



HOSPITAL

TRAUMATOLOGICO

DR. NEY ARIAS LORA



Ministerio de Salud Pública
Servicio Nacional de Salud
Dirección General HTNAL



PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO Y PRODUCCIÓN 2015-2016

Y

PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 (POA 2016)

Santo Domingo Norte
Marzo 2016

CONTENIDO

I.	CRÉDITOS:	7
II.	INTRODUCCIÓN	9
1.	SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES	11
III.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA “DR. NEY ARIAS LORA”	12
1.	Informaciones Generales del Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora.	12
2.	Nuestra Misión:.....	14
3.	Nuestra Visión:.....	14
4.	Valores:	14
5.	Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado.....	15
6.	Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH)	15
7.	Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.	17
8.	Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Descentralizado:	18
9.	Principales Usuarios del Hospital:	18
10.	Cartera de Servicios Actualizada a Enero 2016.	19
11.	Distribución Recursos Humanos.	37
12.	Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2015	39
13.	Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2015.....	39
14.	Reporte Acciones de Personal del año 2015	40
15.	Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2015 en Relación al año 2014:.....	40
16.	Información Geográfica del Área de Influencia Directa del Hospital	42
IV.	SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN 0, Área de Salud III.....	44
A)	Perfil Socio Demográfico.	44
1.	Población, Sexo y Grupo de Edad Área de Salud III.	44
2.	Total población y Porcentaje Hogares Pobres Área III de Salud	45
3.	Población cubierta por tipo de seguro de salud región VIII.....	45
B)	Situación de Salud Población Atendida en el Área III de Salud.	46
4.	Morbilidad:	46
i.	Motivos de Consulta Externa.	46
ii.	Motivos de Atención Emergencia.	46
iii.	Motivos de Hospitalización.....	47
5.	Mortalidad:.....	47
i.	Causas de Mortalidad Población General.	47
V.	MERCADO DE SALUD EN EL ÁREA III DE SALUD.	48
A)	Perfil de la Competencia	48
i.	Sub-Sector Público e IDSS	48

ii.	Sub-Sector Privado.....	49
B)	Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTNAL.....	50
2.	SECCIÓN: OBJETIVOS, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS GENERALES 2015-2016.	51
VI.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....	52
A)	Objetivos Estratégicos Generales del HTNAL:	52
B)	Estrategias Generales para Garantizar el Logro de los Objetivos.	53
C)	Metas Generales de las Variables Indicadores del Hospital Periodo 2015-2016.....	54
3.	SECCIÓN RESULTADOS GENERALES AÑO 2015.	55
VII.	RESULTADOS GENERALES 2015.	56
1.	Tabla Producción General por UEPSS, por mes, Año 2015.	56
2.	Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2015.	62
3.	Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2015.	64
4.	Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2015 y Variación con relación a la meta establecida para el 2015 y el año 2014.	66
5.	Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2015, Total Actividades Estimadas para el 2015, Total Actividades Realizadas 2012, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el 2015 con Relación al 2012, Crecimiento Alcanzado 2015.	67
6.	Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por UEPSS, general, por mes, Año 2015.	68
7.	Tabla Comportamiento mortalidad, por UEPSS, general, por mes, Año 2015.	69
8.	Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en salud, por servicios y mes, año 2015.	70
9.	Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2015.....	71
10.	Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2015.	72
11.	Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2015.....	74
12.	Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Año 2015.	75
13.	Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - Diciembre 2015.	76
14.	Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2015.	76
15.	Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2015.	77
16.	Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2015.....	77
17.	Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2015.	78

18.	Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2015. (EPI-1)	79
19.	Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos. (Datos a tomar en cuenta para el análisis FODA)	81
i.	Encuesta Usuarios Externos:	81
ii.	Encuesta Usuarios Internos:	95
20.	Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.	100
21.	Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Control de Amenazas.	101
22.	Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2015.	104
23.	Tabla: Informe Financiero Año 2015.	105
i.	Ingresos Según Fuentes:	105
ii.	Costos y Gastos Según Renglones Año 2015:	106
iii.	Análisis Resultados Informe Financiero año 2015.	108
4.	SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 (POA 2016)	116
VIII.	ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA) Y VALORACIÓN DEL RIESGO (VAR) EN LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS Y PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS (PMR).	117
IX.	CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS POA 2016.	333
1.	Criterios Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (UEPSS).	334
2.	Estimado Capacidad Productiva de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (UEPSS) año 2016.	335
3.	Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2015.	337
4.	Datos para los Cálculos:	339
i.	Estancia promedio utilizada para el cálculo de hospitalizaciones en:	339
ii.	Tiempo promedio estimado para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos:	340
iii.	Tiempo promedio estimado para las consultas según el Servicio:	341
iv.	Tiempo promedio estimado para la realización de los procedimientos ambulatorios:	342
X.	METAS PARA EL 2016 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS UEPSS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO	343
	“DR, NEY ARIAS LORA”	343
1.	Metas Generales Plan Operativo Anual 2016.	344
2.	Estrategias Específicas de Desarrollo de las UEPSS Para el 2016.	346
	DIRECCIÓN GENERAL	347
1)	GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	348
2)	GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	350
3)	GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS.	351
4)	UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL	353

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	354
1) UEPSS: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.	355
2) UEPSS: CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES. (Cir. General, Cir. Urológica, Cir. Pediátrica, Cir. Plástica, Oftalmología, Otorrino, Cir. Vascular, Cir. Laparoscópica).....	357
3) UEPSS: NEUROCIRUGÍA.....	359
4) UEPSS: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	361
5) 2UEPSS: EMERGENCIA / URGENCIA	363
6) UEPSS: ANESTESIOLOGÍA.....	366
7) UEPSS: MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES. (Med. Interna, Infectología, Pediatría, Gastroenterología, Med. Familiar, Neurología, Nutrición, Cardiología)	368
8) UEPSS: UNIDAD DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS	371
9) UEPSS: UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA (UCI 4ta., UCI 3era., UCI Neurotrauma)	373
10) UEPSS: SALUD MENTAL	377
11) UEPSS: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	379
12) UEPSS: LABORATORIO CLÍNICO.....	381
13) UEPSS: IMÁGENES.....	384
14) UEPSS: ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	386
15) UEPSS: FARMACIA	388
16) GERENCIA DE ENFERMERÍA.....	390
SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	406
1) GERENCIA DE CONTABILIDAD	407
2) GERENCIA DE CONTROL PROCESOS Y REGISTROS	408
3) GERENCIA DE TESORERÍA.....	409
4) GERENCIA DE FACTURACIÓN	410
Habilitar una puerta en el área de reclamaciones.....	412
5) GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.....	413
6) GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	414
SUB-DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	415
1) GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL	416
2) GERENCIA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTINUA.....	418
3) GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	420
SUD-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	421
1) GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	422
2) GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA	424
3) GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN.....	425
4) GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS.....	426

5)	GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	427
	SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA.....	428
1)	SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA.....	429
	SUB-DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES DE APOYO.....	430
1)	GERENCIA DE MANTENIMIENTO	431
2)	GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.....	433
3)	GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.....	434
4)	GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN.....	435
5)	GERENCIA DE TRANSPORTE.....	436
6)	GERENCIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS.....	437
XI.	NECESIDADES POR UEPSS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 Y LOGRAR LAS METAS	439
1.	Tabla. NECESIDADES POR UEPSS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2015 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2016.....	440
	Habilitar una puerta en el área de reclamaciones	459
XII.	PRESUPUESTO GENERAL.	464
1.	Total Actividades, de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2016.	465
2.	TABLA: Producción General de Actividades Esperada para el año 2016.	467
3.	TABLA: Total Actividades Realizadas 2015, Total Actividades Estimadas Para el 2016 y Porcentaje de Incremento Estimado Para el 2016 Con Relación al 2015.	468
4.	Distribución Presupuesto General Según Renglones.	469
5.	SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.	470
XIII.	MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2016.	471
XIV.	FORMULAS	472

I. CRÉDITOS:

NOMBRES	CARGOS
Coordinación General	
Dra. Isabel Santana L.	Directora General HTNAL
Dr. Roberto Cerda Torres	Presidente Cergo Consulting Group
Dra. Juliana Fajardo G.	Sub-Directora Planificación y Conocimientos
Colaboradores	
Dr. Alfredo Polanco del Orbe	Subdirector Servicios Médicos y Complementarios.
Dr. Jaime Manuel Fernández Duran	Sub-Director Académico
Lic. Víctor Guzmán	Subdirector Financiero-Administrativo
Dra. Juliana Fajardo G.	Subdirectora de Planificación y Conocimiento
Teresa Lisbet Parra Bueno	Subdirectora de los Servicios Generales y De Apoyo
Lic. Elsa Julia Pérez Taveras	Sub-Directora de Gestión De Recursos Humanos
Dr. Leibnitz Martínez	Gerente de Traumatología y Cirugías Ortopédicas
Dr. Lizardi Cristóbal de la Cruz Torres	Gerente Neurocirugía.
Dr. Alejandro Soto Méndez	Gerente de Cirugía General y Especialidades
Dr. Benjamín Ogando Moreno	Gerente de Medicina Física Y Rehabilitación
Dr. Jesús David González Sapeg	Gerente de Emergencia / Urgencia
Dr. David Paulino Cuevas Santana	Gerente de La Unidad de Atención Crítica
Dr. Nicasio Aybar Veras	Gerente de Medicina Interna Y Especialidades
Dr. Barnaby Antonio Gómez Melo	Gerente de Imagenología
Dra. Candy Josybel Almánzar Núñez	Gerente de Anatomía Patológica
Lic. Cruz Esther Rodríguez Hernández	Gerente del Laboratorio Clínico y Banco De Sangre
Dr. Esteban Patrick Sánchez Soto	Gerente de Anestesiología
Dra. Ramona Caridad Patricio Moquete	Gerente de Maxilofacial y Odontología
Dra. Marisol Taveras Ulerio	Gerente Salud Mental
Lic. Medellín Felíz Cuello	Gerente de Enfermería
Lic. Milagros Altagracia Magallanes Ynoa	Gerente de Farmacia
Dra. Ruth Esther Araujo Cuevas	Gerente de la Unidad de Hemodiálisis
Dr. Rafael Gregorio Ben Cruz	Coordinador Unidad Atroscopía y Casos Complejos.
Lic. Esther Maria Pérez Canario	Gerente de Compras Generales
Lic. Carlos Ernesto otero de los santos	Gerente de Tesorería
Lic. Crisileisy de Jesús Otáñez	Gerente de Contabilidad
Lic. Luz Denia Nuñez Dishmey De Ozuna	Gerente de Facturación
Leisly Ferreras González	Gerente Administrativa

NOMBRES	CARGOS
Yuberky Natali Rosa Jimenez	Gerente De Activos Fijos Y Control De Inventarios
Dra. Yocasta Francisca Pérez Jiménez	Gerente Epidemiología
Lic. Miosotis Reyes Espinosa	Gerente de Estadística, Admisión Y Archivo
Ing. Oliver Francisco Peralta Abreu	Gerente de Tecnología de la Información
Lic. Francis Marilús Rodríguez Santos	Gerente de Monitoreo y Evaluación
Lic. Nataly Magdeley Quezada Santos	Gerente Entrevista, Selección Inducción Y Evaluación
Lic. Rosa de los Santos	Gerente de Capacitación y Educación Continua
Rosannet Yanet Medina Reyes	Gerente De Nomina
Caonabo Ángeles Cruz	Gerente de Alimentos y Bebidas
Eduard Bienvenido Díaz Cepeda	Encargado de Transportación
Máximo Cabral	Gerente Mantenimiento y Reparaciones
Ana Yberka Guzmán Calcaño	Gerente de La Unidad De Relaciones Publicas
Lic. Dianis Jhuneris Frías Gil	Gerente de Atención al Usuario
Lic. Karine Gil	Coordinadora Control de Procesos.
Lic. Luis Moreno Cárdenas	Gerente Comunicación y Prensa
Ttte. Crnel. Ramón Andújar Méndez	Gerente de Vigilancia y Seguridad
Lic. Ramón Antonio Otáñez Flores	Encargado de la Unidad de Asesoría Legal
Lic. Regina Payano Vásquez	Gerente de Servicio Social
Persio De Jesús Ventura Flores	Responsable de Acceso a la Información (Rai)
Yoheidy Altagracia Jaime Castillo	Gerente de Gestión de Calidad



“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).
Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

II. INTRODUCCIÓN

“La estrategia es la herramienta que permite intervenir en el futuro para amoldarlo a nuestras necesidades y aspiraciones”.

Jorge González Moore

La Constitución dominicana dispuso mediante el artículo 241, que el Poder Ejecutivo elaborará y someterá al congreso de la República Dominicana, la visión a largo plazo que la nación dominicana necesita, a los fines de mejorar en la aplicación de las políticas públicas.

De ahí que una vez sometida dicha iniciativa al congreso, se promulga la Ley 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.

Con esta tercera entrega del Plan Estratégico y de Desarrollo, correspondiente al periodo 2015-2016, el Hospital De Traumatología Dr. Ney Arias Lora da cumplimiento a las disposiciones de la Ley de Planificación e Inversión Pública, (Ley 498-06), que en su artículo 1 dice lo siguiente: “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”. Esta ley, establece como instrumentos de planificación: La Estrategia Nacional de Desarrollo, Plan Nacional Plurianual del Sector Público, Planes Regionales y los Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales.

De igual manera, hemos elaborado este documento tomando en cuenta el segundo eje de la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley I-12), que procura una **“Sociedad con Igualdad de Derechos y Oportunidades**, que en su objetivo general establece los aspectos relacionados con “Salud y seguridad social integral”, objetivo que persigue, 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. A partir de ahí y tomando como base de sustentación la ley de Planificación e Inversión Pública, (Ley 498-06), la ley que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030, (Ley I-12) y el

modelo de organización implementado diseñamos nuestros objetivos generales para garantizar el logro de las metas propuestas 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.

Con la entrega de este “Plan Estratégico de Producción y Desarrollo 2015-2016”, pretendemos orientar el quehacer gerencial haciendo énfasis en las estrategias organizativas, en la planificación orientadas hacia el logro de resultados y la sostenibilidad, el monitoreo al cumplimiento de metas y en la garantía de la seguridad y satisfacción de nuestros usuarios, de acuerdo a lo establecido para ser un “Hospital del Futuro en el Presente”, que es nuestro modelo de organización y así lograr la aspiración de la Administración Pública Moderna: “La Gestión Orientada a Resultados”.

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 gerentes para la toma de decisiones objetivas, así como que sea de dominio de todo el personal de la institución, con el propósito de contribuir para lograr “Humanizar los servicios de salud en la República Dominicana”.

1. SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES

III.DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA “DR. NEY ARIAS LORA”

El Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora (HTNAL), es una institución gubernamental descentralizada, de tercer nivel de atención (3^{er.}) perteneciente al Servicio Regional de Salud 0, Área de Salud No. III de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, dedicado a brindar atenciones a usuarios traumatizados y aquellos con patologías ortopédicas, quirúrgicas, neuroquirúrgicas y necesidades de rehabilitación y medicina física.

1. Informaciones Generales del Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora.

Ubicación..... Municipio Santo Domingo Norte, Complejo Hospitalario Ciudad de la Salud.

Área	Capacidad
Área de terreno Ciudad de la Salud	82,585.36 m ²
Área de construcción	23,000 m ² (5 niveles)
Nivel de atención	3er. Nivel de atención especializada
Cantidad de colaboradores	1,238 – Colaboradores (Dic. 2015)
Camas	177- Camas Instaladas (Camas hospitalarias en uso, 134) 76%.
Índice Colaboradores por cama Hospitalaria	9.2 Empleados por Cama Hospitalaria en uso
Camas UCI	20- Camas (14 adultos)
UCI Neurocirugía	7- Camas, 2- quirófano
Camas UCI Intermedio	5 - Camas
Quirófanos	8- Salas de cirugía
Farmacias	4- Farmacia (dispensación interna). 2 en quirófanos 1- Almacén
Número de consultorios	20- Consultorios
Área de urgencias/ emergencia	1- Área (triage 6 camillas, observación 18- camillas, 1 área de reanimación con 2 camas, 1 área de cura y ostomía 2, reducción y yeso 1 área)
Ambulancias	1- Unidad
Laboratorio clínico	1- Área (3 analizadores químico automático, 4 analizadores hematológicos, 1 lector de eritro)
Banco de sangre	1- Área 2 neveras de sangre, 1 mezcladora, 1 nevera para reactivos)
Laboratorio de anatomía patológica	1- Área (5 microscopios, 1 mesa de necropsia, 1 microtómo, 1 procesador de tinción)
Unidad laparoscopia	1- Unidades
Unidad artroscopia	1- Unidad
Unidad hemodiálisis	15- máquinas (1 Especial)
Área terapia física y rehabilitación	1- Área 3 CPM rodilla cadera, 3- Ultrasonido, 1 Tracción vertebral entre, otros)

Área	Capacidad
Rayos X	12- Equipos (1 telecomando, 2 huesos pulmón, 2 portátiles, 1 resonador, 2 arco C)
Tomógrafo	1- Equipo
Unidad Sonografía	1 – Equipo
Resonancia magnética nuclear	1- Equipo
Unidad videoconferencia	1- Área (capacidad para 40 personas, puede acomodar hasta 50 personas)
Salón multiuso	1- Área (capacidad para 100 personas, puede acomodar hasta 120 personas)
Cafetería	1- Área (capacidad 40 personas)
Comedor	1- Área (capacidad 50 personas, puede acomodar hasta 70 personas)
Cocina	1- Área (Con un excelente equipamiento)
Lavandería	1- Área 4 máquinas lavado, 4 de secado, 1 de planchado, 1 rolo)
Morgue	1- Área (2 neveras de 3 cavidades, 1 camilla para traslado de cadáveres, 1 mesa necropsia)
Parqueos	200- Estacionamientos (16 para minusválido)
Sistema tratamiento de agua	2- Ablandadores
Planta de tratamiento de aguas residuales	1- Sistema Anaeróbico de flujo ascendente
Sistema energía de emergencia	2- Unidades Alternas (2 unidades de 1.5 mega cada una)
Sistema de UPS	7- Unidades (2 de 225 KVa, 2de 60 kVa y 3 de 50 kVa).
Sistema de manejo de residuos hospitalarios	1- Unidad (incineración pirolítica clase III, FDA, 30 Kg. por hora)
Sistema de gases	1- Unidad central (oxígeno, líquido y gaseoso de emergencia, aire comprimido, óxido nitroso, sistema de succión central)
Sistema de esterilización y manejo de desechos	1- Unidad Autoclave (Capacidad de la Cámara: 740 lit.) 1- Unidad Trituradora y Compactadora (Dimensiones Externas (WxHxD)= 2200 x 1400 x 2550 mm)

2. Nuestra Misión:

“Ofrecer servicios de salud especializados en traumatología, cirugía y rehabilitación, con gran sentido de humanización, equidad y solidaridad; garantizando una atención de calidad, seguridad de los usuarios y el uso racional de los recursos, con profesionales capaces y altamente comprometidos en el control y reducción de la mortalidad y la discapacidad.”

3. Nuestra Visión:

“Ser la institución de salud líder en traumatología, cirugía y rehabilitación, de referencia nacional e internacional, con recursos humanos comprometidos con la atención integral, la eficiencia, la innovación tecnológica, la docencia y la investigación”

4. Valores:

Humanización: Entregando servicios con excelencia científica y técnica, con personal altamente capacitado, garantizando servicios justos y óptimos, siempre con el usuario como eje fundamental de todo nuestro trabajo.

Compromiso: Implementando nuevas prácticas en la prestación de servicios como forma de garantizar que nuestros usuarios reciban las mejores atenciones con eficacia y satisfacción social.

Pasión: Haciendo el máximo esfuerzo día a día para alcanzar nuestra visión y cumplir con nuestra misión.

Calidad: Utilizando la mejor tecnología, para garantizar la mejor atención con los recursos disponibles.

Equidad: Garantizando el acceso a los servicios de salud de forma integral y oportuna según las necesidades y las posibilidades de cada persona.

Innovación: Utilizamos la tecnología para brindar mejores atenciones, obtener diagnósticos objetivos y oportunos, aplicar tratamientos eficaces, mejorar la comunicación con nuestros usuarios, informar, capacitar, investigar.

Ética: Tratando a las personas con honestidad y respeto a las leyes, a los derechos de los usuarios y del personal de salud, garantizando siempre la confidencialidad, dentro de los límites de la ley.

Seguridad: Implementando nuevas estrategias y utilizando los más modernos conocimientos científicos y tecnológicos para evitar que daños, discapacidades y muertes durante la atención y tratamiento.

Eficiencia: Optimizando todos los recursos disponibles, para garantizar las mejores atenciones y la satisfacción de nuestros usuarios.

5. Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado.

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

6. 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, eficiencia, eficacia, en beneficio de la institución y de los usuarios.
- ✓ Ser miembro ex – oficio del CAH con derecho a voz y voto.
- ✓ Dirigir las iniciativas operativas y de desarrollo estratégico, así como las políticas del hospital.
- ✓ Ser responsable ante todo el CAH y no frente a miembros individuales del CAH.
- ✓ Cumplir y hacer cumplir las disposiciones emanadas del CAH, de los estatutos y cualesquiera otras medidas dispuestas por la autoridad competente.
- ✓ Guiar la formulación de planes y programas, así como los recursos que para tales fines fueren 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 el Ministerio 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) Gestión del Personal:** El DGH goza de la facultad de realizar la contratación de todo el personal del hospital. La contratación de los gerentes 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) Calidad de la Atención Hospitalaria: En colaboración con los gerentes diseñará un “Plan de Mejoría Continua de Calidad y Satisfacción de los Usuarios”. Debe recibir informes periódicos de los gerentes sobre medidas claves de calidad y desarrollo del plan. Garantizará las auditorías periódicas de las historias clínicas, protocolos y procedimientos de atención, para asegurar que los procedimientos establecidos por las gerencias sean cumplidos por el personal operativo y directivo como base de la seguridad brindada en la atención ofrecida en el hospital.

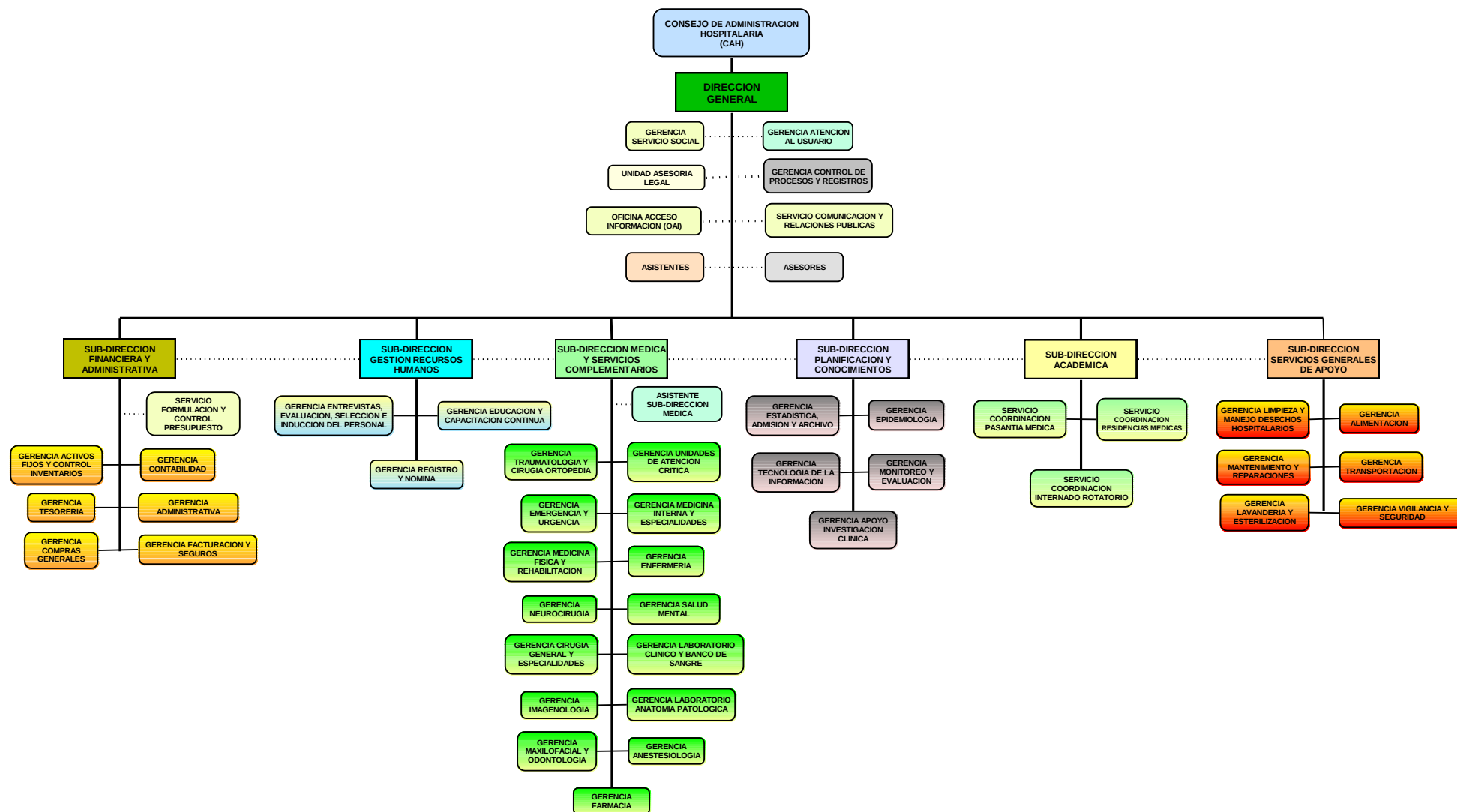
e) Sistemas de Información: Debe propiciar que se aplique un Sistema de Información capaz de generar reportes con indicadores útiles para el Sistema Nacional de Salud, el CAH, los sub-directores y los gerentes.

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 las gerencias.

7. Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.



“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

8. Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Descentralizado:

a) Los recursos son recibidos a través del Poder Ejecutivo, (presupuesto, MSP) fundamentado en la entrega de servicios a los usuarios. Los fondos son entregados mensualmente.

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.

9. Principales Usuarios del Hospital:

- ✓ Población general de la Región 0, Área III.
- ✓ Afiliados del Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- ✓ Afiliados Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas.
- ✓ Miembros y beneficiarios de proyectos de Organizaciones No Gubernamentales (ONG,s)
- ✓ Colaboradores de pequeñas, medianas y grandes empresas privadas.
- ✓ Colaboradores instituciones del estado.
- ✓ Empresas distribuidoras de medicamentos, insumos y equipos médicos.
- ✓ Empresas distribuidoras de materiales, insumos y equipos de oficinas.
- ✓ Empresas distribuidoras de electrodomésticos y mobiliarios.
- ✓ Empresas de construcción.
- ✓ Empresas de mantenimientos de equipos y sistemas.
- ✓ Empresas de mantenimiento y reparaciones de sistemas y equipos.
- ✓ Empresas de Servicios Básicos (Telefonía, CDEE, INAPA, Alcaldía, otros).

10. Cartera de Servicios Actualizada a Enero 2016.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
GERENCIA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
Ortopedia y Traumatología	Usuarios politraumatizados, fracturas diversas, luxaciones articulares, lesiones con pérdida de hueso, enfermedad degenerativa articular, malformaciones congénitas pie equino-varo pie, zambo, genu-valgo, tumores óseos, dolores relacionados con el sistema locomotor, osteomielitis, acortamientos óseos congénitos o adquiridos, defectos óseos traumáticos o infecciosos, pseudo-artrosis congénitas o adquiridas, contracturas articulares, deformidades óseas congénitas o adquiridas, elongación ósea de miembros, transportación ósea por defectos óseos, medicina deportiva.	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico, reducciones y enyesado, fijación y osteosíntesis internas y externas, implantes y reemplazos articulares, inmovilización de fracturas, reducción e inmovilización de luxaciones, reducciones y enyesado, artroscopia quirúrgica, procedimientos de alargamiento y reconstrucción ósea quirúrgicos, extirpación y manejo de tumores óseos, artrocentesis diagnóstica, curas, realineación ósea, injertos óseos, vasculares y dermo-epidérmicos, aplicación de fijadores externos, para corregir acortamientos, defectos óseos, deformidades e infecciones óseas, cirugía de columna vertebral y escoliosis.
GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES		
Cirugía General	Heridas traumáticas, heridas de armas blancas, por armas de fuego, abdomen agudo, politraumatizados, politraumatizados con quemaduras, traumas diversos, heridas de cara y /o cuello, heridas de tórax (hemoneumotórax, hemopericardio, tórax flácido, múltiples facturas, lesiones traqueo bronquiales). traumas y heridas de abdomen (hemoperitoneo, lesión de hígado, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas). heridas retroperitoneo, heridas y traumas en extremidades y lesiones vasculares, abdomen agudo, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis aguda, diverticulitis, sangrado intestinal (alto, bajo), peritonitis, hernias diversas.	Consultas ambulatorias programadas. Consultas ambulatorias de emergencia. Cirugías electivas o programadas, Laparoscopia. Laparotomía exploratoria, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico. Manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias para cada caso, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, reparación de hernias, traqueotomía, venodisección, colocación tubo de pecho, reparación y/o sutura de órganos.
Cirugía pediátrica *	Abdomen agudo, obstrucción intestinal, estenosis pilórica, duodenal, atresia, megacolon, invaginación, mal rotación intestinal, vólvulos, apendicitis, divertículo de Meckel, politraumas generales y en cuello, tórax, abdomen y extremidades, lesiones cardiopulmonares y en parrilla costal, lesiones de abdomen de vísceras macizas, huecas.	Extirpación y manejo de tumores, curas. Cirugías reconstructivas.
Servicio de Urología.	Infección de vías urinarias, urolitiasis, hiperplasia prostática, hidroceles, varicoceles, cálculos renales, cólicos nefríticos, cáncer de pene y próstata en etapas tempranas, fimosis, parafimosis, carúncula, traumas diversos urogenitales, torsión testicular, tumor testicular, orquitis crónica, cáncer temprano de vejiga, tuberculosis urogenital, estenosis ureterales, tumores renales, fístulas vesicovaginal, abscesos renales, absceso escrotal, quiste del cordón espermático, ptosis renal, impotencia o disfunción eréctil, esterilidad, priapismo, amputación traumática de pene	Orquidopexia, hidrocelectomía, vasectomía, varicocelectomía, corrección de hipospadias, cateterización uretral, extracción de cálculos, penectomías, circuncisión, orquiectomía, nefrectomías, cistotomías, uretroctomía, desbridamiento escrotal, meatotomía, fijación renal en ptosis, irrigación de cuerpo cavernosos, ureteroplastia, corrección de lesión quirúrgica de vejiga, nefrolitotomía, ureterolitotomía.
Servicio de Cirugía Vascular y Torácica	Aneurismas, lesiones arteriales y venosas, varices (insuficiencia venosa periférica) insuficiencia arterial periférica, tumores pulmonares, quistes y bulas pulmonares, neumotórax, abscesos pulmonares, hemotórax, lesiones pleurales, trauma torácico, patología mediastínica, timoma, quiste pericárdico, taponamiento cardíaco, derrame pericárdico, lesiones de tráquea y esófago, derrames pleurales, empiemas, quilotórax.	Toracotomía mínima y abierta, lobectomía pulmonar, pneumonectomía, reparación de lesiones arteriales y venosas (embolectomía y endotelectomía), safenectomía, by pass arterial, reparaciones vasculares, fístulas arteriovenosas, timectomía, pericardiocentesis, toracocentesis, pleurodesis, decorticación, drenaje torácico, resección de quistes pericárdicos, ventana

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		pericárdica, reparación de lesiones traqueales y esofágicas, exéresis de tumores esofágicos, esofagectomía, videotoracoscopia, reparación de lesiones de pared.
Servicio de Otorrinolaringología*	Otitis (agudas y crónicas), traumas caras, patologías infecciosas de senos paranasales, epistaxis, tabique nasal desviado, ronquidos, parálisis faciales.	Colocación de tubos de ventilación, cirugía ronquido: palatoplastías, descompresión nerviofacial, septoplastías, septorinoplastías, cirugía endoscópica nasosinusal, dacriocistorrinostomía endoscópica, Cadwell Luc, etmoidectomías externas, antrostomía maxilar, maxilectomías parciales, exéresis de fístulas y quistes congénitos de cuello, cirugía glándulas salivares, cirugía glándula tiroides, cirugía tumores benignos y malignos cuello, traqueotomías, laringectomías parciales, laringectomías totales, vaciamientos ganglionares cervicales funcionales y radicales, faringectomías.
Servicio de Oftalmología*	Cuerpos extraños superficiales y penetrantes, traumas diversos en los ojos, blefaritis, conjuntivitis bacteriana y viral, conjuntivitis alérgica, úlceras de conjuntivas, patología del saco y conductos lagrimales, quemaduras, queratoconjuntivitis (seca, alérgica, química, traumática), queratopatía seca, queratitis vírica, queratitis distrófica 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 a cámara anterior, hemorragia vítrea, retinopatía diabética.	Retiro de cuerpos extraños, suturas diversas, cirugías diversas, consultas de emergencias, aplicación de medicamentos, cirugías: cataratas, pterigium, chalazium, estrabismo, trabeculectomía y oculoplastia.
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva	Hernia gigantes, trauma facial, mamas supernumerarias, cobertura de partes blandas, fracturas abiertas, cierre de heridas complejas	Tabicoplastia, rinoplastia, dermolinfasciectomy, cirugía reconstructiva de defectos tras resecciones tumorales, accidentes, amputaciones, cutánea, de cabeza y cuello, tórax o de miembros, cirugía reparadora de defectos postraumáticos (cobertura de partes blandas, fracturas abiertas, cierre de heridas complejas, cirugía secundaria de mano.
Unidad de Cirugía Laparoscópica	Apendicetomía aguda, coledocistitis, hernias de pared, hernia del hiato, obesidad, eventraciones, abdomen agudo, anemias, trombocitopenia, pseudoquistes de páncreas, Adherencias post-quirúrgicas.	Tratamiento laparoscópico de cálculos en la vía biliar (coledocolitiasis), Operaciones laparoscópicas para el reflujo gastro-esofágico y la hernia de hiato, cirugía laparoscópica del colon, cirugía laparoscópica de la obesidad mórbida. (cirugía bariátrica), exéresis laparoscópica de bazo (esplenectomía) cirugía laparoscópica del páncreas por pseudoquistes, quistes y pequeños tumores, liberación laparoscópica de adherencias de intervenciones previas.
Curas, Ostomías y Pie Diabético	Heridas infectadas, cuidado de ostomías, heridas quirúrgicas dehiscentes, abscesos, quemaduras de grosor parcial, úlceras diversas.	Desbridamiento, curas de heridas y úlceras, drenajes de abscesos, terapia vacuum assisted closure (V.A.C), colgajo e injerto de piel, cuidados y curas de ostomías.
Cirugías Metabólicas	Usuarios con obesidad mórbida, con DM, trastornos hormonales y cardiovasculares	Manga gástrica, sleeve, bypass gastrico

