la biblioteca, ya que los usuarios podrían acceder desde sus equipos para tener una Biblioteca Virtual 24/7/365.							
	25- 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. Presentar informe de ejecución Plan.	Dirección General. 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:										
	26- 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 y/o presentar mensualmente a la Sub-dirección correspondiente. Evaluar Nivel de Cumplimiento. Definir Plan de Intervención cuando no se cumple con las metas. Informe de ejecución Plan.	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Estructura de Informe Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados.	% de Informes Entregados. % de Cumplimiento de los Planes de Intervención.	
	27- No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos	3	Alto	Solicitar a la Controlaría General de la República la Capacitación sobre las NOBACI. Preparar los	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Solicitud Capacitación NOBACI. Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales	Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	establecidos, NOBACI, otros.			instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir el no cumplimiento de las NOBACI.					realizados. Planes de Intervención. Elaborados.	Intervención Cumplido.	
	28- 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.	% de Actividades programadas de Capacitaciones Realizadas	
	Estandarización										
	29- Bajo cumplimiento de los procesos y aplicación de los protocolos establecidos.	3	Alto	Definir metodología y cronograma para la revisión y actualización de los manuales de procesos y protocolos de procedimientos en el hospital por gerencia. Revisar los protocolos con el personal operativo. Actualizar protocolos en base a las revisiones realizadas. Publicar y poner en vigencia los manuales de los protocolos. Realizar	Subdirección Planificación. Cergo Consulting Group. Subdirectores. Gerentes. Coordinadores.				Disposición de la dirección general. Informe de evaluación. Cronograma de revisión y actualización de los protocolos. Manuales de protocolos actualizados. Informe de evaluación Cumplimiento. Plan paramejorar el nivel de cumplimiento. Informe ejecución Plan.	% de Servicios Con manuales de protocolos actualizados. % Cumplimiento protocolos por servicios. % cumplimiento Procesos Gneraes 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				evaluación periódica del cumplimiento de los protocolos. Presentar informe de evaluación. Plan de Mejoría para el cumplimiento. Ejecutar Plan. Presentar Informe de ejecución del Plan.							
	<b>30- Falta de un sistema informático que integre de las áreas productivas con las financieras.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Evaluar el grado de implementación y uso por parte del personal del sistema informático. 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.	
	<b>31- Escasa supervisión por parte de los gerentes al cumplimiento de los procesos, protocolos y normas de las gerencias</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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,	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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				desempeño técnico, producción, entre otros. Aplicar régimen de consecuencias a los gerentes y personal operativo que no cumpla con los protocolos y procesos establecidos.							
	<b>32- Falta de compromiso por parte de los gerentes y encargados en el cumplimiento de las normas y procesos de bioseguridad</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Realizar capacitaciones periódicas para todo el personal sobre los aspectos esenciales de la bioseguridad. Evaluación Cumplimiento Controles de Bioseguridad por servicios. 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 procesos para control de Bioseguridad.	Dirección General. Gerencia Epidemiología. Servicio Bioseguridad. 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	
	<b>33- La Lista de Verificación (Check List) no llega adecuadamente llena por algunas especialidades.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Presentar informe sobre cumplimiento del Check List por servicio. Realizar evaluación de desempeño de los gerentes. Aplicar	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	% de usuarios con Check List correctamente completado en el bloque quirúrgico.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				régimen de consecuencias. Desvincular los gerentes que no poseen un adecuado desempeño					cumple con los procesos y protocolos.		
	<b>34- No conformación del Comité intrahospitalario de Bioética.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Solicitar al SNS la colaboración de un técnico experto en la conformación y capacitación del comité de Bioética. Disposición oficial conformando el comité. Realizar capacitación. Realizar la discusión de casos. Informe de los análisis realizados y sus recomendaciones.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Gerencia de Urgencia / Emergencia. Sub-Dirección RR.HH				Comunicación Solicitud al SNS. Comunicación Respuesta del SNS. Listado Capacitación Bioética. Disposición Oficial Conformando Comité. Informe de casos del Comité.	Comité de Bioética Conformado y Funcionando.	
	<b>Infraestructura y Equipos</b>										
	<b>35- Deterioro de la infraestructura y equipos del hospital.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Dar cumplimiento al Plan de mantenimiento preventivo definido en el hospital. Presentar Informe ejecución Plan.	gerencia de Mantenimiento.				Plan de Mantenimiento Preventivo Elaborado. Informe de ejecución del Plan.	% de actividades programadas en el periodo y ejecutadas.	
	<b>36-Deterioro del sistema de aire acondicionado.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.	
	<b>37-Negligencia y/o encubrimiento en la supervisión por parte de los gerentes y encargados.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	<b>38- Falta de reparación y adquisición de equipos para la limpieza hospitalaria</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Realizar un levantamiento e identificar los equipos que hay que reparar y adquirir de la 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.	
	<b>39- Falta de tratamiento adecuado de los residuos biológicos</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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	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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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.							
	40- Falta de algunas especialidades en la cartera de servicio como cirugía vascular, cirujanos de columna, 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. Difundir entre los usuarios la incorporación de los nuevos servicios. Prestar adecuadamente los servicios.	Sub-Dirección Medica. Gerente medicina Interna. Gerente Cirugía General. Dirección 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.		
	41- No se ha implementado en el centro de datos un sistema de supresión y/o prevención de incendios para	3	Alto	Realizar un levantamiento e identificar los equipos adquirir. Presentar informe a la Dirección	Gerencia TI. Sub-dirección Planificación. Sub-Dirección General. Sub-Dirección			Informe de necesidades. Cotizaciones. Informe Disponibilidad de Fondos económicos.	Centro de datos con sistema de prevención y supresión de incendios.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	proteger los equipos de daños catastróficos			General. Realizar cotización de necesidades. Identificar fondos para la adquisición. Valorar Cotización. Preparar cronograma adquisición. Presentar informe sobre ejecución Plan Adquisición.	Financiera Administrativa				Adquisición del sistema.		
	<b>Logísticas</b>										
	42- No se realiza la elección democrática del comité ejecutivo cada año.	3	Alto	Analizar la situación. Definir estrategias para la conformación del Comité Ejecutivo del Hospital. Realizar las reuniones según la programación. Presentar Informe del Comité.	Dirección General. Comité Ejecutivo.				Informe análisis. Informe de estrategias implementada.	% de Usuarios que requieren transfusiones que se le suministra con sangre del hospital.	
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>										
	<b>Factores de Gobierno y Legales:</b>										
	43- 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	Gerentes de las diferentes áreas. Personal operativo asistencial.				Protocolos Formulados. Consentimientos Informados Formulados.	Índice Nivel Cumplimiento Protocolos. Índice Cumplimiento Firma de Consentimientos Informados.	

Numero de Actividades Según Nivel Ejecución

% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				informados por los usuarios.							
	44- Volver a centralizar la gestión del hospital.	2	Medio	Definir programa encuentro con líderes, periodistas y políticos de la zona 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.		
	45- 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, producción, Ejecución adecuada de los recursos, cumplir con las disposiciones y normas 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.		
	46- 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 medida de las posibilidades económicas lo permitan adquirir el seguro.	Director General. Sub-Directora Financiero Gerente de Mantenimiento			Cotizaciones	% de Activos del Hospital Cubierto por seguro.		
	47-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 situaciones en el Hospital. Solicitar	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		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				entrevista con el Contralor General de la Republica para explicarles las dificultades ocasionadas e impactos negativos por el retraso en las aprobaciones.					adquisiciones del hospital		
	<b>Recursos Humanos</b>										
	<b>48-Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.</b>	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.	
	0										
	<b>Resultados:</b>										
	<b>49- Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.</b>	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.	
	<b>50-Sobredemanda de los servicios.</b>	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.	
	<b>51-Deterioro en el sistema eléctrico que afecta la calibración de los equipos. (Fluctuaciones).</b>	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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	52-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.	
	53-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										
	54- 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	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.	



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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				la capacitación del personal.							
	3-Escaso número de habitaciones privadas.	2	Medio	Definir la factibilidad económica de la apertura en base a la demanda de estos servicios. Identificar las habitaciones que serían habilitadas como privadas. Cotizar adecuación. Identificar necesidades de recursos humanos y mobiliario.	Sub-dirección Médica. 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.		
	0										
	Trato a los usuarios										
	0										
	Seguridad										
	5-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.		
	6-Control del parqueo destinado para los usuarios.	2	Medio	Colocar sticker a los vehículos de los empleados, para que de esta manera poder controlar que no usen el parqueo de los usuarios externos. Poner	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				las sanciones establecidas al personal que viole dicha disposición. Sensibilizar a los empleados sobre la importancia de utilizar sus parqueos.							
	<b>7- Falta de seguridad y vigilancia interna externa (cámaras, barras, manual)</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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.		
	<b>8-Falta de algunos equipos especializados y modernos lo cual limita la oferta de servicios ofrecidos.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Solicitar cotizaciones. Evaluar Factibilidad económica para la 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.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	<b>Información y Acceso</b>										
	<b>9-Falta de publicación de casos relevantes.</b>	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		
	<b>10- Escasa información a los usuarios externos sobre el funcionamiento de las áreas donde se encuentran.</b>	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.		
	<b>@ Comunicación Gerencial</b>										
	<b>11- Debilidad en la planificación del uso de consultorios.</b>	3	Alto	Exigir a los gerentes la distribución de uso de los	Gerentes y Coordinadores de Servicios.			Informe de reuniones realizadas. Plan de uso de los consultorios.	% de Rendimiento de los consultorios.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				consultorios. Exigir que den cumplimiento a la planificación de uso de estos.							
	<b>USUARIOS EXTERNOS:</b>										
	<b>Área Consulta Externa:</b>										
	12- 64% no conoce el nombre de la enfermera o persona que le hizo pasar al consultorio	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.		
	13- 40% sólo conoce una manera de programar su cita.	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 diversa formas de programar citas		
	14- 38% esperó de dos a mas de tres horas para ser atendido, desde el horario oficial del inicio de la consulta. 26% considera este tiempo de demasiado a exagerado.	2	Medio	Analizar las dificultades que hacen que el usuario perciba que el tiempo es mucho en relación a la espera para ser asistido en consulta. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento	Sub-Dirección Medica. Atención al Usuario.			Informe de evaluación de la situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.							
	15- 34% no conoce el nombre del médico que le atendió.	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.		
	16- 33% no conoce o le han informado sobre alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	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.		
	17- 25% dice le fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o solicitar su autorización.	3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el	Gerentes. Supervisores.			Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con las informaciones ofrecidas sobre el procedimiento que se le realizara.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.							
	18- 19% no fue atendido en el horario programado.	2	Medio	Analizar las dificultades que hacen que algunos usuarios no fueran atendidos en el horario programado. 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 al ser atendidos en el tiempo programado su cita.	
	19- 17% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el horario de atención en consulta.	2	Medio	Realizar evaluaciones de las situaciones específicas que determinan la inconformidad de los usuarios. Elaborar plan de intervencion. Ejecutar plan. Evaluar nivel de ejecucion. Evaluar Imoacto de las acciones ejecutadas.	Sub-Director area. Gerentes.				Informe de levantamiento. Plan de Intervencion. Informe de ejecucion. Informe de Impactos logrados.	% de usuarios satisfechos con Horario de atencion.	
	20- 16% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas)	3	Alto	Realizar un levantamiento de necesidades de reparaciones y adecuaciones de los baños. Establecer	Sub-Direccion de Servicios Generales. Sub-direccion Financiera y administrativa. Gerente de				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Ordenes de Compras. Informe de supervisiones.	% de usuarios satisfechos con la disponibilidad de insumos en los baños.	

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)
				cantidad de productos e insumos diarios por baño. Realizar cotización de productos e insumos de baños. Evaluar cotizaciones. Realizar los tramites administrativos establecidos para las compras segun normativas establecidas. Adquirir productos. Entrega gerente de limpieza los productos. Gerente de Limpieza entrega productos a supervisor y este a su vez al personal operativo. Supervisor y gerente realizan periodicamente supervisiones sobre la limpieza y disposicion de productos e insumos en los baños y firman constancia de supervisiones periodicas. Aplican sanciones al personal que no cumple con su desempeño.	Limpieza. Comité de Compras. Supervisores.				Informe de sanciones.		
21- 14% no habló con el médico en privado, sin que otras personas pudiesen escuchar.		3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal	% de usuarios satisfecho con la privacidad	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				atención al cliente y actualización en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.					reconocido. Informe de personal sancionado.		
	<b>Área Hospitalización:</b>										
	22- 61% no conoce el nombre del médico que le atendió.	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.	
	23- 67% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió regularmente durante el ingreso.	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.	
	24- 36% NO reconoce alguna manera de	2	Medio	Incrementar la supervisión del	Encargado Servicio de				Informe de supervisión. Informe	% de usuarios que conocen las	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.			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.	Atención al Usuario. Personal Operativo servicio atención al usuario.				de sanciones aplicadas.	formas de expresar quejas.	
	25- 17% NO se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización	2	Medio	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con las informaciones recibidas sobre su cuidado.	
	26- 14% NO Se le ha informado sobre el seguimiento que va a necesitar durante los próximos días o meses posteriores a la hospitalización	2	Medio	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe	% de usuarios satisfecho con la informaciones sobre el seguimiento de su situación de salud	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.					de personal sancionado.		
	27- 11% dice se le ha realizado algún procedimiento sin informarle en que consiste este o pedir su autorización.	3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con las informaciones ofrecidas sobre el procedimiento que se le realizara.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	28- 11% no se le permitió participar en la decisiones sobre su tratamiento.	3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con participación en la toma de desición sobre su tratamiento..	
	29- 11% considera de mucho a demasiado el tiempo de espera para el personal acudir al llamado.	3	Alto	Analizar las dificultades que hacen que algunos usuario se quejan que el personal tarda mucho tiempo para acudir a su llamado. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.	Sub-Dirección Medica. Atención al Usuario.				Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el tiempo de respuesta a su llamada en hospitalización.	
	30- 11% no podría reproducir o poner en practica las explicaciones	3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones.	% de usuarios satisfecho con las explicaciones ofrecidas por el	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	ofrecidas durante su estancia.			capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.					Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	personal a sus interrogantes.	
	<b>Área Emergencia:</b>										
	31- 44% dice e fue realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste o sin pedir autorización.	2	Medio	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con las informaciones ofrecidas sobre el procedimiento que se le realizara.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.							
	32- 47% no conoce el nombre de la enfermera que le atendió 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.		
	33- 35% no conoce el nombre del médico que le atendió.	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.		
	34- 18% se sintió de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios.	2	Medio	Realizar un levantamiento de necesidades de reparaciones y adecuaciones de los baños. Establecer cantidad de productos e insumos diarios por baño. Realizar cotizacion de productos e insumos de baños. Evaluar cotizaciones. Realizar los tramites administrativos establecidos para las compras segun	Sub-Direccion de Servicios Generales. Sub-direccion Financiera y administrativa. Gerente de Limpieza. Comité de Compras. Supervisores.			Informe de levantamiento. Cotizaciones. Ordenes de Compras. Informe de supervisiones. Informe de sanciones.	% de usuarios satisfechos con la limpieza y disponibilidad de insumos en los baños.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				normativas establecidas. Adquirir productos. Entrega gerente de limpieza los productos. Gerente de Limpieza entrega productos a supervisor y este a su vez al personal operativo. Supervisor y gerente realizan periódicamente supervisiones sobre la limpieza y disposición de productos e insumos en los baños y firman constancia de supervisiones periódicas. Aplican sanciones al personal que no cumple con su desempeño.							
	35- 18% los servicios sanitarios no contaron con los insumos necesarios para la higiene personal.	3	Alto	Realizar un levantamiento de necesidades de reparaciones y adecuaciones de los baños. Establecer cantidad de productos e insumos diarios por baño. Realizar cotización de productos e insumos de baños. Evaluar cotizaciones. Realizar los tramites administrativos establecidos para	Sub-Direccion de Servicios Generales. Sub-direccion Financiera y administrativa. Gerente de Limpieza. Comité de Compras. Supervisores.			Informe de levantamiento. Cotizaciones. Ordenes de Compras. Informe de supervisiones. Informe de sanciones.	% de usuarios satisfechos con la limpieza y disponibilidad de insumos en los baños.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				las compras segun normativas establecidas. Adquirir productos. Entrega gerente de limpieza los productos. Gerente de Limpieza entrega productos a supervisor y este a su vez al personal operativo. Supervisor y gerente realizan periodicamente supervisiones sobre la limpieza y disposicion de productos e insumos en los baños y firman constancia de supervisiones periodicas. Aplican sanciones al personal que no cumple con su desempeño.							
	36- 16% no le informaron sobre las diferentes formas de expresar quejas, sugerencias o felicitaciones.	3	Alto	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.	
	37- 14% se siente insatisfecho en sentido general con los servicios que brinda el hospital.	1	Bajo	Analizar las dificultades que hacen que algunos usuario se sienten insatisfechos en	Sub-Dirección Medica. Atención al Usuario.				Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el hospital en sentido general.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				sentido general con e hospital. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.							
	38- 12% dice la emergencia no tenia personal para informarle sobre el funcionamiento.	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 satisfchos con las explicaciones de como funcionan las areas donde se encuentran.	
	39- 12% se sintió poco satisfecho con los ruidos e intensidad de estos.	3	Alto	Analizar las situaciones que hacen que algunos usuario se siente insatisfechos con el ruido y nivel de este. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.	Sub-Dirección Medica. Atención al Usuario.				Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el control del ruido en el area donde recibe atención.	
	40- 11% no pudo hablar en privado con el medico, sin que otras personas escucharan.	3	Alto	Gerentes y supervisores del area deben de definir un Programa de capacitacion de atencion al cliente y actualizacion en el desempeño correcto de las funciones y	Gerentes. Supervisores.				Informe reunion. Programa de capacitaciones. Informe de supervisiones. Informe de personal reconocido. Informe de personal sancionado.	% de usuarios satisfecho con la privacidad	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				responsabilidades del cargo. Ejecutar programa. Realizar supervisiones mas frecuentes en el area. Reconocer al personal que presenta mayor nivel de desempeño. Aplicar sanciones al personal que no cumple adecuadamente con sus funciones y responsabilidades.							
	41- 10% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	2	Medio	Analizar las dificultades que hacen que algunos usuario se siente insatisfechos con el tiempo de espera para recibir atención. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.	Sub-Dirección Medica. Atención al Usuario.				Informe de evaluación d ela situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera para recibir atención..	
	<b>USUARIOS INTERNOS:</b>										
	42- 76% no ha recibido pago por horas extras.	2	Medio	Realizar un análisis sobre la situación y presentar a las autoridades del SNS.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis e Informe reunión con autoridades del SNS	% de usuarios satisfecho con el pago de horas extras laboradas.	
	43- 69% considera su salario no esta acorde con las funciones que realiza.	2	Medio	Realizar un análisis sobre la situación y presentar a las autoridades del SNS.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis e Informe reunión con autoridades del SNS	% de usuarios satisfecho con el salario.	
	44- 66% dice en su gerencia o servicio no	3	Alto	Definir un Plan e identificar fondos	Sub-Direcciones Gestión de				Plan de actividades a desarrollar. Listado	% de Usuarios Satisfechos con	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo.			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.	Recursos Humanos, Académica y Gerentes.				de participantes en la reunión de orientación a los Gerentes de servicios. Informa de las actividades celebradas	las actividades sociales realizadas en su servicio	
	45-56% dice no ha quedado satisfecho con el incentivo recibido.	2	Medio	Realizar la capacitación nueva vez del personal gerencial 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.	
	46- 47% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones.	3	Alto	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos deben convocar encuentros para explicar al personal sobre los criterios tomados en cuentas para realizar promociones.	Subdirector Recursos Humanos. Gerentes.				Informes de encuentros realizados. Listado participantes	% de usuarios conoce los criterios para promociones en el hospital.	
	47- 44% no cuenta con facilidades para	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades.	Dirección General. Subdirector Recursos				Informe de evaluación de la situación. Cotización.	% de usuarios satisfechos con el	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	la adquisición de vestuarios.			Analizar la situación. Definir estilo y norma de vestimenta. Realizar cotización. Definir si se posee los recursos económicos para enfrentar la situación en el periodo. Definir plan y/o estrategia para dotar de vestuario al personal. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.	Humanos. Gerentes. Subdirección Financiera.				Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	vestuario del hospital.	
	48- 40% dice no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.	2	Medio	Realizar la capacitación nueva vez del personal gerencial 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.	
	49- 37% no conoce la existencia de un plan de emergencia	3	Alto	Formular un Plan de acción que defina las acciones estrategias y actividades necesarias para cuando ocurra una catástrofe natural, el hospital pueda dar una respuesta	Gerencia emergencia. Otros gerentes involucrados.				Documento del Plan. Cronograma simulacros. Informe resultados simulacros realizados.	% Cumplimiento Simulacros Programados.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				adecuada a dicha situación. Coordinar la realización de simulacros de emergencia. Realizar los simulacros de emergencia programados.							
	50- 37% considera el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.	3	Alto	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Socializarlos con el personal operativo. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. Informe cumplimiento Plan.	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. Informe ejecución del plan.	% Colaboradores conocen la existencia de un Plan de Emergencia.		
	51- 37% no participa en la definición/visión de los procesos	2	Medio	Definir metodología y cronograma para la revisión y actualización de los manuales de procesos y protocolos de procedimientos en el hospital por gerencia. Revisar los protocolos con el personal operativo. Actualizar protocolos en base a las revisiones realizadas. Publicar y poner	Subdirección Planificación. Cergo Consulting Group. Subdirectores. Gerentes. Coordinadores.			Disposición de la dirección general. Informe de evaluación. Cronograma de revisión y actualización de los protocolos. Manuales de protocolos actualizados. Informe de evaluación Cumplimiento. Plan paramejorar el nivel de cumplimiento. Informe ejecución Plan.	% de Servicios Con manuales de protocolos actualizados. % Cumplimiento protocolos por servicios. % cumplimiento Procesos Gneraes 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				en vigencia los manuales de los protocolos. Realizar evaluación periodica del cumplimiento de los protocolos. Presentar informe de evaluación. Plan de Mejoria para el cumplimiento. Ejecutar Plan. Presentar Informe de ejecución del Plan.							
	52- 36% no conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño.	3	Alto	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre los criterios establecidos para realizar las evaluaciones de desempeño en el hospital.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.			Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios conoce los parámetros para realizar las evaluaciones de desempeño en el hospital.		
	53- 36% no dispone de vestuario adecuado.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Analizar la situación. Definir estilo y norma de vestimenta. Realizar cotización. Definir si se posee los recursos economicos para enfrentar la situación en el periodo. Definir plan y/o estrategia para dotar de vesturaio al personal. Ejecutar Plan. Presentar informe de	Dirección General. Subdirector Recursos Humanos. Gerentes. Subdirección Financiera.			Informe de evaluación de la situación. Cotización. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el vestuario 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.							
	54- 35% no dispone de facilidades para la educación continuada.	3	Alto	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Socializarlos con el personal operativo. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. Informe cumplimiento Plan.	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. Informe ejecución del plan.	% cumplimiento Plan de capacitación para el periodo.		
	55- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza y orden de las habitaciones y áreas de descanso.	3	Alto	Realizar un levantamiento de necesidades de reparaciones y adecuaciones de los baños. Establecer cantidad de productos e insumos diarios por baño. Realizar cotización de productos e insumos de baños. Evaluar cotizaciones. Realizar los tramites administrativos establecidos para las compras segun normativas establecidas. Adquirir productos. Entrega gerente de limpieza los	Sub-Dirección de Servicios Generales. Sub-dirección Financiera y administrativa. Gerente de Limpieza. Comité de Compras. Supervisores.			Informe de levantamiento. Cotizaciones. Ordenes de Compras. Informe de supervisiones. Informe de sanciones.	% de usuarios satisfechos con la limpieza y disponibilidad de insumos en los baños y orden de la habitaciones..		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				productos. Gerente de Limpieza entrega productos a supervisor y este a su vez al personal operativo. Supervisor y gerente realizan periódicamente supervisiones sobre orden de las habitaciones, limpieza y disposición de productos e insumos en los baños y firman constancia de supervisiones periódicas. Aplican sanciones al personal que no cumple con su desempeño.							
	56- 31% considera que su jefe no conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución	2	Medio	Realizar las evaluaciones de desempeños. Calificar sus colaboradores. Reunirse de manera individual y presentar los resultados de las evaluaciones e indicando los puntos fuertes y cosas que debe mejorar. Formular programa para apoyarla mejoría de las debilidades del personal. ejecutar programa. Informe de ejecución del programa.	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 evaluación de desempeño. Programa de mejoría. Informe ejecución programa.	% colaboradores se siente satisfecho al saber que su superior inmediato sabe cuales son puntos fuertes.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	57- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las capacitaciones para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.	3	Alto	Formular un Plan de acción que defina las acciones estrategias y actividades necesarias para cuando ocurra una catástrofe natural, el hospital pueda dar una respuesta adecuada a dicha situación. Coordinar la realización de simulacros de emergencia. Realizar los simulacros de emergencia programados.	Gerencia emergencia. Otros gerentes involucrados.				Documento del Plan. Cronograma simulacros. Informe resultados simulacros realizados.	% Cumplimiento Simulacros Programados.	
	58- 31% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con los alimentos servidos al personal.	3	Alto	Analizar las dificultades que hacen que algunos usuario se siente insatisfechos con los alimentos servidos en el hospital. Definir plan de mejoría. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.	SubDirección Servicios Generales. Gerencia Alimentos. Subdirección Recurso Humanos.				Informe de evaluación de la situación. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con los alimentos servidos en el hospital.	
	59- 29% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Colocar los Lockert necesarios para el personal guardar sus pertenencias.	Gerentes. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios satisfechos al poseer lugares para guardar sus pertenencias.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	60- 28% no conoce de la existencia de un plan de capacitación.	3	Alto	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Socializarlos con el personal operativo. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas. Informe cumplimiento Plan.	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. Informe ejecución del plan.	% cumplimiento Plan de capacitación para el periodo.	
	61- 27% no dispone de todos los instrumentos y materiales mínimos para realizar su trabajo.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Entregas de equipos, complementos, accesorios e insumos. Dar seguimiento al cumplimiento de las necesidades establecidas en el Plan de Inversión.	Gerentes. Gerente de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios poseen sus equipos e instrumentos para realizar su trabajo	
	62- 26% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para la ingesta/preparación de alimentos.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Habilitar áreas.	Gerentes. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios satisfechos la disponibilidad de áreas para ingerir para preparar e ingerir alimentos	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	63- 26% no se le informa cuando se realizan cambios o actualizaciones.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las nuevas medidas o disposiciones adoptadas y el porque fueron dispuestas.	Dirección General. Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que se le informa oportunamente sobre las medidas o cambios adoptados	
	64- 25% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la limpieza de baños.	3	Alto	Realizar un levantamiento de necesidades de reparaciones y adecuaciones de los baños. Establecer cantidad de productos e insumos diarios por baño. Realizar cotización de productos e insumos de baños. Evaluar cotizaciones. Realizar los tramites administrativos establecidos para las compras segun normativas establecidas. Adquirir productos. Entrega gerente de limpieza los productos. Gerente de Limpieza entrega productos a supervisor y este a su vez al personal operativo. Supervisor y gerente realizan periodicamente supervisiones sobre limpieza y disposicion de	Sub-Direccion de Servicios Generales. Sub-direccion Financiera y administrativa. Gerente de Limpieza. Comité de Compras. Supervisores.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Ordenes de Compras. Informe de supervisiones. Informe de sanciones.	% de usuarios satisfechos con la limpieza y disponibilidad de insumos en los baños.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				productos e insumos en los baños y firman constancia de supervisiones periódicas. Aplican sanciones al personal que no cumple con su desempeño.							
	65- 23% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la forma en que la institución se adapta a los cambios.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las nuevas medidas o disposiciones adoptadas para que el hospital se adapte a los cambios que ocurren o están por venir.	Dirección General. Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que se las autoridades realizan esfuerzos para adaptar el hospital a los cambios.	
	66- 22% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía de los asientos.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Cambiar mobiliario.	Coordinador Salud del Trabajo. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios satisfechos con la ergonomía del mobiliario y equipos para realizar su trabajo.	
	67- 20% dice al entrar a la institución no se le entregó información institucional	3	Alto	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Subdirecciones y Gerentes				Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.							
	<b>68- 20% considera que la carga de trabajo no esta distribuida proporcionalmente.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Realizar evaluaciones de desempeño. Corregir las inequidades en las cargas de trabajos detectadas. Presentar informe de las situaciones encontradas.	Gerentes.			Informe de situaciones encontradas. Informe de Medidas Correctivas establecidas.	% Colaboradores satisfecho con el equilibrio de las cargas de trabajos.		
	<b>69- 20% no conoce el organigrama de su gerencia o servicio.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades		
	<b>70- 18% dice la forma como fue seleccionado no le confiere seguridad laboral.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Cumplir con el proceso de entrevista selección y contratación del personal. Realizar encuentros con su personal para explicar sobre la seguridad laboral que garantiza el	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.			Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que cuenta con seguridad laboral en la permanencia de su 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				hospital para su permanencia.							
	71- 15% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones contenidas en los manuales. Y 12% con la capacitación recibida al momento de su ingreso.	2	Medio	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades		
	72- 15% al entrar a la institución no se le informó sobre misión, visión valores.	3	Alto	Revisar y actualizar el Manual de Inducción del Hospital. Exigir a la subdirección de recursos humanos que cumpla estrictamente con el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso. Exigir a los gerentes que cumplan con el proceso de inducción específico de la gerencia para el personal de nuevo ingreso.	Dirección General. Sub-dirección RR.HH, otras Sub-direcciones y Gerentes			Informe sobre la revisión del Manual de Inducción. Disposición de la Dirección General exigiendo el cumplimiento del proceso de inducción.	% de empleados que recibieron la inducción y entrega de documentos relacionados a sus funciones y responsabilidades		
	73- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el control de ruidos.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas.	Coordinador Salud del Trabajo. Subdirección servicios			Informe de levantamiento. Documento Plan.	% de usuarios satisfechos con nivel de ruido y		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	11% con la climatización			Presentar informe. Preparar plan de intervención. Ejecutar Plan. Presentar Informe ejecución Plan.	generales. Gerencia de Compras.				Informe nivel ejecución Plan.	climatización ara de trabajo	
	74- 13% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con el tamaño de las áreas de trabajo.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Preparar plan de intervención. Ejecutar Plan. Presentar Informe ejecución Plan.	Coordinador Salud del Trabajo. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Documento Plan. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con el area para realizar su trabajo.	
	75- 13% dice en su área de trabajo no existen informaciones/ imágenes/advertencias para prevenir riesgos.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Preparar plan de intervención. Ejecutar Plan. Presentar Informe ejecución Plan.	Coordinador Salud del Trabajo. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Documento Plan. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las informaciones e imágenes de advertencia de riesgos.	
	76-13% su superior inmediato no lo mantiene informado sobre las informaciones que competen a su trabajo.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las nuevas medidas o disposiciones adoptadas y el porque fueron dispuestas.	Dirección General. Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que se le informa oportunamente sobre las medidas o cambios adoptados	
	77- 12% se encuentra de poco satisfecho a insatisfecho con la imagen que proyecta la institución.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las nuevas medidas o disposiciones adoptadas para la proyección de la imagen el hospital en la comunidad y sociedad en general.	Dirección General. Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios satisfechos con las acciones desarrolladas para manetner una buena imagen del hospital en la sociedad.	



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 DD.MM.AA	Recursos necesarios					
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)				
	<b>81-Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.</b>	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.	
	<b>0</b>											
	<b>Seguridad</b>											
	<b>82-Poca seguridad vial para llegar al hospital.</b>	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.	
	<b>83-Falta de hotelería en la zona.</b>	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.	
	<b>84- Granjas de animales en las periferias del hospital</b>	2	Medio	Realizar la solicitud al Ministerio de medio ambiente y Dirección Provincial de Salud, que	Dirección General. gerencia Epidemiologia					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 DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	3-Falta de espacios para el área de archivo	3	Alto	Ejecutar la propuesta de digitalizar los expedientes en formato duro. Presentar informe ejecución Plan.	Unidad asesoría legal. Sub-Dirección Financiera. Servicio de Archivo.				Contrato con compañía	Expedientes digitalizados. % de espacio liberado en archivo. Disponibilidad de espacio en archivo.	
	4-Caducidad de la estructura informática de la institución.	3	Alto	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. Presentar informe ejecución 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.	
	5- Calculo de productividad en base a capacidad instalada no se actualiza cada 4 meses.	3	Alto	Presentar los informes periódicos por gerencias. Ajustar los caculos cuando existan variables que fueron modificadas. Definir planes de intervenciones para cuando se detecten debilidades. Ejecutar Plan. Presentar informe ejecución Plan.	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes Resultados. Informe nivel Ejecución Planes	% de Informes presentados según el Periodo establecido. % cumplimiento metas de producción establecidas.	
	6- Falta de seguimiento y monitoreo para verificar los resultados de las UEPSS.	3	Alto	Presentar los informes periódicos por gerencias. Ajustar los caculos cuando existan variables que fueron modificadas.	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes Resultados. Informe nivel Ejecución Planes	% de Informes presentados según el Periodo establecido. % cumplimiento metas de producción 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				Definir planes de intervenciones para cuando se detecten debilidades. Ejecutar Plan. Presentar informe ejecución Plan.							
	7- No existe un sistema de gestión descentralizado.	3	Alto	Solicitar a las autoridades el cumplimiento de la ley y reglamentos que crea el SNS.	Dirección General.			Comunicación Enviada al SNS. Respuesta del SNS			
	Capacitación y Sensibilización										
	8-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										
	9-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.		
	10-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	Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos.			Informe evaluación desempeño gerentes.	% Nivel de desempeño de los Gerentes.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos.	gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas gerencias que conforman el Hospital.						
	<b>12- No poseer un sistema de gestión clínica automatizado completo e integrado con todos los módulos.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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	
	<b>13-No cumplimiento y/o seguimiento de los procesos establecidos.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.	
	<b>14- Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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.	
	<b>15- Desorganización de récord clínico físico del usuario.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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.	
	<b>16- Deficiencia del control de parte de</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos deben	Gerentes Clínicos Quirúrgicos y				Informe de Supervisión.	% de usuarios hospitalizados	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	los gerentes médicos al seguimiento de los pacientes hospitalizados.			de supervisar las atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras a los usuarios hospitalizados.	Enfermería. Gerente de Facturación.				que el gerente del área superviso la atenciones ofrecidas por los médicos y enfermeras.		
	17-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.		
	18-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.		
	19- 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.		
	20- No existe capacidad de elaborar actividades	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades	gerencia TI. Sub-dirección Planificación.			Informe de necesidades. Listado de instituciones con	Se ejecuta programa de telemedicina		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina			tecnológicas para implementar esto en el hospital. Identificar instituciones y personas para formalizar proyecto de telemedicina. Poner en ejecución plan	Dirección General. Sub-Dirección Financiera Administrativa				la cual se puede ejecutar el programa. Programa documentado.		
	21- 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.	
	22- 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.	
	23- 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.	
	24- 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	Sub-dirección medica. Gerentes de gerencias clínicos				Comunicación enviada a los Gerentes d gerencia. Informe de evaluación	% 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				utilización de la capacidad instalada en el área de hospitalización y los indicadores de eficiencia del uso de estas capacidades. Realizar los ajustes necesarios para mejorar la utilización de las capacidades instaladas.	quirúrgicos. Personal Médico.				cumplimiento de metas.		
									<b>Numero de Actividades Según Nivel Ejecución</b>		
									<b>% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución</b>		
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>										
	<b>Planificación-Control:</b>										
	25-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										
	<b>Factores Logística e Información:</b>										