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
Coloproctología	Heridas traumáticas, heridas por armas blancas, por armas de fuego con afección de (colon, ano, recto periné y retroperitoneo en zona III). Abdomen agudo de origen colorectal, (obstrucción intestinal, vólvulo, perforación intestinal, complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad diverticular, peritonitis, hernias internas, megacolon del adulto), hemorragia digestiva baja, patología hemorroidal (hemorroides internas, externas, trombosis hemorroidal, fluxión hemorroidal), fisuras anales, estenosis anal, sepsis anoperineal (abscesos anales, fistulas anales, fisura anal y sepsis perineal necrotizante), incontinencia anal, constipación, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades inflamatorias intestinales, colitis isquémica, rectocele, cuerpos extraños, afecciones preneoplásicas anales y perineales, pólipos, cáncer colorectal, enfermedad pilonidal, cáncer de ano y del margen anal, complicaciones y secuelas de la radioterapia pélvica, complicaciones de la cirugía colorectal (ostomias, dehiscencia anastomóticas) rectocelen, intususcepción y prolapso rectal.	Consultas ambulatorias programadas. Consultas ambulatorias de emergencia. Laparotomía exploratoria, hospitalización, observación, y tratamiento clínico. Cirugías electivas o programadas por vía laparoscópica o convencional (Colectomía derecha, izquierda, transversa, total, proctectomía, rectopexia y cecocolopexia), Cirugías electivas o programadas convencionales: Hemorroidectomía, macroligaduras, mucosectomía, colpoperineorrafia posterior, estricturoplastia, reparación de hernias internas, esfinterotomía, resección transanal, ligadura interesfinterica del trayecto fistuloso, esfinteroplastia, ostomias (confección, manejo y cierre), anoscopia, colonoscopia, rectosigmoidoscopia (diagnostica y terapéutica), excresis de cuerpos extraños, polipectomias. Manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias para cada caso, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, cirugía reconstructiva perineal (colgajos de avance) y del aparato esfinteriano, reparación de hernias internas. Extirpación y manejo de tumores colorectales, del conducto anal, perineales y retrorectales, curas.
Unidad de Quemados	Quemaduras, desfiguraciones físicas e impedimentos musculo esqueléticos, síndromes de distress post traumático, directamente asociados a quemaduras, traumas y condiciones asociados a las quemaduras.	Debridamiento, autoinjerto, injerto de piel sintética, colocación de apósitos estándar, colocación de apósitos sintéticos para cierre, amputaciones menores y mayores en caso de quemaduras eléctricas, xenoinjertos, traumas y condiciones asociadas.
GERENCIA DE NEUROCIRUGIA		
Neurocirugía	Traumatismos craneoencefálicos cerrados: conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales, Traumatismos craneoencefálicos abiertos: fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca. Lesiones traumáticas de columna vertebral, nervios periféricos. Patologías vasculares cerebrales, patologías degenerativas causantes de lesiones compresivas de la médula y/o raíces nerviosas (mielopatía cervical espondilótica, canal estrecho lumbar), tumores cerebrales, tumores de la médula espinal, columna vertebral y nervios periféricos, malformaciones vasculares (malformaciones arteriovenosas, fistulas carótido-cavernosas), hemorragias cerebrales, patología de la circulación del LCR (hidrocefalia).	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, extirpación y manejo de tumores, craneotomía / craniectomía, lobectomía. / hemisferectomía, ventriculotomía / cordotomía, rizotomía. /disectomía, anuloplastia de disco intervertebral, artroplastia de disco intervertebral, laminectomía, laminotomía, laminoplastia, corpectomía, facetectomía, foraminotomía, fusión vertebral / fijación vertebral, ganglionectomía, bloqueo de nervios, entre otros procedimientos. Artrosis Cervical, artrodesis dorsal, Artrosis Lumbar, refución de columna.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA		
Maxilofacial y Odontología	Fracturas pan faciales, Le Fort tipo I, II, III, fracturas nasales, mandibulares, del maxilar, malar, del arco, de la orbita, del frontal. Fracturas coronal no complicada, coronal complica, corona-raíz no complicada, corona-raíz complicada, radicular, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar. Retenciones dentarias: terceros molares inferiores, superiores, caninos superiores e inferiores, premolares y molares superior e inferiores, dientes supernumerarios. Quistes odontogénicos, del desarrollo, gingival del infante, del adulto, periodontal lateral, dentigero, queratoquistes. Quistes del trayecto vestigial: quiste del conducto tirogloso. Quiste embrionarios de origen cutáneo, dermoide, epidermoide, de epitelio mucoso. tumores odontogenicos. Patologías de las glándulas salivares: alteraciones de secreción, quiste de los conductos salivares, tumores salivares de orígenes epiteliales y no epiteliales. Hiperplasia del surco vestibular, fibromatosis de tuberosidad y paladar, papilomatosis de paladar, tejido óseo, protuberancias y cresta agudas. Patologías infecciosas oro facial, inflamación, flemones, inflamación del diente y su entorno, inflamación de la región del maxilar, inflamación de la región mandibular, sinusitis odontogénica. Infecciones en maxilares y comunicaciones.	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento quirúrgico, implantología dentaria, cráneooplastia, cirugía ortognática, cirugías reconstructivas, exodoncia, endodoncia, frenillos, profundización del vestíbulo, bridas cicatriciales, curas.
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA		
Anestesiología	Administración de anestésicos. Reanimación cardio pulmonar avanzada. Monitorización estándar básica. Mantener las funciones vitales en condiciones óptimas antes, durante y después de los procedimientos. Abolir o controlar el dolor sea cual fuere su etiología en usuarios que tras un diagnóstico correcto y exhaustivo no sean susceptibles de otros tratamientos médicos o quirúrgicos capaces de resolver las causas que originan dicho dolor.	Evaluación pre-anestésica, anestesia general inhalatoria, anestesia endovenosa y balanceada, anestesia regional tipo bloqueo subaracnoideo, bloqueo peridural bloqueo periférico, tipo braquial, cuero cabelludo, femoral, tibial, cubital, radial, mediano, poplitio, anestesia local asistida, intubación endotraqueal, colocación precisa de venoclisis central y periférica.
GERENCIA DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES		
Medicina Interna	Evaluación pre-quirúrgica, manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias: *Cardiología, * Neumología, * Gastroenterología * Neurología *Hematología * Nutrición clínica Convulsiones, déficit neurológico, secuelas neurológicas, post trauma, encefalitis post trauma, sepsis, coagulopatías, cardiopatías hipertensivas e isquémicas, insuficiencia renal aguda y crónica, sangrado gastrointestinal, depresiones, ansiedad, psicoterapia, crisis histérica, trastornos de conducta, intentos de suicidio, evaluación y seguimiento ambulatorio del paciente post quirúrgico, interconsultas externas y de casos ambulatorios, trastornos respiratorios, neumonía, asma, tromboembolismo pulmonar, diabetología, prevención de enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales, soporte nutricional de usuarios ingresados, consultas nutricionales. Trastornos reumáticos y discrasias sanguíneas.	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, electrocardiograma, mapa, eco cardiograma, broncoscopios, fondo de ojo, punción lumbar.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA		
Unidades de Atención Crítica	Usuarios politraumatizados hemodinámicamente inestable y/o que ameriten ventilación mecánica, choque hipovolémico, post quirúrgico complicados, post-anestésicos complicados con lento despertar y dificultada para extubarse, trastornos electrolíticos, insuficiencia renal aguda, síndrome hiperosmolar, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, coma, edema agudo de pulmón, síndrome de distres respiratorio agudo, insuficiencia respiratoria aguda, embolia pulmonar, embolia grasa y embolia gaseosa, estatus asmático, infecciones graves, choque séptico, abdomen agudo, hemorragia digestiva grave, fracturas con lesiones asociadas neurológicas o vasculares. ACV hemorrágicos potencialmente, quirúrgicos, post quirúrgico de bariátrica complicada, neumonía nosocomiales, neumonía comunes, deficiencia respiratoria, crisis hiperglicémica en paciente politraumatizados, desequilibrio hidroelectrolítico.	Hospitalización y tratamiento clínico, desfibrilación / cardioversión, colocación de catéter periférico y central, traqueotomía / traqueostomía, intubación endotraqueal, terapia con nebulizador, colocación catéter Swan-Ganz, colocación línea arterial, ventilación automática, administración de medicamentos, monitoreo continuo de signos vitales, hemodiálisis, ventilación mecánica no invasiva con mascarilla especializadas de CIPAF
GERENCIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
Medicina Física y Rehabilitación	Hospitalización en UCI por: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas. Hospitalización clásica por: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas, amputaciones de miembros cirugías electivas (Reemplazos articulares). Consulta externa: Cuadros dolorosos articulares secuelas de fracturas, secuelas de trauma craneal, secuelas de trauma raquídeo, amputaciones de miembros, consulta del dolor, consulta de lesión de nervios periféricos. Exploraciones funcionales: Lesiones de nervios periféricos. Hospital de día: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas amputaciones de miembros, cuadros dolorosos articulares, secuelas de fracturas, secuelas de trauma craneal, secuelas de trauma raquídeo, amputaciones de miembros, cirugías electivas (Reemplazos articulares).	Hospitalización en UCI por: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico. Hospitalización clásica por: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico. Consulta externa: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico. Clinica de lesión medular (Equipo): Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico. Adaptaciones para las actividades de la vida diaria humana e independencia (Terapia Física y Ocupacional). Hospital de día: Administración de los ítems kinesiterapéuticos de los protocolos de atención clínica.
GERENCIA DE EMERGENCIA		
Emergencia	Manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias. Usuarios politraumatizados / politraumatizados con quemaduras. Fracturas con lesiones asociadas neurológicas o vasculares. Usuarios que ameriten intervención quirúrgica de emergencia, laparotomía exploratoria, heridas traumáticas, heridas de armas blanca, por arma de fuego, hemo neumotórax, hemo pericardio, tórax flácido. Trauma y heridas abdomen: hemo peritoneo, lesión de hígado, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas, heridas retroperitoneo. Heridas y traumas extremidades y lesiones vasculares.	Consultas ambulatorias de emergencia, reanimación cardiopulmonar básico y avanzado, hospitalización observación tratamiento, reducciones y enyesado, inmovilización de fracturas, reducción e inmovilización de luxaciones, colocación de fijadores, reducciones y enyesado, curas, Cirugía oral y maxilofacial: colocación de férula de Erich, taponamiento endonasal. Suturas de heridas, aplicación de medicaciones, traslado a otros centros.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	Lesiones cardiopulmonares y en parrilla costal. Cirugía oral y maxilofacial: Manejos conservador o quirúrgico de los traumatismos más frecuentes, lesiones traumáticas del tejido periodontal, subluxación, entre otros. Emergencias Neuroquirúrgicas: Traumatismos craneoencefálico cerrado, conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales, entre otros. Traumatismo craneoencefálico abierto, fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por armas blancas. Lesiones traumáticas de columna vertebral, nervio periférico, entre otros. Edema agudo de pulmón, síndrome coronario agudo, sangrado gastrointestinal, asma bronquial, enfermedad broncopulmonar, crisis hipertensiva cefalea, intoxicación grave, neumonías, enfermedad diarreica aguda, convulsiones, accidentes cerebrovasculares.	
Quirófano Emergencia	Herida penetrante de tórax y abdomen, control de hemorragias en amputaciones, fractura abiertas, heridas por arma blanca de grandes dimensiones, parto inminente, trauma cerrado de abdomen con evidencia de shock hipovolémico, trauma músculo- esquelético cerrado (fracturas cerradas, luxaciones) hemartrosis.	Amputaciones, artrocentesis, reducciones, laparoscopia y laparotomía de emergencia, partos inminentes, reducciones cerradas, lavado quirúrgico, cirugías menores, procedimientos quirúrgicos diversos de usuarios ingresados en planta.
Área de Sutura	Heridas diversas, heridas por armas de fuego sin compromiso a órganos o sistemas vasculonervioso.	Exploración de heridas, sutura de heridas, retiro de suturas, drenajes (cambio de sondas), desbridamiento.
Sala de Yeso	Traumas, esguinces, fracturas, luxaciones menores.	Reducción de fracturas menores e inmovilización, reducción de luxaciones e inmovilización, colocación de yeso (botas, guantes de yeso, etc.) colocación de férulas, Velpeaux.
GERENCIA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA		
Anatomía Patológica.	Patología quirúrgica. Estudios citológicos. Autopsias. Estudios especializados. Manejo de Cadáveres	Patología Quirúrgica: Procesamiento tinción e interpretación de biopsias incisionales y excisionales, procesamiento tinción e interpretación de biopsias incisionales y excisionales por congelación, manejo de piezas de amputación. Estudios Citológicos: Procesamiento, tinción e interpretación de estudios citológicos convencionales (frotis cervicovaginales, lavado de cavidades, lavado y cepillado bronquial, aspiración por aguja fina, entre otros). Procesamiento, tinción e interpretación de improntas. Autopsia: Estudio y determinación de causa básica, mecanismo y manera de muerte. Estudios Especializados: Realización, proceso e interpretación algunas tinciones especiales. Preparación del material que será enviado a realizar pruebas moleculares, inmunohistoquímica y microscopía electrónica. Manejo de Cadáveres: Identificación, registro, conservación y entrega de cadáveres, coordinar con las autoridades médico-legales para levantamiento de cadáveres y traslado al Instituto Nacional de Patología Forense.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE ENFERMERÍA		
Enfermería	Realizar dietas del usuario, proporcionar higiene general, toma de signos vitales, proporcionar apoyo emocional a usuarios y familiares, arreglo de unidad de usuario, 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 medicamentos, asistencia al médico y orientación al usuario en consulta externa, alimentación asistida a discapacitados, toma de muestras de orinas y heces fecales, pase de visita con el médico a los usuarios, circular en área quirúrgica, controlar balance hídrico de los usuarios, solicitar los insumos necesarios, higiene bucal, colocación de patos u orinales, 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, alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión.	Administración de medicamentos, colocación de sonda vesical, asistir en colocación de catéter venoso central y colocación de otras vías, medir presión venosa central (PVC), toma de temperatura, reanimación cardio pulmonar (RCP), oxigenoterapia, aspiración nasogástrica, cuidado de traqueotomía, preparación y esterilización de material quirúrgico, canalización de vías periféricas, aplicación de enemas evacuantes, aplicación de lámparas de calor S.O.S., masaje percutáneo y terapéutico, aspiración endotraqueal. Curas, higiene general del usuario hospitalizado, pase de visita, traslado de usuarios a las diferentes áreas, alimentación por gavage, preparación pre-quirúrgica del usuario.
GERENCIA DE SALUD MENTAL		
Salud Mental	Diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico, intervención en crisis, manejo y tratamiento en casos de crisis de ansiedad, aceptación, pérdida, miedo, desamparo, depresión, trastornos de personalidad, trastornos de adaptación, trastornos por somatización, entre otros.	Consultas ambulatorias programadas, psicoterapias, instauración tratamiento psicofarmacológico, evaluación psicosocial, terapia grupal, evaluación, tratamiento o rehabilitación de minusvalías psíquicas, aplicación de pruebas psicológicas.
UNIDADES COMPLEMENTARIAS		
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE		
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	Pruebas hematológicas. Pruebas serológicas. Pruebas bioquímicas. Pruebas especiales. Pruebas microbiológicas. Parasitología. Uroanálisis. Banco de sangre.	Recepción y toma de muestras. Admisión del usuario. HEMATOLOGÍA: Hemograma, conteo de plaquetas, eritrosedimentación, frotis de sangre periférica, conteo de reticulocitos, recuento de eosinófilos en sangre, recuento de eosinófilos en secreción nasal, hemoglobina, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo protrombina, tiempo parcial de tromboplastina. SEROLOGÍA: VDRL, ASO, PCR, Factor reumatoide, tipificación, antígenos febriles, dengue, prueba de embarazo (HCG). BIOQUÍMICA: Glicemia, glicemia post prandial, curva de tolerancia a la glucosa, colesterol total, LDL, HDL, VLDL, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina, depuración de creatinina, bilirrubina, fosfata alcalina, amilasa, lipasa, proteína totales, CPK, CPK MB, cloro, potasio, sodio, hierro, gases arteriales, fósforo, proteína en orina, albúmina, TGO, TGP, ferritina. PRUEBAS ESPECIALES: antígenos australianos IgM, HBsAG, HCV, HAV IgM, IgG, HIV –I II, T3, T4, TSH, prolactina, FSH, progesterona, beta HCG, PSA libre, PSA total. MICROBIOLOGÍA: Cultivos (varios) antibiogramas, tinción de Gram, BK, coprocultivo, urocultivo, hemocultivo, tinción Zeihl Neelsen.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		PARASITOLOGIA: coprológico, sangre oculta, leucocitos, hematozoarios, UROANALISIS: examen de orina, proteína de Bence Jones, albuminuria, glucosuria, cetonuria. BANCO DE SANGRE: Depuración de donantes, flebotomía, cruce, tipificación, test de Coombs, HIV I – II, HTLV I-II, HbsAg, HVC, VDRL, TGO, TGP, ferritina, hierro.
GERENCIA DE IMAGENOLOGÍA		
Imagenología	Traumas, heridas. Patologías tumorales e infecciosas. Malformaciones. Hernias. Chequeos y seguimientos evolutivos.	Radiográficas: Simples y contrastadas. Tórax PA, AP y Lateral. Abdomen simple. Cadera, cuello, senos para nasales, Water, silla turca, macizo parcial. Cadera. Costillas, huesos largos, cráneo AP, Lat., columna lumbar AP y lateral, columna dorsal. Estudios contrastados: Urografía excretora, serie gastroduodenal. Ultrasonido: Pélvico, abdominal, obstétrico, músculo esquelético (obro), otros, partes blandas, transvaginalhombro, rodilla, mamas, mano, cuello, tiroides, prostática. Tomografía Axial Computarizada (TAC): pelvis, pierna, tobillo, pie, femur, rodilla, columna lumbar, cervical y dorsal. Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Craneal, extremidades inferiores y superiores. Columna cervical. Dorsal y lumbar.
GERENCIA DE FARMACIA		
Farmacia	Apoya en la selección y adquisición de medicamentos, materiales e insumos médicos. Entrega de medicamentos, materiales e insumos para las diferentes áreas donde existen los stocks (área quirúrgica, unidades de cuidados intensivos, emergencias, hemodiálisis, gastroenterología, otros). Reposición de stocks. Dispensación de dosis para los usuarios hospitalizados o que se les realizará procedimientos ambulatorios.	Selección de medicamentos y material médico quirúrgico. Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico. Recepción de medicamentos y material médico quirúrgico. Almacenamiento de medicamentos. Distribución de medicamentos. Dispensación de medicamentos en dosis unitaria. Reposición stock de medicamentos. Reenvasado de medicamentos.
DIRECCIÓN GENERAL		
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL		
Servicio Social	Evaluación socioeconómica, apoyo durante el pase de visita a los usuarios hospitalizados, soporte y apoyo emocional, orientación comunitaria, coordinación intra y extrahospitalaria, apoyo en la referencia y contrarreferencia de casos, seguimiento y evaluación de casos, necesidad de vestimentas y ataúdes a usuarios desconocidos, coordinación de actividades comunitarias.	evaluación socioeconómica, aplicación descuento a facturas, pase de visitas a los usuarios hospitalizados, soporte y apoyo emocional, capacitación y orientación, preparación material de educación y orientación, investigación de campo, orientación comunitaria, visita domiciliaria, planificación y coordinación de actividades de prevención y educación para la salud, entrega de vestimenta y ataúdes a usuarios desconocidos, realización de intervenciones comunitarias en Información, Educación y Comunicación (IEC)

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO		
Atención al Usuario	informaciones relacionadas con el funcionamiento, ubicación de las áreas y servicios que ofrece el hospital, información a familiares y/o usuarios en el área de emergencia, (24 horas) recepción de reclamaciones, quejas y sugerencias, (presenciales y vía buzones de sugerencias), recepción de llamadas telefónicas y transferencia de llamadas telefónicas a otras gerencias y servicios, informar sobre la ubicación y condición en sala de los usuarios hospitalizados (no. de habitación), reporte de anomalías en las áreas, programación, Reprogramación y llamadas para recordarle la cita a los usuarios, Gestión de citas extraordinarias, Apoyo psicológico a pacientes de Diálisis.	Entrega de ticket, organización flujo operativo consulta externa, recepción de quejas, reclamaciones y sugerencias, resolución de quejas y dificultades presentadas por los usuarios, reporte de anomalías en las áreas, realizar encuestas para la evaluación de satisfacción al usuario, charlas de orientación, supervisar la prestación puntual y eficiente de los servicios.
GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS		
Comunicación y Relaciones Públicas	Coordinación de ruedas de prensa. Realización de notas de prensa. Promoción de los diferentes eventos de la institución. Coordinación, recibimiento y atención de miembros acreditados de los medios de comunicación y personalidades distinguidas nacionales e internacionales que visitan el hospital. Coordinación de entrevistas, publicaciones y reportajes en los medios de comunicación. Actualización del contenido de la página web del hospital. Administración y actualización de los murales de información del hospital. Promoción del concepto general del hospital y sus gerencias. Supervisión técnica y aprobación de los trabajos publicitarios solicitados a otras empresas, (anuncios publicitarios, documentales, otros). Apoyo en la organización de eventos científicos y sociales.	Maestría de ceremonias, rueda de prensa. nota de prensa, recepción, revisión y edición publicaciones, tomas de fotos y videos, edición de revistas y brouchur, control de la imagen grafica estandarizadas del hospital. Realización de síntesis diaria sobre las principales noticias de salud en los diferentes medios de comunicación.
UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL		
Unidad de Asesoría Legal	Elaboración de contratos laborales, descargos, y documentación legal, laboral, confección de contratos civiles, comerciales, arrendamientos, constitución de deudor, en caso de litigios demandas y conciliaciones en materia laboral, civil, comercial, intimaciones, contrataciones de servicios y representaciones s solicitud de los diferentes gerencias, participar en la revisión de los procesos de compra y ventas de equipos, contrataciones de servicios, etc.	Elaboración de contratos para contratación de personal, elaboración contratos prestación de servicios, elaboración de actas, ejecución de garantía, ejecución legal de créditos atrasados en el hospital, estudio y asesoramiento para contratos, demandas, otros.
Oficina de Acceso a Información Pública (OAI)	Solicitud de información referente a la institución	Recibir y dar trámite a las solicitudes de acceso a la información, realizar los trámites necesarios a lo interno del hospital para entregar la información solicitada, recolectar, sistematizar y difundir la información de libre acceso que se genera en el hospital, auxiliar en la elaboración de solicitudes de acceso a la información y, en su caso, orientar a los solicitantes respecto de otros organismos, instituciones o entidades que pudieran tener la información que solicitan, poner a disposición de la ciudadanía, tanto en Internet como en un lugar visible en sus instalaciones, un listado de los principales derechos que, en materia de acceso a la información, asisten al ciudadano, elaborar, actualizar y poner a disposición de la ciudadanía un índice que contenga la información bajo su resguardo y

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		administración, identificar y proponer los procedimientos internos para asegurar eficiencia en la gestión de solicitudes de acceso a la información, llevar un archivo de las solicitudes de acceso a la información, sus antecedentes, tramitación, resultados y costos, elaborar estadísticas y balances de gestión de su área en materia de acceso a la información, realizar las correspondientes tachas en caso de solicitarse un documento que contenga información parcialmente reservada, previa aprobación del director del hospital, realizar las demás tareas necesarias que aseguren el efectivo ejercicio del derecho de acceso a la información, la mayor eficiencia en su misión y la mejor comunicación entre el organismo, institución o entidad y los particulares.

SUB-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTOS

GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología	Estudio y observación de enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica. Vigilancia de efectos medicamentosos indeseados. Vigilancia de accidentes de trabajo, Vigilancia de infecciones intrahospitalarias. Registro y análisis de datos. Estimación cuantitativa de un problema de salud. Detectar precozmente y controlar brotes y epidemias. Coordinación de Comité Control de Infecciones. Capacitaciones. Facilitar investigaciones epidemiológicas y clínicas. Evaluar y apoyar la implementación de medidas de prevención y control. Discusiones de casos de mortalidad. Generación de informes. Seguimiento y control de TB, VIH/SIDA (PVVS), infecciones de transmisión sexual. Producción de conocimientos básicos para programas y actividades (investigación). Apoyar a la organización de los servicios y a la gestión administrativa hospitalaria. Realizar las actividades correspondientes a la Vigilancia Epidemiológica vinculadas estrechamente con el control de enfermedades y otros eventos tanto en el ámbito intra-hospitalario como en la comunidad (control de brotes). Facilitar la integración docencia, investigación y servicio.	Búsqueda activa de casos. Vacunación. Emisión de alertas. Documentar la distribución y extensión de un problema de salud. Consejería pre y post prueba. Realizar los reportes epidemiológicos según los requerimientos de la Dirección General de Epidemiología del MISPAS y/o Dirección general y/o Sub-dirección médica. Análisis y discusión casos de mortalidad. Administrar las terapias medicamentosas de manera preventivas cuando la situación así lo amerite. Reportar inmediatamente los casos objetos de vigilancia que deben ser inmediatamente reportados, con la ficha correspondiente. - Cuantificación y caracterización de daños a la salud en la población (investigación descriptiva). - Cuantificación y caracterización de riesgos identificados que están presentes en la población. – Identificación de factores de riesgo y factores pronósticos para un evento determinado (investigación etiológica). – Ampliación de la información sobre los aspectos histórico-sociales de un problema de salud (investigación de pronóstico y supervivencia). – Determinación de validez y confiabilidad de procedimientos de diagnóstico y de intervención (investigación metodológica). – Evaluación de la eficacia de un procedimiento diagnóstico o un agente profiláctico o terapéutico (ensayos controlados evaluativos). – Evaluación del impacto obtenido por un programa, servicio o acción de salud (investigación evaluativa diagnóstica). Formar parte del Comité Ejecutivo del hospital, del Comité de Control