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	26-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.	
	27-Campaña de descrédito del hospital.	2	Medio	Mantenerse enfocados en lograr los resultados esperados de los indicadores de satisfacción, calidad, eficiencia y productividad del hospital. 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.	
	28-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. Realizar los analisis de costos e implementar planes de contenciones de costos.	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.	
	29-Ausencia de una red estructurada de atención que funcione adecuadamente, (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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	30-Tener que hospitalizar 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.	
										<b>Numero de Actividades Según Nivel Ejecución</b>	
										<b>% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución</b>	
	0										
4.- Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad	<b>RIESGOS INTERNOS</b>										
	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 utilizo 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	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	<b>4- Incumplimiento de un plan de mantenimiento de equipos Biomédicos.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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 Formulados.	Índice de cumplimiento de las actividades programadas.	
	<b>5-Falta climatización en algunas áreas.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.	
	<b>6- Equipos depreciados y obsoletos y no contamos con los recursos para reponer y adquirir equipos.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.		
	<b>11- No existe disponibilidad del sistema de información financiera y clínico integrado</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Realizar evaluación de la situación. Solicitar cotización para reponer y/o reparar los demás Chiller. Realizar	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-dirección de servicios generales.				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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				análisis cotización. Evaluar posibilidad económica del hospital para enfrentar situación.	Gerencia de Mantenimiento.						
	12- 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.		
	13- No gestión para la venta de servicios odontológicos a las ARS's.	2	Medio	Evaluar necesidades para habilitar adecuadamente el servicio odontológico. 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		
	14- 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	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				cumple con las metas.							
	<b>Disponibilidad de Recursos:</b>										
	<b>15-Unidades de negocio dentro de la institución con porcentajes de ganancia limitados para el hospital.</b>	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.			
	<b>16- La institución no posee un equipo de bacteriológico automatizado</b>	3	Alto	Evaluación de la situación. Cotización. Evaluación factibilidad económica. Identificar fondo para la compra. Compra e instalación de equipo. Puesta en Funcionamiento del equipo	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,		
	<b>17- Falta de pago oportuno a los suplidores.</b>	3	Alto	Evaluación de la situación. Definir programa de pago a los suplidores. Cumplir programa de pago.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia Contabilidad.			Informe de Evaluación. Cotización. Orden de Compra.	% de cumplimiento Plan cuenta por pagar.		
	<b>Tecnología</b>										
	<b>0</b>										
	<b>18- No contar con equipo de resonancia magnética propio</b>	2	Medio	Identificar empresas que instalen equipos bajo modalidad comodato. Evaluar propuestas. Seleccionar empresa. Realizar convenio de comodato donde el hospital pueda ofertar el servicio y que obtenga beneficios adecuados dentro del marco del contrato.	Dirección General. Sub-dirección Financiera. gerencia de compras.			Informe de análisis de adquisición equipo.	Equipo instalado y funcionando.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	@ Resgistro de Información y Datos.										
	19-Registro clínico inadecuado que aumenta las glosas y por ende pérdidas 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 sistema demás áreas. Aplicar sanciones al personal que no realiza de manera adecuada el registro de los datos en los sistemas.	Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información. Subdirección Medica.			Comunicación Solicitud Reunión . Cotización.	Sistema actualizado implementado demás áreas de registro clínico.		
	0	0	0								
	Recursos humanos	0	0								
	20- Desconocimiento de los manuales de proceso departamentales	3	Alto	Definir metodología y cronograma para la revisión y actualización de los manuales de procesos y protocolos de procedimientos en el hospital por gerencia. Revisar los protocolos con el personal operativo. Actualizar protocolos en base a las revisiones realizadas. Publicar y poner en vigencia los manuales de los protocolos. Realizar	Subdirección Planificación. Cergo Consulting Group. Subdirectores. Gerentes. Coordinadores.			Disposición de la dirección general. Informe de evaluación. Cronograma de revisión y actualización de los protocolos. Manuales de protocolos actualizados. Informe de evaluación Cumplimiento. Plan paramejorar el nivel de cumplimiento. Informe ejecución Plan.	% de Servicios Con manuales de protocolos actualizados. % Cumplimiento protocolos por servicios. % cumplimiento Procesos Gneraes 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				evaluación periódica del cumplimiento de los protocolos. Presentar informe de evaluación. Plan de Mejoria para el cumplimiento. Ejecutar Plan. Presentar Informe de ejecución del Plan.							
	<b>21- Productos de limpieza de baja calidad.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.		
	<b>22- No existe un Código de vestimenta e identificación del personal</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Realizar levantamiento de necesidades. Analizar la situación. Definir estilo y norma de vestimenta. Realizar cotización. Definir si se posee los recursos economicos para enfrentar la situación en el periodo. Definir plan y/o estrategia para dotar de	Dirección General. Subdirector Recursos Humanos. Gerentes. Subdirección Financiera.			Informe de evaluación de la situación. Cotización. Documento del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el vestuario 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				vestuario al personal. Ejecutar Plan. Presentar informe de cumplimiento Plan. Informe evaluación Impacto del Plan.							
	<b>23- Discrepancia entre los contratos (designaciones) y las funciones de la persona en la institución</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Capacitar al personal tecnico de RR.HH y gerentes en el uso de los instrumentos y metodologia de entrevista y selección del personal. Cumplir con el proceso establecido de entrevista y selección del personal. Realizar levantamiento del personal que esta bajo esta condición. Presentar informe de analisis. Realizar los ajuste de lugar.	Dirección General. Sub-Gestión Talento Humano. Gerentes. Cergo Consulting Group.				Cronograma para realizar capacitación Personal Tecnico RR.HH y Gerentes. Informe analisis. Documento medidas a implementar.	% de Personal contratado que ocupa el cargo para el cual fue seleccionado.	
	<b>0</b>										
	<b>Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:</b>										
	<b>24- Redimiento de Consulta Externa = 61.1%</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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	Subdirector Médico. SubDirector de Planificación. Otros Sub-Directores. Dirección General Todos los demás Gerentes.				Estructura de Informe Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados. Informe nivel ejecución planes	Índice de Informes Entregados. % cumplimiento metas de producción. 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				hospital y autoridades del SNS.							
	28-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.		
	29- 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.		
	30- 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.		
	31- 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.		
	32-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	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)							
	33- Fallo de suministro de la energía de la red publica	3	Alto	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.		
	34-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 Medica. Sub-Dirección de Planificación. gerencia de mantenimiento.			Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.		
	35-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 Medica. Sub-Dirección de Planificación.			Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.		
	36- 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	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				las Características que deben cumplir los proveedores de estos productos. Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido.							
	<b>37-Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.</b>	2	Medio	Especializar un fondo para actualización y cambio de equipos y sistema del Hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.			Creación del Fondo	% de equipos de Última Generación Instalado en el Hospital.		
	<b>38- Falta de conocimiento de la población del costo del tamizaje de las unidades de sangre.</b>	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 de las pruebas que se le hace a esta.	Gerencia Laboratorio Clínico. Gerencia Atención al Usuario.			Informe de actividades de IEC realiza por atención al usuario.			
	<b>39- Suspensión del crédito por los proveedores e insatisfacción de los usuarios por falta de servicios.</b>	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 cunatas por pagar. Informe de pagos realizados.	Índice de Pago realizado según la programación de pagos.		
	<b>40-Quiebras de ARS's.</b>	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.		
	<b>Factores Competitivos:</b>										

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	41- 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 actividades de control de costos.	Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo.				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas definida en el Hospital.	
	42-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.		
	43- 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-Directores. Gerentes y Personal Operativo.		Dirección General. Sub-Direcciones.		Solicitudes realizadas. Solicitud de reunión. Informe de la reunión.		
	<b>Factores Medioambientales:</b>										
	44- 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.	
	45-Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	Medio	Conformación del Comité de Emergencia y	Dirección General. Sub-Directores. Gerente				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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.	Emergencia, Gerente seguridad.						
	<b>46- Pago de ARS SENASA por debajo de los costos de producción</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.			
	<b>Factores de demanda de los servicios:</b>										
	<b>47-Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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.		
	<b>48- 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)</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	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.		
	<b>49- Falta de conocimiento de los creadores de opinión e instituciones</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	Definir estrategias para mantener informado sobre el desempeño del	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	normativas del modelo de Hospital del Futuro en el Presente.			hospital a los periodistas de la zona de influencia del hospital y autoridades del SNS.							
	50- 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		
	51- 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.				Actividades desarrolladas.		
	Gestión de Recursos	0	0								
	52- Tardanza en la salida de equipos obsoletos o sin reparación por Bienes Nacionales	2	Medio	Formular solicitud y enviar informe a Bienes Nacionales de la situación que tiene el hospital de todas las chatarras descartadas acumuladas de equipos y mobiliario que no se puede deshacer por no recibir el descargo oficial de bienes nacionales. Dar seguimiento a solicitud.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia Administrativa. Servicio Activo Fijo.				Comunicación enviada. Informe de seguimiento.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
5.- Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>	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.		
	3- Servicio de cirugía de catarata no se brinda por falta de materiales	2	Medio	Evaluar necesidades para habilitar adecuadamente el servicio. Realizar análisis de factibilidad desde la perspectiva de demnaa del servicio. Discutir tarifario. Firma contrato. Inicio oferta de servicios.	Director General. Sub-Director de Planificación. Subdirección Médica. Servicio oftalmología. Sub-Dirección Financiera				Informe analisis de factibilidad. Comunicación ARS. Informe reunión. Tarifario. Contrato.	Oferta servicios quirurgicos oftalmologicos.	
	@ Control:										
4-Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	3	Alto	Solicitar a la Controlari Gneral de la Republica la Capacitación sobre las NOBACI. Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones.	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Solicitud Capacitación NOBACI. 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.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				Definir Plan de Intervención para corregir el no cumplimiento de las NOBACI.							
	5-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. Presentar informe de ejecución Plan.	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.		
	6- 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.			
	7- Falta de control de entrada y salida de activos	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. Mantener actualizado el inventario de 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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	<b>8- Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.</b>	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. Realizar análisis de cubrir la diferencia de los costos de los servicios con la subvención otorgada por SNS. Presentar a las autoridades el resultado del análisis.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera				Informe presentado al SNS.	% de recursos aportado por el SNS del presupuesto total del hospital.	
	<b>9-Presupuesto elaborado no tomando en cuenta el plan estratégico.</b>	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.	
	<b>10-Falta de coherencia entre presupuesto financiero y</b>	2	Medio	Cumplir con las partidas establecidas en el presupuesto estimado del Plan	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento del cumplimiento según renglones	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	planificación estratégica.			estratégico. Realizar los ajustes basados en análisis y según las necesidades.	Sub-Dirección de Planificación.					del presupuesto estimado.	
	11-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. Mantener actualizado e inventario 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.	
	12-Falta de equipo para traslado de pacientes críticos (ambulancia tipo UCI)	3	Alto	Evaluar técnicamente el problema. Identificar solución. Cotizar solución. Evaluar cotización. Evaluar 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	% de equipamiento completo en la ambulancia.	
	13-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	
	14- No Poseemos un Sistema clínico Financiero Actualizado	3	Alto	Solicitar propuesta de sistemas Financiero. Valorar sistema propuesta	Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente				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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				sistema financiero para el hospital. Cotizar. Valorar posibilidad económica. Contratar compañía. Implementa sistema demás áreas.	Tecnología Información. Sub-Dirección Financiera						
	15- 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.		
	16- 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		
	17- No existencia de controles para la contratación de recursos humanos.	3	Alto	Cumplir con el proceso de entrevista y selección del personal.	Dirección General. Sub-Dirección Talento Humano.				Informe evaluación cumplimiento proceso.	% de empleados contratados en base al proceso establecido.	
	18- Manejo centralizado de los recursos	2	Medio	Analizar la posibilidad de desarrollar un piloto realizando una desconcentración de los recursos a una gerencia. Evaluar	Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Sub-Dirección Talento Humano.				Informe análisis. Informe de desempeño. Informe de impacto logrado.		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				desempeño. Valorar impacto							
	19- Resonador magnético no es propiedad de la institución	2	Medio	Tratar de poder sacar el mayor provecho a las contrataciones del servicio bajo los términos establecidos. Definir un Plan para adquirir de manera propia dicho equipo.	Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Unidad Asesoría legal. Sub-Dirección Medica.					Contrato del negocio. Plan de ahorro.	
	20- No se realizan estudios de angiotomografía	2	Medio	Evaluar la demanda y factibilidad económica para la instalación del servicio.	Sub-Dirección General. Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Unidad de Análisis de Costos.					Informe de análisis de factibilidad. Informe de disponibilidad económica para enfrentar el proyecto	
	21- No realización de evaluación periódica de la productividad de las gerencias.	3	Alto	Presentar los informes periódicos por gerencias. Ajustar los caculos cuando existan variables que fueron modificadas. Definir planes de intervenciones para cuando se detecten debilidades. Ejecutar Plan. Presentar informe ejecución Plan.	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.					Informes Resultados. Informe nivel Ejecución Planes	% de Informes presentados según el Periodo establecido. % cumplimiento metas de producción establecidas.
	22- Escaso Control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	3	Alto	Cumplir con el proceso de movilización de los activos fijos. Realizar periódicamente auditoria e inventarios de los activos fijos y almacenes. Mantener actualizado el inventario de los	Servicio de Activos Fijos. Gerentes.					Informe de auditorias e Inventarios de los activos fijos.	Nivel de actualización de los inventarios de activos fijos.



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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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.	Medica y Financiera					presupuesto total del hospital.	
	<b>25-Retraso en el pago de las ARS's.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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 con los pagos al Hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	<b>26-Crisis financiera internacional y nacional.</b>	<b>3</b>	<b>Alto</b>	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.	
	<b>27-Aumento de la prima del dólar.</b>	<b>2</b>	<b>Medio</b>	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)							
	28-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.		
	29- 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 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.		
	30-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.			

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	31-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 Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	32-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 Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas. Informe de evaluación.	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	33- 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.	
	34- 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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	35-La disminución del valor de los tarifarios servicios contratados por ARS SENASA, de manera unilateral.	3	Alto	Cuando estas situaciones se presente informar a la SISARIL, para que tome las medidas de lugar.	Dirección General.				Informe de Situación presentada.		
	@ Medio Ambiente:										
	36-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.	
	37- 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.	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
6.- Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>										
	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.	
	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	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.	

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				equipos del Hospital. Mantener informado a todo el personal sobre las participaciones de los equipos del hospital en competencias deportivas para que le apoyen.							
	<b>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</b>	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.	
	<b>4- No se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo necesario a la planta potabilizadora de agua.</b>	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.	
	<b>5- No se implementa el programa de prevención de accidentes de tránsito a jóvenes y adolescentes.</b>	2	Medio	Definir Contenido Charlas a realizar en Liceos, escuelas y clubes. Desinar personal para realizar las charlas. Entrenar personal. Definir logística de traslado del personal. Coordinar encuentro con las instituciones educativas y	Subdirección Medica. Gerencia Servicio Social. Gerencia Comunicación.				Documento contenido Charlas. Listado Personal designado. Cronograma de encuentros. Listados de Participantes. Informe de la actividad.	% cumplimiento Programa de Charlas.	



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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	8-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.	
	9-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		
	10- 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		
	11-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	3	Alto	Mantener informado a las autoridades del SNS sobre las necesidades económicas del Hospital y el gasto incurrido en la	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.	



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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
7.- Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	<b>RIESGOS INTERNOS</b>										
	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	Evaluar posibilidad contratar técnico editor revista. 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 Públicas.				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 Públicas. 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.		
4-Falta de funcionamiento de call center	2	Medio	Realizar un análisis de las situaciones que determinan la causa del al	Gerencia de Seguros. Servicio de admisión. Servicio de Archivo. Gerencia				Informe de análisis. Plan elaborado. Informe de ejecución del Plan.	% cumplimiento ejecución Plan. % de usuarios satisfechos con los tiempos de		

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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				funcionamiento del Call Center. Elaborar un Plan de intervención para corregir las debilidades y problemas identificados. Ejecutar dicho Plan.	de Estadísticas, admisión y archivos clínicos.				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 cumplimiento	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 DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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 pública 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.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	<b>RIESGOS EXTERNOS</b>										
	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.	
	11-Cambios políticos que desconozcan el	2	Medio	Mantener un alto nivel de eficiencia	Dirección General. Sub-Directores.				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas	



## **IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS PARA EL AÑO 2022.**

### **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 (Desease malajemente) 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, Período 2022.

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE EGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTA EXTERNA	
	# CAMAS	META ESTABLECIDA 2021-2022	# QUIROFANOS	META ESTABLECIDA 2021-2022	# CONSULTORIOS	META ESTABLECIDA 2021-2022
<b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</b>	46	2,269	2	1,920	1	11,190
<b>CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES</b>	34	4,080	2	3,252	6	22,674
Cirugía General	20	1,622		1,024	1	4,608
Oftalmología	0	0		1,108	1	5,760
Urología	4	471		256	1	5,760
Cirugía Vasculat	3	296		96	1	512
Cirugía Plástica	3	995		128	1	512
Cirugía Ginecológica	4	695		256	1	2,560
Otorrinolaringología	0	0		256	0	2,304
Cirugía Coloproctológica	0	0		128	0	658
Cirugía Torácica	0	0		0	0	0
Cirugía Pediátrica	0	0		0	0	0
<b>MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES</b>	2	122			7	40,024
Medicina Interna y Cardiología	0	0	1 EKG	3,268	1	6,528
Medicina Familiar					3	10,240
Infectología	1	30				1,536
Salud Mental					1	1,152
Psicología					1	768
Nefrología	1	91			1	3,456
Gastroenterología			1	432	1	2,880
Endocrinología					1	1,383
Neumología					1	3,686
Nutrición					0	1,152
Neurología						1,418
Pediatría						1,152
Hematología						1,382
Geriatría						3,291
Hemodiálisis			7 Maq	5,616		
<b>NEUROCIRUGÍA</b>	12	684	1	256	1	2,765
<b>UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS</b>	8	384				
UCI Adultos						
UCI Pediátrico						
<b>MAXILOFACIAL</b>	10	811	1	230	1	4,937
Maxilofacial					1	
Odontología			4 Sillones	3,557		4,320
Imágenes Rx Panorámica			1 equipo	258		
Radiografía Periapicales			1 equipo			
<b>EMERGENCIA</b>					10	10,585
Emergencia						
Observación	7	2,555				
<b>ANESTESIOLOGÍA</b>				5,658	1	3,950
Anestesiología						
<b>MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>				12,557	1	4,800
Terapia Física Básica				8,790		
Otras Terapias Físicas				3,767		
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>8,350</b>	<b>Cx Elect</b>	<b>5,658</b>		<b>94,660</b>

Para el período 2022 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 2020:

Las **Consultas** esperadas se incrementarán en **35,838** lo cual representa un crecimiento de un **61%**.

Las **Cirugías Electivas** aumentarán en **1,745** cirugías, representando un incremento de un **45%**.

Las **Hospitalizaciones** presentarán un incremento de **4,632** ingresos, lo cual representa un crecimiento de un **124%** en los ingresos Hospitalarios.

### C) Capacidad Productiva Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud, Período 2022.

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS PERÍODO 2022
<b>MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>	<b>14,479</b>
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	
Sección de Hematología	58,480
Sección de Bioquímica	145,014
Sección de Uro-Copro	13,663
Sección Serológica	13,807
Pruebas Especiales	32,913
Sección Inmunohematología (Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU)	
Pruebas Bacteriología	6,553
<b>TOTAL</b>	<b>270,431</b>
<b>BANCO DE SANGRE</b>	
Unidades Tamizadas	3,056
Sección de Hematología	3,848
Sección Inmunohematología	10,793
Pruebas Especiales	16,768
<b>TOTAL</b>	<b>34,465</b>
<b>IMAGENES</b>	
Rayos X	49,323
Sonografía	5,383
Tomografía	7,978
Brazo en C	1,317
Estudios Especiales	261
Resonancia Magnetica	1,975
Sonomamografía	86
Biopsias sonodirigidas	2
<b>TOTAL</b>	<b>66,325</b>
<b>LAB. ANATOMIA PATOLOGICA</b>	
Biopsia	1,539
Biopsia por congelación	
Citología	603
Necropsia	
<b>TOTAL</b>	<b>2,142</b>
<b>FARMACIA</b>	
Recetas Emergencia	10,585
Recetas Hospitalización	141,952
Recetas Quirofanos	5,658
Recetas Hemodialis	
Recetas Curas y Ostomia	2,806
Recetas Reducciones y Yesos	
<b>TOTAL</b>	<b>161,001</b>
<b>MISCELÁNEOS</b>	
Curas y Otomías	2,806
Reducción y Enyesado	1,509
Hemodiálisis	5,803
Ecocardiograma	0
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	4,866
Endoscopias	222
Espirometría	0
Pruebas de Esfuezos	0

## D) Datos Utilizados para los Cálculos:

Estancia promedio utilizada para el cálculo de Hospitalizaciones en : Cirugía General y Especialidades = 4.5 días; Ortopedia y Traumatología = 7.4 días; Neurocirugía = 6.4 días; Unidad Cuidados Intensivos = 7.6 días; Maxilofacial = 4.5 días; Medicina Interna y especialidades = 5 días; Oftalmología = - días; Cirugía Plástica= 1.1 días; Cirugía Ginecológica = 2.1 días; Urología= 3.1 días; Nefrología= 4.0 días; Cirugía Vascul ar = 3.7 días; Infectología = 12 días.

### Tiempos Consultas (promedio):

SERVICIOS	TIEMPO PROMEDIO POR CONSULTA (Mins)
Ortopedia y seguimiento:	22.5 minutos
Otorrinolaringología:	10 minutos.
Oftalmología:	12 minutos.
Cirugía plástica:	20 minutos.
Cirugía vascular:	45 minutos
Cirugía laparoscópica:	20 minutos.
Cirugía general:	12.5 minutos.
Urología:	7.5 minutos.
Medicina interna:	15 minutos.
Cardiología	7.5 minutos.
Nefrología:	7.5 minutos.
Neumología:	12.5 minutos.
Endocrinología:	25 minutos.
Gastroenterología:	20 minutos.
Medicina familiar:	22.5 minutos.
Psicología:	30 minutos.
Salud Mental:	30 minutos.
Neurocirugía:	25 minutos.
Maxilofacial:	17.5 minutos.
Anestesiología:	17.5 minutos.
Medicina Física y Rehabilitación:	18 minutos.
Hematología	25 minutos.
Neurología	32.5 minutos.
Ginecología	18 minutos.
Infectología	15 minutos.
Pediatría	20 minutos.
Odontología	20 minutos.
Geriatría	17.5 minutos.

Promedio General de Consulta es de = 19.6 minutos.

Promedio de Emergencias estimado por día= 29 Emergencias.

Para consulta externa y uso de quirófano en cirugías electivas, serán utilizados 240 días en el periodo 2022.

## 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: 180 min.  
Procedimientos electivos de Urología es de: 90 min.  
Procedimientos electivos de Maxilofacial es de: 150 min.  
Procedimientos electivos de Ginecología es de: 90 min.  
Procedimientos electivos de Cirugía Vascular es de: 120 min.  
Procedimientos electivos de Cirugía Coloproctológica es de: 90 min.  
Procedimientos Cura Infeccionados: 90 min.  
Cirugía Laparoscópica es de: 90 Minutos.  
Cirugía Plástica es de: 180 Minutos.  
Cirugía Oftalmológica es de: 52 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 inferior: 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 Periodo año 2022.

**Total de días trabajados en el año (240)**

**Cálculo No. Semanas al año : -----= Total Semanas (48)**

**No. De días laborables por semana (5)**

**Cálculo días trabajados al año: Total de semanas(48) X días trabajados a la semana (5) = 240 días.**

**Si el servicio solo realiza la tarea de cirugía o consulta por un día, trabajará sólo 48 días de los 365 días.**

**2 días a la semana son 96 días trabajo.**

**3 días a la semana son 144 días trabajo.**

**4 días a la semana son 192 días trabajo.**

**5 días a la semana son 240 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 2021, 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 2021, 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).

**NO CONTAMOS CON LAS INFORMACIONES Y DATOS DE RECETAS DESPACHADAS POR AREAS.**

## X. FORMULACIÓN DE METAS GENERALES Y ESPECÍFICAS; Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIA PARA EL AÑO PERÍODO año 2022.

### A) Metas Generales del Hospital para el Período año 2022.

INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2022	% de Cumplimiento		
		1er. Cuatrimestre	2do. Cuatrimestre	3er. Cuatrimestre
<b>EFICIENCIA</b>				
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 (Días)	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	10%	10%	10%
% Desempeño Técnico	90%	90%	90%	90%
% Cumplimiento Ejecución Presupuestaria	90%	90%	90%	90%
<b>CALIDAD</b>				
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%
<b>PRODUCCION</b>				
Total Hospitalizaciones.	8,350	2,783	2,783	2,783
Total Consultas Hospital.	94,660	31,553	31,553	31,553
Total Cirugías.	5,658	1,886	1,886	1,886
Total Emergencia.	10,585	3,528	3,528	3,528
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	14,479	4,826	4,826	4,826
Total Laboratorios Clínicos.	270,431	90,144	90,144	90,144
Banco de Sangre	34,465	11,488	11,488	11,488
Total Estudios Imágenes	66,325	22,108	22,108	22,108
Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	2,142	714	714	714
Total Recetas Despachadas	161,001	53,667	53,667	53,667
<b>SATISFACCIÓN</b>				
% Satisfacción de los Usuarios Externos	90%	90%	90%	90%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	80%	80%	80%
<b>EJECUCIÓN PLANES</b>				
% 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 Período 2022.

### SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

#### Gerencia: Ortopedia y Traumatología

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos	1,664	2,269	36.3%
Total consultas.	12,008	11,190	-6.8%
Total cirugías programadas realizadas	2,192	1,920	-12.4%
Índice de Cirugías Programadas Suspendidas.	5.8%	10%	4.2%
Tasa de ocupación hospitalaria.	75.2%	85%	9.8%
Promedio de estadía.	7.7 días	7.4 días	-0.3 días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.24%	0.1%	-0.14

#### 1. Proyectos de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

No en este período

#### 2. Estrategias de mercado y competitivas.

- ✓ Incluir spots publicitarios en diferentes medios de comunicación
- ✓ Realizar publicación de una revista de salud
- ✓ Mantener y ampliar los operativos de implante de alto costo
- ✓ Realizar actividades tipo "Operativo Médico" que relancen los diferentes servicios.
- ✓ Diseño y elaboración de un volante educativo específico de la gerencia.
- ✓ Mantener una sección fija en la revista hospitalaria.
- ✓ Destacar ala alta tecnificación que existe en el hospital.
- ✓ Mejorar condiciones salariales al personal.
- ✓ Incorporar a la cartera de servicios cirugías electivas no convencionales.
- ✓ Destacar la existencia en el hospital de servicios complementarios especializados.
- ✓ Plataforma de prensa para mercadear los servicios de la gerencia.
- ✓ Publicaciones de la cartera de servicios en la prensa televisiva y radial

#### 3. Estrategias para el desarrollo de la calidad de los servicios

- ✓ Encuesta de satisfacción diaria y periódica de usuarios externos en las diferentes áreas.
- ✓ Encuesta periódica de satisfacción de colaboradores.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de los protocolos.
- ✓ Vigilancia en el cumplimiento de protocolos.
- ✓ Seguimiento a casos complicados.
- ✓ Seguimiento a casos infectados.
- ✓ Vigilancia en el cumplimiento de procesos.

- ✓ Revisión constante de procesos y análisis estadísticos.
- ✓ Auditoria concurrente y prospectiva al expediente clínico.
- ✓ Convenios internacionales y videoconferencias de educación continua y especialización.
- ✓ Aumentar experiencia del personal mediante un plan de capacitación.
- ✓ Aumentar curva de aprendizaje.

#### **4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:**

##### **a) Recursos Humanos:**

1-Ortopeda oncólogo.

1- Especialista en malformaciones de columna

##### **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 educativos de la institución.

1- Plaza para entrenamiento especializado en rotación de colgajos (Colombia, Venezuela, Argentina, Perú).

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).

Compra de libros de la especialidad de ortopedia y traumatología

Asistencia a entrega de guardia.

Asistencia caso cerrado de patología, de subespecialidad

##### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1- Artroscopio

##### **Completar set de bandejas de ortopedia:**

1- Bandeja para extracción de clavos centromedular

2- Bandeja para extracción de placas

1- Bandeja para ortopedia infantil

3- Bandeja para desbridamiento en área de cura

1- Esterilizador a gas

##### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Habilitar quirófano séptico.

Habilitar quirófano de primer nivel para cirugías menores.

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

Habilitar biblioteca para residentes.

Habilitar área de cura ortopedia

Habilitar quirófano 7 para cirugía artroscópica.

Habilitar estar de quirófanos segundo nivel.

## Gerencia: Cirugía General y Especialidades

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos	1,218	4,080	234%
Total consultas.	13,435	22,674	68.7%
Total cirugías programadas.	1,134	3,252	186%
Índice de Cirugías Programadas Suspendidas.	12.4%	10%	-2.4%
Tasa de ocupación hospitalaria.	41.2%	85%	43.8
Promedio de estadía.	3.0 días	3.0 días	0 día
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.99 %	0.5%	-0.44%

### 1. Proyectos de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.

Desarrollar la unidad de Endourología.

Desarrollar la unidad de Cirugía torácica .

### 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 Cirujano general

1- Cirujano vascular

#### b- Capacitación y educación continua:

1-Curso de 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 óptico

1-Rectosigmoidoscopio rígido

1-Bandeja de proctología.

1 Torre de laparoscopia (insumos y materiales para su funcionamiento)

2- bandejas de instrumental laparoscópico

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

No en este periodo.

## Gerencia: Maxilofacial y Odontología

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos Maxilofacial	68	811	1,092%
Total consultas Maxilofacial.	2,483	4,937	98.8%
Total cirugías programadas Maxilofacial.	448	230	-48.6%
Índice de Cirugías Programadas Suspendidas Maxilofacial.	3.9%	5%	1.1%
Total Estudios Panorámica	0	0	0
Tasa de ocupación hospitalaria Maxilofacial.	50.4%	85%	34.6%
Promedio de estadía Maxilofacial.	7.1 días	4.5 días	-2.6 días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria Maxilofacial.	0%	0%	0%
Total consultas Odontología.	1,231	4,320	250%
Total procedimientos programados Odontología.	1,662	3,557	114.0%

**1. Proyectos 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 a 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:**

- ✓ Garantizar la vigilancia y cumplimiento de los protocolos, procesos y organización de la gerencia.
- ✓ incentivar con certificados de reconocimiento la buena labor realizada.
- ✓ Conformación de Comité de Tumores.

**4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:**

**a) Recursos Humanos:**

- 1- Ortodoncista especializado en ortopedia maxilar.
- 1- Auxiliar de almacén (Control y despacho de material gastable de odontología)

**b) Capacitación y educación continua:**

Apoyo para la participación en entrenamientos y/o congresos nacionales e internacionales.

**c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

2- Unidades odontológicas.

1-Esterilizador equipos y materiales odontología.

1- Equipo Rx panorámica

1- Teléfono (flota) para el departamento

3- Bandejas de cirugía mayor maxilofacial

Mantenimiento preventivo de unidades odontológicas.

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

Habilitar un área quirúrgica de odontología

## Gerencia: Neurocirugía

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos.	553	684	23.6%
Total consultas.	2,483	2,765	11.3%
Total cirugías programadas.	448	256	-42.8%
Índice de Cirugías Programadas Suspendidas.	16.3%	10%	-6.3%
Tasa de ocupación hospitalaria.	62.7%	85%	18.8%
Promedio de estadía.	7.7 días	6.4 días	-1.3 días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.36%	0.2%	-0.16%

### 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 pagina web, televisión y radio, donde se informe los días de consulta 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 el desarrollo de la gerencia:

#### a) Recursos Humanos:

No en este período

#### b) Capacitación y educación continua:

#### Gestionar y cubrir:

- ✓ Participación en el “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 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total consultas.	1,516	4,800	216.6%
Total procedimientos programados.	13,163	12,557	-4.6%

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

Incorporar la unidad de electromiografía.

Incorporar la unidad de terapia ocupacional (T.O)

### 2. Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ Contar con un espacio en programa de televisión
- ✓ Desarrollo de campaña de promoción de la gerencia, enfatizando en la cartera de servicios y resaltando el horario de servicio.
- ✓ 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.

### 3. Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✓ Vigilar y garantizar el cumplimiento 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 licenciadas

3- Terapistas auxiliares.

1- Terapeuta ocupacional

#### 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.

### **C) Adquisición y/o reparación de equipos**

- 2-Tanque de hidrocolato.
- 4- Estimuladores eléctricos.
- 1- Ultrasonido.
- 2- Cama para lesión medular.
- 2 -Rueda náutica
- 4-Mesas para preparar compresas.
- 2-Poleas.
- 4- Juegos de pesas.
- 1-Tanque grande de compresas frías
- 5-equipos combinados
- 2-jobs
- 2- Espejos cuadriculados
- 2-Escalera de dos vías (10 peldaños y un descanso)
- 1- Mesa de mano con aditamentos
- 2- Tanque de parafinas
- Accesorios para equipos
- 25 Compresas calientes (25 estándar, 8 columna cervical, 8 rodilla y hombro)
- 20- Compresas frías
- 7- Bombillos para lámparas I/R UV
- 200- Sabanas
- 40 Almohadas
- 20- Bancos camilla (1 paso).
- 8- Cuñas
- 8-Rolos
- 4- Balones terapéuticos
- 12- bastones de 1, 3, 4 puntos (4 de c/u)
- 4- Muletas
- 4- Carros de transporte (2 mediano y 2 pequeños)
- 20- Colgadores de ropa
- 4- Sillas de rueda

### **d) Readecuación de instalaciones físicas y equipamiento:**

Modificar la entrada desde el exterior de fisioterapia para recepción y sala de espera.  
Reparación de áreas (baños, tanques de hidromasaje)  
Habilitar cuarto de equipos en planta.

## Gerencia: Unidad de Cuidados Intensivos

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos	177	384	117.0%
Tasa de ocupación hospitalaria.	65.1%	85%	19.9%
Promedio de estadía.	10.8 días	7.6 días	3.2 días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	31.6%	20.0%	-11.6%

### 1. Proyectos 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 y familiares.
- ✓ Información a los usuarios por medio de pláticas educacionales
- ✓ Realización de jornada científica.
- ✓ Intercambios con otros centros de salud.
- ✓ Destacar el 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:

5- Licenciadas de enfermería.

1- Auxiliar de avanzada (tanda vespertina).

**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
  - 9- Camas de posición con balanza.
  - 3- Bombas de compresión neumática
  - 1- Ventilador mecánico de transporte
  - 2-Carro medicamentos enfermería.
  - 1-Desfibrilador.
  - 1-Manómetro para medir el CUFF del tubo endotraqueal.
  - 2- Lámparas de gancho
  - 2- Mesas con ruedas para baño del paciente
  - 3- Aspiradores
  - 16- Bombas de infusión
  - 4 -Escritorios
  - 9- Mesas de camas (mesa de noche)
  - 8- juego de cortinas: una para cada cama
  - 7-Ventiladores mecánico adulto
  - 1- Nevera de medicamentos pequeña.
  - 4- Colchones (camas personal)
  - 1- EKG
- Plan de mantenimiento equipos UCI

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructuras**

- Llavín eléctrico puerta acceso a UCI para el personal calificado.
- Reparar gabinetes de área de lavado de mano, de medicamentos y del área de material contaminado (hacer levantamiento con mantenimiento)
- Habilitación de UCI intermedio

## Gerencia: Medicina Interna y Especialidades

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total ingresos.	7	122	1,642.8%
Total consultas.	23,453	40,024	70.6%
Tasa de ocupación hospitalaria.	1.3%	0.0%	-1.3%
Estancia promedio	8.2 días	0.0 días	-8.2 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.0%	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 y 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
- ✓ Entrenamiento permanente de acuerdo a las necesidades del área.
- ✓ 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- Técnico espirometría

#### 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- Ecocardiógrafo
- 1- Broncoscopio.
- 1- Prueba de esfuerzo.
- 1- Locker para 6 usuarios (uso habitación médico de guardia)
- 1- Neverita ejecutiva
- 1-Cama para la habitación de descanso del internista de servicio
- 1- Microondas

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

No en este período.

## Gerencia: Anestesiología

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total consultas.	3,335	3,950	18.4%
Total procedimientos programados.	3,913	5,658	44.6%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.0%	0.0%	0.0%

### 1. Proyectos 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 servicios 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 y visita pre-anestésica, administración anestesia regional y general, recuperación post anestésica y clínica del dolor.
- ✓ Hacer más público nuestros servicios en programas de radio y televisión con todo lo que ofrece nuestra 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 supra glótico 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.
- ✓ Calidad en la compra de nuevos medicamentos
- ✓ Actualización en cuanto a nuevos avances Farmacológico.

### 4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:

#### a) Recursos Humanos

Asignar auxiliar de seguridad en área pre-quirúrgica.

#### b) Capacitación y educación continua:

No en este periodo

#### c) Adquisición y/o reparación de equipos:

1-Fibrolaringoscopio.

Ventiladores en unidad de recuperación

4- Monitores en sala de recuperación (URPA)

7-Laringoscopio

4- Pulsímetro

2- Blower (calentadores de temperatura)

Tubos de intubación flexible.

Reparación máquina anestesia gastroenterología

Mantas térmicas

Varios circuitos de anestesia pediátrica, con sus bolsas.

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

Salón de docencia para residencia medica de anestesiología

## Gerencia: Urgencia / Emergencia

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Total Consultas.	8,183	10,585	29.3%
Total admitidos en observación.	-	-	-
Tasa de Mortalidad Neta	0.0%	0.0%	
Presión de urgencia.	12.2%	20.0%	7.8%

**1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**  
No en este período

**2. Estrategias de mercado y competitivas:**

**3. Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:**

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- Asignar auxiliar de seguridad fijo en la emergencia (entrada directa a la emergencia)

2- Asignar auxiliares de enfermería en el área de triaje

1-Auxiliar de atención al usuario

12- Auxiliares de avanzada fijos en emergencia.

### b) Capacitación y educación continua:

1-Continuar actualizando al personal de emergencia con los cursos ya impartidos (PALS, BLS)

1-Capacitación en triaje, traslado de pacientes y manejo de ambulancias.

Soporte vital cardiaco avanzado (ACLS).

Acceso a Participación de congresos nacionales e internacionales

### c) Adquisición y/o reparación de equipos:

3- Ventiladores mecánicos (fácil manejo y limpieza)

9- Camillas de posiciones y movibles ( 9 )

3- Sillas giratorias o reparación de las existentes

3-Kit de férulas semi rígidas.

1- Equipo de esterilización de mesa.

**d) Construcción y/o reparación de infraestructura:**

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 de puertas en salida trasera, (brinda más privacidad al usuario y agiliza el flujo de los usuarios a imágenes, UCI e internamiento)

Proceso legalidad helipuerto.

Reubicar el área de desechos de la emergencia

Habilitar puerta eléctrica a la entrada de emergencia.

Reestructurar el área de espera de cura (habilitándolo en la parte externa del área de patología, colocando las puertas hacia fuera).

## Gerencia: Laboratorio Clínico

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Sección de Hematología	53,164	58,480	10%
Sección de Bioquímica	131,831	145,014	10%
Sección de Uro-Copro	12,421	13,663	10%
Sección Serológica	12,552	13,807	10%
Pruebas Especiales	29,921	32,913	10%
Sección Inmunoematología (Tipificación, Cruce, Test de Coombs indirecto, Variante DU)	0	0	0%
Pruebas Bacteriología	5,957	6,553	10%
<b>TOTAL</b>	<b>245,846</b>	<b>270,431</b>	<b>10%</b>

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

No en este período.