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		de Infecciones Intra-hospitalarias y la Comisión de monitoreo de calidad de la atención. - Establecer en el servicio una planificación en función del perfil Epidemiológico. – Intervención en las acciones del área programática. – Informar a nivel decisorio sobre población postergada por razones de acceso y desigualdades en la calidad de la atención médica.- Reorientación y optimización de los servicios de Atención Primaria acorde al nivel de complejidad del Hospital. – Vigilancia epidemiológica de indicadores y trazadores de la gestión del hospital y su área programática y de la satisfacción de los pacientes. – Analizar las necesidades de adecuación del hospital a las nuevas patologías; accidentes, violencia, patología ocupacional y los problemas de salud mental. – Describir, analizar e informar la importancia de las enfermedades crónicas no infecciosas y de los problemas relativos a la tercera edad en la medida que se avanza en el control de las enfermedades infecciosas transmisibles. Estimular el registro y la notificación temprana de enfermedades objeto de vigilancia por parte del personal de salud al servicio de Epidemiología del Hospital. - Cumplir con la notificación oportuna al nivel superior correspondiente de las enfermedades notificables, incluyendo las de carácter internacional, estadísticas vitales y situaciones de alerta. – Analizar periódicamente la magnitud y tendencia de los problemas de salud de la población que acuden al servicio. – Promover y coordinar la conformación del Comité intrahospitalario de control de infecciones. – Poner en marcha oportunamente las acciones técnicas individuales y colectivas de prevención y control vinculadas a la detección de casos de enfermedades y eventos objeto de vigilancia, tanto en el ámbito intrahospitalario como en la comunidad. – Identificar e implementar las acciones del control de saneamiento básico del medio hospitalario. - Coordinar las acciones entre los diferentes servicios del hospital (saneamiento ambiental, cirugía, emergencia, estadística, etc.) – Garantizar la implementación de las intervenciones vinculadas a las enfermedades o eventos objetos de programas de prevención y control. – Garantizar el acceso del personal de salud del Hospital a los análisis e informes epidemiológicos.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		– Desarrollar la vigilancia de factores de riesgo ambiental, con la identificación sistemática de condiciones, situaciones o características que se constituyen en factores de riesgo y de sus variaciones y tendencias, así como de sus efectos sobre la salud. – Elaborar Boletines Epidemiológicos periódicos. Fomentar el desarrollo y la capacitación de los recursos humanos para la promoción y extensión del raciocinio epidemiológico. - Promover la incorporación de la epidemiología en la formación tanto de los alumnos de pregrado como de postgrado de diversas asignaturas y carreras de ciencias de la salud. – Promover la disponibilidad y el acceso del personal de salud a la bibliografía científica
GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ADMISIÓN Y ARCHIVO.		
Estadística, Admisión y Archivo.	SERVICIO DE ESTADÍSTICAS: Diseño de fuentes para recolección de datos, recolección, tabulación de datos, análisis y administración de datos e informaciones estadísticas, capacitaciones, supervisión del sistema de registro de datos, generación de informes. SERVICIO ARCHIVO: Organización de record clínico nuevo, administración y almacenamiento de expedientes clínicos, entrega de record clínicos, registros de informaciones y datos sistema informático. SERVICIO ADMISIÓN: Registro de datos generales de los usuarios, brindar información a los usuarios, asignación de camas hospitalarias, (disponibilidad de camas), programación de citas.	Servicio de Estadísticas: Recopilación de informaciones. Tabulación de datos. Análisis de las informaciones. Diseño de fuentes para recolección de datos. Supervisión del sistema de registro de datos. Generación de informes estadísticos. Servicio de Archivo: Búsqueda y entrega en archivo de los expedientes solicitados. Registro de los expedientes entregados y recibidos. Archivo de expedientes clínicos. Organización de expedientes nuevos. Registros de informaciones y datos en el expediente clínico cuando el sistema informático falle. Servicio de Admisión: Registro de datos generales de los usuarios. Admisión área hospitalización y ambulatorios para procedimientos electivos. Programación de citas. Asignación de camas hospitalarias.
GERENCIA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN		
Tecnología de Información	Servicio de instalación computadoras. Instalación y asistencia técnica telefonía. Instalación e implementación de softwares y aplicaciones. Administración y protección de base de datos. Instalación de hardware/ Soporte técnico hardware y software. Capacitación a usuarios. Respaldo y recuperación de datos. Diseño y actualización de softwares y aplicaciones. Servicio de videoconferencias. Soporte audiovisuales. Administración uso de aplicaciones informáticas. Respaldo y recuperación de datos. Análisis de proyectos. Gestión y coordinación de actividades ligadas a procesos y sistemas.	Programar copia de seguridad (backup) diaria. Instalación y configuración servidor. Crear shortcut. Preparación de cable de red o teléfono IP (patch cord). Instalación de teléfono IP. Instalación física servidor. Instalación sistema operativo. Configuración servidores. Instalación sistema operativo y programas en estaciones de trabajo. Instalación de estaciones de trabajo. Capacitación uso aplicaciones informáticas. Brindar asistencia técnica a los usuarios.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	Formulación recomendaciones técnicas. Monitoreo y evaluación funcionamiento sistemas informáticos. Control de riesgos (Virus, sabotaje, seguridad, otros) en los sistemas. Diseño, elaboración y mantenimiento de página web.	Realizar reparaciones de equipos informáticos. Formatear equipos. Actualizar anti-virus. Actualizar pagina Web. Creación/eliminación de usuarios, creación y control de carpetas en la intranet, asignación de permisos, asignación de tarjetas de acceso, asignación de flotas, asignación de claves para llamadas telefónicas, asignación de minutos en las flotas, acceso a internet, salida de equipos, instalación de teléfonos en las oficinas.
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN		
Monitoreo y Evaluación	Monitoreo de indicadores de calidad. Evaluación desempeño técnico y metas de producción. Evaluación y auditoria del cumplimiento y aplicación de protocolos. Elaboración de informes con propuestas de cambios para mejorar los servicios.	Encuesta de satisfacción de usuarios internos y externos. Auditoria expediente clínico. Levantamiento de información para planes de incentivos. Apoyo a las evaluaciones de desempeño del personal.
GERENCIA DE APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS		
Apoyo a Investigaciones Clínicas.	Desarrollo de investigaciones médicas y epidemiológicas. Apoyo al personal de salud en la realización de investigaciones. Identificación de proyectos. Búsqueda y desarrollo de proyectos de investigación en colaboración con instituciones nacionales e internacionales. Sometimiento de propuestas de proyectos de investigación a otras organizaciones y/o instituciones nacionales e internacionales. Asesoría y colaboración con instituciones asociadas en investigación al hospital. Apoyo y evaluación de proyectos, protocolos y normas de investigaciones externas a realizarse en el hospital.	Identificación de proyecto de investigación con potencial para realizar mejora en la prestación de servicios en el hospital y/o de manera generalizada en el sector salud. Realizar encuentro de estímulo y presentación de propuestas de investigaciones al personal. Evaluación y recomendaciones sobre investigaciones externas a realizarse en el hospital. Coordina y realiza cursos de capacitación en técnicas de investigación en el área de la salud. Asesoría técnica y seguimiento para la realización de las investigaciones. Presentaciones y publicaciones de las investigaciones.
SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA		
SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA		
Sub-dirección Académica	Analizar las propuestas de creación, apertura y modificación de programas curriculares de postgrado de especialización, apoyar el desarrollo y proyección profesional del personal del hospital en el país y el extranjero, realizar acuerdos y/o convenios interinstitucionales, para formación de personal y/o educación continuada.	Administración de los programas de post-gradados, coordinar y administrar jornadas de actualización, cursos, talleres y diplomados. capacitación y actualización del personal de salud, administrar y conducir los servicios académicos que se prestan a los usuarios en el hospital en cuanto a gestión documentaria en coordinación con la institución académica contraparte, programar y supervisar el proceso de matrícula, mantener actualizado el registro académico, emitir certificados y canalizar la expedición de los certificados, títulos profesionales y cualquier otra documentación que derive del proceso docente, programar y mantener actualizada la base de datos académica y establecer mecanismos de seguridad de los registros académicos de los participantes y de los formularios numerados. seguimiento y control de los acuerdos y convenios interinstitucionales.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
GERENCIA DE CONTABILIDAD		
Contabilidad	Conocer los balances contables generales de la institución y por renglones. Conocer los estados financieros de la institución. Conocer los costes de producción de las unidades productivas. Realizar recepción, almacenaje y despacho de productos. Gestionar los créditos y pagos de la institución. Mantener control de los balances bancarios de la institución. Apoyo a auditorías externas e internas. Solicitudes de Informes.	Contabilidad General: Preparación y análisis de estados financieros, informes financieros y contables, entrada de diario libros. Contabilidad de Costos: Análisis de los costos, elaboración de propuestas para planes de contención de costos. Cuentas por cobrar: Registro, análisis y conciliación de las cuentas por cobrar. Cuentas por pagar: Registro, análisis y conciliación de las cuentas por pagar. Nómina: Registro, revisión y pago de honorarios. Conciliaciones bancarias: Registro, análisis y conciliación de la caja banco.
SERVICIO DE PRESUPUESTO		
Presupuesto	Preparar la planificación de la ejecución de los recursos de la institución. Control y vigilancia de la ejecución de los recursos de la institución según lo planificado.	Coordinar la identificación de necesidades de recursos de las estructuras organizativas que conforman el hospital. Coordinar la formulación del presupuesto particular de las sub-direcciones y servicios. Formular el presupuesto general de la institución. Monitorear y controlar la ejecución presupuestaria. Proponer acciones para la correcta ejecución presupuestaria. Contabilidad general de la ejecución presupuestaria. Preparación de informe periódico sobre ejecución por renglones del presupuesto. Preparación de informes de análisis del desempeño de la ejecución presupuestaria por períodos.
GERENCIA DE FACTURACIÓN Y SEGUROS		
Facturación y Seguros	Registrar y contabilizar los consumos. Solicitar pagos. Apoyar negociaciones con compradores. Revisar y validar consumos. Elaboración de cotizaciones de procedimientos a usuarios, Elaboración de cotizaciones de requisiciones de material de osteosíntesis, orientación a los usuarios de las diferentes ARSs sobre el proceso a seguir para la prestación del servicio, actualización de las tarifas con las diferentes ARSs contratadas, incorporar nuevas ARSs al hospital, colaborar en el área de auditoría médica interna en la conexión de fallas en los expedientes de los usuarios, preparar informes a las instancias superiores sobre el estado de lo pagado y facturado por cada ARS	Facturación y cobros unidades ambulatorios. Facturación y cobros hospitalización. Avances para procedimientos electivos. Confirmación de autorizaciones y verificación de cobertura a los afiliados a las ARS's. Control y seguimiento del consumo de los usuarios hospitalizados. Apoyo al Servicio de Cuentas por Cobrar para realizar reclamaciones a las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS's). Revisión y validación de los consumos registrados por otros usuarios.
GERENCIA DE CONTROL INTERNO		
Control Interno	Control cumplimiento de las actividades según normas establecidas. Verificación de expedientes de pagos de cuentas y otros. Control de la relación entre consumos y recursos económicos recibidos, en base a la existencia contable.	Auditorías Financieras: Auditoría de caja chica. Auditoría de combustible. Auditoría de cuentas por pagar. Auditoría de cuenta por cobrar. Auditoría de nómina. Auditoría de conciliación bancaria. Auditoría de consumo de oxígeno y gas. Auditoría de arqueo de cajas.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		Auditoría de facturación hospitalaria. Auditoría de expedientes contables. Auditoría de Procesos. Auditoría a Protocolos de Procedimientos. Auditoría a almacén de suministros y farmacia. Auditoría los ingresos de caja
GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS Y CONTROL DE INVENTARIOS		
Activos Fijos y Control de Inventario	Control de entrada de los activos fijos. Registro y control de movilidad de los activos. Vigilancia y control de la administración de los activos fijos. Apoyo para estimar la depreciación de los activos fijos. Control y registro de los inventarios Contabilizar los recursos inventariados.	Registro de activos fijos. Registro, control y asignación de responsables de los activos fijos. Trazabilidad de los movimientos de los activos fijos. Cálculo de depreciación de los activos fijos. Realización de inventario de activos fijos y mercancías en almacenes. Contabilización de los inventarios.
GERENCIA DE TESORERÍA		
Tesorería	Registro de consumo. Cobro. Depósitos. Pagos.	Facturación y cobros unidades ambulatorias. Cobro a usuarios y/o familiares, ARS's. Cuadre de caja. Realizar los depósitos bancarios. Efectuar pago oportuno diferentes proveedores Entrega de cheques. Conservar y custodiar los vales provisionales de caja, que amparen entregas de efectivo del fondo fijo de caja. Preparación de reportes diarios. Autorizaciones y verificación de cobertura de afiliados a Administradoras de Riesgos de Salud (ARS's). Elaboración, revisión y control de la disponibilidad efectivo.
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES		
Compras Generales	Suplir las necesidades de mercancía. Poseer una lista de proveedores de acuerdo al tipo de productos, mercancía o insumo que venden y/o ofrecen. Poseer actualizada la lista de precios y especificaciones de las mercancías por proveedor. Gestionar las compras en un tiempo prudente. Control y registro de las estadísticas de compras y proveedores. Análisis de adquisiciones.	Preparación de banco de proveedores certificados y aprobados para las compras. Recepción y registro de solicitudes de compra de mercancías. Verificar que se ha cumplido con el proceso establecido para la solicitud de compras. Realizar la cotización de las mercancías solicitadas. Realizar las gestiones para selección y aprobación de la cotización. Emitir órdenes de compras. Gestionar las compras. Garantizar que el proveedor ha cumplido con las especificaciones de la mercancía solicitada. Preparación expediente para solicitud de pago a los proveedores. Realizar diversos informes.
SUB-DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
GERENCIA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA		
Capacitación y Educación Continua.	Formación y actualización de conocimiento. Capacitación de nuevas técnicas y procedimientos. Incorporación de nuevos conocimientos. Inicio de nuevos programas de formación.	Recepción de solicitudes de capacitación. Formulación Plan de capacitación general Elaboración de presupuesto de actividades de capacitación. Elaboración de contratos y firmas de acuerdo con instituciones educativas.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		Hace Reportes e informes diversos del área. Tramites de pagos (pagos de cursos, congresos, viajes, viáticos por viajes entre otros). Formulación de contenidos programáticos, Revisar propuesta de los contenidos programáticos de cursos, talleres, post-gradados, especialización, Otros. Coordinar capacitaciones y programas de enseñanza. Planificación de actividades de actualización de conocimientos. Planificación de actividades de capacitación. Coordinación de actividades de capacitación internas y externas. Coordinación de participación en actividades nacionales e internacionales. Diseño y actualización del programa anual de capacitación por sub-direcciones y gerencias. Identificación de cursos, talleres y actividades de capacitación.
GERENCIA DE ENTREVISTA, SELECCIÓN, INDUCCIÓN Y EVALUACIÓN		
Entrevista, Selección, Inducción y Evaluación	Contratación de nuevo personal. Evaluar desempeño del personal. Brindar información general de la institución.	Recepción de solicitudes. Convocatoria del Comité de Entrevista y Selección. Entrevista y selección del personal. Inducción general al personal. Propone la elaboración de los contratos de personal. Elaboración de contratos de personal en coordinación con Unidad de Asesoría Legal. Hace Reportes e informes diversos del Área. Pruebas psicométricas. Banco de elegibles por gerencia. Realizar evaluaciones de desempeño del personal.
GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA		
Registro y Nómina	Generar y elaborar la nómina general del hospital, de acuerdo a la periodicidad de pagos establecida. Control entrada y salida de personal de la institución Mantenimiento al sistema de nómina. Generar nóminas especiales. Realiza el cálculo de prestaciones y compensaciones. Registro de entrada y salida de empleados a la institución.	Preparación de nómina conforme a las novedades aprobadas. Generar nominas especiales a solicitud de la subdirección de gestión de recursos humanos. Cálculo de prestaciones. Cálculos de compensaciones o descuentos por horas no laboradas, prestamos, créditos, otros. Cálculos de compensaciones por labor fija. Monitoreo y Control general de entrada y salida del personal.
SUB-DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES DE APOYO		
GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD		
Vigilancia y Seguridad	Vigilancia y cuidado, control de accesos, seguridad. Investigaciones de incidentes (robos, perdidas, riñas, agresiones, otros) Detecciones.	Control y vigilancia presencial y a través de cámaras. Prevención de incidentes (robo, agresiones, otros). Control y restricción acceso a áreas. Custodia y protección del personal. Custodia y protección usuarios internos. Investigaciones.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE MANTENIMIENTO Y REPARACIONES		
Mantenimiento y Reparaciones	Instalaciones de equipos, sistemas, mobiliario. Suministro de agua, gases, vapor, aire acondicionado. Mantenimiento de equipos, sistemas, mobiliario, infraestructura Chequeo predictivo de equipos, sistemas, mobiliario. Reparaciones de equipos, sistemas, mobiliario, infraestructura. Seguimiento al cumplimiento de contratos con compañías externas.	Instalación: Equipos, sistemas, mobiliario, luminarias. Suministro: Agua potable y sistema sanitario, drenaje, electricidad general y de emergencia, gases medicinales, sistema de aspirado, vapor, ventilación y aire acondicionado. Mantenimiento: Preventivo, predictivo y especial de equipos y sistemas. Reparaciones de averías y daños: Equipos, sistemas, mobiliario e infraestructura, calles, contenes y aceras. Ensamblaje: Mobiliario, equipos, sistemas. Pintura: Infraestructura interna y externa, mobiliario. Ebanistería: Diseño, construcción, reparación y mantenimiento de mobiliario. Electricidad: Instalación de nuevas estructuras eléctricas, cambio de luminarias, prevención y control de averías y cortocircuitos. Plomería: Habilitación de sistema para control de incendios, mantenimiento sistema drenaje. Jardinería: Supervisión de siembra, acondicionamiento y conservación de árboles y plantas, mantenimiento. Supervisión, seguimiento y evaluación: Contratos de compañías contratadas para mantenimiento. Valoración y recomendaciones técnicas: Compra e instalación de sistemas, equipos y mobiliario.
GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN		
Lavandería y Esterilización	Lavado, planchado, esterilización, confección de ropas, reparación de ropas, administración de ropas, esterilizado de paquetes quirúrgicos, control e inventario de ropa y lencería.	Recepción y clasificado de ropa sucia, lavado, secado, planchado, esterilización, corte y costura de ropa y lencería, arreglos y reparaciones de ropas y lencerías, almacenamiento y dispensación de ropa.
GERENCIA DE LIMPIEZA Y DESECHOS HOSPITALARIO		
Limpieza y Manejo de Desechos.	Limpieza. Desinfección. Traslado y Manejo de los desechos. Organización del mobiliario. Limpieza y organización de habitaciones.	Limpieza, desinfección y organización de áreas. Asepsia y antisepsia de áreas críticas (Quirófanos, UCI, Aislamiento, Emergencia) y equipos. Prevención de infecciones nosocomiales. Limpieza y organización de habitaciones. Limpieza y organización de áreas comunes y administrativas. Limpiezas terminales (check out). Limpieza y mantenimiento de jardinería y áreas externas. Capacitación de personal. Supervisión periódica de limpieza. Control de roedores e insectos. Reporte de averías y daños a la infraestructura. Esterilización de desechos en equipos de esterilización.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
GERENCIA DE TRANSPORTACIÓN		
Transportación	Traslado de personas y cargas diversas en vehículos de motor.	Servicio de manejo de ambulancias. Búsqueda y traslado de usuarios. Transporte de materiales, equipos e insumos. Transporte de personal. Servicios de mensajería externa. Traslado de servicios administrativos. Servicios especiales. Limpieza y mantenimiento de vehículos de transporte.
GERENCIA ALIMENTACIÓN		
Alimentación	Alimentación general. Bebidas. Alimentación con requerimientos especiales. Picaderas y alimentos rápidos.	Preparación de alimentos y bebidas de manera general. Preparación de picaderas y dispensación de alimentos y bebidas procesados de manera industrial (Papitas, chicharrones, doritos, chetos, gaseosas, otros). Preparación de un variado menú de acuerdo a requerimientos especiales. Manipulación y preparación de alimentos. Servicios de alimentación a usuarios ambulatorios. Servicio de alimentación a empleados. Administración de la despensa. Dispensación de alimentos. Gestiones para la subcontratación otras empresas para actividades especiales (si es necesario). Venta de alimentos. Menú a la carta ena el área de hospitalización.

Fuente: Sub-Dirección Médica y Servicios Complementarios.

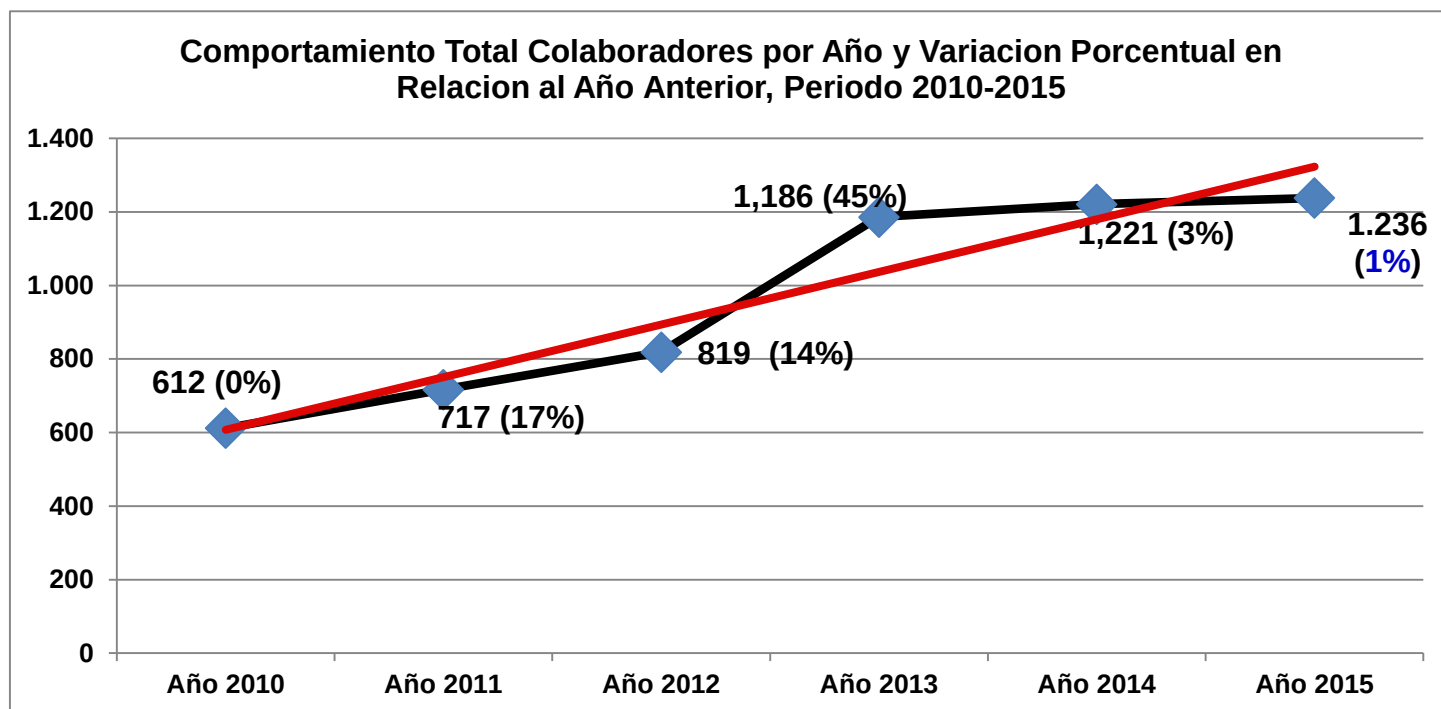
11. Distribución Recursos Humanos.

PERSONAL	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	95	7,7%
DIRECCIÓN GENERAL	9	
GERENCIA DE ASESORÍA LEGAL	4	
GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO	39	
GERENCIA RELACIONES PUBLICAS	13	
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	14	
GERENCIA CONTROL DE LOS PROCESOS Y REGISTROS	4	
GERENCIA AUDITORIA MEDICA	12	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	4	0,3%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	221	17,9%
GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO	4	
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN Y BEBIDAS	23	
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS	79	
GERENCIA DE LAVANDERÍA	13	
GERENCIA DE MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	35	
GERENCIA DE TRANSPORTACIÓN	8	
GERENCIA VIGILANCIA Y SEGURIDAD	59	
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	12	1,0%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	109	8,8%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	3	
GERENCIA DE ACTIVO FIJO Y CONTROL DE INVENTARIO	2	
GERENCIA ADMINISTRATIVO	15	
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	4	
GERENCIA DE CONTABILIDAD	9	
GERENCIA DE FACTURACIÓN Y SEGUROS	54	
GERENCIA DE TESORERÍA	22	
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	762	61,7%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	2	
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	23	

PERSONAL	CANTIDAD	%
GERENCIA CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	37	
GERENCIA DE EMERGENCIA/URGENCIAS	42	
GERENCIA DE ENFERMERÍA	364	
GERENCIA DE FARMACIA	30	
GERENCIA DE FISIATRÍA Y REHABILITACIÓN.	15	
GERENCIA DE HEMODIÁLISIS	5	
GERENCIA DE IMAGENOLOGIA	50	
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	61	
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	10	
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	28	
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	10	
GERENCIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	40	
GERENCIA DE PATOLÓGICA	9	
GERENCIA DE SALUD MENTAL	5	
GERENCIA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	28	
UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGO	3	
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	33	2,7%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	2	
GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTOS	3	
GERENCIA ESTADÍSTICA, ADMISIÓN Y ARCHIVO	19	
GERENCIA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	9	
TOTAL GENERAL	1,236	100,0%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos.

12. Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2015



13. Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2015.

ÁREA	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	95	7,7%
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	4	0,3%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	221	17,9%
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	12	1,0%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	109	8,8%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	762	61,7%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	33	2,7%
TOTAL GENERAL	1,236	100,0%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos.

14. Reporte Acciones de Personal del año 2015

ACCIONES DE PERSONAL	CANTIDAD
ENTRANTES	
Entrantes Creación de Plaza	29
Entrantes Sustitución	64
Entrantes Reposición	1
SALIENTES	
Salientes Traslados (Promociones)	7
Salientes Renuncias	34
Salientes Sustitución	0
Salientes Abandono	11
Salientes Desvinculación	48
Salientes Fallecidos	1
Salientes Periodo Probatorio	1
SUSPENSIONES	
LICENCIAS SIN DISFRUTE DE SALARIO	3
LICENCIAS CON DISFRUTE DE SALARIO	1
LICENCIAS MEDICAS	1,166
TOTAL	

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos

Índice de licencias medicas, con relación al total de empleados = 0.9%

15. Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2015 en Relación al año 2014:

Los Recursos Humanos de manera general presentaron un crecimiento relativo de un **1.2%**, lo que representó en términos absolutos un incremento de **15** nuevos colaboradores, pasando de **1,221** colaboradores a **1,236**. Este incremento de los recursos humanos **fue determinado por la necesidad de aumentar la oferta de servicios y mejoría de la atención a los usuarios.**

De manera particular el mayor incremento realizado se observó en la **Dirección General** con un incremento de **7** colaboradores, significando un crecimiento de **10%**.

Dentro de las gerencias que componen la **Dirección General**, la gerencia que presentó el mayor crecimiento fue la gerencia de Comunicación y relaciones públicas pasando de **9** a **13** colaboradores, lo que representó un incremento relativo del **44%**. (importante considerar que para el tipo de institución esta gerencia posee demasiado personal).

La **Sub-Dirección Servicios Generales** presentó un incremento de un **5.2%**, pasando de **210** a **221** colaboradores. Dentro de las gerencias que componen esta sub-dirección y presentaron incremento de personal están: la gerencia de alimentación la cual paso de tener **20** colaboradores a **23**, lo cual represento un incremento de **15%**; La **gerencia de Mantenimiento** paso de tener **33** colaboradores a **35**, lo cual significo un incremento de **9%**.

La **Sub-Dirección Financiera y Administrativa** que presentó un incremento de un **4%**, pasando de **105 a 109** colaboradores.

Dentro de esta subdirección, la gerencia que presento el mayor incremento fue la **Gerencia de facturación y seguro** la cual incorporó **5** nuevos colaboradores, pasando de **49 a 54** personas, lo que representó un incremento relativo del **10%**; las demás gerencias de la subdirección financiera, no presentaron incremento significativo.

La **Sub-Dirección de Gestión de Recursos Humanos** presentó un incremento de un **33%**, pasando de **9 a 12** colaboradores.

La **Sub-Dirección Médica y Servicios Complementario** presento una reducción de personal pasando de **781** colaboradores a **774**, significando una disminución del **0.9%**.

Las demás **Sub-Direcciones Planificación, Académica**, no presentaron incremento **significativo de nuevos colaboradores**, al contrario la **sub-dirección de planificación** presento una disminución **del 17%**, pasando de **40 empleados a 33 empelados**.

16. Información Geográfica del Área de Influencia Directa del Hospital

El área de influencia geográfica del hospital es el **Municipio Santo Domingo Norte**. Este municipio, ubicado en la margen norte del río Isabela, todavía en buena parte rural y semirural, conserva una gran riqueza ecológica que además es un potencial turístico. Posee un parque natural y dos parques industriales aunque predomina aún la actividad económica informal. Está dotado de un nuevo aeropuerto comercial con vuelos nacionales e internacionales y tiene un creciente sector residencial moderno, así como áreas deprimidas y Villa Mella, un núcleo urbano tradicional, cuyo rico folclor de origen africano le ha merecido el reconocimiento de la UNESCO como “Patrimonio Cultural de la Humanidad”. Este municipio tiene además el distrito municipal de “La Victoria”, tradicional zona ganadera y agrícola suburbana.

Fundación	Municipio desde 2001
Superficie Total	383.02 km²
Población Total (2010)	454,561 hab. Fuente: Coordinación de Epidemiología del Área III
Densidad Poblacional	8,26 hab/km²
Diputados	7
Regidores	15
Asignación Presupuesto (2007)	RD\$479,065 ,444.15 Esta asignación representa la transferencia anual del Gobierno Central según la Ley N° 166-03 de fecha 6 de octubre de 2003, no incluye los ingresos locales.
Clima	Tropical monzónico

Fuente: CONARE, Abril de 2007

El municipio limita al norte y este con la Provincia Monte Plata, al sur con el Distrito Nacional y el municipio Santo Domingo Este y al oeste con los Municipios de Pedro Brand y Los Alcarrizos.



Santo Domingo Norte está constituido por un distrito municipal **La Victoria** y las secciones de:

Zona Urbana:

- “Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).
Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

IV. SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN 0, Área de Salud III.

(Perfil socio-demográfico, causas morbilidad y mortalidad, financiamiento de la atención.)

A) Perfil Socio Demográfico.

1. Población, Sexo y Grupo de Edad Área de Salud III.

→ Población Total, Grupos de Edad y Sexo del Área III.

Edad en grupos quinquenales 0,1,2,... 100 y más	Santo Domingo Norte		
	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Menos de 1	12,573	6,505	6,068
1	12,181	6,257	5,924
2	11,779	6,061	5,718
3	10,820	5,501	5,319
4	10,630	5,488	5,142
5 9	61,254	30,811	30,443
10 14	61,605	30,899	30,706
15 19	62,127	30,300	31,827
20 24	55,715	27,306	28,409
25 29	48,628	24,292	24,336
30 34	44,764	22,307	22,457
35 39	38,863	19,233	19,630
40 44	34,326	16,962	17,364
45 49	29,987	14,839	15,148
50 54	23,591	11,757	11,834
55 59	18,115	9,040	9,075
60 64	14,044	7,044	7,000
65 69	8,798	4,370	4,428
70 74	6,531	3,231	3,300
75 79	3,711	1,707	2,004
80 84	2,762	1,228	1,534
85 89	1,129	483	646
90 94	589	238	351
95 99	231	86	145
100 y más	173	77	96
Total	574,926	286,022	288,904

Fuente: Estimaciones de la Población del año 2015. ONE.

2. Total población y Porcentaje Hogares Pobres Área III de Salud

ÁREA	POBLACIÓN POBRES	% del total de la población área III
ÁREA III	295,608	65%

Fuente: ONAPLAN, Estrategia de Reducción de la Pobreza 2003.

3. Población cubierta por tipo de seguro de salud región VIII.

TIPO SEGURO	TOTAL POBLACIÓN CUBIERTA
Seguro Social (SENASA)	36,793
Seguro FFAA/P.N	
Seguro de Gremio Profesional	
Seguro Privado/Personal	
Seguro Privado/ Empresa	
Otro Sistema	
TOTAL CUBIERTO	

Fuente: ENDESA 2002

B) Situación de Salud Población Atendida en el Área III de Salud.

4. Morbilidad:

i. Motivos de Consulta Externa.

10 Primeras morbilidad y frecuencia por las que los usuarios demandaron atención en consulta externa, año 2013.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	16.056	2.870,27
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6.652	1.189,15
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	6.585	1.177,18
FLUJO VAGINAL	5.434	971,42
INFECCIÓN VÍAS URINARIA	3.176	567,76
CEFALEA	2.629	469,98
DERMATOSIS	2.112	377,55
TRAUMA Y HERIDAS	1.357	242,59
ENFERMEDAD FEBRIL	1.285	229,71
ANEMIA	1.162	207,73
OTROS	18.338	3.278,21
Total	64.786	11.582

Población: 559,390

Fuente: Coordinación de Epidemiología del Área III

ii. Motivos de Atención Emergencia.

10 Primeras Causas por la que los Usuarios Demandaron Atención en Emergencia Año 2015.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
TRAUMAS Y HERIDAS	31.129	5.564,81
ENFERMEDAD FEBRIL	11.081	1.980,91
EMBARAZO CONFIRMADO	9.609	1.717,76
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	9.604	1.716,87
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	8.186	1.463,38
HIPERTENSION ARTERIAL	5.258	939,95
CEFALEA	4.532	810,17
LUMBALGIA	2.479	443,16
ALERGIAS	1.853	331,25
VOMITOS	1.284	229,54
OTROS	17.302	3.093,01
Total	102.317	18.291

Población: 559,390

Fuente: Departamento de Sistemas de Información y Estadística, Área III

iii. Motivos de Hospitalización.

10 Primeras Causas de Ingresos Hospitalarios

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
DESEMBARAZOS	4.923	880,07
TRAUMAS	1.579	282,27
ASMA	1.360	243,12
FRACTURAS	1.230	219,88
ARTROSIS	830	148,38
SANGRADO	829	148,20
FIEBRE	752	134,43
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	743	132,82
SALPINGO	608	108,69
BAJO PESO	575	102,79
OTROS	5.480	979,64
Total	18.909	3.380
Población: 559,390		

Fuente: Departamento de Sistemas de Información y Estadística, Área III

5. Mortalidad:

i. Causas de Mortalidad Población General.

10 Primeras causas clínicas de mortalidad en la población, año 2015.

Causas	Número de Casos	Tasa /Mil Habitantes
PARO CARDIO RESPIRATORIO	110	19,66
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	95	16,98
FALLO MULTI-ORGANICO	55	9,83
TRAUMA ENCEFÁLICO SEVERO	48	8,58
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	42	7,51
HIPOXIA CEREBRAL	36	6,44
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	34	6,08
SHOCK SÉPTICO	30	5,36
EDEMA PULMONAR	25	4,47
FALLO CARDIO AGUDO	20	3,58
OTROS	175	31,28
Total	670	120
Población: 559,390		

Fuente: Coordinación de Epidemiología del Área III

V. MERCADO DE SALUD EN EL ÁREA III DE SALUD.

A) Perfil de la Competencia (Informaciones para la realización del Análisis FODA e identificar posibles compradores y vendedores de servicios)

i. Sub-Sector Publico e IDSS

a) Centros de Salud, Ubicación, Capacidad Instalada ÁREA III.

Nombre Centro	Institución Perteneciente	No. Consultorio General	No. Consultorio Especializada	No. Unidades Odontológicas	L a b	Banco Sangre	No. Equipo Ray_X	Sono	R M	T M	N o. Q u i r	No. Camas UCI	Camas	Dirección
Hospital General Hacienda Estrella	MISP AS	2	0	1	1	NO	0	N/D	N/D	N/D	0	0	12	Hacienda Estrella
Hospital Materno Infantil Villa Mella	MISP AS	3	10	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	20	Villa Mella
Hospital General La Victoria	MISP AS	1	4	1	1	NO	0	N/D	N/D	N/D	1	0	28	La Victoria
Hospital General Sabana Grande de Boyá	MISP AS	2	3	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	40	SGBoyá
Hospital Arzobispo Meriño	IDSS	4	3	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	19	Monte Plata
TOTAL		12	20	5	5	0	3				4	0	119	

Fuente: SIGpaS 4

ii. Sub-Sector Privado

Nombre Centro	Institución Perteneciente	No. Consultorio General	No. Consultorio Especializada	No. Unidades Odontológica	Lab	Banco Sangre	No. Equipo Ray X	Sono	RM	TM	No. Quir	No. Camas UCI	Camas
Clínica Dra. Hernández	Privada	0	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	4
Centro Clínico Dr. Duran	Privada	0	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	12
Centro Medico Dr. Núñez	Privada	0	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	8
Centro Medico Dra. Ortiz	Privada	2	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	3
Centro Salud Profamilia S.P.	ONG	6	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	1
Centro Medico Sabana	Privada	1	N/D	N/D	1	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	9
Clínica Labian	Privada	2	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	11
Clínica Dr. Mosquea De León	Privada	2	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	4
Clínica Doctor Guerrero	Privada	1	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	5
Centro Medico Lotes y Servicios	Privada	0	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	4
Fundación Comunitario De Salud y Servicio Soci	Privada	0	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	11
Centro Medico San Expedito	Privada	2	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	7
Clínica Dr. Rojas	Privada	4	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	15
Total		20	N/D	N/D	0	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	0	94

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

SERVICIOS	Posicionamiento HTNAL con Relación a los Servicios que ofrecen los Sub-Sectores Público y Privado
Cirugía General y Pediátrica	ALTO
Maxilofacial	ALTO
Neurocirugía	ALTO
Neurotrauma	ALTO
Ortopedia y Traumatología	ALTO
Emergencia	ALTO
Urología	ALTO
Terapia Física y Rehabilitación	ALTO
Cirugía Plástica	ALTO
Cirugía Vascular	ALTO
Cirugía Torácico	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
Cirugías Ambulatorias	ALTO
Tomografía	ALTO
Mamografía	ALTO
Panorámica	ALTO
Resonancia Magnética	ALTO
Laboratorio Clínico	ALTO
Banco de Sangre	ALTO
Sala de Cura y Otomía	ALTO
Medicina Familiar	ALTO
Salud Mental	MEDIO
Cardiología	MEDIO
Gastroenterología	MEDIO
Neurología	MEDIO
Medicina Interna	MEDIO
Endocrinología	MEDIO
Neumología	MEDIO
Rayos X	MEDIO
Sonografía	MEDIO

Legenda:

ALTO: Capacidad resolutive del HTNAL es **Mayor que el Promedio**.

MEDIO: Capacidad instalada **Adecuada**, pero en el Mercado de la zona existe una moderada oferta de estos servicios.

BAJO: El servicio que ofrece el HTNAL es muy **Limitado o el Mercado de la zona la oferta es abundante de este servicio**.

2. SECCIÓN: OBJETIVOS, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS GENERALES 2015- 2016.

VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.

A) Objetivos Estratégicos Generales del HTNAL:

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.