### 2. Estrategias de mercado y competitivas:

- ✓ 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 suplidores.
- ✓ 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.

2- Cambios de designación y reajustes de salario de dos bioanalistas (antes secretarias).

##### **b) Capacitación y Educación Continua:**

3-Apoyo financiero para participación en cursos de capacitación en bacteriología, parasitología, orina y hematología.

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 bacteriología (gestiones con el SNS)

Plan de mantenimiento de equipos (hornos, balanzas, microscopio)

Cerradura digital

2- Lockers con llavines o de clave.

16- Asientos (4 hileras de 4)

Enlazar el LabPlus con el sistema clínico.

1- Reponer impresora multifuncional.

##### **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.

Habilitación de 2 nuevos baños para usuarios por sexo.

## Servicio: Banco de Sangre

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Unidades Tamizadas	2,778	3,056	10%
Sección de Hematología	3,498	3,848	10%
Sección Inmunoematología	9,812	10,793	10%
Pruebas Especiales	15,244	16,768	10%
<b>TOTAL</b>	<b>31,332</b>	<b>34,465</b>	<b>10%</b>

### 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 para el desarrollo de la gerencia:**

##### **a) Recursos humanos:**

No en este período

##### **b) Capacitación y educación continúa:**

Apoyo económico para la realización de estudios continuos como: diplomados, maestrías, especialidades en el área

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-Máquina de aféresis de plaqueta.

1-Sellador de bolsa

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

2- Balanzas con pesos (por requerimientos de habilitación).

2- Sillones de donantes

8- Sillas ergonómicas (de Bioanalista).

1- Equipo de hematología.

2- Termómetros digitales.

1- Impresora multifuncional

##### **d) Construcción y/o readecuación de Infraestructura:**

Remodelación dentro del área para reubicar las neveras ya que están en la puerta de entrada del área de trabajo por requerimientos de habilitación.

\*Reparación o sustitución de gabinetes

Habilitar área para guardar materiales de limpieza.

**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 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Rayos X	44,839	49,323	10%
Sonografía	4,894	5,383	10%
Tomografía	7,253	7,978	10%
Brazo en C	1,197	1,317	10%
Estudios Especiales	237	261	10%
Resonancia Magnética	1,795	1,975	10%
<b>TOTAL</b>	<b>60,215</b>	<b>66,237</b>	<b>10%</b>

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

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

2- Médicos radiólogos

3- Médicos sonografistas (habilitar dos tandas)

4- Técnicos de imágenes.

**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- Tomógrafo de 128 cortes (reparar o sustituir el existente y adquisición de otro nuevo)
  - 4- Rx portátil
  - 2-Arco en C.
  - 1- Sonógrafo
- Sistema de digitalización y almacenamiento de imágenes radiológicas (signar monitores en consultorios, planta, quirófanos (CDs).  
Implementar entrega digital de Imágenes (CDs)
- 1- Estación de trabajo
  - 10- Chasis ( Para el rendimiento de los equipos CR, ya que con los que contamos no son suficientes)
  - 1-Impresora (para uso de oficina de sonografía, digitación y área administrativa
  - 1-Sistema PACS
  - 2- Cámaras de seguridad en los pasillos.
  - 2- TV sala de espera de imágenes.
  - 8-Computadoras (actualización)
  - 5-Chasis 14x17(si se compran la película GFA se necesitan menos cantidad de chasis)
  - 5-Chasis 14x14
  - 5-Chasis 10x12
  - 10-Collarines plomados
  - 10-Lentes plomados.
  - 8-Sillas secretariales.

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

- Sala de espera
- Habilitar cubículos para sonografía, Doppler, Eco, Rx, Tomografía
- Organizar digitadores
- Entrega de resultados.

## Gerencia: Farmacia

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Cantidad de recetas despachadas Emergencia.	-	-	
Cantidad de recetas despachadas Hospitalización.	-	-	
Recetas Quirófanos	-	-	
Recetas Hemodiálisis	-	-	
Recetas Curas y Ostromía	-	-	
Recetas Reducciones y Yesos	-	-	
<b>TOTAL</b>	-	-	

### 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
- 5- Auxiliares de farmacia para quirófano

##### **b) Capacitación y Educación Continua:**

- Curso de actualización auxiliar de farmacia
- Atención farmacéutica
- Capacitación en procesos farmacéuticos.

##### **c) Adquisición y/o reparación de equipos**

- 1-Una nevera (Especial para los medicamentos, no frost, Marca Marvel Scientific) Farmacia primer nivel
- 6- Thermohidrometro (medición de temperatura ambiental y humedad relativa de la farmacia y del almacén de medicamentos)
- 4- termómetros (medición de la temperatura medicamentos refrigerados )
- 4-Sillas ejecutivas reforzadas pequeñas para las auxiliares de farmacia, escritorio pequeño para la secretaria.
- 1-Silla secretarial
- 1-Computadora completa

##### **4- Cámara vigilancia destinadas a:**

- 1- Farmacia del 1<sup>er</sup> nivel
- 1- Depósito de farmacia en el 1<sup>er</sup> nivel
- 1- Farmacia de 2<sup>do</sup> nivel
- 1- Almacén de medicamentos
- 1-Evaluar reparación o compra de impresora.

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

- 2- Counter (mostradores, uno en cada farmacia para evitar la entrada de personas no autorizadas)
- Un depósito pequeño para almacenamiento de grandes volúmenes de cajas y papelería.
- Un espacio para almacén de medicamentos más amplio donde estén ubicados todos los medicamentos de manera organizada.
- Fijar la tramería de medicamentos.
- Habilitar tarimas para soluciones, medicamentos e insumos.

## Gerencia: Laboratorio de Anatomopatología

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
Biopsia	1,399	1,539	10%
Biopsia por congelación	0	0	-
Citología	548	603	10%
Necropsia	0	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>1,947</b>	<b>2,142</b>	<b>10%</b>

### 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.

No en este periodo.

#### b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo.

#### c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Programa de archivo resultados anatomía patológica.

1- Computadora.

1- Impresora

1- Extractor de aire

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

Trasladar el lugar de estudios macroscópicos a la sala de autopsia, adecuando a esta para dicha función

Habilitar una ventana en la sala de estudios macroscópicos.

## Unidad: Hemodiálisis

INDICADOR	RESULTADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	VARIACIÓN
No. De Hemodiálisis	5,275	5,803	10%

**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.

1- Nefrólogo (horario vespertino).

#### 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- Maquinas sustitutas para la unidad.

1- Escritorio.

1- Archivo de expedientes clínicos.

1- Computadora

Repar o cambiar teléfono.

#### d) Construcción y/o Readecuación de infraestructura:

Construcción de espacio físico para Unidad de Seropositivos.

Área para 3 máquinas.

Habilitar toma para hemodiálisis en intensivo.

## **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
- ✓ Frazadas para área de recuperación

### **4-Requerimientos para el desarrollo de la unidad:**

#### **a) Recursos Humanos:**

4- Auxiliar de avanzada.

1- Personal para mantenimiento de los equipos.

2- Auxiliar para lavado de instrumentos (URGENTE)

2- Auxiliar para limpieza en la tarde (URGENTE)

6-Auxiliares de enfermería área recuperación y sala de cirugía.

#### **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:**

10-Camilla de transporte. (URGENTE)

8-Sillas para anestesiólogo con espaldas

8-Sillas para enfermería

10-Covers plásticos para camillas (URGENTE)

1- Carro para transporte de tanque oxígeno.

1- Impresora.

40- Mantas térmicas.

3- Aspiradores.

1-Escritorio o mesa para el área de enfermería y dos sillas

1- Cama de tracción

1- Cama 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 mantenimiento de las 8 máquinas de anestesia. (URGENTE)

- 2- Mawaller posicionador para ortopedia
- 2- Bombas de infusión
- 6- Vitrinas para organizar materiales quirúrgicos
- 10- Elevadores de altura para quirófano

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

- Agua a presión para lavado de pinza.
- Corregir filtraciones de área de quirófano
- 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**

11-Auxiliares de avanzada

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

#### **b) Capacitación y Educación Continua:**

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.

Taller de esterilización

Prevención de úlceras por presión

**c) Adquisición y/o reparación de equipos**

2- Esfigmomanómetros (de pedestal).

3-Aspiradores.

30- Reparación de pies de suero.

2-Impresoras

1-Computadora

30- Colchones para camillas de emergencia

5-Radio transmisores.

3- Neveritas ejecutivas para medicamentos.

4- carros para medicamentos.

4-Lockers metálicos.

5- Carros de paro con seguridad

20- Fluxómetros de gases médicos.

Uniformes para personal de Avanzada, Paramédicos y Enfermería.

Reparar las vitrinas de enfermería y gabinetes.

Reparación sillas secretariales de las estaciones de enfermería.

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

No en este período.

## **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: 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:**

1- Auxiliar de apoyo.

#### **b) Capacitación y educación continúa:**

No en este periodo.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

8 Carros de traslado de medicamentos.

1- Trituradora de papeles.

Separar las áreas de lavado de camillas en emergencia, del área de desechos.

#### **d. Construcción y/o remodelación de instalaciones físicas**

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:

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:

Formalizar 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, México, 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.

Biblioteca física y digital

Graduación anual de residentes.

Jornada hospitalaria anual.

Jornada anual de egresados.

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

- ✓ Capacitación del personal médico y paramédico en rotaciones nacionales e internacionales
- ✓ Entrenamientos 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
- ✓ Intercambios con las diferentes universidades que tenemos relación (UNIBE, UASD, UCATECI)
- ✓ Integración de profesores honoríficos a la formación de los residentes.

#### 4-Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:

##### a) Recursos Humanos:

1-Auxiliar de biblioteca y salones.

1- Coordinador de investigaciones científicas.

##### 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 inglés.

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

Diplomado en gestión.

Diplomado en Bioética.

Revista médico científica de la institución.

Investigaciones internas con recursos institucional.

Revisión de los convenios de las diferentes universidades cada 6 meses.

Cursos y diplomados.

**c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

4-Impresora multifuncional

8-Computadoras.

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.

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Pabellón de residencias médicas.

Readecuación de área deportiva

Readecuación biblioteca.

Realización de galería de egresados en formato digital

Realización del salón para residencia de emergenciólogia

Realización de salón para residencia de anestesiología

### 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**

2- Auxiliares de servicio social

##### **b) Capacitación y educación continua:**

1-Curso de trabajo social

1-Capacitación de trabajo en equipo

##### **c) Adquisición y/o reparación de equipos**

2-Archivo para almacenar expedientes.

1- Fotocopiadora e impresora

1- Computadora

1- Silla secretarial

Asignar formalmente una cámara fotográfica a la gerencia

##### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Habilitar una oficina más grande

## **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 todas las áreas
- ✓ 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).
- ✓ T.V. para habitaciones usuarios internos.
- ✓ 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:**

9- Auxiliares (para cubrir diferentes áreas en cumplimiento con la Carta Compromiso)

Asignar un auxiliar de seguridad fijo en área de consulta.

#### **b) Capacitación y educación continúa:**

Relaciones humanas.

Atención al usuario.

Cortesía telefónica.

Comunicación efectiva.

Ortografía y redacción.

Proyección de imagen corporal.

**c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1-Equipo de sonido para consulta externa.

10- Archivos de dos gavetas con llave

9- Equipos telefónicos.

1- Sistema de turno digital.

16- Computadoras.\*\*

10- Impresoras. \*\*

9-Escritorio.\*\*

16-Sillas secretariales\*\*

\*\*Revisión/mantenimiento de todos los equipos tecnológicos

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Reubicar el área de admisión y archivo dentro del área de consulta externa para evitar arrabalización del lobby principal.

Reubicación de call center.

## 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.

Recursos disponibles para pago de impuestos y sellos legales.

### 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
  - 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- 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”

Capacitación presencial del sistema

##### **c) Adquisición y/o reparación de equipos**

3- Escritorio.

2- Silla secretarial.

##### **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**

No en este período.

#### **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 eficiencia en el servicio brindado.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

- 1- Computadora
- 1- impresora a color multifuncional.
- 1 Una laptop
- 1 Un archivo
- 1 Sillón ejecutivo

#### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

No en este período

## **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 elaboración 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**

1- Analista de medios (Seguimiento a publicidad).

#### **b) Capacitación y educación continua:**

Curso protocolo organización de eventos

Manejo de crisis de medios

Creación creativa de contenidos para medios sociales.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1- Micrófono de pódium

1- Micrófono de mano

- 4- Memorias SD para cámara
- 1- Trípode de monopie
- 2- Luz LED para cámara
- 2- Flash para cámara
- 1- Impresora multifuncional
- 2- Micrófonos de corbata
- 1- micrófono de cable.
- 2- Bocinas amplificadas

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

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

## **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.
- ✓ Garantizar que todos los departamentos tengan sus efectivos controles y manuales de proceso, procedimiento y organización (incluyéndonos)

### **4-Requerimientos para el desarrollo del servicio:**

#### **a) Recursos Humanos:**

2- Auxiliares de control interno.

1- Auditor

#### **b) Capacitación y educación continúa**

Diplomado o maestría en auditoria de control interno

Talleres de planificación y administración publica

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

3- Computadoras

1- Flota telefónica.

1- Anaquel o archivo.

#### **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 gerencia:

#### a) Recursos Humanos

Reajuste salarial

2- Auxiliares de compras

#### b) Capacitación y Educación Continua:

#### Compras

Ley 340-06 compras y contrataciones

Taller de uso portal transaccional de 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**

1- Computadora

1- Silla secretarial

1- Control eléctrico puerta oficina

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura: Almacén**

Readecuación del almacén de medicamentos a un área con mayor espacio.

## **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 para el desarrollo de la gerencia:**

#### **a) Recursos Humanos:**

1- Auxiliar de caja

#### **b) Capacitación y educación continua:**

Curso de comunicación efectiva

Manejo adecuado de recursos

Trabajo en equipo

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

2- Cambios de las cajas de seguridad (caja fuerte) en emergencia y oficina de tesorería

3- Cámaras de seguridad, en caja de emergencia, caja general y oficina de tesorería

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

Separar espacio físico compartido con admisión en emergencia.

## **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 para el desarrollo de la gerencia:**

#### **a) Recursos Humanos:**

No en este período

#### **b) Capacitación y educación continúa:**

1- Diplomado en inversión pública

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

3- Cambiar computadoras.  
1- Impresora multifuncional  
7- Sillas giratorias

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

Espacio físico más amplio para el 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 vascular  
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:**

2- Auxiliares de Costos

1- Asesor de costo hospitalario.

Reajuste Salarial

### **b) Capacitación y educación continua:**

Diplomado de análisis de costos.

### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1- Impresora multifuncional.

1- Flota telefónica

1- Instalación de módulo de costo en el sistema

### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

No en este período

## **Gerencia: Facturación y Seguros**

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

No en este período

### **2- Estrategias de mercado y competitivas:**

- ✓ Disponer de un sistema de informática amigable, con la rapidez necesaria para la realización del trabajo diario.
- ✓ 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 para el desarrollo de la gerencia:**

#### **a) Recursos Humanos:**

2- Auxiliares de facturación (internamientos y privados en la tarde).

Asignar auxiliar de seguridad en área de facturación ambulatoria

#### **b) Capacitación y educación continua:**

1-Curso de servicio al cliente

2-Cursos 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-Computadoras (cambio de las existentes).

1-Impresora sencilla.

4- Sillas secretariales ajustables

3- Teléfonos

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

Habilitar separación con cristales el área de oficina de la gerente.

## **Unidad: Control de Registros Clínicos**

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

Revisión y actualización de contratados de las ARS.

Reajuste de costos en los servicios contratados con las ARS.

Implementar estrategias para aumentar la cantidad de usuarios contributivos.

### **2-Estrategias de mercado y competitivas:**

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

- ✓ 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.
- ✓ Aplicación de las normas generales de auditoria del HTQPJB

### **4-Requerimientos para el desarrollo de la unidad:**

#### **a) Recursos Humanos:**

1- Auditor medico

#### **b) Capacitación y Educación Continúa:**

1-Diplomado y/o maestría en gerencia en salud, supervisión.

1- Curso de motivación personal

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

7- Sillas secretariales.

5- Blusas con logo del hospital.

1- Microondas

1- Cafetera eléctrica

1- Impresora multifuncional

1- Computadora

#### **d- Construcción y/o readecuación de instalaciones físicas:**

Reordenación de oficina.

Sustitución de escritorios por 8 módulos

### Sub-Dirección Talento Humano

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

Creación del departamento de salud ocupacional

#### 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.

#### 4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:

##### a) Recursos Humanos

- 1- Secretaria
- 1- Medico ocupacional
- 1- Analista en relaciones laborales.

##### b) Capacitación y educación continua:

Redacción de documentos, circulares y comunicaciones (dirigido a secretarias 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)

Inteligencia emocional

Relaciones personales

Trabajo en equipo  
Servicio al usuario  
Ética profesional  
Solución y manejo de conflictos

**c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1- Archivo

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

1- Escritorio.

1- Silla ergonómica.

1- Computadora (laptop).

Sistema de Recursos Humanos (software de gestión)

Adquirir uniformes para todo el personal

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.**

No en este período

## **Unidad de Avanzada:**

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

No en este período

### **2. Estrategias de mercado y competitivas:**

### **3. Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:**

### **4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:**

#### **a) Recursos Humanos**

16- Auxiliares de avanzada.

#### **b) Capacitación y educación continua:**

Ver capacitaciones emergencia.

#### **C) Adquisición y/o reparación de equipos**

20 – Sillas de rueda.

6- Camillas de transporte

3- Flota o radio de comunicación.

1- Computadora.

5- Manómetros O2

1- Camarote (colchón, sábanas y almohadas).

Uniformes para todo el personal de avanzada.

Carnet de identificación personal.

Reparar camillas de transporte

#### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.**

No en este período.

## **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.**

No en este período

#### **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 general 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**

1- Encargado de gestión de calidad

##### **b) Capacitación y Educación Continua:**

Asesoría y consultoría

Curso taller sobre redacción de informe ejecutivo para la secretaria.

##### **C) Adquisición y/o reparación de equipos**

1-Silla ejecutiva.

1-Neverita ejecutiva

1-scanner

1-impresora multifuncional

##### **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.  
Apertura de la clínica de pie diabético para el manejo ambulatorio de estos pacientes.

### **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 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 cumplimientos de protocolos.
- ✓ Seleccionar personal capacitado.
- ✓ Realizar vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas determinantes de la situación de salud.
- ✓ Supervisar de forma activa, prospectiva y continua, las prácticas de atención en la unidad de cuidado intensivo.
- ✓ Capacitar al personal de salud, revisando y evaluando las guías basadas en evidencia.
- ✓ Vigilar la higiene de manos.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de las precauciones de aislamiento
- ✓ Registro oportuno de eventos adversos.
- ✓ Lograr una mayor integración de los médicos residentes en los cursos de capacitación en prevención de infecciones.
- ✓ Vigilar de cerca el área de cura externa a pacientes.
- ✓ Impartir charlas acerca de prevención de infecciones a todo el nuevo personal sanitario que se integra al staff del hospital.
- ✓ Programar actividades de educación preventiva en control de infecciones con los profesionales del Servicio de Emergencia.

### **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.

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

Otros cursos especializados.

**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: Estadísticas**

**1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**  
No en este período.

### **2. Estrategias de mercado y competitivas:**

- ✓ 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:**

- ✓ 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)
- ✓ 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**

#### **b) Capacitación y educación continua:**

Curso estadística hospitalaria

Curso atención al usuario y trabajo en equipo.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1- Computadora para oficina estadísticas (nota: equipo solicitado desde 2014)

1-Auricular

1-Sillón Ejecutivo (mantenimiento)

Actualizar y aumentar la capacidad de las computadoras del departamento

Sistema informático de registro de información para estadística

#### **d) Construcción y/o re-adequación de infraestructura**

No en este periodo

## **Servicios: 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

### **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:**

1- Auxiliar de archivo (recepción de record)

#### **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.**

1-Computadora para oficina archivo (nota: equipo solicitado desde 2014)  
10- Anaqueles y/o tramerías, para archivo  
5- Carpetas y/o folders para archivo de expedientes clínicos  
1 Memoria USB  
1- Impresora para la oficina principal de admisión y archivo  
1-Módulo de tres sillas de visitantes  
2-Sillas secretariales.  
Aumentar la capacidad de memoria (archivo)  
Digitalización de los expedientes y configuración con el sistema clínico existente.

#### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Espacio físico suficiente y adecuado para archivo expedientes clínicos & archivo central (en caso de conservar en físico existente para los expedientes clínicos pasivos, necesitamos más espacio físico.

## **Gerencia: Tecnología de la Información:**

### **3. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**

Sistema de gestión de turnos.

Sistema de auditoría de operaciones.

Sistema de integración mesa de ayuda.

Servicio de backups en la nube.

Sistema de archivo digital (expedientes clínicos)

### **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**

2 - Auxiliares de soporte técnico. (días regulares y fines de semana y días festivo)

1 - Encargado de redes y comunicaciones

Uniforme adecuado e identificado

Reajuste salarial

#### **b) Capacitación y Educación Continua:**

2-Capacitación en manejo de servidores exchange (mensajería).

2-Capacitación en manejo de servidores de control de dominio.

2-Capacitación en manejo en telefonía voip.

2-Cursos de administración de base de datos.

1-Cursos de CCNA (Cisco Certified Network Associate)

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1-SAM (Sistema de Manejo de Archivos).

2-Agregar cámara de seguridad en área de servidores.

Sistema de identificación facial de usuarios.

1-Servidor de contingencia (respaldo de información en 15 minutos)

1- Extintor especial para el centro de datos.

- 1- Servidor para espejo.
- 1- Laptop procesador i7
- 8-Cámaras de seguridad en toda el área de planificación, tecnología y área de servidores.
- 5- Silla ejecutiva
- 4-Swich 48 puertos
- 4- Switch 24 puertos
- Sistema de wifi para el hospital en áreas estratégicas (usuarios internos y externos)
- Reestructuración video conferencia.
- Aire de precisión para centro de datos integrado con un sistema control de temperatura (termómetro)
- Sistema de supresión de incendio (Centro de Datos)
- 1-Sistema de video conferencia.
- 4 licencias de Windows server 2019
- 1-Equipo de aire comprimido
- 1- Servidor de contingencia.

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

- 1- Puerta de cristal (anti ruidos) para el centro de datos
- Sistema de control de acceso del hospital
- Sistema de vigilancia con reconocimiento facial y adición cámaras en áreas del hospital que se tenga alguna vulnerabilidad
- Sistema de acceso en área de parqueo
- Adecuación recertificación de todos los IDF y MDF (puntos de conexiones de red)
- Servidor de correos electrónicos institucional on-premise (servidor exchange)

## **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 sugerencias 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:**

Excel avanzado

Gestión hospitalaria

Ortografía y redacción

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

4- Computadoras

4- UPS.

1- Impresora multifuncional.

2-Sillones ejecutivo.

1-Memoria USB

#### **d) Construcción y/o Readecuación de infraestructura:** No en este período.

**Subdirección de servicios 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:**

**3. Estrategias de desarrollo de la calidad de los servicios:**

**4. Requerimientos para el desarrollo de la gerencia:**

**a) Recursos Humanos**

1- Secretaria

Reajuste salarial a técnicos en A/A

**b) Capacitación y educación continua:**

1-Curso informática para todo el personal

**c) Adquisición y/o reparación de equipos**

1- Impresora

1- Escritorio

1- Silla secretarial

1- Computadora

1- Teléfono fijo.

2- Sillas de visita

1- Archivo 4 gavetas.

Reasignación de camioneta o vehículo de transporte

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Adecuación espacio para secretaria.

## **Gerencia: Lavandería:**

### **3. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**

No en este período

#### **4. 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**

- 2- Auxiliares masculinos
- 2- Auxiliares femeninos

##### **d) Capacitación y Educación Continua:**

- 1-Curso informática para todo el personal

##### **e) Adquisición y/o reparación de equipos**

- 2- Carros de traslado de ropa.
- 1-Computadora
- 1 Impresora
- 1 Teléfono
- 4 Sillas plásticas
- 2 Flotas (1 supervisor, 1 encargada)
- 1- Secadora
- 1- Maquina de coser
- 1- Máquina Mero
- 2- Dosificadores
- Mantenimiento permanente de equipos

##### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

- Reparación del techo (filtración)

## **Unidad: Esterilización**

**1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**  
No en este período

**2. Estrategia de mercado y competitivas.**

- ✓ Dar servicio con calidad y seguridad a los usuarios y a las compañías proveedoras 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 en horario diurno: 4 por turno – 8

Noches y fines de semana: 1 persona

Eficientizar el servicio de avanzada

**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

1- Lupa quirúrgica

6- Mesas de transporte de acero inoxidable (Cambro) para traslado de material sucio y estéril

Equipo completo de cepillos para lavado de instrumental canulado

Tela algodón 100%.

Poner a funcionar el Tuttnaur (Autoclave)

Completar y actualizar las bandejas quirúrgicas en todas las especialidades.

Indicadores para esterilizar químicos y biológicos (tiempo, presión y temperatura)

Extractores de clavo universal.

Destornilladores estrellados, hexagonales, tría, universal

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

No existe recambio de aire en el área.

Aislar el transformador de área de inspección de instrumental, en la central de esterilización

Conexión de agua caliente

Instalación de aire a presión (sopleteo de instrumentos)

Completar equipos quirúrgicos en todas las especialidades

Limpieza y desinfección todos los días en el turno de la noche después de finalizada la jornada quirúrgica.

Lavado quirúrgico en la noche, para la preparación de paquetes en la primera hora de la mañana.

## **Gerencia: Mantenimientos y Reparaciones:**

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

Construcción de un bloque anexo para residencia médica.

Construcción de un almacén para medicamentos, materiales gastable y archivo.

Construcción obra de toma del acueducto central.

Construcción filtrantes de aguas negras.

Construcción de dos rampas para emergencias y desastres.

Construcción de un intermedio y ducto para los desechos.

### **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-Pintor (reposición)

1-Electricista industrial

Reajuste salarial a técnicos de A/A

#### **b) Capacitación y educación continua:**

1-Curso de informática básica

1-Trabajo en equipo.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos:**

1-Planta eléctrica de 300kv para áreas críticas.

5- motores eléctrico (Dos de 5Hp, dos de 3Hp y uno de 7.5HP).

1-Impresora

1-Computadora

Sincronización de las dos plantas eléctricas actuales.

Construcción del bypass para el transfer.

Reparación y mantenimiento de 4 ascensores que están fuera de servicios.

Reparación y mantenimiento del chiller #2 que esta fuera de servicio (evaluar costo reparación vs nuevo)

Mantenimiento del chiller #1 y 3.

Limpieza de ductos de los aires acondicionado.

Mantenimiento y reparación de la planta de tratamiento de agua para servicios generales.

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura.**

Instalación de dos (2) pararrayos.

Puesta en funcionamiento del sistema de contra incendio.

Provisión de agua del acueducto central.

Mantenimiento a la subestación eléctrica e instalación de cámaras de seguridad.

Mantenimiento de la estructura metálica del lobby

Mantenimiento de marquesinas del lobby y emergencia

Mantenimiento del impermeabilizante del techo.

Habilitación de marquesina para ambulancias.

Revisar contrato de mantenimiento anual impermeabilización de techo.

## **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.
- ✓ 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 la gerencia.
- ✓ Participar en las 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**

1-Secretaria urgente

16 Auxiliares (6 nocturnos - 10 diurno)

4- Supervisores

Asignar seguridad en áreas de internamiento.

Reajuste salarial al personal

## **b) Capacitación y Educación Continua:**

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.

1-Excel avanzada

1-gestion hospitalaria

1-Redacción de informes ejecutivos

## **c) Adquisición y/o reparación de equipos**

1- Flota para los supervisores y encargada

5-Lockers para los auxiliares

2-Maquinas podadoras de hilo.

2-Maquinas cortadora de césped.

1-Regadera de jardines

1- Impresora multifuncional

Reparación de la máquina suapeadora.

Adquisición de una máquina suapeadora.

## **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Readecuación bancos de jardín.

Readecuación y decoración de jardines.

Mantenimiento de filtrantes de agua limpia.

Señalizar área de Fisiatría y patología, prohibiendo comer .

## **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**

2- Auxiliares de cocina.

1-Cocinero fines de semana y días feriados.

Reajuste salarial y designación de personal de cocina

## **b) Capacitación y educación continua:**

Cursos talleres de capacitación en:

Contaminación de alimentos.

Relaciones humanas

Calidad total

Delimitación de funciones

Protocolo de preparación 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- Computadora

1- Impresora

1-Triturador de alimentos.

1-Peladora de papas.

2-Molino de cocina pequeño.

2-Exprimidora de jugos.

2-Anaqueles

2-Estufas industriales 4 hornillas.

1-Freidor industrial

1-Horno eléctrico industrial

1-Sartenes de teflón

1-Plancha

1-Microondas

6- Bandejas plásticas para ensaladas

3-Calderos capacidad de 25,30 y 40 libras de 4 orejas.

6- Chafing Dish con tapa.

4- Quemadores de estufa.

Coladores de diferentes tamaños

Envase plástico cuadrado para almacenar alimentos crudos y especias.

Reparación de maquina lavadora de platos.

Compra de platos re-lavables.

Compra de tanque calentador de agua.

Reparación máquina de hielo.

Vajilla y cubertería.

Cortinas del comedor.

Uniformes al personal

## **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

Readecuación del cuarto congelador de los alimentos.

Introducir el aire acondicionado en comedor y oficina

Reposición de plafones.

Fumigación cada 15 días en cocina y comedor.

## **Servicio: Nutrición**

**1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.**  
No en este período

**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:**

No en este período

**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.

**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 en la 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 evacuaciones 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-Secretaria.

9-Auxiliares de seguridad (2- Auxiliares de sexo femenino)

#### **b) Capacitación y educación continua:**

1-Cortesía y disciplina.

1-Relaciones humanas.

#### **c) Adquisición y/o reparación de equipos**

90-Uniforme de cada uno.

1- Computadora

1- Impresora

1- Detectores de metales (Arco)

2-Brazo parqueo de visitantes

2-Dispensador tiques eléctricos (cuando se habiliten los parqueos)

2- Pistolas eléctricas.

Cambio de sistema de cámaras.

**d) Construcción y/o readecuación de infraestructura**

Habilitar área guardar temporalmente propiedades de visitantes y empleados.  
Habilitar área de oficina gerencia.

## **Gerencia: Transporte**

### **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:**

1-Impresora

1-Computadora

1 Ambulancia

1- Escritorio

1- Silla ergonómica

#### **d) Construcción y/o readecuación de infraestructura:**

1-Parqueo techo de ambulancia

Habilitar oficina.

# XI. NECESIDADES POR GERENCIA E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD DEL HOSPITAL PERÍODO 2021-2022.

## A) Tabla: Plan General de inversión por gerencia y conceptos.

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RDS)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RDS)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RDS)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RDS)
<b>SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>								
<b>GERENCIA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.</b>	1- Bandeja para extracción de clavos centromedular		Habilitar quirófano séptico.		1-Ortopeda oncólogo.		6-Presentaciones y/o publicación de casos.	
	2- Bandeja para extracción de placas		Habilitar quirófano de primer nivel para cirugías menores.		1- Especialista en malformaciones de columna		1-Curso de informática básica.	
	1- Bandeja para ortopedia infantil		Acomodar habitación de médicos especialistas (Cama, colchón, sábanas, sistema de agua caliente).		2- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.		1-Actualización al año de protocolos y programas educativos de la institución.	
	3- Bandeja para desbridamiento en área de cura		Habilitar biblioteca para residentes.		2- Auxiliares de avanzada.		1- Plaza para entrenamiento especializado en rotación de colgajos (Colombia, Venezuela, Argentina, Perú).	
	1- Esterilizador a gas		Habilitar área de cura ortopedia				1-Taller sobre manejo de crisis.	
	Compra de libros de la especialidad de ortopedia y traumatología		Habilitar quirófano 7 para cirugía artroscópica.				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).	
			Habilitar quirófano 7 para cirugía artroscópica.				Asistencia caso cerrado de patología, de subespecialidad	
							Asistencia a entrega de guardia.	
<b>GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES</b>	1- Impresora para endourología.		No en este periodo.		1 Cirujano general		1-Curso de cirugía laparoscópica básico para médicos residentes.	
	1-Cámara para procedimientos diagnósticos de la consulta de otorrino. 1-Uretrotomo óptico				1- Cirujano vascular		Promover la participación de los médicos ayudantes del servicio en entrega de guardia.	
	1-Rectosigmoidoscopio rígido 1-Bandeja de proctología.						Realizar sesiones regulares de morbi-mortalidad y/o discusiones de artículos educativos y científicos relevantes.	
	1 Torre de laparoscopia (insumos y materiales para su funcionamiento)						Realizar grand rounds semanales con los médicos ayudantes del servicio y la residencia de cirugía general	
	2- bandejas de instrumental laparoscópico						Facilidades para participación en congreso anual del colegio de cirujanos.	
<b>GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA</b>	2- Unidades odontológicas		Habilitar un área quirúrgica de odontología		1- Ortodoncista especializado en ortopedia maxilar.		Apoyo para la participación en entrenamientos y/o congresos nacionales e internacionales.	
	1-Esterilizador equipos y materiales odontología.				1- Asignar un auxiliar de almacén (Control y despacho de material gastable de odontología)			
	1- Equipo Rx panorámica							
	1- Telefono (flota) para el departamento							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	.3- Bandejas de cirugía mayor maxilofacial Mantenimiento preventivo de unidades odontológicas.							
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	1- Fijador de cráneo tipo Mayphi.		No en este período		No en este período		Participación en el "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 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.	
GERENCIA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	2-Tanque de hidrocólato.		Modificar la entrada desde el exterior de fisioterapia para recepción y sala de espera.		2-Terapistas licenciadas		1-Capacitación en crecimiento personal.	
	4- Estimuladores eléctricos.		Reparación de áreas (baños, tanques de hidromasaje)		3- Terapistas auxiliares.		2-Capacitación en nuevas técnicas de rehabilitación.	
	1- Ultrasonido.		Habilitar cuarto de equipos en planta.		1- Terapeuta ocupacional		2-Participación en congresos nacionales.	
	2- Cama para lesión medular.						1-Participación en congreso internacional.	
	2 -Ruedas náuticas							
	4-Mesas para preparar compresas.							
	2-Poleas.							
	4- Juegos de pesas.							
	1-Tanque grande de compresas frías							
	5-equipos combinados							
	2-jobs							
	2- Espejos cuadrículados							
	2-Escalera de dos vías (10 peldaños y un descanso)							
	1- Mesa de mano con aditamentos							
	2- Tanque de parafinas							
	Accesorios para equipos							
	25 Compresas calientes (25 estándar, 8 columna cervical, 8 rodilla y hombro)							
	20- Compresas frías							
	7- Bombillos para lámparas I/R UV							
	200- Sabanas							
	40 Almohadas							
	20- Bancos camilla (1 paso).							
	8- Cuñas							
8-Rolos								
4- Balones terapéuticos								
12- bastones de 1, 3, 4 puntos (4 de c/u)								
4- Muletas								
4- Carros de transporte (2 mediano y 2 pequeños)								
20- Colgadores de ropa								
4- Sillas de rueda								
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3- Monitores de presión intracraneana		Llavin eléctrico puerta acceso a UCI para el personal calificado.		5- Licenciadas de enfermería.		1-Participación en un congreso internacional por año.	
	9- Camas de posición con balanza.		Reparar gabinetes de área de lavado de mano, de medicamentos y del área de material contaminado (hacer levantamiento con mantenimiento)		1- Auxiliar de avanzada (tanda vespertina).		1-Participación en un congreso nacional de medicina crítica e interna.	
	3- Bombas de compresión neumática		Habilitación de UCI intermedio				1-Presentación o publicación de casos.	
	1- Ventilador mecánico de transporte						1-Relaciones humanas.	
	2-Carro medicamentos enfermería.						1-Mecánica corporal.	
	1-Desfibrilador.							
	1-Manómetro para medir el CUFF del tubo endotraqueal.							
	2- Lámparas de ganso							
2- Mesas con ruedas para baño del paciente								