B) Estrategias Generales para Garantizar el Logro de los Objetivos.

a) Estrategias Generales:

- ✘ Garantizar el cumplimiento del marco legal vigente.
- ✘ Garantizar el trato adecuado a los usuarios externos e internos.
- ✘ Estandarización de los servicios brindados, a través de la utilización de protocolos en todas las áreas y Cumplimiento de los procesos definidos.
- ✘ Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción e indicadores de calidad, eficiencia, desempeño técnico, satisfacción de los usuarios.
- ✘ Evaluaciones periódicas de desempeño a todo el personal del hospital.
- ✘ Establecer convenios de cooperación e intercambio científico con instituciones nacionales e internacionales.
- ✘ Elaborar e implementar el Plan de Mejoría de las debilidades y control de amenazas, así como conformar los diferentes comités que garanticen la calidad y profesionalidad en la entrega de los servicios, (comité ejecutivo, bioética, vigilancia infecciones intrahospitalaria, control farmacéutico, compras).
- ✘ Garantizar datos e informaciones de calidad, control del sub-registro y oportunidad de los datos e informaciones.
- ✘ Las decisiones serán tomadas en base al análisis de las informaciones y datos.
- ✘ Desarrollo de investigaciones científicas y técnicas para mejorar el desempeño del hospital y los resultados en nuestros usuarios.

b) Estrategias de Mercado:

- ✘ Implementar una estrategia de mercadeo donde se destaque: el trato humanizado y la calidez de nuestro colaboradores, calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas, cartera de servicios, capacidad resolutive de los recursos humanos, ubicación geográfica, capacidad instalada de equipos, capacidad instalada, características de la infraestructura y mobiliario, entre otros aspectos.
- ✘ Mantener precios asequibles y competitivos.
- ✘ Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos.
- ✘ Gerencia de Atención (Defensa) 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 de difusión de informaciones generales y científicas.

c) Planificación y Control:

- ✘ Formulación y cumplimiento del plan estratégico.
- ✘ Monitoreo periódico de calidad y satisfacción de los usuarios.
- ✘ Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de productividad de las UEPSS.
- ✘ Evaluación de la satisfacción de los usuarios.
- ✘ Evaluación y control presupuestario.
- ✘ Implementar el sistema de auditoría al expediente clínico.
- ✘ Implementar planes de desarrollo de los Recurso Humanos en todas las áreas.
- ✘ Implementación de sistema de administración y contabilidad organizado.
- ✘ Análisis y control de costo.
- ✘ Evaluación de desempeño del personal.

C) Metas Generales de las Variables Indicadores del Hospital Periodo 2015-2016.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2015-2016
EFICIENCIA	
Rendimiento de Consulta Externa	80%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	85%
Tasa de Utilización Quirófanos Cirugías Programadas	80%
Presión de Urgencias	20%
Promedio de Estadía	5
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%
% Desempeño Técnico	90%
% Cumplimiento Ejecución Presupuestaria	90%
Índice de Rotación de Camas	48
CALIDAD	
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.5%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	4%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%
Reingresos No Programados (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%
% Cumplimiento Procesos.	90%
% Cumplimiento Protocolos.	90%
SATISFACCIÓN	
% Satisfacción de los Usuarios Externos	90%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%
EJECUCIÓN PLANES	
% Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas	90%
% Cumplimiento Plan de Inversión	90%

3. SECCIÓN RESULTADOS GENERALES

AÑO 2015.

VII. RESULTADOS GENERALES 2015.

1. Tabla Producción General por UEPSS, por mes, Año 2015.

PRODUCCIÓN ACTIVIDADES POR UEPSS, POR MES Y ACUMULADOS

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	SERVICIO ORTOPEDIA Y ESPECIALIDADES												
Total Consultas	1.130	1.204	1.350	1.378	1.100	1.291	1.516	1.327	1.324	1.443	1.497	1.221	15.781
Total Consultas 1era. Vez	646	666	762	796	640	770	823	669	679	763	728	642	8.584
Total Consultas Sub-secuente	484	538	588	582	460	521	693	658	645	680	769	579	7.197
Total Interconsultas	664	650	790	771	642	738	774	508	674	810	692	552	8.265
Total Ingresos	215	261	263	249	248	225	232	192	195	180	212	174	2.646
Total Egresos	165	209	206	207	206	189	199	157	143	139	164	130	2.114
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	2	2	2	3	2	3	0	2	0	2	2	3	23
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5	2	2	7	10	6	6	5	8	1	4	1	57
Total Dias de Estancia	1.675	1.515	1.619	1.574	1.426	1.174	1.356	963	1.164	1.586	1.362	1.424	16.838
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	291	325	342	308	339	238	354	173	264	249	282	178	3.343
Total Procedimientos (Colocacion Yesos, Ferulas, Enyesados) (INTERNAMIENTO)	5	5	33	27	15	16	17	9	16	27	17	28	215
Total Otros Procedimientos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Colocacion Yesos, Ferulas, Enyesados) EMERGENCIA	1.117	874	1.491	834	872	734	747	588	532	779	996	689	10.253
Total Extranjeros Asistidos en la UESS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	1.175	1.182	1.509	1.329	1.186	1.130	1.500	1.189	1.653	1.702	1.352	1.096	16.003
Consultas 1era. Vez	706	659	882	755	707	663	842	642	945	971	690	608	9.070
Consultas Sub-secuente	469	523	627	574	479	467	658	547	708	731	662	488	6.933
Interconsultas	70	72	44	87	118	23	56	42	62	76	37	47	734
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	2	2	3	0	6	1	2	2	7	4	0	29
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	1	1	0	1	6	0	3	0	0	0	12
Ingresos	166	201	194	219	250	204	233	283	257	197	198	189	2.591
Egresos	152	190	177	194	234	180	213	258	237	181	174	173	2.363
Total Dias de Estancia	651	696	765	513	1.052	772	860	923	880	738	807	210	8.867

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	209	190	208	178	248	216	265	258	210	190	194	189	2.555
Curas y Otomias	831	833	897	689	671	664	773	799	690	821	766	754	9.188
Extranjeros Asistidos en la UESS	48	46	54	59	62	18	21	17	58	32	18	34	467
	NEUROCIRUGIA												
Consultas	319	445	492	508	576	564	499	521	520	547	547	443	5.981
Consultas 1era. Vez	212	311	137	152	294	299	307	314	311	329	329	188	3.183
Consultas Sub-secuente	107	134	355	356	282	265	192	207	209	218	218	255	2.798
Interconsultas	93	70	65	147	99	81	67	74	104	109	69	12	990
Ingresos	118	109	126	87	122	85	95	110	92	66	118	93	1.221
Egresos	119	82	103	62	164	83	80	96	74	78	72	86	1.099
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	0	1	2	2	0	0	0	1	0	0	6
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	6
Total Días de Estancia	609	195	237	218	521	348	343	327	530	399	404	858	4.989
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	54	53	68	72	89	63	53	73	45	92	62	38	762
Extranjeros Asistidos en la UESS	26	22	56	31	50	18	29	71	32	78	73	24	510
	SERVICIOS CLINICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	2.412	2.557	3.121	2.857	2.801	2.382	2.766	2.935	3.133	3.315	3.089	2.456	33.824
Consultas 1era. Vez	1.449	1.401	1.789	1.655	1.592	1.373	1.509	1.651	1.720	1.773	1.607	1.128	18.647
Consultas Sub-secuente	963	1.156	1.332	1.202	1.209	1.009	1.257	1.284	1.413	1.542	1.482	1.328	15.177
Interconsultas	596	608	667	782	704	606	689	525	748	751	669	683	8.028
Ingresos	16	11	10	13	10	12	8	12	10	7	12	11	132
Egresos	10	7	8	8	7	9	5	8	6	4	10	8	90
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Días de Estancia	118	139	117	155	165	90	107	115	77	72	123	78	1.356
Endoscopias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemodiálisis	1073	916	998	942	946	964	992	970	996	1.017	891	1.035	11.740
Electroencefalogramas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espirometrias	109	115	130	200	195	143	255	203	104	210	162	215	2.041
EKG- Consultas	460	536	585	729	698	645	711	554	629	669	517	416	7.149
EKG- Hospitalización	32	23	22	24	19	23	21	21	21	21	22	21	270
Ecocardiogramas	107	193	103	205	200	200	300	165	170	170	129	180	2.122
Pruebas Esfuerzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evaluciones Cardiovascular hospitalizacion	600	787	727	736	787	704	711	721	839	756	683	540	8.591
Psicoterapias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Extranjeros Asistidos en la UESS	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIO ADULTOS 3era.												
Ingresos	43	42	30	41	36	40	36	36	28	24	23	33	412
Egresos	41	39	25	37	31	36	36	31	23	19	16	29	363
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de mas de 3 a 30 dias de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Dias de Estancia	138	130	118	123	176	144	197	165	97	91	104	146	1.629
Otros Procedimientos (Colocacion de cateteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	6	4	11	33	14	3	3	0	12	12	23	13	134
Extranjeros Asistidos en la UESS	0	2	6	0	0	1	0	3	1	2	1	0	16
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.												
Ingresos	29	25	21	30	31	14	17	20	24	20	11	18	260
Egresos	23	18	18	25	24	8	12	16	18	15	6	17	200
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	1	1	7
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de mas de 3 a 30 dias de la De Alta)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Dias de Estancia	108	81	125	107	165	60	77	161	77	64	24	108	1.157
Otros Procedimientos (Colocacion de cateteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	699	451	393	193	686	275	555	635	697	576	288	33	5.481
Extranjeros Asistidos en la UESS	0	0	0	1	1	2	0	0	2	0	0	0	6
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO												
Ingresos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egresos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro de mas de 3 a 30 dias de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patologia Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Dias de Estancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Procedimientos (Colocacion de cateteres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Subclavios, Intubaciones, Otros)													
Extranjeros Asistidos en la UESS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGIA												
Ingresos	31	24	21	20	25	29	30	22	16	25	25	23	291
Egresos	26	18	14	13	20	23	25	18	9	20	20	20	226
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Días de Estancia	158	84	101	66	131	127	136	115	90	115	82	179	1.384
Otros Procedimientos (Colocacion de cateteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	16	30	29	33	22	25	21	33	22	21	10	24	286
Extranjeros Asistidos en la UESS	1	2	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	9
	MAXILOFACIAL												
Consultas Maxilofacial	385	368	484	238	263	184	211	238	228	192	207	250	3.248
Consultas 1era. Vez	187	174	169	94	104	97	89	95	99	76	94	104	1.382
Consultas Sub-secuente	198	194	315	144	159	87	122	143	129	116	113	146	1.866
Interconsultas Maxilofacial	160	176	200	150	79	84	90	123	78	58	66	94	1.358
Consultas Odontología	9	8	5	6	7	4	3	6	7	4	0	3	62
Consultas 1era. Vez	9	8	5	6	7	4	3	6	7	4	0	3	62
Consultas Sub-secuente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interconsultas Odontologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	53	52	67	76	28	39	36	23	27	26	26	32	485
Egresos	49	49	65	74	28	29	36	23	27	22	26	25	453
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Días de Estancia	189	51	192	132	96	90	88	86	87	91	89	79	1.270
Procedimientos Odontologicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Cirugias Realizadas (Emergencia y Programadas)	447	275	573	412	206	171	180	181	169	247	247	79	3.187
Radiografias Odontologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la UESS	33	58	66	18	16	15	29	9	29	13	5	0	291
	PRIVADOS												
	ANESTESIOLOGÍA												
Procedimientos	510	575	593	836	599	483	912	437	577	565	486	433	7.006
Consultas	286	327	418	788	393	215	325	263	392	398	345	217	4.367

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Consultas 1era. Vez	283	327	408	785	383	214	320	263	382	386	324	202	4.277
Consultas Sub-secuente	3	0	10	3	10	1	5	0	10	12	21	15	90
Interconsultas	59	46	61	40	45	96	56	73	49	64	71	65	725
Pre-anestesiass	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Procedimientos (Parches, Intubacion, PL, Otros)	0	0	1	8	0	1	0	0	0	0	0	0	10
Extranjeros Asistidos en la UESS	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN												
Consultas	581	635	747	657	640	613	703	614	798	675	734	469	7.866
Consultas 1era. Vez	268	290	301	279	214	252	299	287	314	247	283	183	3.217
Consultas Sub-secuente	313	345	446	378	426	361	404	327	484	428	451	286	4.649
Interconsultas	1	7	7	12	10	4	15	12	10	5	3	7	93
Procedimientos (Usuarios Asistidos)	1845	2494	2.652	2.559	2.250	3.049	3.203	2.237	2.867	2.633	2.371	1.922	30.082
Procedimientos Usuarios Hospitalizados	1	7	14	15	34	4	3	10	12	15	6	14	135
Extranjeros Asistidos en la UESS	1	1	1	3	1	1	3	4	5	3	2	2	27
	EMERGENCIA												
Asistencia Emergencia	3.739	3.504	3.875	2.842	2.591	3.451	3.849	3.788	4.022	4.298	3.924	4.191	44.074
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Observación Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Sutura)	765	578	765	506	384	446	346	479	726	490	353	483	6.321
Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	412	454	667	339	417	165	222	162	340	389	323	376	4.266
Procedimientos (Curas)	736	735	871	689	538	617	574	771	715	706	609	578	8.139
EKG- Emergencia	206	494	586	345	135	195	282	201	235	282	310	311	3.582
Extranjeros Asistidos en la UESS	96	112	137	67	61	50	51	53	52	62	44	40	825
	LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE												
Hematología Emergencia	846	928	716	1.000	1.017	868	722	793	921	1.200	1.142	970	11.123
Hematología Laboratorio Central	4.244	4.963	6.054	4.699	4.712	5.002	5.911	4.992	5.397	5.092	5.151	3.810	60.027
Hematología Banco Sangre	4.228	3.742	4.641	12.170	5.848	3.382	4.613	4.580	3.906	2.702	3.112	4.076	57.000
Pruebas Especiales	2.576	4.552	4.552	4.225	3.960	4.334	5.482	4.259	4.545	5.477	4.517	3.416	51.895
Química Sanguínea Emergencia	630	1825	1.040	842	900	1.242	1.345	1.531	1.517	1.841	1.755	1.918	16.386
Química Sanguínea Lab. Central	21.330	23.833	27.921	21.765	25.482	25.252	26.189	24.006	23.304	27.180	23.151	20.000	289.413
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, y cloro	194	178	263	180	99	179	127	168	168	128	163	239	2.086
PT, PTP	989	1.705	2.076	1.315	1.383	1.948	2.263	1.680	1.843	2.191	1.733	1.385	20.511
Bacteriología	304	450	501	430	509	502	550	790	844	1.018	977	829	7.704
Uroanálisis	1.295	1.818	2.169	1.838	1.839	2.039	2.493	2.180	2.250	2.707	2.283	1.748	24.659
Serología Laboratorio Central	1.388	2.523	2.922	2.248	3.008	3.332	2.865	2.854	2.937	2.883	2.924	2.352	32.236
Coprológico	329	696	764	603	620	707	1.005	671	620	749	707	495	7.966

ACTIVIDADES	UESS Y No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	38.353	47.213	53.619	51.315	49.377	48.787	53.565	48.504	48.252	53.168	47.615	41.238	581.006
	IMÁGENES												
Rayos X	7347	7369	8.726	6.989	6.831	6.679	5.834	6.262	6.300	6.731	6.541	5.021	80.630
Sonografía	825	1042	1.264	1.233	1.162	1.222	1.308	1.207	1.196	1.349	1.295	916	14.019
Tomografía	1120	1061	590	278	834	779	984	954	892	965	823	721	10.001
Resonancia	315	391	492	495	445	485	478	271	111	209	66	0	3.758
Panoramica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doppler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudios Especiales	30	20	46	41	43	41	43	23	30	31	8	3	359
	9.637	9.883	11.118	9.036	9.315	9.206	8.647	8.717	8.529	9.285	8.733	6.661	108.767
	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA												
Biopsia	91	145	107	135	157	138	141	182	184	162	199	129	1.770
Biopsia por congelación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Citología	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	3	0	8
Necropsia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	91	145	107	135	157	141	141	182	186	162	202	129	1.778
	FARMACIA (Despacho Recetas)												
Recetas Emergencia	4.549	4.336	4.970	3.425	3.537	3.343	3.301	3.529	3.468	4.011	3.643	3.662	45.774
Recetas Hospitalización	8.678	8.537	10.404	9.527	9.847	8.362	7.982	7.710	8.129	9.245	8.249	8.253	104.923
Recetas Quirofanos	522	602	624	648	709	553	646	574	643	633	577	491	7.222
Recetas Curas y Ostomia	744	798	896	702	672	684	754	736	725	861	776	718	9.066
Reducciones y Yesos	1307	1263	1.518	783	819	681	750	671	511	720	692	662	10.377
Hemodialisis	1102	884	999	974	950	961	993	1.032	976	1.017	1.001	1.060	11.949
Imágenes	61	40	52	72	65	67	63	59	186	45	13	3	726
TOTAL	16.963	16.460	19.463	16.131	16.599	14.651	14.489	14.311	14.638	16.487	14.938	14.849	190.037
	ACUMULADOS GENERALES												
TOTAL DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	3.739	3.504	3.875	2.842	2.591	3.451	3.849	3.788	4.022	4.298	3.924	4.191	44.074
TOTAL INGRESOS	671	725	732	735	750	648	687	698	649	545	625	573	8.038
TOTAL EGRESOS	585	612	616	620	714	557	606	607	537	478	488	488	6.908
Total Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	1	0	3	2	1	1	0	0	0	3	1	12
Total Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta)	2	5	4	7	5	11	1	4	2	10	6	3	60
Total Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5	2	3	9	11	7	13	5	12	1	4	3	75
TOTAL DÍAS ESTANCIAS	3.646	2.891	3.274	2.888	3.732	2.805	3.164	2.855	3.002	3.156	2.995	3.082	37.490
TOTAL CONSULTAS	6.297	6.726	8.126	7.761	6.966	6.383	7.523	7.093	8.055	8.276	7.771	6.155	87.132
TOTAL DE CONSULTAS 1era. VEZ	3.760	3.836	4.453	4.522	3.941	3.672	4.192	3.927	4.457	4.549	4.055	3.058	48.422
TOTAL CONSULTAS SUB-SECUENTES	2.537	2.890	3.673	3.239	3.025	2.711	3.331	3.166	3.598	3.727	3.716	3.097	38.710
TOTAL INTERCONSULTAS	1.643	1.629	1.834	1.989	1.697	1.632	1.747	1.357	1.725	1.873	1.607	1.460	20.193
TOTAL DE CIRUGÍAS	1.001	843	1.191	970	882	688	852	685	688	778	785	484	9.847
TOTAL PROCEDIMIENTOS REHABILITACIÓN	1.845	2.494	2.652	2.559	2.250	3.049	3.203	2.237	2.867	2.633	2.371	1.922	30.082
TOTAL EXTRANJEROS ASISTIDOS	207	244	326	179	191	105	133	160	179	190	143	100	2.157

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL.

2. Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2015.

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE HOSPITALIZACIÓN			METAS DE CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTOS			METAS CONSULTA EXTERNA		
	TOTAL HOSPITALIZACIÓN	Resultados	% Cumplimiento	TOTAL CIRUGÍAS	Resultados	% Cumplimiento	TOTAL CONSULTAS	Resultados	% Cumplimiento
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA Y ESPECIALIDADES	4.015	2.646	66%	4.113	3.334	81%	25.246	15.781	63%
Ortopedia	0	2.592	-	0	3.334	-	0	14.434	-
Unidad Artroscopia	0	21	-	0	0	-	0	927	-
Unidad Reconstrucción	0	33	-	0	0	-	0	420	-
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES	3.528	2.596	74%	1.936	2.165	112%	23.169	16.003	69%
Cirugía General	0	1.686	-	1.175	1.176	100%	9.024	4.687	52%
Urología	0	32	-	118	0	0%	2.707	2.269	84%
Cirugía Bariátrica	0	16	-	0	11	-	0	170	-
Unidad de Quemados	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Plástica	0	16	-	141	52	37%	1.805	703	39%
Oftalmología	0	5	-	251	108	43%	1.641	2.066	126%
Otorrinolaringología	0	0	-	0	0	-	2.707	1.974	73%
Cirugía Vascular	0	146	-	188	163	87%	2.578	3.387	131%
Cirugía Torácica	0	79	-	63	92	146%	2.707	327	12%
Cirugía Coloproctología	0	148	-	0	137	-	0	420	-
Cirugía Laparoscópica	243	468	192%	0	426	-	0	0	-
NEUROCIRUGIA	1.643	1.221	74%	251	281	112%	2.005	5.981	298%
MAXILO FACIAL	365	485	133%	400	152	38%	1.692	3.248	192%
MEDICINA INTERNA	152	91	60%				27.452	33.824	123%
Medicina Interna	0	4	-				7.219	12.058	167%
Infectología	152	87	57%				752	672	89%
Pediatría							0	5	-
Gastroenterología							2.900	3.893	134%
Medicina Familiar							2.256	3.410	151%
Neurología							1.128	1.297	115%
Nutrición							1.289	1.912	148%
Nefrología							1.692	1.738	103%
Neumología							2.820	3.683	131%
Cardiología							2.030	1.813	89%
Reumatología							2.707	766	28%
Hematología							1.450	1.834	126%
Endocrinología							0	0	-
Salud Mental							1.209	743	61%
Psicoterapia				1.567	788	50%			
ANESTESIOLOGÍA				6.700	6.031	90%	4.512	4.367	97%
UCI 3era. PLANTA	456	412	90%						

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE HOSPITALIZACIÓN			METAS DE CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTOS			METAS CONSULTA EXTERNA		
UCI 4ta. PLANTA	319	260	81%						
UCI PEDIÁTRICO	0	0	-						
UCI NEUROCIRUGÍA	284	291	103%						
PRIVADOS	0	0	-						
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN							8.863	7.866	89%
TOTAL	10.762	8.038	75%	6.700	6.031	90%	92.939	87.132	94%
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	2.190	0	0%						
EMERGENCIAS							48.820	44.074	90%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

3. Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2015.

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	24.801	30.082	121,3%
LABORATORIO CLÍNICO			
Hematología Emergencia	9.067	11.123	122,7%
Hematología Laboratorio Central	69.704	60.027	86,1%
Hematología Banco Sangre	59.765	57.000	95,4%
Pruebas Especiales	47.443	51.895	109,4%
Química Sanguínea Emergencia	13.257	16.386	123,6%
Química Sanguínea Lab. Central	339.286	289.413	85,3%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	2.011	2.086	103,7%
PP, PTT y Fibrinógeno	15.529	20.511	132,1%
Bacteriología	7.701	7.704	100,0%
Uroanálisis	24.153	24.659	102,1%
Coprológico	8.515	7.966	93,6%
Serología	28.580	32.236	112,8%
TOTAL	625.011	548.770	87,8%
IMÁGENES			
Rayos X	83.795	80.630	96,2%
Sonografía	16.317	14.019	85,9%
Tomografía	11.604	10.001	86,2%
Resonancia	5.517	3.758	68,1%
Panorámica	389	0	0,0%
Doppler	0	0	0
Estudios Especiales	389	359	92,3%
TOTAL	118.011	108.767	92,2%
LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA			
Biopsia	1.606	1.770	110,2%
Biopsia por congelación	0	0	0
Citología	7	8	121,2%
Necropsia	0	0	0
TOTAL	1.613	1.778	110,3%
FARMACIA			
Recetas Emergencia	48.820	45.774	93,8%
Recetas Hospitalización	139.912	104.923	75,0%
Recetas Quirófanos	5.417	7.222	133,3%
Recetas Curas y Ostomía	8.483	9.066	106,9%

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
Reducciones y Yesos	10.927	10.377	95,0%
Hemodiálisis	11.503	11.949	103,9%
Imágenes	973	726	74,7%
TOTAL	226.034	190.037	84,1%
MISCELÁNEOS			
Curas y Otomías	8.483	9.188	108,3%
Curas Emergencia	8.701	8.139	93,5%
Suturas	6.460	6.321	97,8%
Reducción y Enyesado	10.927	10.253	93,8%
Hemodiálisis	11.503	11.740	102,1%
Ecocardiograma	851	2.122	249,2%
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	13.388	11.001	82,2%
Endoscopias	0	0	0

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

4. Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2015 y Variación con relación a la meta establecida para el 2015 y el año 2014.

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2015	FRECUENCIA 2015	METAS 2015	Actividades 2014	VARIACIÓN CON RELACIÓN A LAS METAS 2015	VARIACIÓN EN RELACIÓN AL AÑO 2014
Emergencias	44.074	48.820	42.565	90%	104%
Ingresos	8.038	10.762	8.049	75%	100%
Consultas	87.132	92.939	79.038	94%	110%
Interconsultas	20.193	2.242	9.818	901%	206%
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	8.591	776	3.720	1107%	231%
Psicoterapia	0	1.567	0	0%	-
Procedimientos Quirúrgicos (Emergencia y Programados)	9.847	6.700	9.722	147%	101%
Lab. Clínicos	581.006	625.011	568.192	93%	102%
Estudios Imágenes	108.767	118.011	106.929	92%	102%
Ecocardiogramas	2.122	851	774	249%	274%
Estudios Anatomía Patológica	1.778	1.613	1.466	110%	121%
Recetas Despachadas Farmacia	190.037	226.034	186.298	84%	102%
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	30.082	24.801	22.546	121%	133%
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	135	120	194	113%	70%
Suturas	6.321	6.460	5.873	98%	108%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	10.253	10.927	9.934	94%	103%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	215	135	169	159%	127%
Otros Procedimientos de Ortopedia y Especialidades	0			-	-
Curas Emergencia	8.139	8.701	7.910	94%	103%
Curas y Otomías	9.188	8.483	7.712	108%	119%
Procedimientos Odontología	0	0	0	-	-
Hemodiálisis	11.740	11.503	10.457	102%	112%
Electroencefalogramas	0			-	-
Espirometrias	2.041			-	-
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	11.001	13.388	12.171	82%	90%
Endoscopia	0	0	0	-	-
Procedimientos Anestesiología	7.006	6.700	5.873	105%	119%
Otros Procedimientos Anestésicos	10	3.531	0	0%	-
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	5.481	570	1.271	962%	431%
TOTAL	1.163.197	1.230.646	1.100.681	95%	106%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

5. Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2015, Total Actividades Estimadas para el 2015, Total Actividades Realizadas 2012, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el 2015 con Relación al 2012, Crecimiento Alcanzado 2015.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS Y ESTIMADAS	META DE CRECIMIENTO ESTIMADA Y LOGRADA CON RELACIÓN AL 2013.	CRECIMIENTO ALCANZADO EN EL 2015 CON RELACIÓN AL 2014
2014 (Producido)	1,100,681	11.8% Crecimiento estimado para 2015, en relación al 2014.	5.7%
2015 (Estimado)	1,230,646	El Cumplimiento % del crecimiento a lo esperado fue de 48%	
2015 (Producido)	1,163,197	95% Cumplimiento con relación a la Meta Estimada de las actividades para el 2015.	

6. Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación, por UEPSS, general, por mes, Año 2015.

UESS	Estancias Promedios												Tasa de Ocupación (%)											
	MESES												MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ORTOPEDIA	10,2	7,2	7,9	7,6	6,9	6,2	6,8	6,1	8,1	11,4	8,3	11,0	98,2	98,4	95,0	95,4	83,6	71,2	79,5	56,5	70,5	93,0	82,5	83,5
CIRUGÍA GENERAL	4,8	4,0	4,4	2,2	5,1	4,8	4,4	4,1	4,3	4,6	5,2	0,0	61,1	56,9	62,1	30,9	240,3	185,7	186,5	190,0	192,0	192,9	230,7	0,0
Urología		2,7	3,5		2,0	1,8	2,0	2,0	3,0	8,0	4,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	11,7	9,7	12,9	40,0	12,9	13,3	12,9
Cirugía Bariátrica	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0			1,0	1,0	3,0	3,0		0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	1,6	3,3	4,8	5,0	0,0
Cirugía Plástica	0,0	0,0	0,0	2,0	2,5	2,0	0,3		1,0	4,0	3,0		0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	6,7	1,6	0,0	3,3	6,5	5,0	0,0
Cirugía Vascular	5,3	5,8	7,7	3,8	5,9	2,7	4,5	2,8	3,6	2,2	1,8	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	132,3	50,0	87,1	72,6	103,3	35,5	18,3	22,6
Cirugía Torácica	0,0	3,2	3,3	3,4	3,2	18,0	3,0	3,0	2,7			2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	30,6	30,0	48,4	9,7	53,3	0,0	0,0	69,4
Cirugía Laparoscópica	3,6	4,0	4,5	4,2	3,9	3,8	3,7	2,8	3,6	3,0	3,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NEUROCIRUGIA	5,1	2,4	2,3	3,5	3,2	4,2	4,3	3,4	7,2	5,1	5,6	10,0	72,8	25,8	28,3	26,9	62,2	43,0	41,0	39,1	65,4	47,7	49,9	102,5
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	17,0	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INFECTOLOGIA	16,5	56,5	21,0	23,4	35,3	11,0	31,0	9,6	18,3	29,5	15,0	10,8	42,6	80,7	67,7	78,0	91,0	58,7	60,0	43,2	48,7	38,1	60,0	27,7
MAXILOFACIAL	3,9	1,0	3,0	1,8	3,4	3,1	2,4	3,7	3,2	4,1	3,4	3,2	121,9	36,4	123,9	88,0	61,9	60,0	56,8	55,5	58,0	58,7	59,3	51,0
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	4,7	4,5	6,9	4,3	6,9	7,5	6,4	10,1	4,3	4,3	4,0	6,4	49,8	41,3	57,6	51,0	76,0	28,6	35,5	74,2	36,7	29,5	11,4	49,8
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	3,4	3,3	4,7	3,3	5,7	4,0	5,5	5,3	4,2	4,8	6,5	5,0	89,0	92,9	76,1	82,0	113,5	96,0	127,1	106,5	64,7	58,7	69,3	94,2
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	6,1	4,7	7,2	5,1	6,6	5,5	5,4	6,4	10,0	5,8	4,1	9,0	72,8	42,9	46,5	31,4	60,4	60,5	62,7	53,0	42,9	53,0	39,0	82,5
Cirugía Coloproctología	0,8	0,9	0,8	0,8	1,4	2,1	2,3	4,2	1,5	2,0	1,3	3,2	11,3	23,2	17,7	13,3	37,1	35,0	37,1	122,6	48,3	25,8	6,7	51,6
PROMEDIO POR MES	6,8	8,2	6,2	5,0	6,2	5,5	5,9	4,6	5,1	6,6	4,9	5,5	68,8	55,4	63,9	55,2	95,8	68,8	77,3	81,3	73,1	63,3	62,7	56,5

Fuente: Gerencia estadística, Admisión y Archivo HTNAL

7. Tabla Comportamiento mortalidad, por UEPSS, general, por mes, Año 2015.

UESS	E		F		M		A		M		J		J		A		S		O		N		D		Total Antes 48 horas	Total Después 48 horas	Tasa Mortalidad Neta	Tasa de Mortalidad Bruta	Tasa Mortalidad General	Total Defunciones		
	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	<48	>48	Tasa Mortalidad Neta	Tasa de Mortalidad Bruta							Tasa Mortalidad General	Total Defunciones
EMERGENCIA GRAL.	38	6	40	7	38	10	20	2	27	7	21	5	27	0	28	5	22	1	18	0	38	1	25	1	342	45	4,1%	9,9%	0,49%	387		0,10%
ORTOPEDIA Y ESPECIALIDADES	1	3	0	4	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	3	17				20		0,80%
QUIRUGÍA Y ESP.	0	2	0	1	0	0	2	1	3	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	7	9				16		0,38%
NEUROCIRUGÍA	0	0	0	2	0	3	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	3	11				14		1,00%
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3				4		3,33%
MAXILOFACIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0				1		0,00%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era. (UCI INTERMEDIO)	0	0	0	3	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	2	12				14		3,31%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	2	3	0	7	0	9	2	5	1	12	2	4	2	9	3	7	0	8	2	10	3	13	0	7	17	94				111		47,00%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	2	9	1	12	1	9	2	8	1	2	3	10	5	1	0	5	0	2	2	9	3	17	2	8	22	92				114		40,71%
TOTAL	43	25	42	36	40	33	27	20	34	23	27	21	34	13	32	20	22	12	22	21	45	38	30	21	398	283				681		
	E		F		M		A		M		J		J		A		S		O		N		D									
TOTAL INGRESOS	671		725		732		735		750		648		687		698		649		545		625		573		8.038		COMPORTAMIENTO TASAS MORTALIDADES POR CUATRIMESTRE					
TOTAL EGRESOS	585		612		616		620		714		557		606		607		537		478		488		488		6.908		Tasa Mortalidad Neta	Tasa Mortalidad Bruta	Tasa Mortalidad General	Total Defunciones por Cuatrimestre		
TOTAL EMERGENCIAS	3.739		3.504		3.875		2.842		2.591		3.451		3.849		3.788		4.022		4.298		3.924		4.191		44.074		1er C	1er C	1er C	1er C		
TOTAL CONSULTAS	6.297		6.726		8.126		7.761		6.966		6.383		7.523		7.093		8.055		8.276		7.771		6.155		87.132		4,7%	10,9%	0,6%	266		
																											2do C	2do C	2do C	2do C		
																										3,1%	8,2%	0,5%	204			
																										3er C	3er C	3er C	3er C			
																										4,6%	10,6%	0,4%	211			

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

8. Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en salud, por servicios y mes, año 2015.

UESS	CASOS INFECCIONES PRODUCIDOS												CASOS DE MUERTES ATRIBUIBLE A LA INFECCIÓN												TOTAL CASOS INFECCIÓN	TOTAL MUERTES ATRIBUIBLE IAAS	TASA INFECCIÓN	TASA LETALIDAD
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Ortopedia	7	5	3	5	13	10	9	7	9	5	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87	0	4,23%	0,0%
Cirugía General	1	7	4	7	0	7	6	2	3	9	5	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	1	3,64%	1,9%
Neurocirugía	0	0	0	1	2	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0,73%	0,0%
Emergencia	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0,01%	0,0%
UCI Adultos. 3era.	0	0	2	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1,93%	0,0%
UCI Adultos. 4ta.	9	5	7	7	4	7	6	3	4	6	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	63	1	31,50%	1,6%
UCI Neurocirugía	7	12	10	7	10	12	6	4	6	6	2	8	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	2	39,82%	2,2%
TOTAL	24	30	26	27	33	36	30	16	25	26	19	20	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	312	4	4,52%	1,28%

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

TASA DE INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE

TASA INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE	1er. Cuatrimestre	4,4%	2do. Cuatrimestre	4,6%	3er. Cuatrimestre	4,5%

9. Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2015.

UEPSS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL SUSPENDIDAS	% CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS SUSPENDIDAS
ORTOPEDIA	4.171	837	20,1%
Unidad Artroscopia	0	0	0,0%
Unidad Reconstrucción	0	0	0,0%
CIRUGÍA GENERAL	1.223	47	3,8%
UNIDAD QUEMADOS	0	0	0,0%
CIRUGÍA LAPAROSCOPIA	436	10	2,3%
CIRUGÍA COLOPROTOLOGIA	139	2	1,4%
CIRUGÍA BARIATRICA	11	0	0,0%
CIRUGÍA TORAXICA	92	0	0,0%
NEUROCIRUGÍA	289	8	2,8%
MAXILOFACIAL	165	13	7,9%
CIRUGÍA PLÁSTICA	52	0	0,0%
OFTALMOLOGÍA	120	12	10,0%
CIRUGÍA VASCULAR	166	3	1,8%
UROLOGÍA	103	4	3,9%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0	0	0,0%
ANESTESIOLOGÍA	0	0	0,0%
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	0	0	0,0%
ENDOSCOPIA	0	0	0,0%
HEMODIÁLISIS	0	0	0,0%
TOTAL	6.967	936	13,4%

ÍNDICE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR CUATRIMESTRE

1er. Cuatrimestre	11,0%		2do. Cuatrimestre	12,8%		3er. Cuatrimestre	16,9%

10. Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2015.

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	Porcentaje
CONDICIONES PROPIAS DE LOS USUARIOS		
HTA	130	14,01%
HEMATOCRITO BAJO	129	13,90%
INGESTA DE ALIMENTO SIN AUTORIZACIÓN	126	13,58%
GLICEMIA ELEVADA	38	4,09%
FLICTENA	16	1,72%
NEUMONÍA	8	0,86%
SUB-TOTAL	447	48%
CASAS COMERCIALES		
NO DISPONIBILIDAD DE CASA COMERCIAL	222	23,92%
SUB-TOTAL	222	23,92%
LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE		
FALTA SANGRE	65	7,00%
PLAQUETAS	1	0,11%
SUB-TOTAL	66	7,11
LOGÍSTICA DE PROGRAMACIÓN INSTALACIONES, EQUIPOS, INSUMOS E INSTALACIONES		
NO DISPONIBILIDAD DE HORAS QUIRÚRGICAS	152	16,38%
FALTABA MATERIAL QX	40	4,31%
QUIRÓFANO OCUPADO	1	0,11%
SUB-TOTAL	193	20,7%
TOTAL	928	100,00%

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL

Nota de Análisis sobre las causas de Cirugías Suspendidas:

Las principales causas de suspensión de cirugías programadas se debieron básicamente a factores relacionados con **condiciones de los usuarios**, lo cual represento el **48%** del total de las cirugías suspendidas, pero dentro de esta hay una causa que llama notablemente la atención, es el caso de la **“ingesta de alimentos sin autorización”** la cual represento el **28%** dentro de este renglón atribuibles a los usuarios, una de las posibles causas por la que ocurre esta situación, es que posiblemente no se está orientando y/o informando adecuadamente al usuario, por lo que es importante indagar un poco más sobre esta situación y tomar las medidas de lugar; otra causa que resalta es el número de casos suspendidos por **Hipertensión Arterial**, la cual represento dentro de este grupo el **29%**, esta causa debe ser indagada, pues esta crisis hipertensivas y/o aumento sostenido de la presión sabemos que en la mayoría de los casos se debe a: **1)** el usuario suspendió la medicación del antihipertensivo, pues no le informaron sobre el uso continuo que debió seguir con el medicamento, aun se fuera a operar y/o **2)** el **stress pre-quirúrgico**, situación que puede ser controlada, si previamente en la noche la gerencia de anestesia realizara una visita a los usuarios programados para cirugía y si el usuario está

ansioso este fuera medicado con ansiolíticos, pero de igual manera seria importante indagar un poco mas dicha situación, para tomar las medidas de lugar y disminuir al mínimo estas causas que pueden ser controlada de suspensión de cirugías electivas.

También observamos el caso de las suspensiones por hematocrito bajo, lo cual represento dentro de este grupo atribuible al usuario, el **28,8%**, también causa controlable si se realizara una adecuada valoración de la preparación pre-quirúrgica del usuario, pues de seguro este no se programara para cirugía si se detecta adecuadamente que tiene un hematocrito bajo.

Otro aspecto que se debe controlar para que no ocurra con una frecuencia del **24%** del total de causas, son las suspensiones atribuibles a las casas comerciales que entregar los productos de osteosíntesis y prótesis, pues están causando muchas suspensiones en el hospital, por lo que las autoridades del hospital deben tomar medidas con relación a esta situación.

La **logística del bloque quirúrgico y laboratorio** deben también mejorar pues el **28%** de los casos de suspensiones fue atribuible a logísticas de programación del bloque quirúrgicos con el **21%** y el **7%** al laboratorio.

Como podemos ver todas estas causas que determinaron la suspensión de **928** cirugías electivas durante el año 2015, pudieron controlarse y no permitir que se impactara negativamente al hospital, al: **limitar la disponibilidad de camas, aumentar la estancia promedio del hospital, limitar el ingreso de recursos, incrementar los costos de producción, perdida de recursos económicos, causar molestia e insatisfacción a los usuarios y familiares, entre otros impactos.**

Por lo que recomendamos que las autoridades y gerentes involucrados en esto, dediquen un poco más de tiempo a monitorear y analizar el comportamiento de este indicador de cirugías programadas suspendidas, para que de manera oportuna puedan corregir las dificultades encontradas y así disminuir los impactos negativos de estas situaciones en el hospital.

11. Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2015.

VARIABLES E INDICADORES	METAS AÑOS 2015	RESULTADOS AÑO 2015	NIVEL CUMPLIMIENTO
EFICIENCIA			
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	87,2%	109,0%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80%	68,5%	85,6%
Promedio de Estadía	5	5,9	82,9%
Presión de Urgencias	20%	33,6%	32,0%
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	57,9%	72,4%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	13%	65,7%
% Desempeño Técnico	90%		0,0%
% Cumplimiento Ejecución Presupuestaria	90%		0,0%
Índice de Rotación de Camas	48	51	105,3%
Cumplimiento Plan de inversion	90%	21.5%	24%
Cumplimiento Plan Correccion Debilidades y control de Amenazas.	90%	18%	20%
CALIDAD			
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0,50%	0,49%	102,2%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8,0%	9,9%	76,8%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5,00%	4,1%	118,1%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	4,5%	109,7%
% Cumplimiento Procesos.	90%		0,0%
% Cumplimiento Protocolos.	90%		0,0%
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%	0,2%	196,5%
Reingresos No Programados (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%	0,9%	182,6%
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%	1,1%	178,3%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%	0,0%	200,0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%	0,0%	200,0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%	0,0%	200,0%
PRODUCCIÓN			
Total Hospitalización.	10.762	8.038	74,7%
Total Consultas Hospital.	92.939	87.132	93,8%
Total Cirugías Electivas Programadas	6.700	6.031	90,0%
Total Emergencias	48.820	44.074	90,3%
SATISFACCIÓN			
% Satisfacción de los Usuarios Externos.	90%	90%	94,0%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	80%	55,0%

12. Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia Año 2015.

Periodo 01 Enero – 31 Diciembre 2015

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

1- Área Consulta Externa:

- a) Usuarios que no acudieron a las citas programadas.
- b) Retraso de los médicos a su turno de trabajo y salida antes del horario establecido, especialmente en el horario vespertino.
- c) Poca supervisión por parte de los gerentes al personal médico en el área de consulta.
- d) Escaso seguimiento de las metas de producción e indicadores por parte de los gerentes.
- e) No se dio cumplimiento al horario de consulta programado de 8:00a.m. a 7:00p.m. No cumplimiento de horario establecido, especialmente en el horario vespertino.

2- Área de Hospitalización:

- a) Retraso en el proceso de facturación en el procesamiento del expediente de los usuarios ya dados de alta (de alta en cama no ejecutada).
- b) Falta de disponibilidad de camas por sobredemanda del área de emergencia como centro de referimiento de usuarios del sistema 911.
- c) Escaso seguimiento de las metas de producción e indicadores por parte de los gerentes.
- d) Baja supervisión de los gerentes al Cumplimiento de los Protocolos, Manual de Procesos y Normas Generales.
- e) No cumplimiento del Plan de Inversión.
- f) Sub-registros de informaciones y datos.
- g) Desmonte de la Unidad de Admisión para Procedimientos Ambulatorios que provoca en ocasiones la posposición del ingreso, por trámites relacionados con la facturación de los procedimientos.
- h) Tardanza en el proceso de facturación y pago de los usuarios.
- i) No cobertura de las ARS de algunos procedimientos, lo que provoca en ocasiones la posposición del ingreso.

3- Área Quirúrgica y Procedimientos:

- a) Dificultades de logísticas en el proceso para la realización del ingreso de los usuarios cuando se van a realizar los procedimientos.
- b) Uso de quirófanos con procedimientos de emergencia en las horas programadas para cirugías electivas.
- c) Suspensión de cirugías por falta de insumos y/o averías en equipos.
- d) Escaso seguimiento de las metas de producción e indicadores por parte de algunas gerentes.
- e) Falta de coordinación y administración de la agenda de quirófanos.
- f) Suspensión de cirugías por falta de coberturas de procedimientos y materiales de osteosíntesis por las ARS.
- g) Algunas especialidades no cuentan con las bandejas necesarias para la realización de procedimientos (Otorrino, cirugía plástica y reconstructiva, maxilofacial).

13. Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - Diciembre 2015.

No.	CIE -10	CAUSAS ASISTENCIA CONSULTA	CANTIDAD	%
1	T14.2	FRACTURAS	6713	
2	I10	HTA	3747	
3	M54.5	LUMBALGIA	3067	
4	T14.9	TRAUMAS	2943	
5	I87.2	INSUFICIENCIA VENOSA	2725	
6	R10.1	DISPEPSIA	2549	
7	K49.9	HERNIA	2319	
8	T14.9	LESION	2117	
9	M19.9	ARTROSIS	2111	
10	H52.7	AMETROPIA	1848	
		Otras consultas	56,993	
TOTAL ==>			87,132	

Fuente: SySMed, Hojas de Registro Diario de Consulta Externa de HTNAL

14. Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2015.

No.	CIE -10	CAUSAS ASISTENCIA EMERGENCIA	CANTIDAD	%
1	T14.9	TRAUMA	14531	
2	V99	ACCIDENTES DE TRANSITO	5658	
3	R29.6	CAIDAS	4312	
4	T14.1	HERIDAS	3612	
5	T14.2	FRACTURAS	2896	
6	M54.5	LUMBALGIA	1711	
7	R52.9	DOLOR	1713	
8	R51	CEFALEA	1274	
9	M25.5	ALTRARGIA	953	
10	I10	CRISIS HIPERTENSIVA	841	
		Otras Emergencias	6,573	
TOTAL ==>			44,074	

Fuente: SySMed, Libros de Emergencia de HTNAL

15. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2015.

No.	CIE- 10	CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN	CANTIDAD	%
1	T14.2	FRACTURAS	1570	
2	T14.9	TRAUMAS	1117	
3	54.1	LAPAROSCOPIA	427	
4	K49.9	HERNIAS	422	
5	K80.2	COLELITIASIS	383	
6	T14.1	HERIDAS	210	
7	N19	INSUFICIENCIA RENAL	143	
8	M19.9	ARTROSIS	97	
9	M17.9	GONARTROSIS	95	
10	T14.3	LUXACION	79	
OTROS MOTIVOS			3495	
TOTAL ==>			8,038	

Fuente: Hojas de Registro Pacientes Internos en cada uno de los bloques de HTNAL

16. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2015.

No.	CIE - 9	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CANTIDAD	%
1	78.60	RETIRO DE TORNILLOS	1551	
2	78.60	RETIRO DE FIJADOR	1181	
3	96.23	FISTULECTOMIA	862	
4	78.1	COLOCACION FIJADOR	707	
5	78.6	EXTRACCION	616	
6	80.5	DISCOPATIA	296	
7	78.50	DINAMIZCION	271	
8	77.20	CORRECCION	266	
9	78.00	COLOCACION INJERTO	256	
10	49.72	CERCLAJE	249	
Otros Procedimientos			3592	
TOTAL ==>			9,847	

Fuente: Libro de Registro Procedimientos Quirúrgicos HTNAL

17. Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2015.

No.	CIE 10	CAUSAS MORTALIDAD	CANTIDAD	%
1	T14.9	TRAUMAS	112	
2	T14.9	HERIDAS	65	
3	R09.2	PAROCARDIO RESPIRATORIO	54	
4	R68.8	FALLA MULTIORGANICA	38	
5	A41.9	SHOCK SEPTICO	40	
6	I21.9	INFARTO AGUDO	5	
7		HIPOXIA CEREBRAL	34	
8	T07	POLITRAUMATISMOS	30	
9	J81	EDEMAS PULMONAR	22	
10	R96.0	MUERTE SUBITA	20	
OTROS			261	
TOTAL ==>			681	

Fuente: Actas de Defunción HTNAL

18. Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2015. (EPI-1)

Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI-1/2000), correspondiente a la semana 52 desde el día 21 hasta el día 27 del mes de diciembre 2015.

Código CIE-10	Síndromes, Enfermedades y Eventos	CASOS POR GRUPOS DE EDAD Y						CASOS SEMANAS		
		Ignorado	< 1	1-4	5-14	15-64	> 64	Total esta semana	Total acumulado año actual	Total acumulado año previo
H10	Conjuntivitis	0	0	0	0	1	0	1	49	34
A09	Diarrea aguda (diarrea debida a parasitosis, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardiasis, cólera)	0	0	0	0	2	0	2	248	220
R50/ A90/ A01/ A2.9/ B54	Enfermedad febril (dengue clásico, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, leptospirosis, malaria)	0	0	0	0	0	0	0	4	5
A39. 4/B0 5/B0 6	Enfermedad febril eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, meningococemia)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A91/ A95. 9	Enfermedad febril hemorrágica (dengue con signos de alarma, dengue grave, fiebre amarilla, meningocemia, ebola)	0	0	0	0	2	0	2	2	4
J00/J 02	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias altas (virosis o gripe, IRA, faringoamigdalitis)	0	0	0	0	5	1	6	844	736
A36/ A37/ J10- J18/J 20/J2 1	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias bajas (IRA grave, bronquitis, bronquiolitis, bronconeumonía, neumonía)	0	0	0	0	0	0	0	110	166
A05. 9	Enfermedad transmitida por alimento (infección e intoxicación alimentaria, ciguatera)	0	0	0	0	0	0	0	79	123
Y 40- Y59	Eventos adversos por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (incluye los asociados a vacunación y otros productos)	0	0	0	0	1	0	1	40	23
X40- X41/ T36- 50/T5 1- T65	Intoxicación aguda por sustancias químicas (plaguicidas, metales pesados, alcohol, otros)	0	0	0	0	8	0	8	185	298
R10. 2	ITS: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, absceso tuboovarico, etc)	0	0	0	0	0	0	0	16	25
N89. 8	ITS: Flujo vaginal (vaginitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)	0	0	0	0	0	0	0	56	49
R36	ITS: Secreción uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)	0	0	0	0	0	0	0	1	3
N48. 5 / N76. 5 / N76. 6	ITS: Ulcera Genital (sífilis, chancroide, herpes, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo)	0	0	0	0	0	0	0	3	18

Código CIE-10	Síndromes, Enfermedades y Eventos	CASOS POR GRUPOS DE EDAD Y						CASOS SEMANAS		
		Ignorado	< 1	1-4	5-14	15-64	> 64	Total esta semana	Total acumulado año actual	Total acumulado año previo
B15 - B17/ A95	Hepatitis vírica aguda o síndrome febril icterico (hepatitis A , B, C, fiebre amarilla)	0	0	0	0	0	0	0	74	124
S00-T14/ T20-T32	Lesiones por causas externas (heridas, contusiones, traumas, quemaduras)	0	0	0	0	254	0	254	8734	5749
W54/ W55	Mordedura o agresión animal (rabia humana)	0	0	0	0	0	0	0	32	22
A39. 0/G0 0//	Meningitis (meningitis por meningococo, haemophilus, neumococo, tuberculosa, encefalitis, meningoencefalitis, otras)	0	0	0	0	0	0	0	4	2
A80	Parálisis flácida (síndrome Guillain Barré, poliomielitis paralítica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B26	Parotiditis viral	0	0	0	0	0	0	0	0	1
A15 -	Tosador crónico (sintomático respiratorio 2 semanas, tuberculosis pulmonar)	0	0	0	0	0	0	0	61	74
B01. 9	Varicela	0	0	0	0	0	0	0	7	3
EVENTOS VITALES		Ignorado	< 1	1-4	5-14	15-64	> 64	Total esta semana	Total acumulado año actual	Total acumulado año previo
Muertes totales						1	3	4	654	789
Muertes de mujeres en edad reproductiva (10-49 años)								0	45	39
Muerte materna								0	0	2
Nacidos vivos								0	0	0
Nacidos muertos								0	0	0
POBLACIÓN ATENDIDA		0	1	0	3	1,088	188	1,280	116,535	113,612

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

19. Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos. (Datos a tomar en cuenta para el análisis FODA)

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, del 01 al 15 de diciembre del 2015.

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 usuarios entrevistados volvería al hospital y el 100% lo recomendaría.
El 99.6% encontró el servicio requerido.
El 98.8% se siente de altamente satisfecho a muy satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al cliente, caja, admisión etc.).
El 98.8% se siente de altamente satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital.
El 98.8% dijo que si a la pregunta de si percibieron que se les trato con respeto.
El 98.8% de los usuarios entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización del área de consulta para orientar a los pacientes y sus familiares.
El 98% de los entrevistados se siente de muy satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.
El 96.9% dijo que sí a la pregunta, si encuentran que han recibido suficiente información sobre su padecimiento o estado.

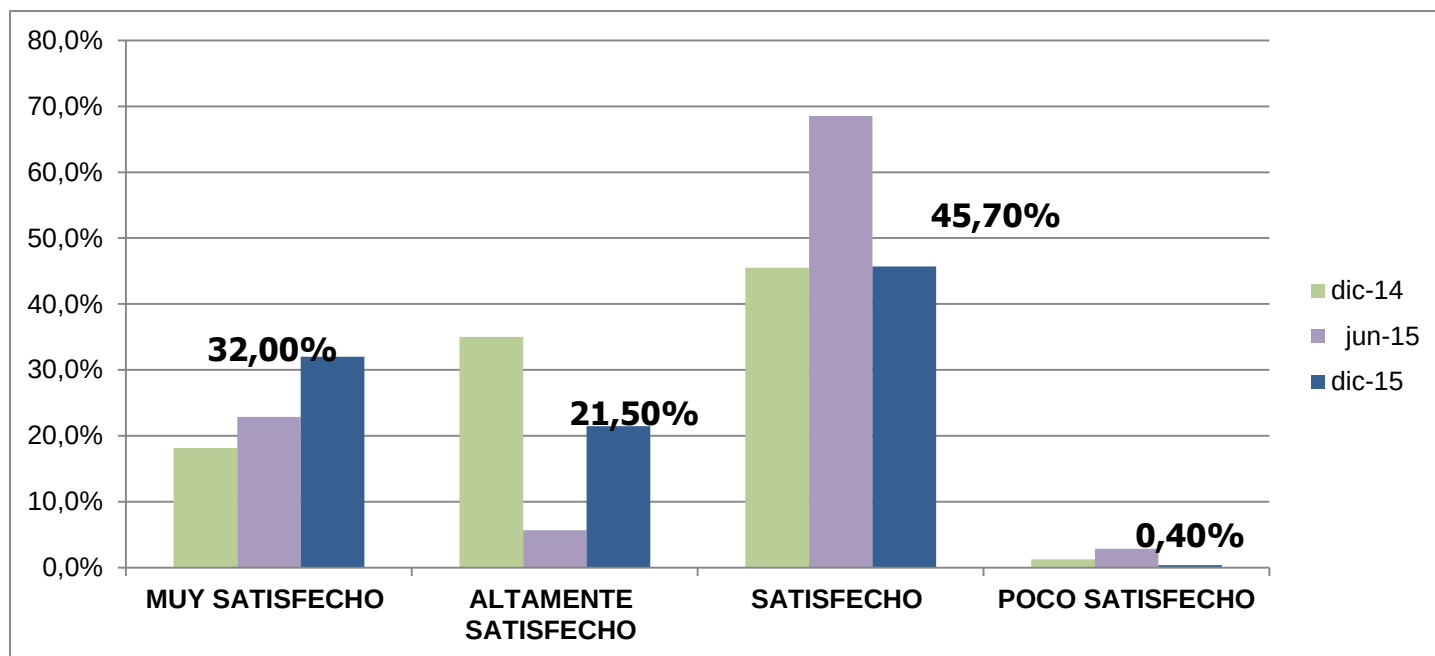
A Mejorar:

El 55% considera que deben mejorar las facilidades para conseguir cita.
El 50.6% No conoce el nombre de la enfermera.
El 26.4% considera que se deben mejorar los alimentos ofrecidos en la cafetería.
El 20.2% NO conoce el nombre del médico que le atendió.
El 17.9% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.
El 11.6% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.
El 9.7% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para cirugía y el horario de atención.

Nivel General de Satisfacción Consulta Externa:

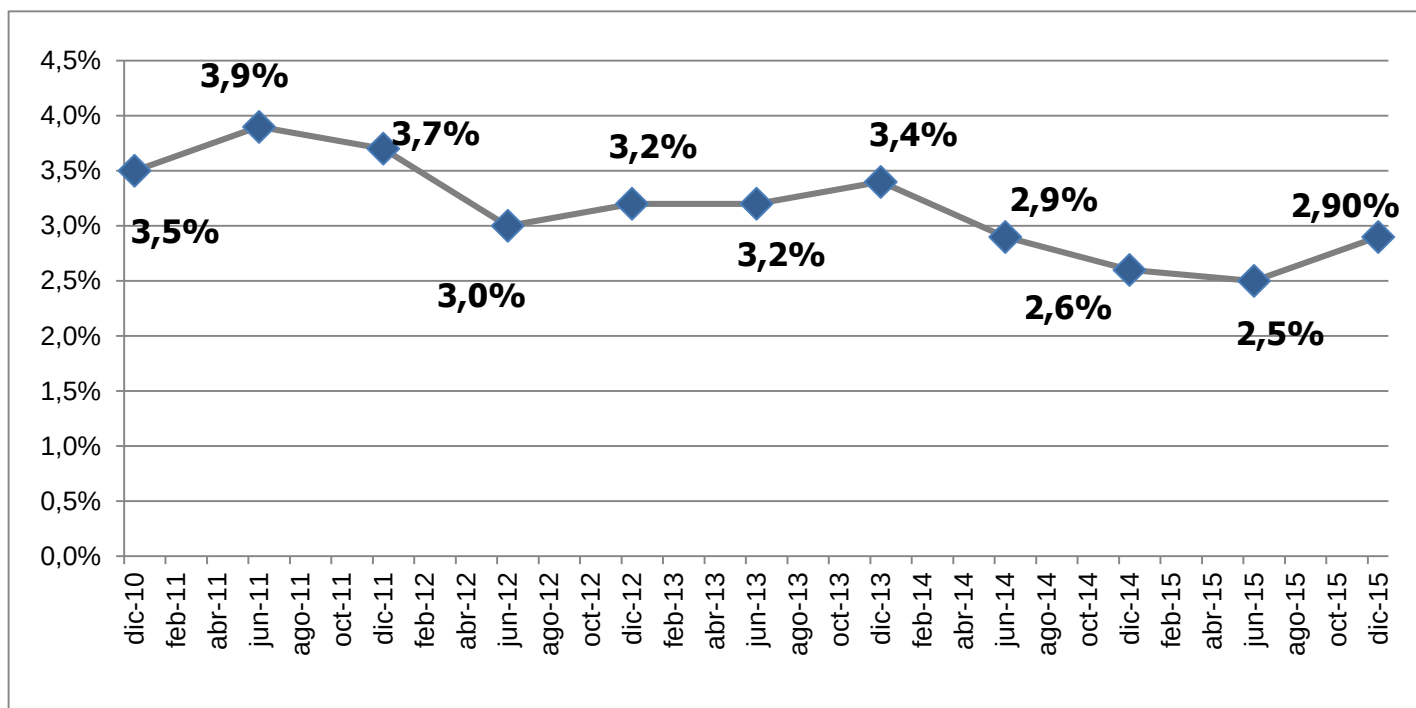
El **nivel general de satisfacción** de los usuarios en el área de Consulta Externa es el siguiente: 45.7% satisfechos, 32% muy satisfechos, 21.5% altamente satisfecho y el 0.4% insatisfechos.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción



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

Gráfico: Comportamiento Histórico del Área de Consulta Externa en el Índice de Likert.

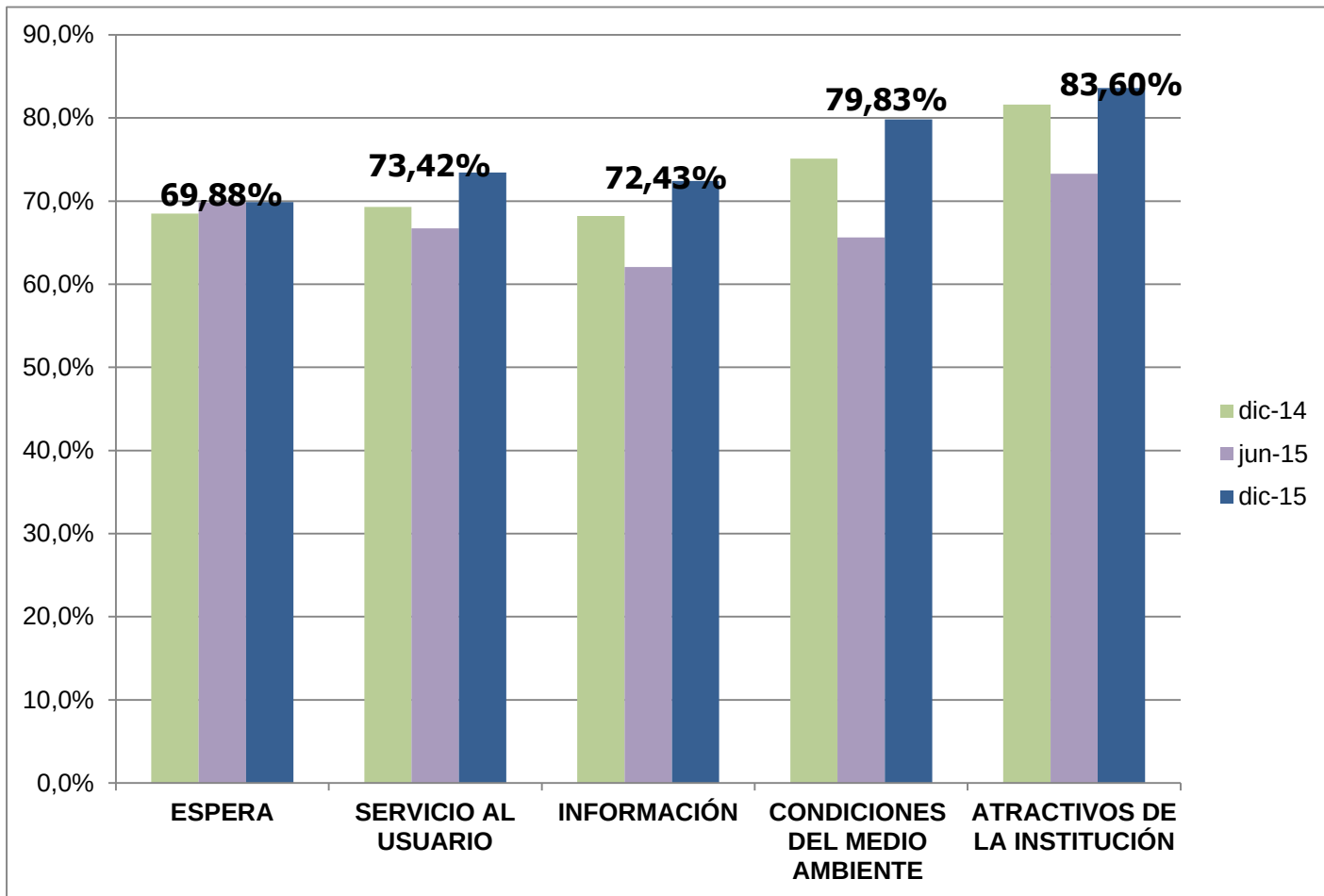


B) Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección Atractivos de la Institución con 83.6%, seguido de Condiciones del Medio Ambiente con un 79.83%

La sección Información obtuvo un 73.43%, Servicio al Usuario obtuvo un 73.42%. El menor puntaje fue obtenido por la sección Espera con 69.88%.

Gráfico: Comportamiento Histórico Atractivos de la Institución



Observaciones, comentarios, sugerencias

- Que se deben emplear más médicos
- La cita son muy tardes
- Mejorar el tiempo de espera para la consulta y las citas.
- El baño debe tener papel de baño
- La cafetería vende muy caro, la información en emergencia deben mejorarla, un poco más de sillas en la sala de espera.
- La entrega de los resultados toma mucho tiempo
- La señora vino hacerse unos análisis y le informaron que viniera el día de hoy para la entrega de resultado y no aparecieron, le volvieron a tomar la muestra a pesar de que esta le informo que había comido y tenía glicemia.
- El tiempo para facturar es muy largo para los pacientes discapacitados
- La higiene de los baños tiene que mejorar
- Ponen a dar mucha vuelta para facturar, y también para conseguir una cita se espera mucho y mejorar el área de call center
- Mejorar el servicio de call center
- Cuando los médicos se van de vacaciones o licencia algunas veces dejan la terapia de los usuarios.
- Citas muy lejos.
- Mejorar el tiempo de espera para cirugía.
- Mejorar las citas por el call center y el tiempo de espera para la cita
- Demasiado días para entregar los resultados de imagen
- Mejorar la facilidad para conseguir la citas y falta mucho tiempo para la cirugía
- Facilidad para conseguir las citas
- La cafetería vende muy caro.
- Mejorar el aire en consulta, poner las citas más cercas, se coge mucha lucha en el área de laboratorio
- Tener facilidades para conseguir las citas
- Mejorar hacer la cita por call center y el tiempo de espera para la cirugía
- Fisiatría
- Agilidad para conseguir las citas
- El joven de laboratorio que da información es mal hablado
- Los seguridad son poco comprensible y hasta llegan a faltar el respeto.
- Mejorar tiempo de espera para conseguir la cita
- Las citas son demasiado lejos
- Demasiado paciente para un solo medico.
- Tienen que tener preferencia para los ancianos.
- Las emergencias deben atender más rápido.
- Usan el celular al momento de estar facturando.
- Se dura mucho tiempo después que se llega a consulta
- Las citas están muy lejos
- Facilidad para conseguir citas
- Falta de higiene en la cafetería y una actitud negativa de parte de los que atienden
- Tiempo de espera para la cita
- Tiempo de espera para la cirugía

2- Emergencia:

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

Positivos:

El 100% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la ubicación de los puntos de atención.

El 100% de los usuarios dice que se le trató con respeto.

El 100% de los entrevistados contestaron que **SI** a la pregunta **¿el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento?**

El 100% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos en el área de emergencia.

El 100% recomendaría el hospital y 100% volvería.

A la pregunta de si se puede **reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico** 100% respondió afirmativamente.

Preguntamos también que **si encuentran que recibieron suficiente información sobre su padecimiento o estado**, a lo que el 100% dijo que si.

El 98.5% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad mostrado por el médico.

El 98.6% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.

El **trato recibido por el personal de seguridad** del área de emergencia, hizo sentir de satisfecho a muy satisfecho al 98.6%.

El 98.6% de los entrevistados respondió afirmativamente a la pregunta de si la **emergencia contó con el personal para orientar a los pacientes**.

El 95.7% respondió afirmativamente a la pregunta **¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar?**.

El 79.7% de usuarios asistidos en emergencia fue atendido antes de media hora.

A Mejorar:

El 79.7% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.

El 58% NO conoce el nombre del médico que le atendió

49.3% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas

El 33. % considera debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.