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	3- Aspiradores							
	16- Bombas de infusión							
	4- Escritorios							
	9- Mesas de camas (mesa de noche)							
	8- juego de cortinas: una para cada cama							
	7-Ventiladores mecánico adulto							
	1- Nevera de medicamentos pequeña.							
	4- Colchones (camas personal)							
	1- EKG							
	Plan de mantenimiento equipos UCI							
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	1- Ecocardiógrafo		No en este periodo.		1- Médico cardiólogo (Ecocardiografista 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.		Asistir a un congreso internacional.	
	1- Locker para 6 usuarios (uso habitación médico de guardia)				1- Técnico espirometría		Asistir a cinco charlas de actualización.	
	1- Neverita ejecutiva						Cursos y/o jornadas de actualización dentro del hospital.	
	1-Cama para la habitación de descanso del internista de servicio						Discusión de bibliografía.	
	1- Microondas							
GERENCIA ANESTESIOLOGÍA	1-Fibrolaringoscopio.		Salón de docencia para residencia medica de anestesiología		Asignar auxiliar de seguridad en área pre-quirúrgica.		No en este periodo	
	Ventiladores en unidad de recuperación							
	4- Monitores en sala de recuperación (URPA)							
	7-Laringoscopio							
	4- Pulsímetro							
	2- Blower (calentadores de temperatura)							
	Tubos de intubación flexible.							
	Reparación máquina anestesia gastroenterología							
	Mantas térmicas							
	Varios circuitos de anestesia pediátrica, con sus bolsas.							
GERENCIA: URGENCIA / EMERGENCIA	3- Ventiladores mecánicos (fácil manejo y limpieza)		Crear área de descontaminación y ducha para pacientes quemados y/o contaminados con materiales altamente contaminantes		1- Asignar 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 móviles ( 9 )		Crear área de Sistema eléctrico de puertas en salida trasera		2- Asignar auxiliares de enfermería en el área de triaje		1-Capacitación en triaje, traslado de pacientes y manejo de ambulancias.	
	3- Sillas giratorias o reparación de las existentes		Proceso legalidad helipuerto.		1-Auxiliar de atención al usuario		Soporte vital cardiaco avanzado (ACLS).	
	3-Kit de férulas semi rígidas.		Reubicar el área de desechos de la emergencia		12- Auxiliares de avanzada fijos en emergencia.		Acceso a Participación de congresos nacionales e internacionales	
	1- Equipo de esterilización de mesa.		Habilitar puerta eléctrica a la entrada de emergencia.					
			Reestructurar el área de espera de cura					
Gerencia Laboratorio Clínico	1-Equipo automatizado de bacteriología (gestiones con el SNS)		Adecuación del área de lavado y esterilización de cristalería		2- Bioanalistas.		3-Apoyo financiero para participación en cursos de capacitación en bacteriología, parasitología, orina y hematología.	
	Plan de mantenimiento de equipos (homos, balanzas, microscopio)		Instalar en esta área todos los hornos de cristalería.		2- Cambios de designación y reajustes de salario de dos bioanalistas (antes secretarías).		1-Participación en talleres, congresos, diplomados, jornadas nacionales e internacionales relacionadas al área.	
	Cerradura digital		Instalación de la cabina de cristal de flujo laminar en bacteriología				1-Entrenamiento y manejo de equipos.	
	2- Lockers con llaves o de clave.		Habilitación de 2 nuevos baños para usuarios por sexo.					
	16- Asientos (4 hileras de 4)							
	Enlazar el LabPlus con el sistema clínico.							
	1- Reponer impresora multifuncional							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
<b>Servicio Banco de Sangre</b>	1-Máquina de aféresis de plaqueta.		Reubicar las neveras				Apoyo económico para la realización de estudios continuos como: diplomados, maestrías, especialidades en el área	
	1-Sellador de bolsa		*Reparación o sustitución de gabinetes		No en este periodo		Apoyo económico para la participación del personal en congresos nacionales e internacionales.	
	Mantenimiento a los equipos propios de hospital, como microscopio, neveras.		Habilitar área para guardar materiales de limpieza.				Facilidades para conseguir becas para estudio a través de los convenios con las universidades	
	2- Balanzas con pesos (por requerimientos de habilitación).						Facilidad de intercambio de experiencias en banco de sangre con otras instituciones nacionales e internacionales.	
	2- Sillones de donantes 8- Sillas ergonómicas (de Bioanalista).							
	1- Equipo de hematología. 2- Termómetros digitales. 1- Impresora multifuncional							
<b>Gerencia Imagenología</b>	1- Tomógrafo de 128 cortes (reparar o sustituir el existente y adquisición de otro nuevo)		Sala de espera		2- Médicos radiólogos		No en este periodo	
	4- Rx portátil		Habilitar cubículos para sonografía, Doppler, Eco, Rx, Tomografía		3- Médicos sonografistas (habilitar dos tandas)			
	2-Arco en C.		Organizar digitadores Entrega de resultados.		4- Técnicos de imágenes.			
	1- Sonógrafo							
	Sistema de digitalización y almacenamiento de imágenes radiológicas							
	Implementar entrega digital de Imágenes (CDs)							
	1- Estación de trabajo							
	10- Chasis ( Para el rendimiento de los equipos CR							
	1- Impresora (para uso de oficina de sonografía, digitación y área administrativa							
	1- Sistema PACS							
	2- Cámaras de seguridad en los pasillos.							
	2- TV sala de espera de imágenes.							
	8- Computadoras (actualización)							
	5- Chasis 14x17							
	5- Chasis 14x14							
	5- Chasis 10x12							
10- Collarines plomados								
10- Lentes plomados								
8- Sillas secretariales.								
<b>Gerencia Farmacia</b>	1-Una nevera (Especial para los medicamentos, no frost, Marca Marvel Scientific) Farmacia primer nivel		2- Counter (mostradores, uno en cada farmacia para evitar la entrada de personas no autorizadas)		1- Secretaria		Curso de actualización auxiliar de farmacia	
	6- Thermohidrometro (medición de temperatura ambiental y humedad relativa de la farmacia y del almacén de medicamentos)		Un depósito pequeño para almacenamiento de grandes volúmenes de cajas y papelería.		5- Auxiliares de farmacia para quirófano		Atención farmacéutica	
	4- termómetros (medición de la temperatura medicamentos refrigerados )		Un espacio para almacén de medicamentos más amplio donde estén ubicados todos los medicamentos de manera organizada.				Capacitación en procesos farmacéuticos	
	1-Silla secretarial		Fijar la tramería de medicamentos.					
	1-Computadora completa		Habilitar tarimas para soluciones, medicamentos e insumos.					
	1- Escritorio pequeño 4-Sillas ejecutivas reforzadas pequeñas para las auxiliares de farmacia.							
<b>Gerencia Laboratorio de Anatomopatología</b>	Programa de archivo resultados anatomía patológica.		Trasladar el lugar de estudios macroscópicos a la sala de autopsia, adecuando a esta para dicha función		No en este periodo.		No en este periodo.	
	1- Computadora.		Habilitar una ventana en la sala de estudios macroscópicos.					
	1- Impresora 1- Extractor de aire							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
<b>Unidad: Hemodiálisis</b>	1- Monitor cardiovascular		Construcción de espacio físico para Unidad de Seropositivos.		1- Nefrólogo (horario vespertino).		1- Participación congreso internacional	
	2- Maquinas sustitutas para la unidad.		Área para 3 máquinas.		Asignación de un día del cirujano vascular.		2- Participaciones congreso nacional	
	1- Escritorio.		Habilitar toma para hemodiálisis en intensivo.				Discusión de casos clínicos	
	1- Archivo de expedientes clínicos.						Discusión de protocolos de manejos y atención	
	1- Computadora Reparar o cambiar teléfono							
<b>Bloque Quirúrgico</b>	10- Camilla de transporte.		Agua a presión para lavado de pinza.		4- Auxiliar de avanzada.		Realizar curso-taller de capacitación para el personal de enfermería en temas como: Limpieza, desinfección, esterilización, cauterización de vías urinarias etc.	
	8- Sillas para anestesiólogo con espaldar		Corregir filtraciones de área de quirófano		1- Personal para mantenimiento de los equipos.			
	8- Sillas para enfermería		Habilitar quirófano séptico.		2- Auxiliares para lavado de instrumentos			
	10- Covers plásticos para camillas		Habilitar sala de cirugía menor.		6- Auxiliares de enfermería área recuperación y sala de cirugía.			
	1- Carro para transporte de tanque oxígeno.				2- Auxiliar para limpieza en la tarde			
	1- Impresora.							
	40- Mantas térmicas.							
	3- Aspiradores.							
	1- Escritorio o mesa para el área de enfermería y dos sillas							
	1- Cama de tracción							
	1- Cama 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 mantenimiento de las 8 máquinas de anestesia.							
	2- Mawaller posicionador para ortopedia							
	2- Bombas de infusión							
	6- Vitrinas para organizar materiales quirúrgicos							
	10- Elevadores de altura para quirófano							
<b>Gerencia Enfermería</b>	2- Esfigmomanómetros (de pedestal).		No en este periodo.		11- Auxiliares de avanzada		Curso de informática básica, Word, Excel.	
	3- Aspiradores.				13- Lic. Enfermería para reforzar los grupos de 16 en vez de 15.		Gerencia y humanización de los servicios de salud.	
	30- Reparación de pies de suero.						Entrenamientos en los programas utilizados en la institución.	
	2- Impresoras						Curso de seguridad industrial y primeros auxilios.	
	1- Computadora						Taller de esterilización	
	30- Colchones para camillas de emergencia						Prevención de úlceras por presión	
	5- Radio transmisores.							
	3- Neveritas ejecutivas para medicamentos.							
	4- Carros para medicamentos de enfermería.							
	4- Lockers metálicos.							
	5- Carros de paro con seguridad							
	20- Flujoímetros de gases médicos.							
	Uniformes para personal de Avanzada, Paramédicos y Enfermería.							
	Reparar las vitrinas de enfermería y gabinetes.							
Reparación sillas secretariales de las estaciones								
<b>Servicio Consulta Externa</b>	1- Prueba de esfuerzo cardiaco.		Mejorar iluminación área consulta externa.		No en este periodo		Actualización protocolos de las gerencias	
	1- Cámara para rinoendoscopia							
	1- Fuente de luz.							
	2- Negatoscopio.							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
<b>Unidad Bioseguridad Hospitalaria.</b>	8- Carros de traslado de medicamentos		Separar las áreas de lavado de camillas en emergencia, del área de desechos.		1- Auxiliar de apoyo.		No en este periodo.	
	1- Trituradora de papeles.		Remodelación de los puntos intermedios de los residuos hospitalarios (los que apliquen).					
			Quitar meseta, paredes lavables, pisos y ventilación ambiental:					
			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					
<b>SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA</b>	4- Impresora multifuncional		Pabellón de residencias médicas.		1- Auxiliar de biblioteca y salones.		Diplomado en metodología de la investigación.	
	8- Computadoras.		Readecuación de área deportiva		1- Coordinador de investigaciones científicas.		capacitación de prevención de infecciones quirúrgica.	
	57- Sabanas para residentes.		Readecuación biblioteca.				Soporte vital básico y avanzado, soporte vital avanzado en trauma una vez al año, (BLS, ATLS, ACLS)	
	57- Cubre colchones para residentes.		Realización de galería de egresados en formato digital				Participación de los residentes en los Congresos Nacional de Ortopedia y Emergencias y Desastres, Cirugía General y Anestesia. Idioma inglés.	
	1- Pantalla para proyector sin base		Realización del salón para residencia de emergenciología				Rotación internacional para residentes de tercer y/o cuarto año de las 4 especialidades,	
	10- Locker de 6 espacios para dormitorios		Realización de salón para residencia de anestesiología				Diplomado en gestión.	
	4- Camarotes con sus colchones						Diplomado en Bioética.	
	1- Maniquí de anatomía.						Revista médico científica de la institución.	
							Investigaciones internas con recursos institucional.	
							Revisión de los convenios de las diferentes universidades cada 6 meses.	
						Cursos y diplomados.		
<b>DIRECCIÓN GENERAL</b>								
<b>GERENCIA SERVICIO SOCIAL</b>	2- Archivo para almacenar expedientes.		Habilitar una oficina más grande		2- Auxiliares de servicio social		1- Curso de trabajo social	
	1- Fotocopiadora e impresora						1- Capacitación de trabajo en equipo	
	1- Computadora							
	1- Silla secretarial							
	Asignar formalmente una cámara fotográfica a la gerencia							
<b>GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO</b>	1- Equipo de sonido para consulta externa.				9- Auxiliares de Atención al Usuario.		Relaciones humanas.	
	10- Archivos de dos gavetas con llave				Asignar un auxiliar de seguridad fijo en área de consulta.		Atención al usuario.	
	9- Equipos telefónicos.						Cortesía telefónica.	
	1- Sistema de turno digital.						Comunicación efectiva.	
	16- Computadoras.						Ortografía y redacción.	
	10- Impresoras.						Proyección de imagen corporal.	
	9- Escritorio.							
	16- Sillas secretariales							
	Revisión/mantenimiento de equipos tecnológico							
<b>UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL</b>	3- Escritorio.		Individualizar el área de la oficina del encargado/a y readecuar más ampliamente las oficinas de la consultoría jurídica, con separaciones		Apoyo Técnico en Sistemas PC. (para soporte del Sistema TRE ( Sistema Trámite Regular Estructurado)		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.				Maestría en derecho administrativo	
							Diplomado de gerencia en salud.	

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
							Diplomado en manejo de conflictos.	
							Diplomado en derecho procesal civil	
							Taller de capacitación "Caminando en tu zapato"	
							Capacitación presencial del sistema	
<b>OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA</b>	1- Computadora		No en este período		No en este período.		Cursos virtuales o presenciales	
	1- Impresora a color multifuncional.						Asistencia a charlas, seminarios	
	1- Laptop							
	1- Archivo							
	1- Sillón ejecutivo							
<b>GERENCIA COMUNICACIONES Y RELACIONES PÚBLICAS</b>	1- Micrófono de pódium		Asignación de parqueo para el área en la parte frontal				Curso protocolo organización de eventos	
	1- Micrófono de mano				1- Analista de medios (Seguimiento a publicidad).		Manejo de crisis de medios	
	4- Memorias SD para cámara						Creación creativa de contenidos para medios sociales.	
	1- Trípode de monopie							
	2- Luz LED para cámara							
	2- Flash para cámara							
	1- Impresora multifuncional							
	2- Micrófonos de corbata							
	1- micrófono de cable.							
<b>GERENCIA CONTROL DE PROCESO Y REGISTROS.</b>	3- Computadoras		Rediseño de los espacios de las oficinas administrativas.		2- Auxiliares de control interno.		Diplomado o maestría en auditoría de control interno	
	1- Flota telefónica.				1- Auditor		Talleres de planificación y administración pública	
	1- Anaquel o archivo.							
<b>SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>								
<b>GERENCIA COMPRAS GENERALES.</b>	1- Computadora		Readequación del almacén de medicamentos		2- Auxiliares de compras		Ley 340-06 compras y contrataciones	
	1- Silla secretarial				Reajuste salarial		Taller de uso portal transaccional de compras	
	1- Control eléctrico puerta oficina						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	
<b>GERENCIA TESORERÍA</b>	2- Cajas de seguridad (caja fuerte) en emergencia y oficina de tesorería		Separar espacio físico compartido con admisión en emergencia.		1- Auxiliar de caja		Curso de comunicación efectiva	
	3- Cámaras de seguridad, en caja de emergencia, caja general y oficina de tesorería						Manejo adecuado de recursos	
							Trabajo en equipo	
<b>GERENCIA CONTABILIDAD</b>	3- Cambiar computadoras		Ampliar archivo de contabilidad		No en este período		1- Diplomado en inversión pública	
	1- Impresora multifuncional							
	7- Sillas giratorias							
<b>UNIDAD ANÁLISIS DE COSTOS</b>	1- Impresora multifuncional.		No en este período		2- Auxiliares de Costos		Diplomado de análisis de costos.	
	1- Flota telefónica				1- Asesor de costo hospitalario.			
	1- Instalación de módulo de costo en el sistema				Reajuste Salarial			
<b>GERENCIA FACTURACIÓN Y SEGUROS</b>	1- Impresora multifuncional		Habilitar separación con cristales el área de oficina de la gerente.		2- Auxiliares de facturación (internamientos y privados en la tarde).		1-Curso de servicio al cliente	
	7- Computadoras (cambio de las existentes).				Asignar auxiliar de seguridad en área de facturación ambulatoria		2-Cursos de auditoría médica y servicios de salud	