El 21.7% considera que debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería

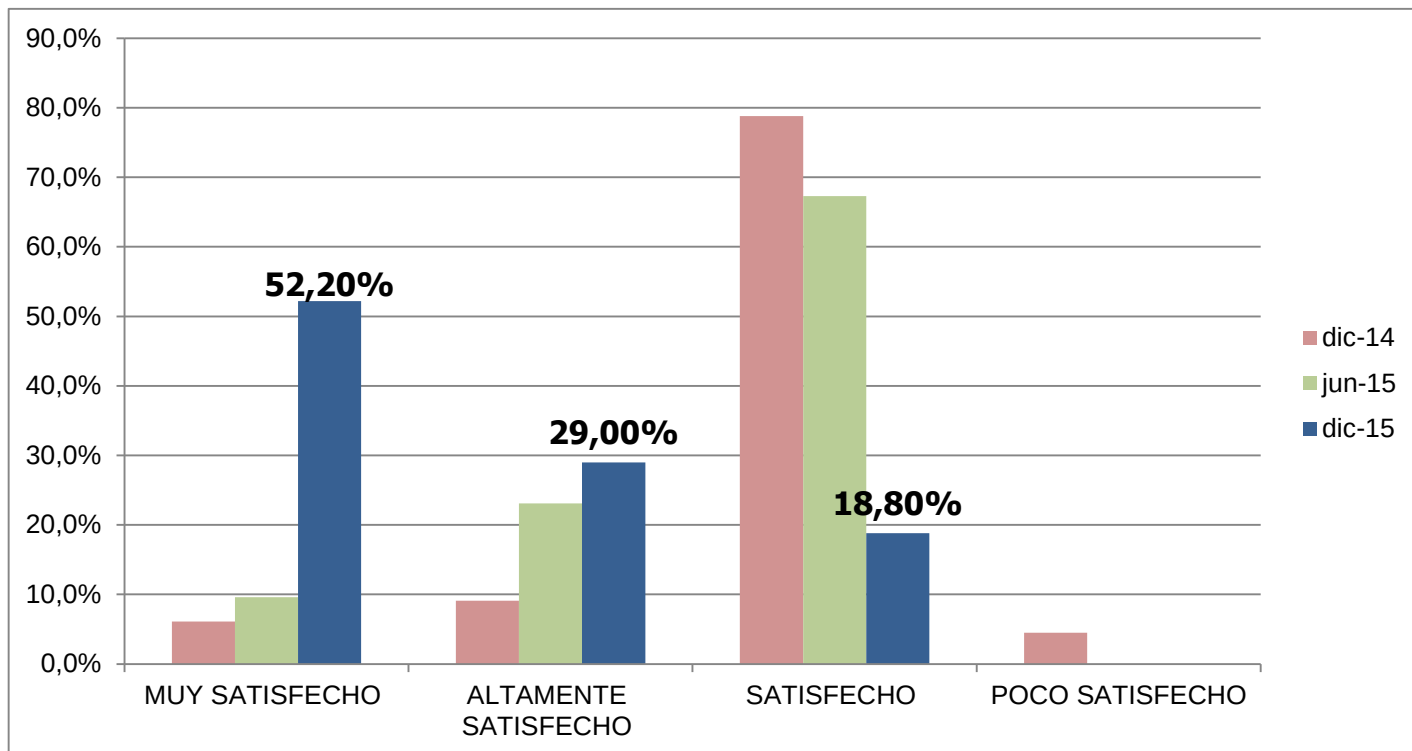
17.4% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.

El 13% considera de mucho a exagerado el tiempo de espera para recibir atención.

Nivel General de Satisfacción Emergencia:

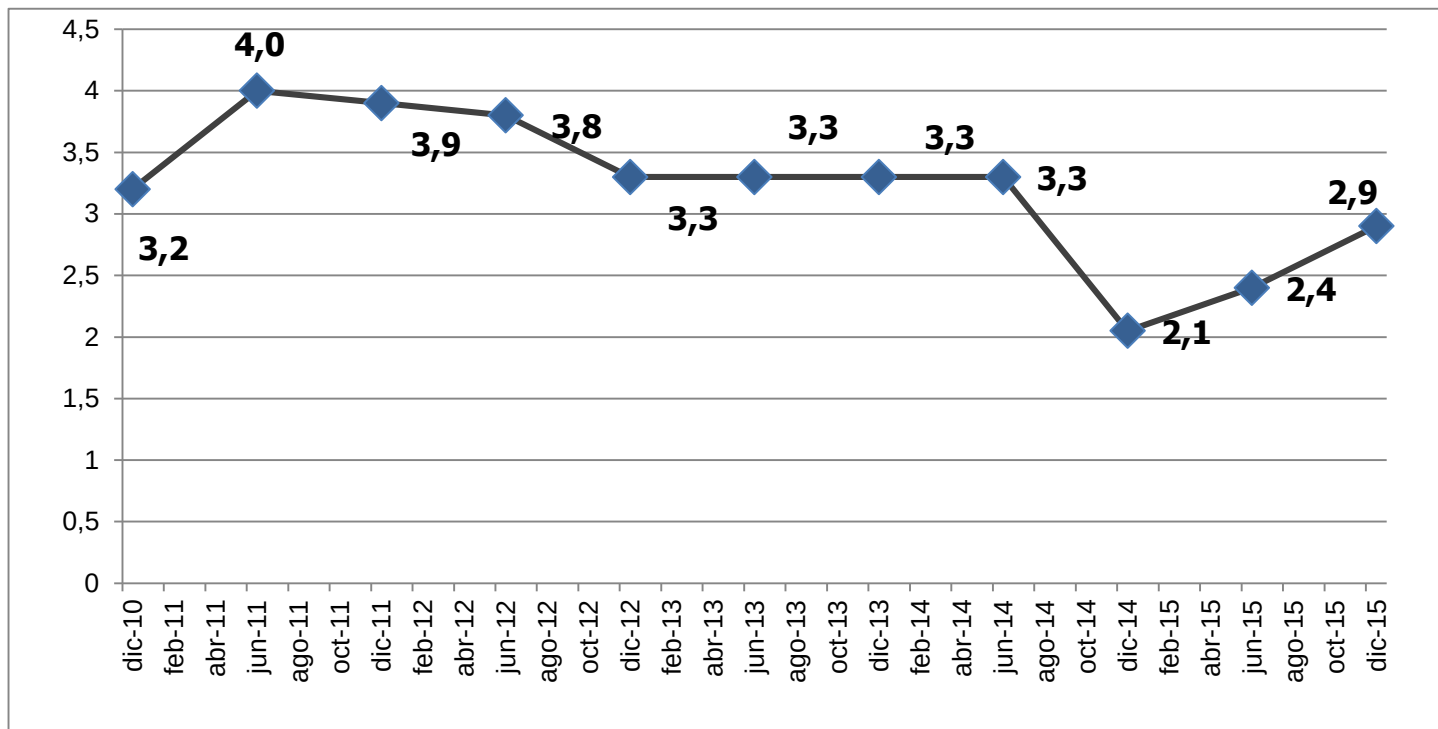
En resumen, el 52.2% de los usuarios que acuden al área de emergencia se encuentran muy satisfechos, 29% altamente satisfechos y 18.8% satisfechos.

Gráfico: Resumen de Satisfacción



La escala de Likert, nos refleja un índice de **2,9**, que se encuentra en una escala de satisfacción de poco satisfecho con marcada tendencia a satisfecho.

Gráfico: Comportamiento Histórico Índice de Likert

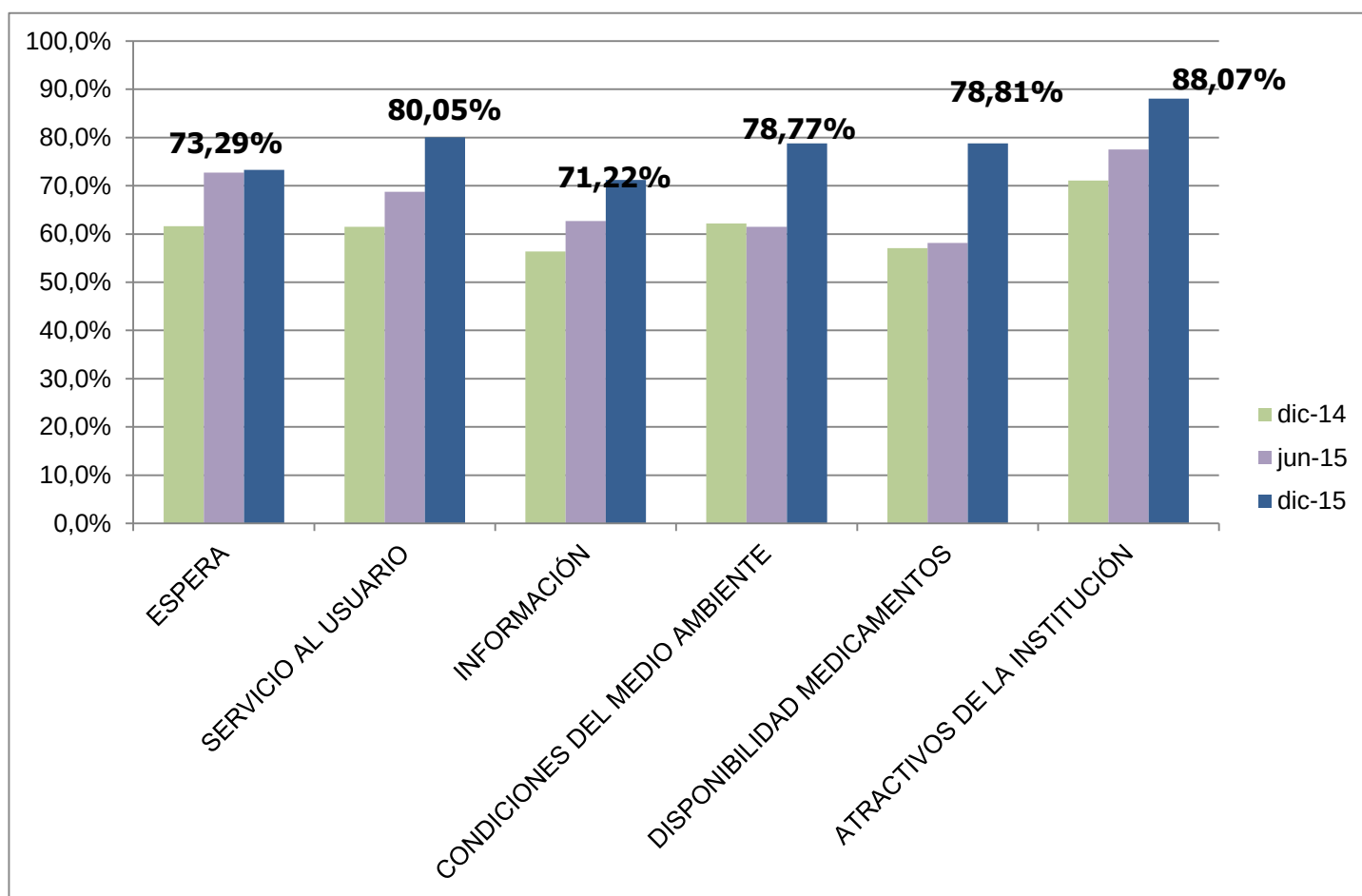


B) Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **atractivos de la institución** con 88.1%, seguido de **servicio al usuario** con 80.1% y luego **disponibilidad de medicamentos** con 78.8%

La sección relacionada con **condiciones del medio ambiente** obtuvo un 78.8% y **espera** un 73.3%. La sección menos valorada corresponde a **información** con un 71.2%.

Comportamiento Nivel de Satisfacción por Área.



A continuación, presentamos las principales observaciones de los usuarios de Emergencia, expresadas en su mayoría textualmente:

Positivas:

- La atención de la enfermera buena higiene, buena atención por los médicos.
- La buena atención que le dieron en la emergencia.
- Buen servicio del personal de trabajo social buena amabilidad con las enfermeras y el personal de atención al usuario
- Buenas atenciones higiene
- Hay médicos suficientes atención rápida buenos equipos
- Buen trato para los usuarios higiene
- Buena higiene clima agradable buen servicio
- Disponibilidad de los médicos por el buen trato la capacidad del personal
- Por el buen trato la higiene por los buenos médicos
- La capacidad de los médicos el trato que recibe
- Buenos médicos personal capacitado
- Eficiencia limpieza amabilidad
- El servicio es muy bueno la higiene
- Atención de los médicos, amabilidad del personal, rapidez en la atención
- Buena atención médica.
- Higiene buena información excelente trato.
- Buen servicio. Trato humanizado. Higiene.
- Higiene. Buen trato.
- Buen servicio, buena higiene, buen trato del personal.
- Excelente servicio por parte del personal.
- Capacidad, buenas atenciones
- Las enfermeras tienen humanización
- La capacidad de los médicos buena limpieza en el hospital
- El trato que recibe. Higiene
- Buena atención, trato humanizado, buena higiene
- Buen servicio, higiene, buen trato.
- Higiene, buen servicio, buen trato del personal
- Higiene. Las enfermeras son muy buenas
- Buena asistencia, amabilidad y respeto
- La limpieza, orden, el respeto
- Buena higiene, buen servicio, buenos médicos
- Trato humanizado, buen servicio, higiene
- Higiene, buen servicio, trato humanizado
- Buen servicio, buenos médicos, atención de calidad
- Higiene, amabilidad
- Higiene, buen trato, buen servicio
- Buen servicio
- Higiene, atención al usuario, seguridad
- Respeto, buena atención al paciente, buen orden
- Higiene, seguridad, rapidez de atención médica
- Atienden bien a los usuarios, trato de los médicos es bueno, el hospital muy limpio
- El trato al usuario, la higiene en el área, los médicos están capacitados
- El trato de los médicos y enfermeras, la amabilidad del hospital, la higiene del área

- Buena atención al usuario, limpieza
- Capacidad medica es buena, atenciones de calidad
- Rapidez, limpieza, seguridad
- Educación, higiene, buen trabajo
- Buen servicio, trato de calidad, higiene
- Higiene, servicio especializado, buen trato
- Higiene, buenos médicos

A tomar en Cuenta:

- El tiempo de espera para la de alta.
- Poca atención por los avanzados. No tener un bebedero para los pacientes.
- Hay que durar mucho para la de alta.
- Los análisis tardan mucho tiempo.
- Costo de la atención médica
- Tiempo de espera para la facturación
- El proceso es muy lento
- Más personal médico para la emergencia y más avanzadas
- El proceso para la de alta médica es muy lento.
- No hay silla para el que acompaña el paciente.
- Las citas están muy lejos.
- Llegada temprano de los médicos a consulta
- Tiempo de espera para la cita.
- Costo de atención
- Mejorar la rapidez del pago
- Mejor desenvolvimiento en el trato de los seguridad
- El trato de parte del médico asignado en la mañana del día 8/12/2015 no fue bueno.
- Cantidad de asientos deben tener más asientos el hospital
- Cantidad de asientos
- Tener un bebedero en emergencia para los pacientes.
- Asignar más médicos en el área.
- Que le pongan llavín al baño.
- Más privacidad en los baños.
- Hacer puente para poder cruzar al hospital.

3- Hospitalización:

Las percepciones sobre las atenciones recibidas en el área de acuerdo a los usuarios encuestados en las tres grandes áreas de hospitalización (Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía General, fueron las siguientes:

Positivos:

El 100% de los entrevistados en las tres áreas, volvería al hospital si se le presentará un problema de salud.

El 100% en las tres áreas, recomendaría el hospital.

El 100% de los usuarios ingresados neurocirugía, 95.8% en ortopedia y 92.9% en Cirugía General y Especialidades manifestó que los alimentos les fueron entregados a **temperatura adecuada y de manera higiénica.**

La **cama, colchón y frazadas adecuados**, para el 100% de usuarios ingresados en el área de neurocirugía, 95.8% de ortopedia, mientras que en el área de cirugía, un 92.9%.

El 100% de los entrevistados se encuentra entre satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos para su atención

El 100% de los usuarios de las tres áreas de hospitalización respondieron afirmativamente a la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.

Preguntamos también “**Considera usted que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado**” y encontramos que el 100% de usuarios hospitalizados en las áreas de Cirugía y Especialidades y Neurocirugía dijo que sí, mientras que el 77% del área de ortopedia.

El 100% de los usuarios de Cirugía General y Especialidades y de Neurocirugía puede reproducir y poner en práctica las explicaciones ofrecidas por el médico. En el área de ortopedia, un 97.3%.

A Mejorar en las Tres Principales Áreas de Hospitalización

Aspectos a Mejorar	ORTOPEDIA	CIRUGÍA	NEUROCIRUGÍA
	Dic 15	Dic 15	Dic 15
Alimentos ofrecidos en cafetería y cocina	12.5	14.3	7.7
Tiempo de espera para cirugía	33.3		
Informaciones sobre funcionamiento de área	4.2		
Capacidad de los médicos	4.2		
Facilidades para conseguir cita	37.5	35.7	30.8
Costo de la atención médica			
Trato de las enfermeras	8.3		
Tiempo de espera para recibir atención	16.7	7.1	
Higiene de las habitaciones	8.3		
Tramites de admisión y pago de servicios.	8.3		7.7
Interés y tiempo que le dedican los médicos.	25		
Comodidad y privacidad en salas / consultorios.	4.2		
Limpieza de sanitarios y áreas comunes.	16.7		
Horario de atención	4.2		
Puntos de atención al usuario	8.3		
Disponibilidad de los médicos	12.5		
Trato que recibe del personal administrativo.	8.3		

Nivel General de Satisfacción Hospitalización:

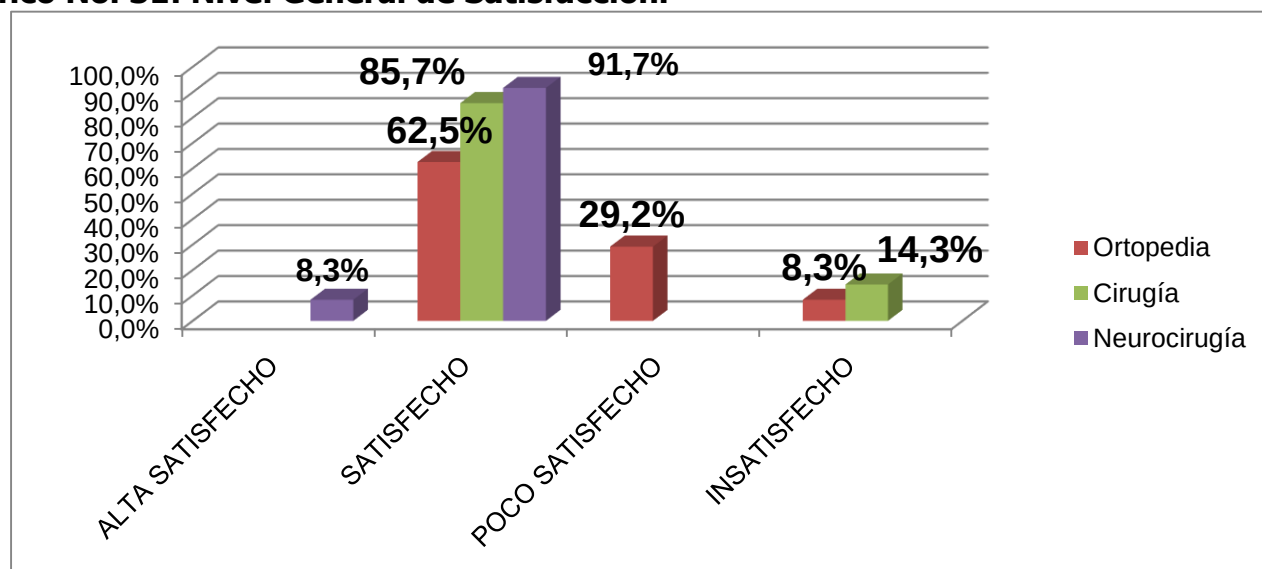
El nivel general de satisfacción por áreas es el siguiente:

Ortopedia: 62.5% satisfecho, 29.2% poco satisfecho y 8.3% insatisfecho.

Neurocirugía: 91.7% de los usuarios satisfecho, 8.3% altamente satisfecho.

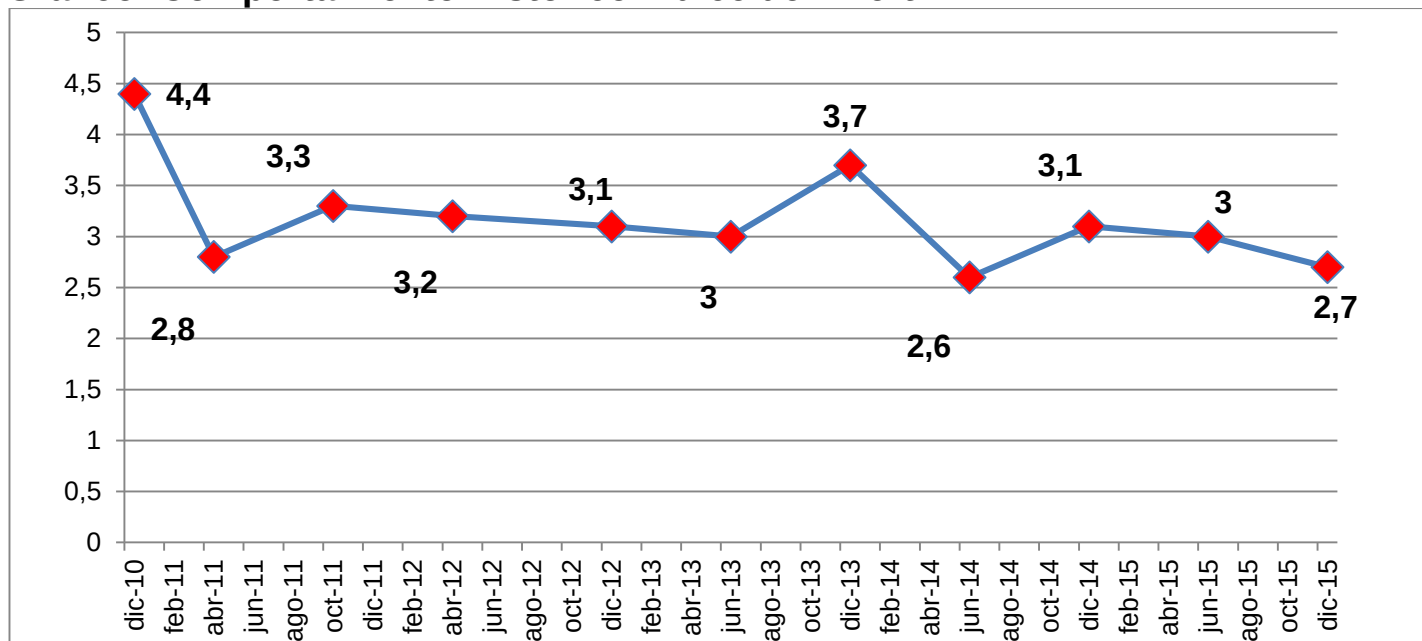
Cirugía General y Especialidades: 85.7% satisfecho y 14.3% insatisfecho.

Gráfico No. 31: Nivel General de Satisfacción.



La escala de Likert, nos refleja un índice de **2.7**, que se encuentra en una escala de satisfacción de **poco satisfecho con tendencia fuerte hacia la satisfacción**.

Gráfico: Comportamiento Histórico Índice de Likert

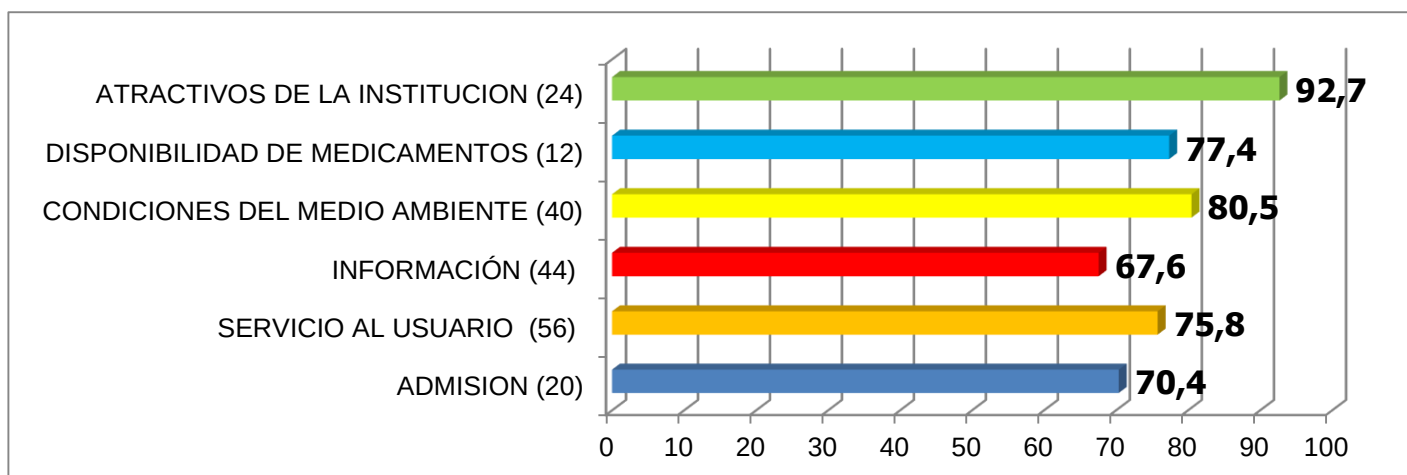


B) Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con atractivos de la institución con 92.7%, seguido por medio ambiente, confort e higiene con 80.5%. La sección disponibilidad de medicamentos, insumos y equipo obtuvo 77.4% y servicio al usuario 75.8%

Las secciones menos valoradas fueron admisión con 70.4 e información con 67.6%.

Gráfico No. 39: Comportamiento Histórico Nivel de Satisfacción por Área.



Observaciones de los Usuarios

➤ Positivas

Las enfermeras son dedicadas los médicos tratan bien a uno higiene
Buen servicio buenos médicos trato excelente
Buen servicio trato humanizado
Buen servicio buen trato respeto
Higiene los médicos la seguridad
Buen servicio buenos médicos buen trato por el personal
Muy buenas atenciones me trataron con respeto fueron muy amables
Buenas atenciones (medico) limpieza buen servicio
Me trataron con respeto me trataron con humanización me dieron buen servicio
Los médicos los equipos la higiene
Trato del médico. Buena información.
La limpieza. Los equipos. La amabilidad.
El trato de las enfermeras. La comida. La alimentación.
La comida. La limpieza. Las atenciones.
La limpieza. El área de quirófano. La amabilidad por parte de los empleados.
Las atenciones de parte de algunas empleadas. La atención médica.
La limpieza. Buenas atenciones médicas. Buen trato por las enfermeras.
Las atenciones la higiene. Buena información.
La limpieza. Las atenciones del personal.
Buenas atenciones. Capacidad de los médicos. Buena higiene.
Los médicos, me gusta su trato. El hospital es muy higiénico. El personal es muy amable, algunos.
Me gusta el servicio de los médicos. Me gusta el personal, es muy amable. Me gusta el hospital en general.
Buen trato humanizado buen servicio. Higiene.
Buena higiene. Buen servicio por parte del personal de salud. Agilidad por parte del médico.
Buen servicio. Buena higiene.
Me gusta porque es bien grande el hospital. El servicio de los trabajadores, ósea, el personal de la limpieza.
Me atendieron muy bien por emergencia. Los médicos fueron agradable y la enfermera.
Buenos médicos el servicio del personal, me gusta mucho.

➤ Negativas

Cobran un poco caro.
Es difícil conseguir cama
Facilidad para conseguir las camas
Mantenimiento en las llaves de agua del baño
No hay televisor
El servicio de la enfermera
El cambio de sabana
El horario para recibir donantes.
Tener más cuidado en la higienización de las sabanas.
Más información de parte del personal médico.

Más facilidad con las citas médicas con los pacientes quirúrgicos.
La falta de orientación por parte del médico.
Prepotencia en algunas enfermeras.
La admisión. Hay que durar mucho para lograr obtener una cama.
Atenciones por parte de las enfermeras.
Tiempo para ser hospitalizado.
La falta de un televisor en la habitación.
Adecuar la alimentación a la condición del paciente.
Mala seguridad.
Cambio de sabana.
Algunos seguridad son muy indecentes, sin educación. -no hay seguridad en el parqueo, me roban mi radio de mi carro.
No hay televisor en las habitaciones.
El servicio de la seguridad. La comida es muy mala. No permiten traer comida.
Facilidad para las citas. Más facilidad para ser hospitalizado.
Que duramos una semana durmiendo en la calle, porque mi paciente se complicó y aquí no hay donde quedarse cuando uno tiene su paciente en intensivo.
Que no se puede subir comida. El horario de la visita es muy corto.

Nota: Para mayores detalles de las informaciones de los diferentes aspectos evaluados consultar documento Informe Encuesta Satisfacción Usuario Externos Diciembre 2015.

ii. Encuesta Usuarios Internos:

Positivos:

98.5% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las informaciones sobre misión, visión y valores a su ingreso al hospital.

98.5% de muy satisfecho a satisfecho con la iluminación de las áreas de trabajo.

97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.

95.6 % de muy satisfecho a satisfecho con la imagen externa que proyecta la institución.

94.1% de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza de las áreas de trabajo.

94.1% de muy satisfecho a satisfecho con las capacitaciones recibidas para realizar su trabajo.

94.1% de muy satisfecho a satisfecho con las informaciones contenidas en los manuales de protocolos de procedimientos.

94.1% considera que el hospital constituye un ejemplo a seguir.

92.5% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la forma de ser tratado por las autoridades

91.2% ha participado en actividades de capacitación.

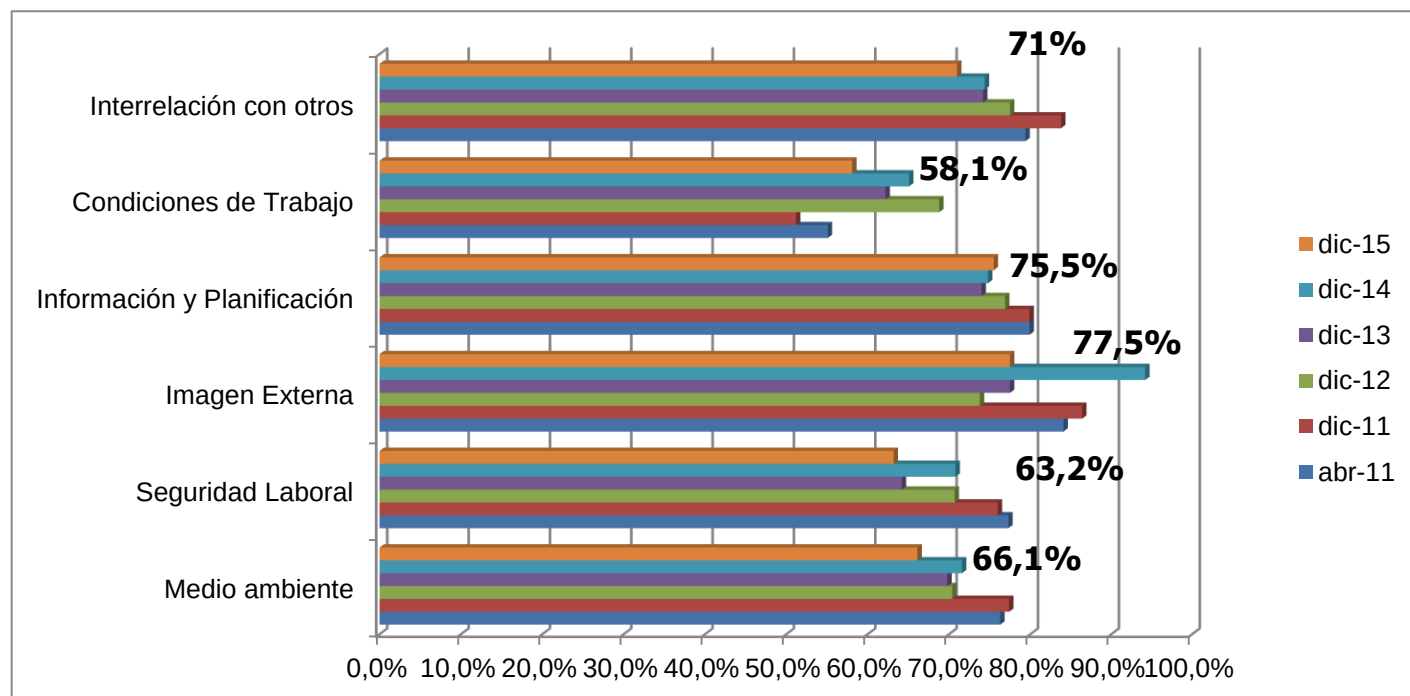
89.7% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el cumplimiento de los procesos y protocolos.

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

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para las secciones relacionadas con **la imagen externa e Información y Planificación**, ambas con **77.5%**, seguido de **Interrelación con otros** que obtuvo **71.0%**.

Los aspectos relacionados con **medio ambiente confort e higiene** **66.1%**, seguidos de **seguridad laboral** con **63.2%**.

Los aspectos menos valorados estuvieron relacionados con las **condiciones de trabajo**, con **58.1%**.



A Mejorar:

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

Dentro de este renglón encontramos principalmente lo relacionado con las condiciones de trabajo y desempeño de funciones el cual tiene un peso ponderal de un 24.4%, de todos los aspectos evaluados. Destacándose de manera individual en este renglón:

No ha recibido pago por horas extras con un 100%.

Considera usted que su salario es acorde con sus funciones laborales 55.9%

61.8% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar promoción del personal.

58.5% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.

32.4% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)

38.2% no dispone de facilidades para la educación continuada.

38.2% no dispone de vestuario adecuado para realizar sus labores en la institución.

35.3% no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos por su trabajo.

38.2% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.

41.2% no conoce la existencia de parámetros para evaluar al personal

22.9% .no cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo

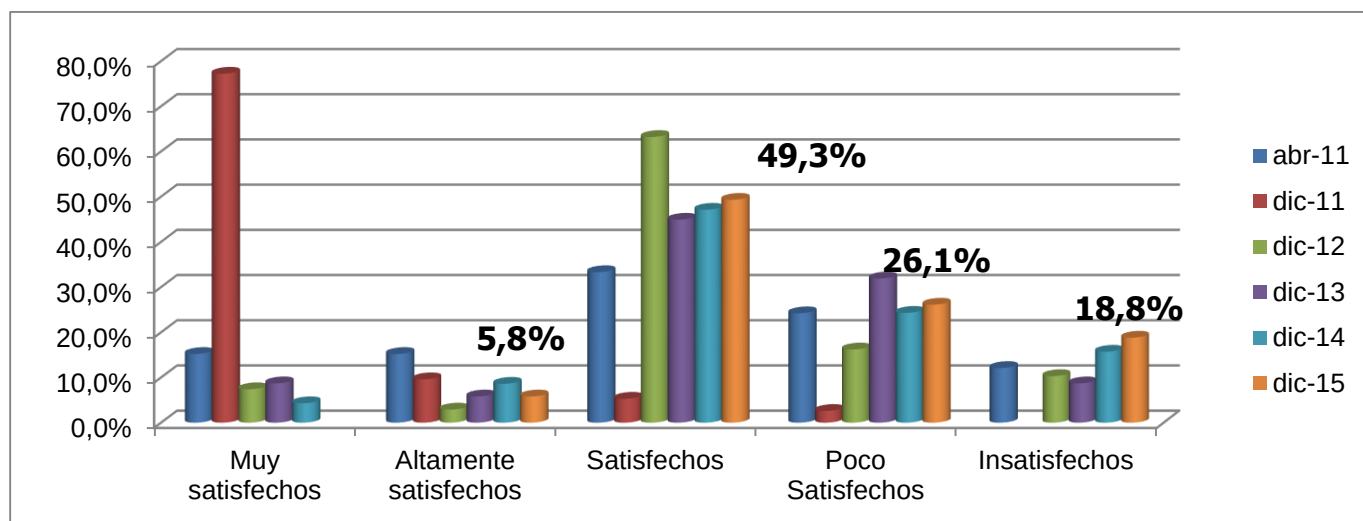
30.9% no dispone de facilidades para la educación continuada.

Nivel de Satisfacción General:

El 49.3% satisfecho, 26.1% poco satisfecho, 18.8% de los trabajadores se encuentra insatisfecho.

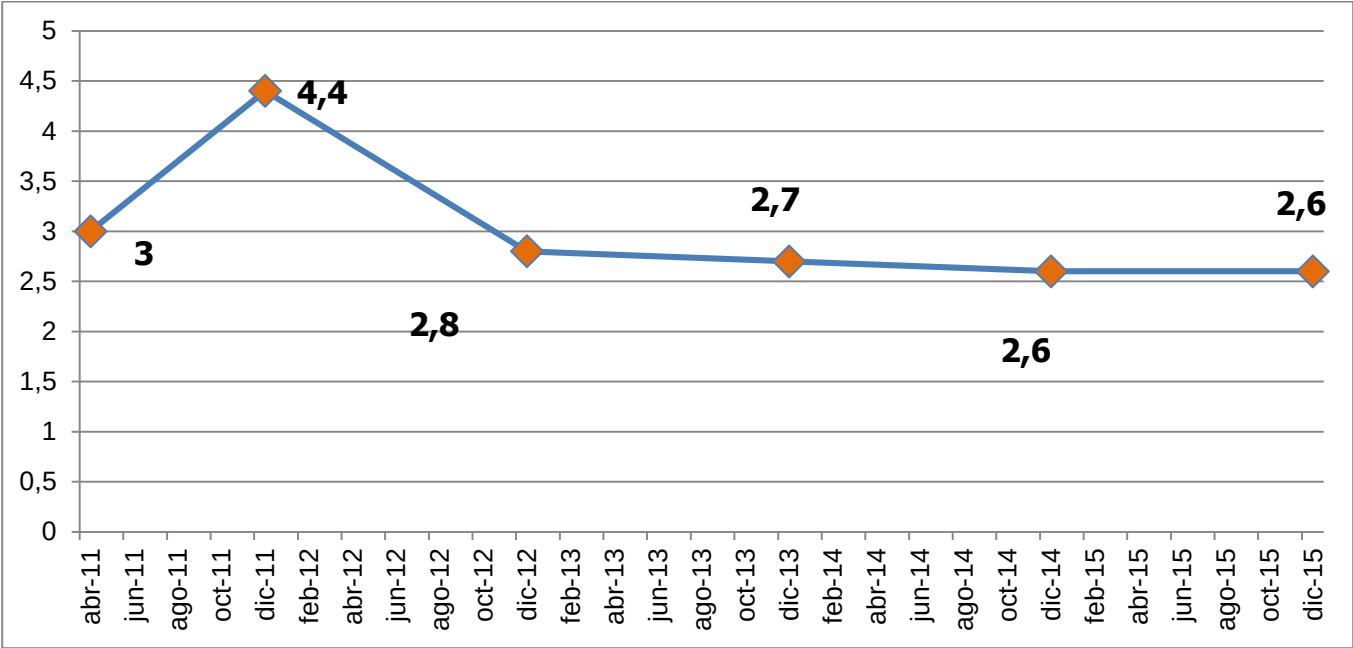
5.6% altamente satisfecho.

Gráfico No. 45: 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 2.6, lo cual indica en la escala que en sentido general los entrevistados se encuentran: Poco satisfecho a satisfecho.

Gráfico: Comportamiento Histórico Índice Likert.



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

- Sugiero una revisión para reajustar el salario o implementar aumento en los mismos, se hizo solo una vez en 5 años.
- Es necesario revisar los salarios de los colaboradores.
- Con frecuencia hay gerentes que están por debajo de la capacidad de sus empleados (no tienen capacidad para el puesto), no tienen escuela.
- Es que la única área que no tiene fin de semana y no tenemos apoyo sobre eso, por favor ayúdenos! (Conserjería)
- El hospital es el mejor lugar para trabajar, pero tengo una incomodidad personal al igual que mis compañeros lo cual no se atreven a protestar porque necesitamos nuestro trabajo, el problema es el siguiente: **personas con cargos que no están capacitados para realizar dicha función**, pero que es muy evidente que muchos están por amistad en ese cargo, muchos de ellos devengando un salario bien jugoso sin haber estudiado para dicho cargo. Otra cosa es los reajustes de sueldos, por ejemplo cuando **promueven a uno dejan a uno cobrando el salario del cargo que desempeñaba**, donde ya hace un año que tengo esa responsabilidad, me he dirigido a mi gerente y me dice que trabajan en eso y nada, voy a mi sub-dirección y me dicen lo mismo, voy a RRHH y me dicen que no hay dinero para aumentar, donde yo no estoy pidiendo aumento sino que me reajusten mi sueldo a lo que ganan los otros que hacen lo mismo que yo. Me dicen que no hay dinero pero después de mí a otras personas de puesto y le han reajustado, eso me hace pensar que el problema es con unos cuantos, no con todos. Dejo claro que me gusta mi trabajo pero me siento al menos y sé que mi trabajo habla por mí.
- Poco satisfecho porque no toman en cuenta el trabajo que hago, no lo valoran.
- Desde mi punto de vista pienso que si al empleado aquí se le facilitara constantemente una buena capacitación que esté acompañada de evaluación, ese empleado puede tener un mejor desarrollo y así poder contribuir mejor con el logro de las metas trazadas por la empresa.
- Por lo general las cosas marchan bien, pero hay que mejorar para que marchen más bien.
- No me siento que me toman en cuenta para hacer otras funciones y en otro departamento teniendo capacitación necesaria. El personal nuevo que va llegando se les asigna mejores horarios que a los que tenemos tanto año trabajando aquí.
- En mi área hay personal que nos supervisan que nos hablan mal incluso delante de otras personas y uno no le puede responder porque le hacen reporte.
- En esta gerencia los problemas o conflictos son muy mal manejados porque no se sigue el protocolo laboral. Se trabaja con mucha presión o miedo, o terror, si uno comete un mínimo error te amonestan, te suspenden o te cancelan sin valorar la situación.
- Cuando haya una queja de algún empleado se debe de analizar y avisar antes de reportarlo.
- La remuneración económica debería ser en base a producción, esto garantiza mayor dedicación al trabajo y también verificar quienes cumplen o no y ahorraría gastos de personal innecesario.
- Tomar en cuenta las capacitaciones para las secretarias o asistentes ya que estas son la imagen y la presentación de cada gerencia.
- Las altas instancias (gerentes, etc.) buscan las debilidades de otros departamentos al momento de presentarse algún problema o situación, en vez de buscar la solución como equipo de trabajo que somos.

- Me gustaría que se tome más en cuenta a la hora de uno necesitar un servicio que haya más disponibilidad de los compañeros.

Positivos

- Todo muy bien me siento satisfecha con mi trabajo.
- Me siento muy bien al trabajar en el equipo del hospital

De la Encuesta

- Ponen a uno a llenar esto y no hacen nada con esta información. Todo sigue igual.
- Con las informaciones de las encuestas y de las reuniones se deben tomar medidas y acciones.
- Esta encuesta no hace hincapié en cómo se siente el empleado con relación al trabajo y la forma como trata en el hospital, sino que le prestan más atención a como la gente percibe el hospital lo cual es bueno pero si el personal que labora o está satisfecho vamos a ser un hospital tradicional más.

De los Servicios

- Por favor tratar de mejorar esas citas tan lejos que se le da a los pacientes.
- Creo que deben arreglar el lobby y los ascensores y darle una mejor orientación a los pacientes ya que cuando asisten a nuestro hospital por primera vez, están perdidos y preguntando por todas partes hacia donde ir desorientados.
- Emergencia debe ser más eficiente y tratar mejor a los usuarios y no hablar en voz alta de su vida privada.
- Acomoda los parientes de los pacientes que se sientan en el suelo y las escaleras a descansar y comer.
- Se pide suplir lavandería existen muchas quejas de los usuarios.
- Reitero se debe poner atención al jardín exterior porque las gramas se ven descuidadas, se ve triste.

Nota: Para mayores detalles de las informaciones de los diferentes aspectos evaluados consultar documento Informe Encuesta Satisfacción Usuario Internos Diciembre 2015

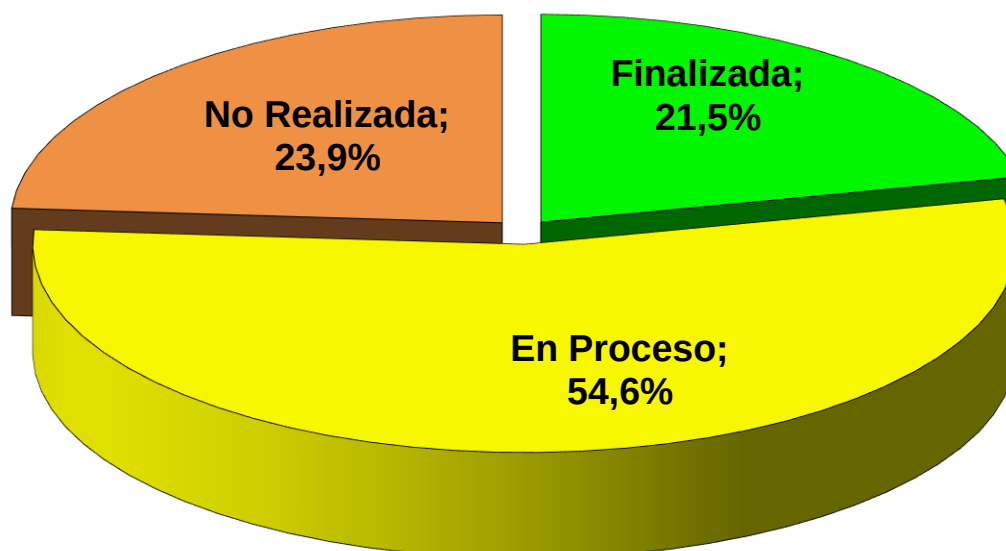
20. Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.

Tabla - Nivel ejecución Plan Inversión 2015 según Conceptos.

CONCEPTOS	Finalizada	En Proceso	No Realizada
Equipos y Otros	22%	55%	23%
Infraestructuras	16%	58%	26%
Recursos Humanos	22%	57%	22%
Capacitación	23%	52%	25%

Gráfico-

NIVEL ACUMULADO DE EJECUCION DEL PLAN GENERAL DE INVERSION HOSPITAL "DR. NEY ARIAS LORA" 2015



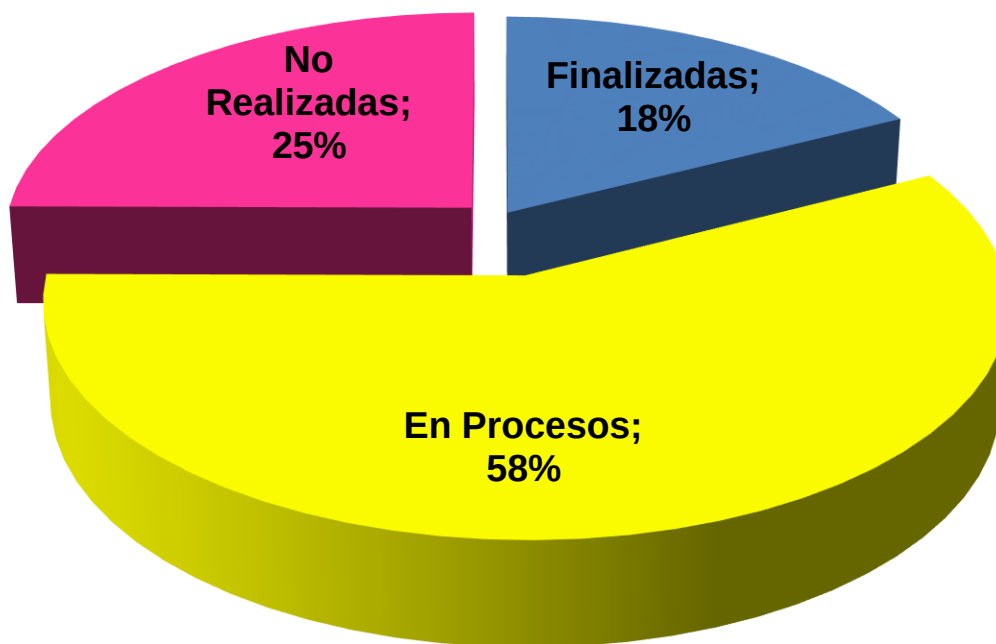
Comentario: El hecho por el cual el **Plan de Inversión** solo se cumpliera el **21.5%** de manera general, se debió, principalmente a las limitantes económicas que enfrentó el hospital durante todo el año 2015 y el incremento de la demanda de servicios no programados debido a la demanda creada por el cierre parcial del Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras, Hosp. Luis Aybar y Programa 911 y al hecho de no incrementarse oportunamente el presupuesto por parte del MSP para el Hospital.

Nota: Para más detalles ver matriz automatizada en la carpeta pública del hospital.

21. Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Control de Amenazas.

Gráfico

NIVEL CUMPLIMIENTO EJECUCION ACTIVIDADES PLAN GENERAL PARA
CORREGIR DEBILIDADES Y CONTROL DE LAS AMENAZAS SEGUN NIVEL
DE AVANCE AÑO 2015



Gráfico

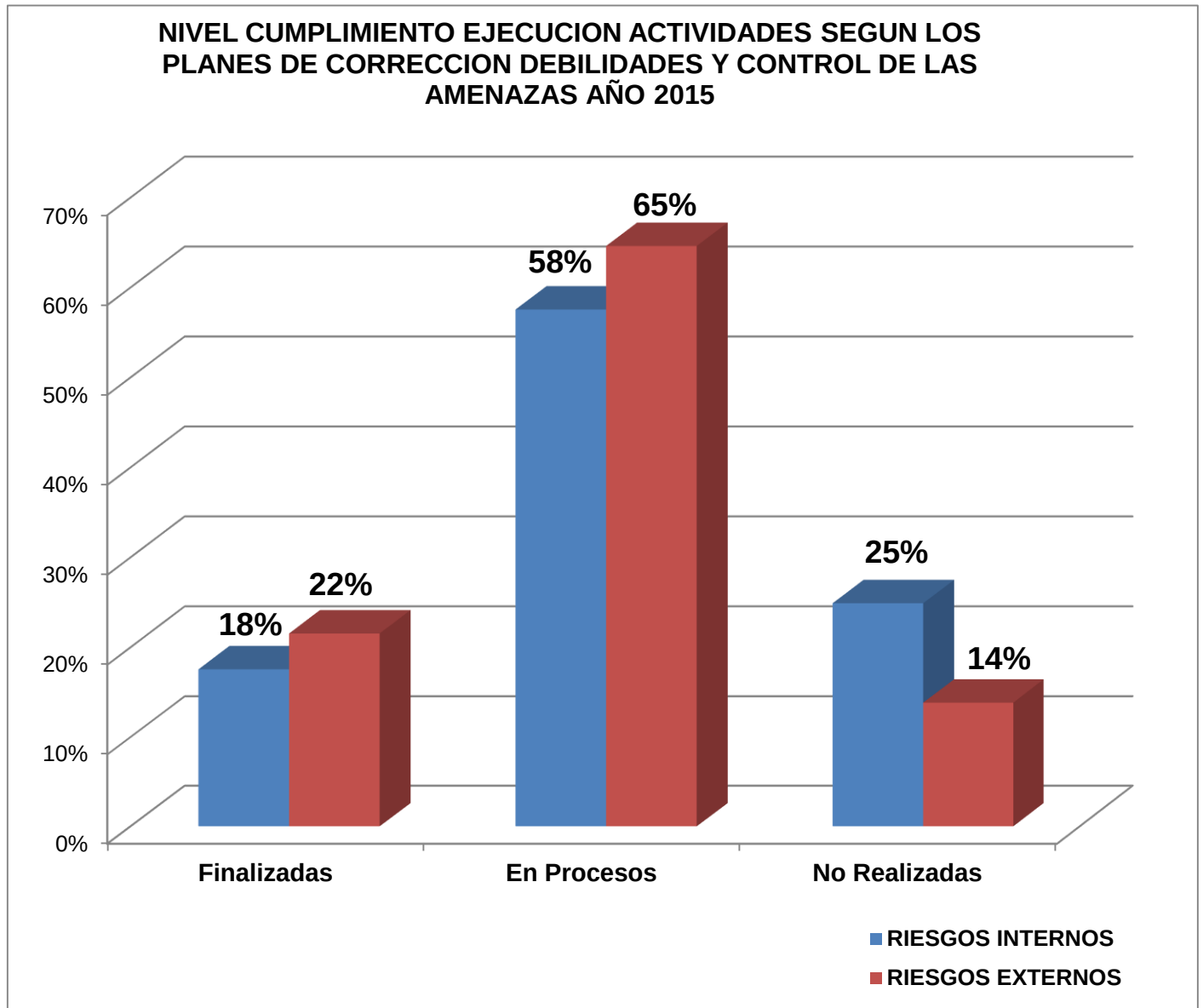
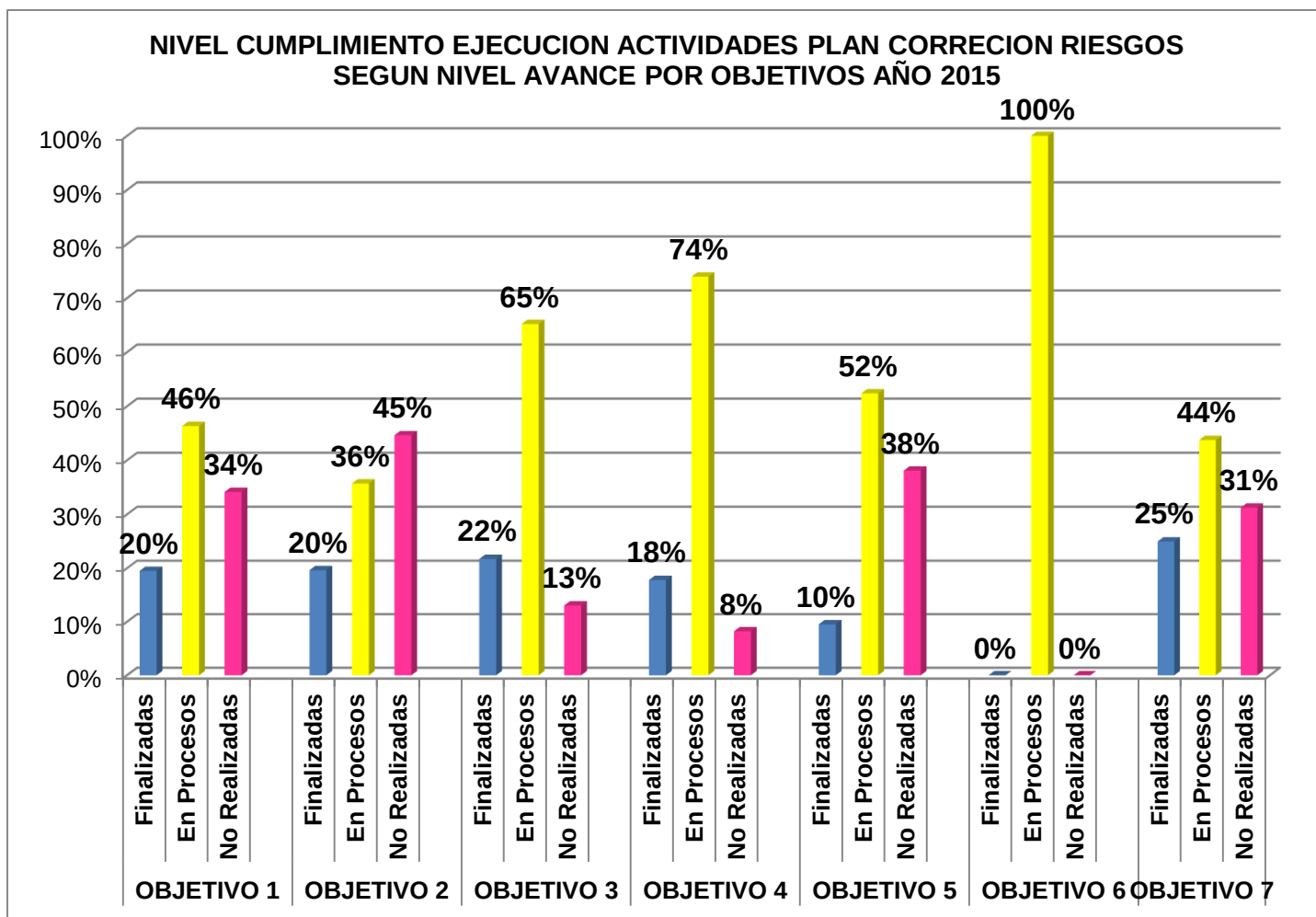


Gráfico:



Nota: para mas detalles ver matriz automatizada en la carpeta publica del hospital.

Comentario: Se hace necesario dedicar mayores esfuerzos para el cumplimiento de las actividades contempladas y programadas para resolver las debilidades y controlar las amenazas, ya que estas acciones son las que realmente nos garantizara mejorar cada dia los resultados obtenidos en el hospital, pero sobre todo, la gran mayoria de las actividades no requieren de gran inversion de recursos, lo cual es importante a tomar en cuenta para exigir el cumplimientos de las actividades establecidas.

22. Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2015.

DATOS DE PRODUCCIÓN SERVICIO SOCIAL	
TIPO ACTIVIDAD	TOTAL
CHARLAS EN LA COMUNIDAD	08
CHARLAS EN EL HOSPITAL	03
TOTAL	12
PARTICIPANTES EN LA COMUNIDAD	396

TEMAS:

- ✓ Violencia, Cólera y Dengue.

USUARIOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL	
	ACUMULADO
PACIENTES EVALUADOS	2,908.00
DESCUENTO Y EXONERACIONES OTORGADOS	111,098,236.57
DESCUENTOS EXTRAORDINARIOS OTORGADOS	1,655,104.34
TOTAL	112,753,340.91

23. Tabla: Informe Financiero Año 2015.

i.Ingresos Según Fuentes:

INGRESOS OPERACIONALES	TOTAL	%
APORTES DIRECTOS DE LOS USUARIOS	RD\$ 51.618.906,46	10,9%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD PUBLICA (SENASA)	RD\$ 262.083.223,49	55,3%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD P PRIVADAS (ARS's Privadas)	RD\$ 158.877.517,78	33,5%
SERVICIOS Y OTROS INGRESOS OPERACIONALES	RD\$ 1.117.044,00	0,2%
SOBRANTES DE CAJEROS	RD\$ 5.409,23	0,0%
OTRAS FUENTES	RD\$ 150.304,06	0,0%
TOTAL	RD\$ 473.852.405,02	53,4%
INGRESOS NO OPERACIONALES		
APORTES DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)	RD\$ 410.556.280,86	99,4%
APORTES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA		
TOTAL APORTES DE INSTITUCIONES PUBLICAS		
APORTES DE INSTITUCIONES PRIVADAS		
DONACIONES		
OTRAS FUENTES	RD\$ 2.364.668,16	0,6%
TOTAL	RD\$ 412.920.949,02	46,6%
OTROS INGRESOS		
REVISTA		
DESCUENTOS A EMPLEADOS		
TOTAL DESCUENTOS A EMPLEADOS		
TOTAL		
TOTAL INGRESOS GENERALES	RD\$ 886.773.354,04	100,0%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL.

ii.Costos y Gastos Según Renglones Año 2015:

Egresos	MONTOS ACUMULADOS	%
SERVICIOS PERSONALES	RD\$ 567.031.858,11	63,1%
Remuneraciones	RD\$ 469.190.847,77	82,7%
Sobresueldos	RD\$ 30.942.526,57	5,5%
Dietas y Gastos de Representación	RD\$ 2.280,94	0,0%
Gratificaciones y Bonificaciones	RD\$ -	0,0%
Contribuciones a la Seguridad Social y Riesgo Laboral	RD\$ 66.896.202,83	11,8%
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$ 26.960.947,28	3,0%
Servicios Básicos	RD\$ 4.029.577,62	14,9%
Publicidad Impresión y Encuadernación	RD\$ 814.200,00	3,0%
Viáticos	RD\$ -	0,0%
Transporte y Almacenaje	RD\$ 360.630,00	1,3%
Alquileres y Rentas	RD\$ 65.774,50	0,2%
Seguros	RD\$ 2.234.701,54	8,3%
Servicios de Conservación, Reparaciones Menores e Instalaciones Temporales	RD\$ 9.868.650,53	36,6%
Otros Servicios No Personales	RD\$ 9.587.413,09	35,6%
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$ 278.153.313,71	31,0%
Alimentos y Productos Agroforestales	RD\$ 11.607.093,74	4,2%
Textiles y Vestuarios	RD\$ 4.425.186,54	1,6%
Productos de Papel, Cartón e Impresos	RD\$ 14.823.159,11	5,3%
Productos Farmacéuticos	RD\$ 68.844.077,52	24,8%
Productos de Cuero, Caucho y Plásticos	RD\$ 1.519.001,83	0,5%
Productos de Minerales, Metálicos y No Metálicos	RD\$ 257.432,44	0,1%
Combustibles, Lubricantes, Productos Químicos y Conexos	RD\$ 17.834.120,34	6,4%
Gastos a ser Asignados Durante el Ejercicio (ART. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$	0,0%
Productos y Útiles Varios	RD\$ 158.843.242,19	57,1%
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$ 26.166.540,66	2,9%

Egresos	MONTOS ACUMULADOS	%
Mobiliario Y Equipo	RD\$ 3.589.641,58	13,7%
Mobiliario y Equipo Educacional y Recreativo	RD\$ 2.926,00	0,0%
Equipo e Instrumental, Científico Y Laboratorio	RD\$ 12.110.467,13	46,3%
Vehículos y Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	RD\$ 2.020.351,30	7,7%
Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas	RD\$ 7.772.088,65	29,7%
Activos Biológicos Cultivables	RD\$	0,0%
Bienes Inmuebles	RD\$	0,0%
Bienes Intangibles	RD\$	0,0%
Equipos De Defensa Y Seguridad	RD\$ 671.066,00	2,6%
OBRAS	RD\$	0,0%
Obras En Edificaciones	RD\$	
Infraestructura	RD\$	
Construcciones En Bienes Concesionados	RD\$	
Gastos a Ser Asignados Durante el Ejercicio para Inversión (Art. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$	
Total de Egresos	RD\$ 898.312.659,76	100,0%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL

iii. Análisis Resultados Informe Financiero año 2015.

El Hospital Traumatológico “Dr. Ney Arias Lora” (HTNAL), evidenció durante el año 2015 en términos generales un **desempeño Mediano** en relación a los ingresos esperados y el uso de sus recursos.

Según los ingresos estimados proyectados para el año 2015 en base a la capacidad productiva del hospital, este presentó un cumplimiento **del 76%**, se esperaban ingresos por un monto de **RD\$ 1,172,630,030.80**, se obtuvieron ingresos por **RD\$ 886,773,354.53**, lo que demuestra un desempeño medio en la captación de ingresos, esto principalmente debido al desempeño de unidades productivas como hospitalización con un cumplimiento del **75%** de lo esperado. Se puede observar el comportamiento más detallado en la siguiente tabla.

COMPORTAMIENTO INGRESOS GENERALES Y NIVEL DE CUMPLIMIENTO SEGÚN METAS ESPERADA POR CUATRIMESTRE 2015

TOTAL INGRESOS PROYECTADOS	Esperado 1er Cuatrimestre	Resultados 1er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 1er. Cuatrimestre
RD\$ 1.172.630.030,80	RD\$ 390.876.676,93	RD\$ 265.472.809,47	68%

Esperado 2do. Cuatrimestre	Resultados 2do. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 2do. Cuatrimestre
RD\$ 390.876.676,93	RD\$ 298.143.041,33	76%

Esperado 3er Cuatrimestre	Resultados 3er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
RD\$ 390.876.676,93	RD\$ 323.157.503,24	83%

Ingresos Resultado Final	Nivel Cumplimiento Final
RD\$ 886.773.354,04	76%

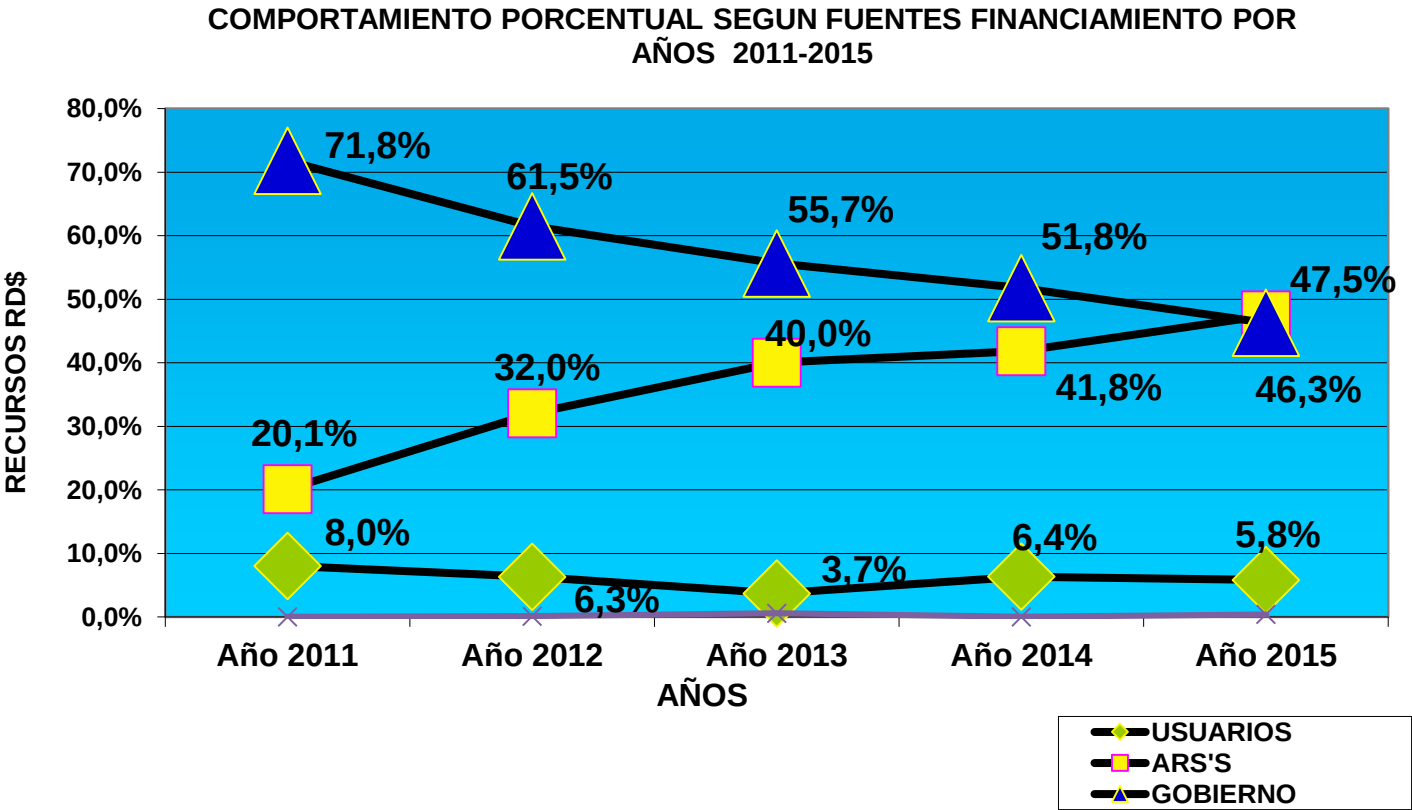
Cumplimiento 1er. Cuatrimestre	Cumplimiento 2do. Cuatrimestre	Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
67,92%	76,28%	82,68%

El hospital alcanzó por concepto de ingresos generales de diferentes fuentes en el año 2015, un monto total de **RD\$ 886,773,354.04**, representando esto un incremento de un **12%** (**RD\$ 790,045,082.53**), con relación a los ingresos obtenidos en el año 2014.