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1-Impresora sencilla.						1-Curso de computadora (Ms Office)	
	4- Sillas secretariales ajustables							
	3- Teléfonos							
UNIDAD: CONTROL DE REGISTROS CLÍNICOS	7- Sillas secretariales		Reordenación de oficina.		1- Auditor medico		1-Diplomado y/o maestría en gerencia en salud, supervisión.	
	5- Blusas con logo del hospital.		Sustitución de escritorios por 8 módulos				1- Curso de motivación personal	
	1- Microondas							
	1- Cafetera eléctrica							
	1- Impresora multifuncional							
	1- Computadora							
<b>SUBDIRECCIÓN TALENTO HUMANO</b>								
SUBDIRECCIÓN TALENTO HUMANO	1- Archivo		No en este período		1- Secretaria		Redacción de documentos, circulares y comunicaciones	
	1-Impresora multifuncional				1- Medico ocupacional		Manejo del Outlook	
	1- Escritorio.				1- Analista en relaciones laborales.		Protocolo y montaje de eventos y actividades	
	1- Silla ergonómica.						Inteligencia emocional	
	1- Computadora (laptop).						Relaciones personales	
	Sistema de Recursos Humanos (software de gestión)						Trabajo en equipo	
	Adquirir uniformes para todo el personal						Servicio al usuario	
							Ética profesional	
						Solución y manejo de conflictos		
UNIDAD DE AVANZADA	20 - Sillas de rueda.		No en este período.		16- Auxiliares de avanzada.		Participar de las que se realicen en Emergencia	
	6- Camillas de transporte							
	3- Flota o radio de comunicación.							
	1- Computadora.							
	5- Manómetros O2							
	1- Camarote (colchón, sábanas y almohadas).							
	Uniformes para todo el personal de avanzada.							
	Carnet de identificación personal.							
	Reparar camillas de transporte							
<b>SUBDIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</b>								
SUBDIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO	1-Silla ejecutiva.		No en este período.		1- Encargado de gestión de calidad		Asesoría y consultoría	
	1-Neverita ejecutiva						Curso taller sobre redacción de informe ejecutivo	
	1-scanner							
	1-impresora multifuncional							
GERENCIA 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.	
						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		
						Otros cursos especializados.		
GERENCIA ESTADÍSTICAS	1- Computadora para oficina estadísticas		No en este período		No en este período		Curso estadística hospitalaria	
	1-Auricular						Curso atención al usuario y trabajo en equipo.	
	1-Sillón Ejecutivo (mantenimiento)							
	Actualizar y aumentar la capacidad de las computadoras del departamento							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Sistema informático de registro de información para estadística							
SERVICIO ARCHIVO	1-Computadora para oficina archivo		Espacio físico suficiente y adecuado para archivo expedientes clínicos & archivo central		1- Auxiliar de archivo		1-Curso de manejo de archivo y expediente clínico.	
	10- Anaqueles y/o tramerías, para archivo						1-Curso atención al usuario y trabajo en equipo	
	5- Carpetas y/o folders para archivo de expedientes clínicos						1-Estadísticas hospitalarias	
	1 Memoria USB							
	1- Impresora para la oficina principal de admisión y archivo							
	1-Módulo de tres sillas de visitantes							
	2-Sillas secretariales.							
	Aumentar la capacidad de memoria (archivo)							
	Digitalización de los expedientes y configuración con el sistema clínico existente.							
GERENCIA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN:	1-SAM (Sistema de Manejo de Archivos).		1- Puerta de cristal (anti ruidos) para el centro de datos		2 - Auxiliares de soporte técnico. (días regulares y fines de semana y días festivo)		2-Capacitación en manejo de servidores Exchange (mensajería).	
	2-Agregar cámara de seguridad en área de servidores.		Sistema de control de acceso del hospital		1 - Encargado de redes y comunicaciones		2-Capacitación en manejo de servidores de control de dominio.	
	Sistema de identificación facial de usuarios.		Sistema de acceso en área de parqueo		Uniforme adecuado e identificado		2-Capacitación en manejo en telefonía voip.	
	1-Servidor de contingencia (respaldo de información en 15 minutos)		Adecuación recertificación de todos los IDF y MDF (puntos de conexiones de red)		Reajuste salarial		2-Cursos de administración de base de datos.	
	1- Extintor especial para el centro de datos.						1-Cursos de CCNA (Cisco Certified Network Associate)	
	1- Servidor para espejo.							
	1- Laptop procesador i7							
	8-Cámaras de seguridad en toda el área de planificación, tecnología y área de servidores.							
	5- Silla ejecutiva							
	4-Switch 48 puertos							
	4- Switch 24 puertos							
	Sistema de wifi para el hospital en áreas estratégicas (usuarios internos y externos)							
	Reestructuración video conferencia.							
	Aire de precisión para centro de datos integrado con un sistema control de temperatura (termómetro)							
	Sistema de supresión de incendio (Centro de Datos)							
	1-Sistema de video conferencia.							
	4 licencias de Windows server 2019							
	1-Equipo de aire comprimido							
	1- Servidor de contingencia							
	Servidor de correos electrónicos institucional on-premise (servidor exchange)							
Sistema de vigilancia con reconocimiento facial y adición cámaras en áreas del hospital que se tenga alguna vulnerabilidad								
GERENCIA MONITOREO Y EVALUACIÓN	4- Computadoras		No en este periodo.		No en este periodo.		Excel avanzado	
	4- UPS.						Gestión hospitalaria	
	1- Impresora multifuncional.						Ortografía y redacción	
	2-Sillones ejecutivo.							
	1-Memoria USB							
<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES</b>								
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES	1- Impresora		Adecuación espacio para secretaria.		1- Secretaria		1-Curso informática	
	1- Escritorio							
	1- Silla secretarial							
	1- Computadora							
	1- Teléfono fijo.							
	2- Sillas de visita							
	1- Archivo 4 gavetas.							
	Reasignación de camioneta o vehículo de transporte							
	2- Carros de traslado de ropa.		Reparación del techo (filtración)		2- Auxiliares masculinos		1-Curso informática para todo el personal	
	1-Computadora				2- Auxiliares femeninos			
	1 Impresora							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
<b>GERENCIA LAVANDERÍA</b>	1 Teléfono							
	4 Sillas plásticas							
	2 Flotas (1 supervisor, 1 encargada)							
	1- Secadora							
	1- Máquina de coser							
	1- Máquina Mero							
	2- Dosificadores de equipos							
	Mantenimiento permanente							
<b>UNIDAD ESTERILIZACIÓN</b>	Esterilización flash		Recambio de aire en el área.		9- Auxiliares de esterilización		Inducción al personal sobre normas y protocolos	
	1- Lupa quirúrgica		Aislar el transformador de área de inspección de instrumental, en la central de esterilización				Lavado e inspección de instrumental	
	6- Mesas de transporte de acero inoxidable (Cambro) para traslado de material sucio y estéril		Conexión de agua caliente. Instalación de aire a presión (sopleteo de instrumentos)				Empacado	
	Equipo completo de cepillos para lavado de instrumental canulado		Completar equipos quirúrgicos en todas las especialidades				Esterilización	
	Tela algodón 100% universal						Almacenamiento	
	Poner a funcionar el Tuttnaur (Autoclave)						Protección personal	
	Completar y actualizar las bandejas quirúrgicas en todas las especialidades.							
	Indicadores para esterilizar químicos y biológicos (tiempo, presión y temperatura)							
	Extractores de clavo universal.							
	Destornilladores estrellados, hexagonales, tria							
<b>GERENCIA: MANTENIMIENTOS Y REPARACIONES:</b>	1-Planta eléctrica de 300kv para áreas críticas.		Instalación de dos (2) pararrayos.		1-Pintor (reposición)		1-Curso de informática básica	
	5- motores eléctrico (Dos de 5Hp, dos de 3Hp y uno de 7.5HP).		Puesta en funcionamiento del sistema de contra incendio.		1-Electricista industrial		1-Trabajo en equipo.	
	1- Impresora		Provisión de agua del acueducto central.		Reajuste salarial a técnicos de A/A			
	1-Computadora Sincronización de las dos plantas eléctricas actuales. Construcción del bypass para el transfer. Reparación y mantenimiento de 4 ascensores que están fuera de servicios. Reparación y mantenimiento del chiller #2 que esta fuera de servicio (evaluar costo reparación vs nuevo)		Mantenimiento a la subestación eléctrica e instalación de cámaras de seguridad.					
	Mantenimiento del chiller #1 y 3.		Mantenimiento de la estructura metálica del lobby					
	Limpieza de ductos de los aires acondicionado		Mantenimiento de marquesinas del lobby y emergencia					
	Mantenimiento y reparación de la planta de tratamiento de agua para servicios generales.		Mantenimiento del impermeabilizante del techo.					
			Habilitación de marquesina para ambulancias.					
			Revisar contrato de mantenimiento anual impermeabilización de techo.					
<b>GERENCIA LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIOS:</b>	1- Flota para los supervisores y encargada		Readequación bancos de jardín.		1-Secretaria		1-Curso de relaciones humanas.	
	5-Lockers para los auxiliares		Readequación y decoración de jardines.		16 Auxiliares (6 nocturnos - 10 diurno)		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	
	2-Maquinas podadoras de hilo.		Mantenimiento de filtrantes de agua limpia.		4- Supervisores		1-Curso de capacitación: desinfección y manejo de	

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
							equipos especiales (tomógrafos, sonógrafos, brazo en c, y otros.	
	2-Maquinas cortadora de césped.		Señalizar área de Fisiatría y patología, prohibiendo comer .		Asignar seguridad en áreas de internamiento.		1- Curso de desinfección y manejo de equipos de la cocina.	
	1-Regadera de jardines				Reajuste salarial al personal		1-Entrenamiento limpieza y desechos hospitalarios.	
	1- Impresora multifuncional						1-Curso entrenamiento manejo y control de plagas.	
	Reparación de la máquina suapeadora.						1-Excel avanzada	
	Adquisición de una máquina suapeadora.						1-gestion hospitalaria	
							1-Redacción de informes ejecutivos	
<b>GERENCIA ALIMENTOS Y BEBIDAS</b>	1- Computadora				2- Auxiliares de cocina.		Cursos talleres de capacitación en: Contaminación de alimentos.	
	1- Impresora				1-Cocinero fines de semana y días feriados.		Relaciones humanas	
	1-Triturador de alimentos.				Reajuste salarial y designación de personal de cocina		Calidad total	
	1-Peladora de papas.						Delimitación de funciones	
	2-Molino de cocina pequeño.						Protocolo de preparación de alimentos	
	2-Exprimidora de jugos.							
	2-Anaqueles							
	2-Estufas industriales 4 hornillas.							
	1-Freidor industrial							
	1-Horno eléctrico industrial							
	1-Sartenes de teflón							
	1-Plancha							
	1-Microondas							
	6- Bandejas plásticas para ensaladas							
	3-Calderos capacidad de 25,30 y 40 libras de 4 orejas.							
	6- Chafing Dish con tapa.							
	4- Quemadores de estufa.							
	Coladores de diferentes tamaños							
	Envase plástico cuadrado para almacenar alimentos crudos y especias.							
	Reparación de maquina lavadora de platos.							
Compra de platos re-lavables.								
Compra de tanque calentador de agua.								
Reparación máquina de hielo.								
Vajilla y cubertería.								
Cortinas del comedor.								
Uniformes al personal								
<b>SERVICIO NUTRICIÓN</b>	5- Bombas de nutrición enteral para planta física.		Habilitar aérea específica en farmacia con las diferentes fórmulas enterales y parenterales.		No en este período		Asistir a congresos internacionales (1 vez al año)	
			Habilitar área de consulta externa específica de nutrición con los equipos necesarios (balanza, tallímetro, cinta métrica				congresos nacionales (2 veces al año)	
							Asistir a Taller de soporte nutricional.	
							Capacitación al gerencia de enfermería sobre el manejo de las bombas.	
							Cursos básicos de preparación de fórmulas enterales-parenterales.	
<b>GERENCIA VIGILANCIA Y SEGURIDAD</b>	90-Uniformes		Habilitar área guardar temporalmente propiedades de visitantes y empleados.		1-Secretaria.		1-Cortesía y disciplina.	
	1- Computadora		Habilitar área de oficina gerencia.		9-Auxiliares de seguridad		1-Relaciones humanas.	
	1- Impresora							
	1- Detector de metales (Arco)							
	2-Brazo parqueo de visitantes							
	2-Dispensador tiques eléctricos (cuando se habiliten los parqueos)							
	2- Pistolas eléctricas. Cambio de sistema de cámaras.							

GERENCIAS Y SERVICIOS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
<b>GERENCIA TRANSPORTE</b>	1-Impresora				1-Paramédico.		1-Curso manejo de ventiladores mecánicos.	
	1-Computadora						1-Curso de Educación Vial.	
	1 Ambulancia						1- Curso de entrenamiento en reanimación cardiopulmonar.	
	1- Escritorio						1-Curso de Manejo Técnico de Ambulancia	
	1-Silla ergonómica						Curso de manejo de traslado de paciente de ambulancia	

## PRESUPUESTO GENERAL Y CRECIMIENTO ESPERADO.

### A) Tabla producción general actividades estimadas Periodo 2022.

ACTIVIDADES	METAS 2022
Emergencias	10,585
Ingresos	8,350
Consultas	94,660
Interconsultas	1,636
Lab. Clínicos	270,431
Banco de Sangre	34,465
Estudios Imágenes	66,325
Estudios Anatomía Patológica	2,142
Recetas Despachadas Farmacia	161,001
Procedimientos Rehabilitación	14,479
Cirugías	5,658
Suturas	460
Yesos, Reducciones (Hospitalización y Emergencia)	1,509
Curas y Ostomia (Hospitalización y Emergencia)	2,806
Procedimientos Odontología	3,557
Radiografía Periapicales	258
Hemodiálisis	5,803
Electrocardiogramas	4,866
Endoscopia	222
Espirometria	0
Pruebas de Esfuerzos Respiratoria	0
Procedimientos Anestesiología (Programados y/o Emergencias)	5,658
Otros Procedimientos Anestesiología (Colocacion parche)	39
Visita Pre-Anestesia	1,083
<b>Otros Procedimientos</b> (Colocacion Tubos de pechos, Traqueotomias, Toracotomia, Colocacion de cateteres Subclavios, Fistulizacion de venas, Otros)	1,387
<b>TOTAL</b>	<b>697,379</b>

### B) Total Actividades Realizadas en el 2021, Total Actividades Estimadas para el periodo 2022 y Porcentaje de Incremento Estimado para el periodo 2022 con relación al 2021.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS 2021 Y ESPERADAS 2022	VARIACIÓN ESPERADA EN RELACIÓN AL 2020
<b>2021</b>	<b>445,970</b>	<b>56.4%</b>
<b>2022</b>	<b>697,379</b>	

**C) Total, actividades esperada e ingresos estimados según precio promedio por actividades producidas 2022.**

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA	PRECIOS PROMEDIOS Unitario	COSTO TOTAL PRODUCCION
Consultas	94,660	RD\$250.00	RD\$23,665,000.00
Emergencias	10,585	RD\$800.00	RD\$8,468,000.00
Egresos Salas Comunes	7,966	RD\$8,000.00	RD\$63,728,000.00
Egresos Salas UCI	384	RD\$110,000.00	RD\$42,240,000.00
Procedimientos Terapia Física y Rehab.	14,479	RD\$450.00	RD\$6,515,550.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Ortopedia y Neuroquirurgico	2,176	RD\$65,000.00	RD\$141,440,000.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Cirugia General y Especialidades.	3,252	RD\$27,500.00	RD\$89,430,000.00
Procedimientos MaxiloFacial	230	RD\$21,500.00	RD\$4,945,000.00
Procedimientos Odontologicos	3,557	RD\$475.00	RD\$1,689,575.00
Pruebas de Laboratorios Clínicos.			
Hematología Lab. Central	58,480	RD\$135.69	RD\$7,935,151.20
Química Sanguínea Lab. Central	145,014	RD\$135.42	RD\$19,637,070.81
Uroanálisis y Coprológicos	13,663	RD\$160.59	RD\$2,194,072.86
Serología	13,807	RD\$350.00	RD\$4,832,450.00
Pruebas Especiales	32,913	RD\$350.00	RD\$11,519,550.00
Bacteriología	6,553	RD\$277.07	RD\$1,815,639.71
Banco de Sangre			
Unidades Tamizadas (Bolsas Producidas)	3,056	RD\$300.00	RD\$916,800.00
Sección de Hematología	3,848	RD\$135.00	RD\$519,480.00
Sección Inmunoematología	10,793	RD\$130.00	RD\$1,403,090.00
Pruebas Especiales	16,768	RD\$350.00	RD\$5,868,800.00
Estudios de Imágenes.			
Rayos X	49,323	RD\$285.25	RD\$14,069,385.75
Sonografía	5,383	RD\$433.75	RD\$2,334,876.25
Tomografía	7,978	RD\$1,995.00	RD\$15,916,110.00
Estudios Especiales	1,317	RD\$1,500.00	RD\$1,975,500.00
Brazo en C	261	RD\$800.00	RD\$208,800.00
Resonancia Magnetica	1,975	RD\$4,300.00	RD\$8,492,500.00
Pruebas Laboratorio Anatomía Patológica.			
Biopsia	1,539	RD\$820.00	RD\$1,261,980.00
Biopsia por congelación	0	RD\$6,939.75	RD\$0.00
Citología	603	RD\$691.00	RD\$416,673.00
Necropsia	0	RD\$11,559.25	RD\$0.00
Miscelaneos			
Curas y Ostomia	2,806	RD\$520.00	RD\$1,459,120.00
Reducciones y Enyesados	1,509	RD\$3,115.00	RD\$4,700,535.00
Hemodiálisis	5,803	RD\$2,400.00	RD\$13,927,200.00
Electrocardiogramas	4,866	RD\$255.00	RD\$1,240,830.00
Endoscopia	222	RD\$8,500.00	RD\$1,887,000.00
Suturas	460	RD\$520.00	RD\$239,200.00
Espirometria	0	RD\$1,000.00	RD\$0.00
Pruebas de Esfuerzos Respiratorios	0	RD\$1,200.00	RD\$0.00
<b>TOTAL GENERAL PRODUCIDO</b>			<b>RD\$506,892,939.58</b>
*Presupuesto Historico MSP año 2022	<b>RD\$333,584,659.00</b>		
*Fuente: Sistema de Información de la Gestión Financiera (SIGEF)		<b>Total Presupuesto Año 2022</b>	<b>RD\$840,477,598.58</b>

## D) Distribución Presupuesto General Según Renglones, Período 2022.

RENGLONES	Recursos Asignados Renglones Según Presupuesto Producción	% General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones
GASTOS PERSONAL	RD\$487,477,007.18	58.00%
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$67,238,207.89	8.00%
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$260,548,055.56	31.00%
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$21,011,939.96	2.50%
OBRAS	RD\$4,202,387.99	0.50%
<b>TOTAL</b>	<b>RD\$840,477,598.58</b>	<b>100.00%</b>
	<b>PRESUPUESTO ESTIMADO</b>	<b>RD\$840,477,598.58</b>
<b>Monto Ingresos 2021</b>	<b>Monto Ingresos Estimados en Base a Produccion 2022</b>	<b>Monto Ingresos Estimados MSP 2022</b>
<b>RD\$473,911,269.18</b>	<b>RD\$506,892,939.58</b>	<b>RD\$333,584,659.00</b>
<b>TOTAL INGRESOS ESTIMADOS 2022</b>	<b>RD\$840,477,598.58</b>	
	<b>Crecimiento Esperado</b>	
	<b>77.3%</b>	

## **SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN**

## XII. MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL PERIODO 2022.

### A) Tabla: Indicadores, metas establecidas manera general y trimestral.

INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2022	% de Cumplimiento		
		1er. Cuatrimestre	2do. Cuatrimestre	3er. Cuatrimestre
<b>EFICIENCIA</b>				
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 (Días)	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	10%	10%	10%
% Desempeño Técnico	90%	90%	90%	90%
% Cumplimiento Ejecución Presupuestaria	90%	90%	90%	90%
<b>CALIDAD</b>				
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%
<b>PRODUCCION</b>				
Total Hospitalizaciones.	8,350	2,783	2,783	2,783
Total Consultas Hospital.	94,660	31,553	31,553	31,553
Total Cirugías.	5,658	1,886	1,886	1,886
Total Emergencia.	10,585	3,528	3,528	3,528
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	14,479	4,826	4,826	4,826
Total Laboratorios Clínicos.	270,431	90,144	90,144	90,144
Banco de Sangre	34,465	11,488	11,488	11,488
Total Estudios Imágenes	66,325	22,108	22,108	22,108
Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	2,142	714	714	714
Total Recetas Despachadas	161,001	53,667	53,667	53,667
<b>SATISFACCIÓN</b>				
% Satisfacción de los Usuarios Externos	90%	90%	90%	90%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	80%	80%	80%
<b>EJECUCIÓN PLANES</b>				
% Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas	90%	30%	60%	90%
% Cumplimiento Plan de Inversión	90%	30%	60%	90%

### XIII. 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.

$$\text{Rendimiento de Consulta Externa: } \frac{(\text{NPc} \times \text{Tm}) + (\text{NCs} \times \text{Tm})}{\text{NC} \times \text{Hf} \times 60 \times \text{DL}} \times 100 =$$

NPc = Número Primeras Consultas

Tm = Tiempo Medio

NCs = Número Consultas Subsecuentes

NC = Número consultorios

Hf = Horas de Funcionamientos

60 = Minutos

DL = Días Laborables

$$\text{Tasa de Ocupación Hospitalaria: } \frac{\text{Días Usuarios (DP)}}{\text{Dotación Normal de cama (Dnc) X Tiempo (T)}} \times 100 =$$

$$\text{Presión de Urgencias: } \frac{\# \text{ de Emergencias}}{\# \text{ de Emergencias} + \text{Total de Consultas externas}} \times 100 =$$

$$\text{Tasa de Utilización del Quirófano: } \frac{\text{Nip} \times \text{Tm}}{\text{NQ} \times \text{Hf} \times 60 \times \text{DL}} \times 100 =$$

Nip = Numero Intervenciones Programadas

Tm = Tiempo Medio

NQ = Numero Quirófanos

Hf = Horas de Funcionamientos

60 = Minutos

DL = Días Laborables

$$\text{Tasa de Mortalidad General Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}{\frac{\# \text{ Total de usuarios atendidos en el mismo Periodo}}{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Bruta Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos en un Periodo}}{\# \text{ Total de Egresos en el mismo Periodo}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad Neta Intrahospitalaria: } \frac{\# \text{ Total de Fallecidos después de la 48 Horas en un periodo.}}{\# \text{ Total de Egresos en el mismo Periodo.}}$$