La fuente principal de los aportes recibidos correspondió al **Pago de las Aseguradoras de Riesgos de Salud** (pago ARS), por primera vez ocurre esto en la financiación del hospital, aportando un monto de **RD\$ 420.960.741,27** representando esta fuente **el 47.5%**, un **6.3%** más que el año 2014 que representó el **41.8%** de los ingresos totales (**RD\$330.601.704,74**).

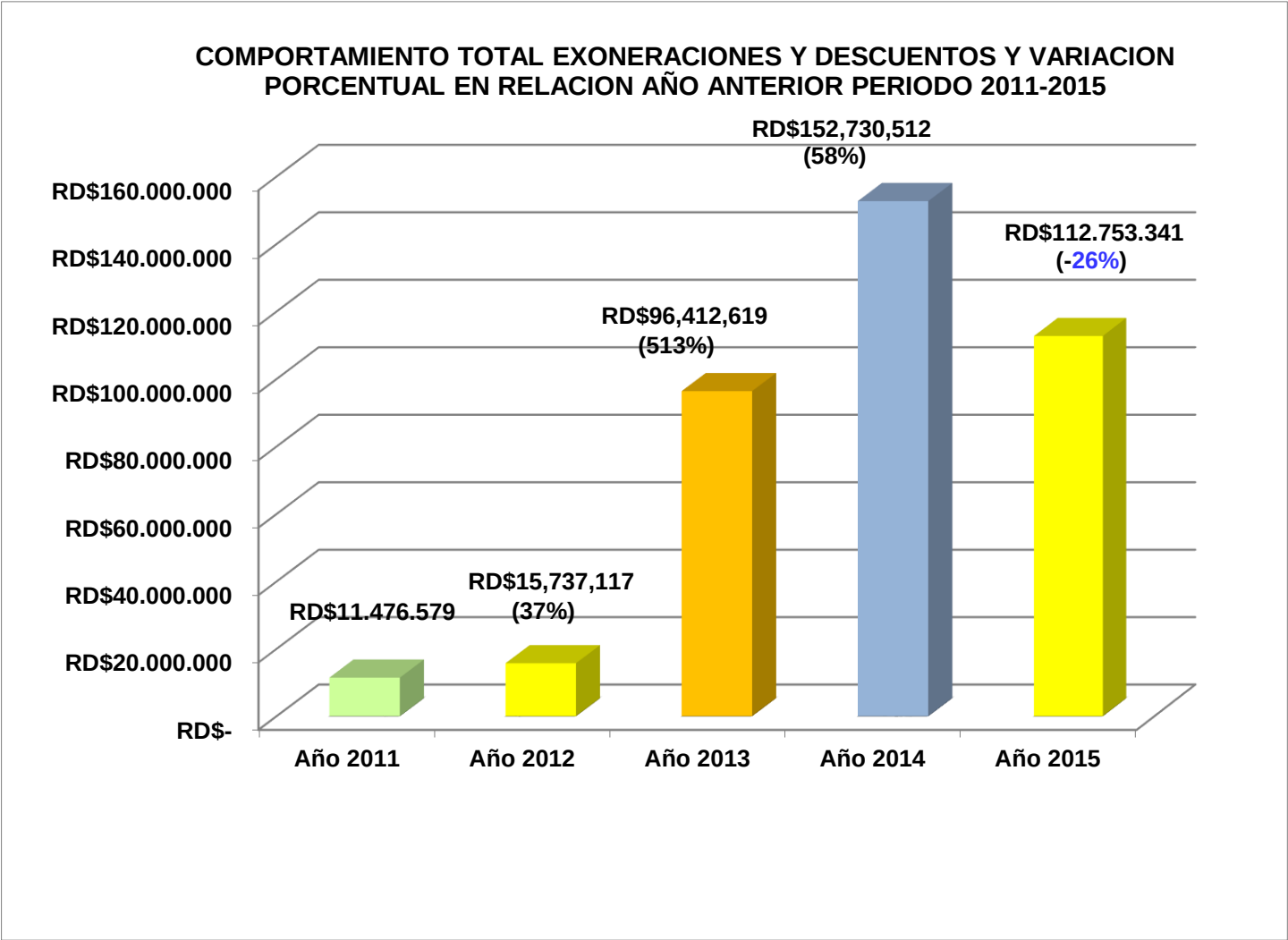
La otra fuente principal de los aportes recibidos correspondió al **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, aportó un monto de **RD\$410.556.280,86** representando esta fuente **el 46.3%, de los ingresos totales en el año 2015**, un **0.4%** más que el año 2014, que representó el **52%** de los ingresos totales con **RD\$ 408,925,362.45**.

Así mismo otro renglón que aportó en el año 2015 el **5.8% (RD\$51.618.906,46)** de los ingresos fueron los **Aportes Directos de los Usuarios**, representando esto un incremento del **2.6%** (**RD\$50,290,469.12**) en este renglón en relación al año 2014, esto debido principalmente a que el MSP, no aporta los recursos necesarios y entonces se debe ser más estricto en la valoración de los usuarios que pueden aportar por su atención, pero a pesar de esto se realizó por concepto de descuentos y exoneraciones un total de **RD\$ 112.753.341**.



Los precios de todos los servicios ofrecidos en el hospital se encuentran muy por debajo del precio real en el mercado de la salud, aún así el hospital otorgó por concepto de **exoneraciones y descuentos** un monto total de **RD\$ 112.753.341**, lo cual en términos generales representó **el 13%** del total de los ingresos en la institución, que fue de **RD\$ 886,773,354.04**, pesos y **el 27%** de los aportes suministrados por el MSP. En términos absolutos en este renglón se produjo una reducción del **26%** con relación al monto otorgado en el 2014 en descuentos y exoneraciones que ascendió a **RD\$ 152.730.512**; **esto comportamiento se espera que continúe de manera sostenida, pues en la medidas que mayor cantidad de persona accedan a la seguridad social de manera formal, el pago de bolsillo y las necesidades que presenten los usuarios se podrá ir reduciendo paulatinamente y el hospital ya no tendrá la necesidad de realizar exoneraciones y descuentos.**

Gráfico:

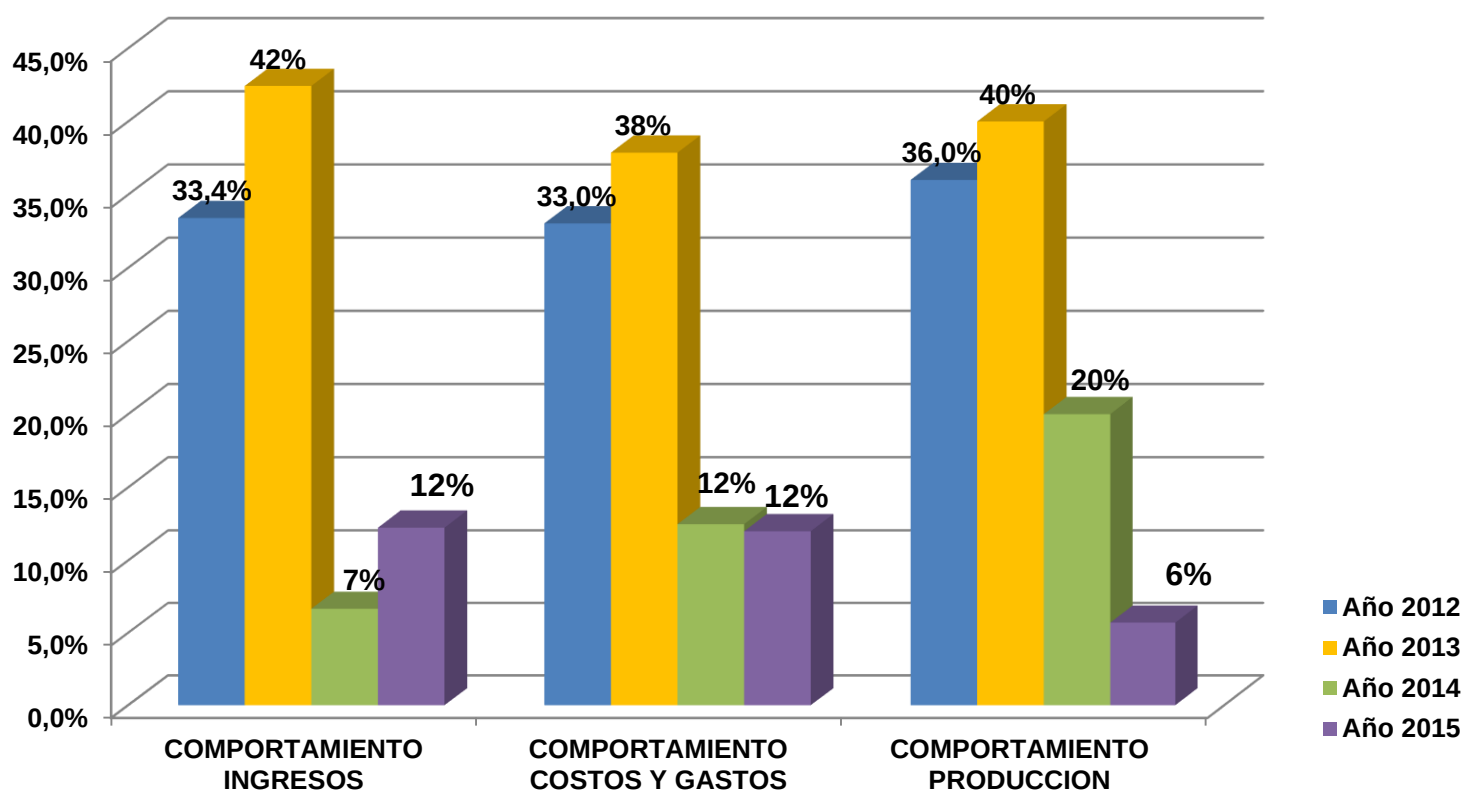


En relación al **uso de los recursos** se puede observar que los costos y gastos fueron manejados de manera equilibrada según las estimaciones esperadas para el año 2015, lo cual demuestra la moderación de los gerentes al destinar los recursos para personal, medicamentos y material gastable, gastos por servicios generales y gastos financieros.

REGLONES	Recursos Asignados Reglones Según Presupuesto Producción	% General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones	RESULTADOS DEL PERIODO (Relativo y Absoluto)	NIVEL CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA POR REGLÓN EN BASE A LO PROGRAMADO
GASTOS PERSONAL	RD\$668.399.117,56	57,00%	63,12%	89,3%
			RD\$567.031.858,11	
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$45.732.571,20	3,90%	3,00%	123,0%
			RD\$26.960.947,28	
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$410.420.510,78	35,00%	30,96%	111,5%
			RD\$278.153.313,71	
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$46.905.201,23	4,00%	2,91%	127,2%
			RD\$26.166.540,66	
OBRAS	RD\$1.172.630,03	0,10%	0,00%	200,0%
			RD\$0,00	
TOTAL	RD\$1.172.630.030,80	100,00%	RD\$898.312.659,76	

El total de costos y gastos para realizar la producción hospitalaria durante el año 2015 fue **RD\$ 898.312.659,76** lo cual representó un incremento del **12.4%** del gasto con relación a los **RD\$802,218,149.53**, gastado en el 2014.

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL , PRODUCCION GENERAL, INGRESOS, COSTOS Y GASTOS EN RELACION AÑO ANTERIOR 2012-2015



Los Gastos personales y otros gastos personales representaron el **63% (RD\$ 567,031,858.11)**, esto representó un incremento del **7.1%** de la proporción del gasto en relación al 2014, que fue de **RD\$ 529,404,233.80**; el incremento en la nómina fue del **1% más** de colaboradores.

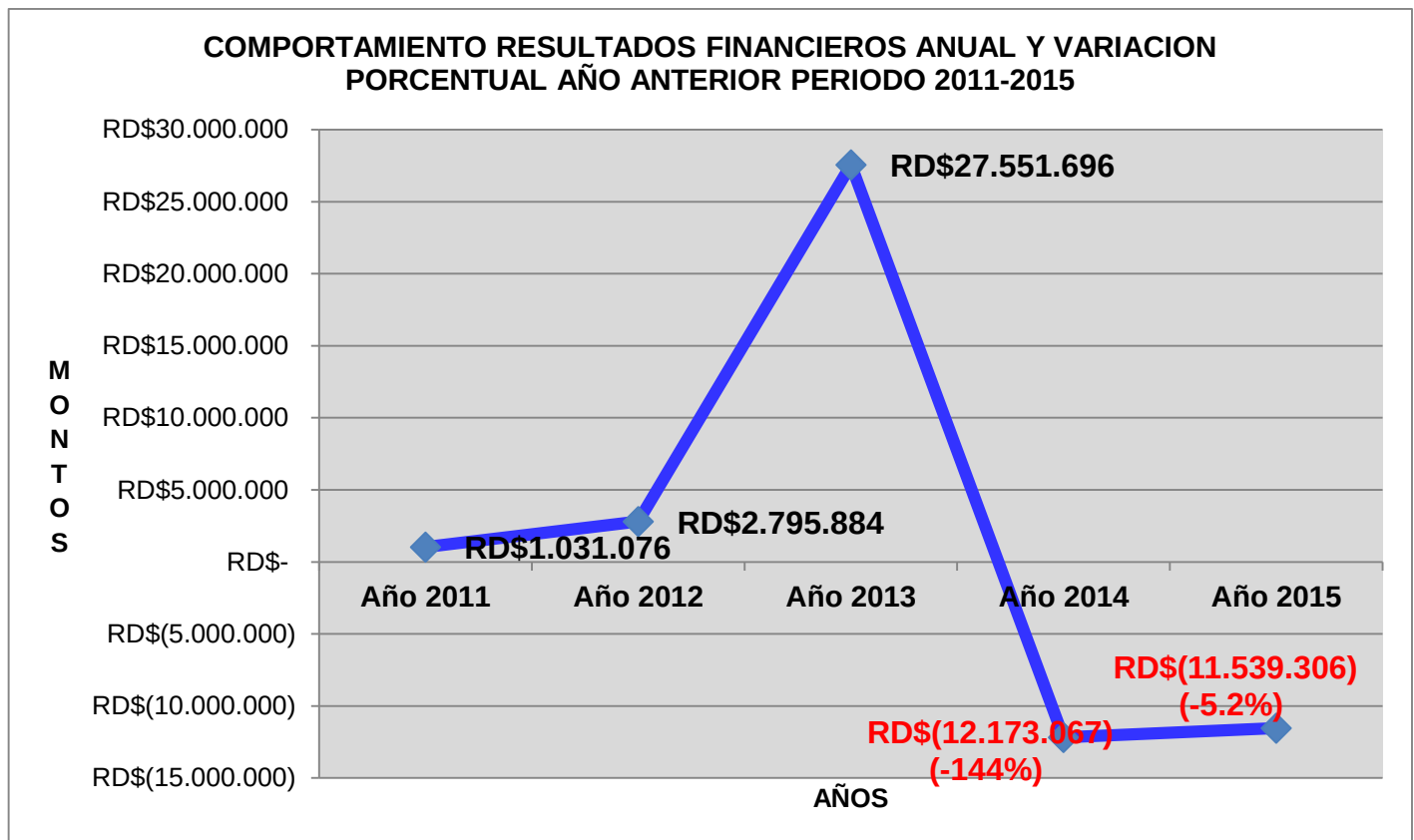
De estos costos y gastos fue invertido en **Materiales y Suministros representaron el 31.0% (RD\$278,153,313.71)**, lo cual permitió contar con todos los medicamentos e insumos necesarios para brindar atenciones adecuadas a los usuarios. En el 2014 esto representó el **26.50% (RD\$212,568,399.38)**, en relación a la proporción del gasto al año 2014, esto representó un incremento del **31%**.

Los **gastos no personales** (telefonía, agua, basura, publicidad, alquileres, mantenimiento, combustibles y lubricantes) representaron del total del gasto **3.0% (RD\$26,960,947.28)**, esto representó una **disminución del 40.2%** de la proporción del gasto en relación al 2014, que fue de un **5.6% (RD\$45,109,676.51)**.

En relación al **Resultado del Periodo** con ingresos de unos **RD\$ 886,773,354.53**, menos los costos y gastos de **RD\$ 898.312.659,76**, obtenemos un resultados con un deficit de - **RD\$ (RD\$11,539,305.72)**, indicando claramente que el hospital demuestra una pobre mejoría en relación a los resultados de la gestión de sus finanzas, con relación al año anterior. Esto representó una disminución del déficit de **-5.2% (-RD\$633,762)** de los resultados con relación al año 2014.

RESULTADOS ACUMULADOS POR CUATRIMESTRE				
CONCEPTOS	1er. CUATRIMESTRE	2do. CUATRIMESTRE	3er. CUATRIMESTRE	GENERAL
TOTAL INGRESOS	RD\$265.472.809,47	RD\$298.143.041,33	RD\$323.157.503,24	RD\$886.773.354,04
TOTAL EGRESOS	RD\$287.717.259,08	RD\$267.397.995,00	RD\$343.197.405,68	RD\$898.312.659,76
RESULTADOS	(RD\$22.244.449,61)	RD\$30.745.046,33	(RD\$20.039.902,44)	(RD\$11.539.305,72)
Margen de Beneficios o Perdidas	-8,38%	10,31%	-6,20%	-1,30%

Gráfico:



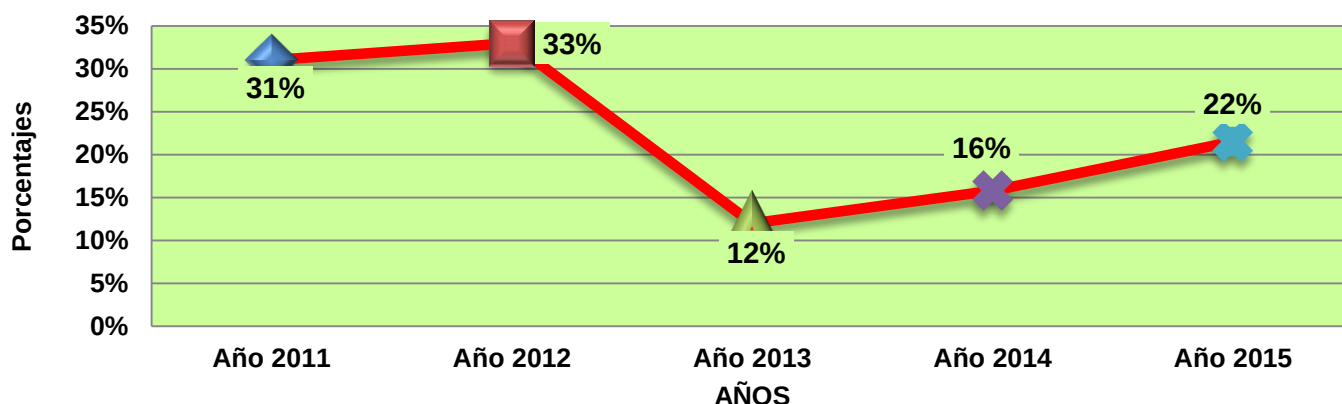
Cabe señalar que este déficit no fue mayor porque pobremente se cumplió con el Plan de Inversión el cual se cumplió en tan solo un **22%**.

Gráfico:

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).
Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

COMPORTAMIENTO NIVEL CUMPLIMIENTO PORCENTUAL PLANES DE INVERSION PERIODO 2011-2015

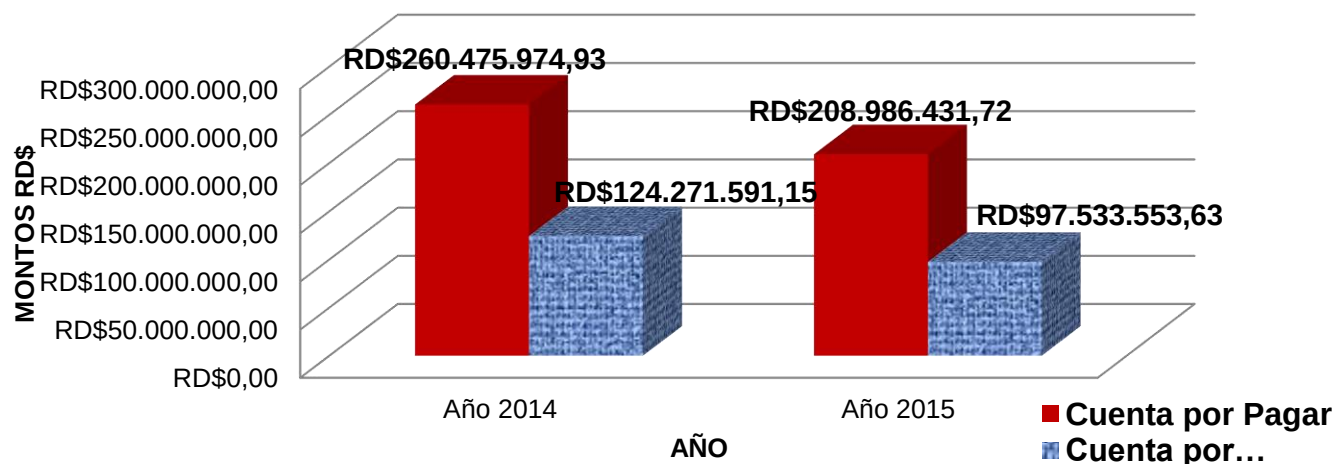


En relación a las cuentas por cobrar y pagar al cierre del período fiscal encontramos el siguiente resultado:

DESCRIPCIÓN	TOTAL DEL AÑO 2015
CUENTAS POR COBRAR	RD\$ 97.533.553,63
CUENTAS POR PAGAR	RD\$ 208.986.431,72

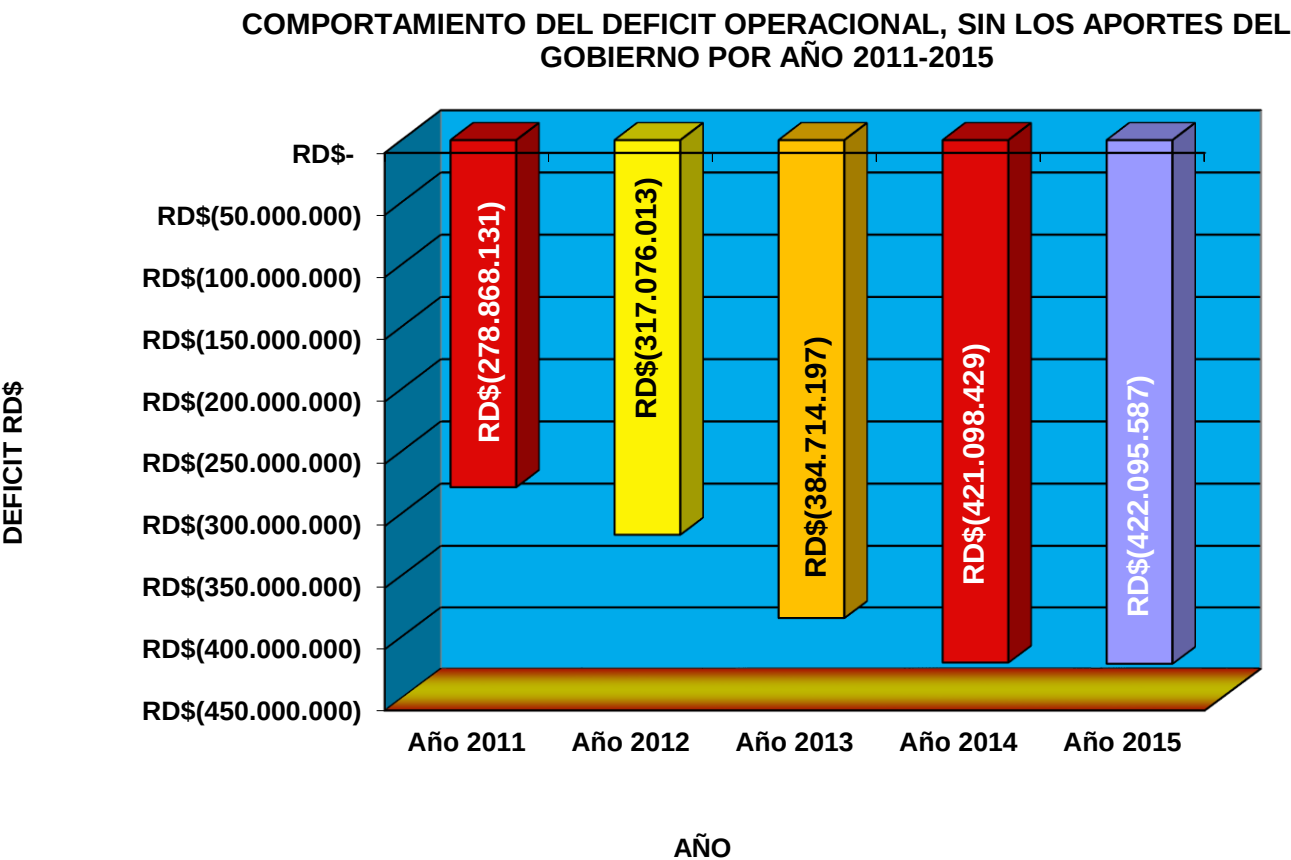
Estos nos arroja un balance de **RD\$ 111,452,878.09** que quedarían pendiente en las cuentas por pagar, en el supuesto que lográramos cobrar el 100% de las cuentas por cobrar, en relación al balance de cuenta por cobrar y cuenta por pagar del año 2014 que fue de (RD\$ **260,475,974.93**), esto significó una disminución de las cuentas por pagar del **19.7%**, con relación al año 2014.

COMPORTAMIENTO CUENTAS POR PAGAR Y POR COBRAR POR AÑO, PERIODO 2014-2015; HTNAL



En el hipotético caso relacionado a los ingresos, es importante señalar que si el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Gobierno Central no contribuyeran con el monto que aportaron al hospital este reflejaría un déficit del **47%** (RD\$ 422.095.587) de su presupuesto, lo cual sería incompatible con el sostenimiento de las operaciones del hospital, de igual manera, se tendría un déficit que afectaría sensiblemente las finanzas de la institución, por lo cual, hasta que no avance el aseguramiento de la salud de la población dominicana, es necesario mantener y/o incrementar los aportes del gobierno.

Gráfico:



En términos generales en base al análisis de la informaciones y datos podemos concluir que el desempeño financiero, por parte de la Dirección General y sus gerentes en una institución joven, de apenas cinco (5) años en operaciones, puede calificarse como **pobre**, debido a las situaciones financiera y demandas de servicio enfrentadas durante el año 2015 y el escaso apoyo financiero recibido por parte del MSP y por el SENASA.



4. SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 (POA 2016)



VIII. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA) Y VALORACIÓN DEL RIESGO (VAR) EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS Y PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS (PMR).

A) ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS (FODA).

Con el fin de caracterizar las condiciones internas y externa del “**Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora**” en la prestación de servicios de salud, los gerentes 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 socio demográfica 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 institución.

Resultados del análisis se presentan en la MATRIZ FODA adjunta.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
1. Garantizar la Calidad y Seguridad de los servicios ofrecidos.	✂ Factores de Gobierno y Legales:	✂ Factores de Gobierno y Legales:	✂ Recurso Humano:	✂ Factores de Gobierno y Legales:
	▪ Voluntad gubernamental para la existencia del hospital.	1) Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS.	▪ Apoyo técnico y capacitación INFOTEP, organismos internacionales (OPS, BM, BID, FNUAP, USAID).	37) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).
	▪ Sustento legal de la modalidad de institución de salud descentralizada establecido en base a la Ley General de Salud No. 42-01 y la ley que establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01.	2) Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH.	▪ Disponibilidad de educación continua del personal a través del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	38) Volver a centralizar la gestión del hospital.
	▪ Contratación y gestión descentralizada de los recursos humanos en base a la Ley No. 41-08 de Función Pública.	3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud.	▪ Abundante personal técnico calificado en el sector salud.	39) 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.
	▪ Contamos con documentos de actuación los cuales son el sustento legal de nuestras actuaciones como son: El manual de los procesos generales y los manuales de actuación clínica y de procedimientos.	✂ Recursos Humanos:	▪ Capacidad de intercambios con hospitales del exterior.	40) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS
	▪ Contamos con el Consejo de Administración Hospitalaria, colegiado.	4) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	▪ Acuerdos con otras instituciones para capacitación de recursos humanos.	✂ Recursos Humanos

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Buenas relaciones con los medios de comunicación.	5) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	✖ Educación Continua y Capacitación.	41) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.
	El personal ya sabe de los cambios que se están generando en el sector salud.	6) Existencia de personal seleccionado que no cumple con el perfil y la experiencia requerida de acuerdo al cargo a desempeñar, (personal seleccionado de acuerdo a perfiles técnicos de los cargos previamente elaborados).	▪ Existen instituciones, empresas y personas expertas en capacitación de los diversos temas para fortalecer el nivel de formación técnico del personal.	✖ Resultados:
	✖ Recursos Humanos:	7) La modalidad de distribución de los incentivos no satisface a los usuarios internos.	✖ Estandarización y Seguridad:	42) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.
	▪ Oferta de atenciones con personal especializado las 24/7.	8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	□	✖ Logística y Calidad Productos:
	□	9) Personal no cuenta con uniforme.	□	43) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.
	▪ Único centro de cirugía general, ortopedia, neurocirugía y maxilofacial del área con atención profesionalizada de enfermería y especialidades médicas en emergencia las 24 horas.	✖ Educación Continua y Capacitación:	▪ Existen instituciones y empresas expertas en el acompañamiento para la formulación de los manuales de procedimiento.	44) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.
	▪ Sistema establecido de selección y contratación del personal.	10) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	▪ Auditoría médica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS.	45) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.
	▪ En la mayoría de los casos, personal calificado y seleccionado en base a perfiles técnicos de los cargos.	Logística de Medicamentos e Insumos		46) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.
	▪ Funciones y responsabilidades de los cargos definidos.	11) Adquisición de insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.		47) Ilíquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.
	▪ Evaluación periódica de desempeño técnico del personal.	✖ Estandarización y Seguridad:		
	▪ Planes de incentivos.	12) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de sub-registros y		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
		mala interpretación de los datos.		
	▪ Monitoreo de la entrega de guardia de personal del servicio.	13) Falta de servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.		
	▪ Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	14) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.		
	▪ Contamos con un buen equipo de planificación y asesoría.	15) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.		
	▪ Personal de laboratorio certificado.	16) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)		
	▪ Posibilidad para conformar Comité Gestor para una cooperativa de colaboradores.	17) Algunos software a instalar en la institución no estarán con sus licencias oficiales, (están en proceso, dependen del Ministerio de Salud)		
	Personal especializado acorde con nuestra cartera de servicios requerido.	18) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.		
	Existencia de comité gestor de la cooperativa).	19) Falta iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.		
	✂ Educación Continua y Capacitación:	20) Falta de señalización en la vía pública.		
	▪ Contamos con un Plan de Capacitación y educación Continua, formulado en base a necesidades identificada en cada Gerencia.	21) No difusión del plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.		
	Conocimiento del personal de los cambios que se están produciendo en el sector salud.	22) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.		
	✂ Estandarización y Seguridad:	23) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.		
	▪ Servicios estandarizados a través de la utilización de procesos y protocolos de actuación en todas las áreas.	✂ Análisis y Tomas de Decisiones:		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Evaluaciones periódicas del desempeño técnico a todo el personal del hospital.	24) Bajo cumplimiento y seguimiento de las disposiciones, acciones y actividades definida en el CAH.		
	▪ Auditoria médica externa por partes de las ARS (SENASA).	✳ Monitoreo y Evaluación:		
	▪ Comité de infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CIAAS)	25) Escaso 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.		
	▪ Sistema de administración y contabilidad con controles adecuados.	26) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.		
	▪ Atenciones de enfermería directa realizadas por personal profesional.	27) Ejecución parcial del plan de capacitación		
	▪ Contamos con el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	28) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.		
	▪ Vigilancia epidemiológica de forma continua y búsqueda activa de casos objetos de vigilancia.	29) Ausencia del software de gestión financiera.		
	Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.	30) Varios sistema de seguridad para el acceso diferentes áreas restringidas, lo que requiere de diferentes tarjetas de código.		
	Manejo adecuado de los desechos hospitalarios, se realiza la clasificación de desechos adecuadamente.	31) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.		
	Comité de Bioética y Mortalidad.	32) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.		
	✳ Logística de medicamentos e insumos:	33) Falta de espacio físico para los auditores externos de las ARS's.		
	▪ Farmacia interna con dispensación de medicamentos sistema unidosis para garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento de los usuarios.	34) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Reposición continua de stock de medicamentos.	35) Comité de Compras No funciona regularmente		
	✂ Análisis y Toma de Decisiones:	36) Alto índice de infección en UCI.		
	▪ Contamos con el Consejo de Administración Hospitalaria (CAH), nivel colegiado de análisis y toma de decisiones.			
	▪ Cumplimiento de las disposiciones, acciones y actividades definidas en el CAH.			
	▪ Acceso a informaciones actualizadas y oportunas para la toma de decisiones.			
	Habilitación para prestar servicios a las ARS privado			
	✂ Resultados Indicadores Calidad:			
	▪ Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.			
	▪ Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria.			
	Bajo Nivel de Reingresos Programados.	□		
	✂ Monitoreo y Evaluación:			
	▪ Seguimiento y control periódico de las metas establecidas en el Plan estratégico.			
	▪ Seguimiento periódico al Plan de Inversión.			
	▪ Seguimiento periódico Plan Corrección de Debilidades y Control de Amenazas.			
	▪ Protocolos de Actuación Clínica			
	▪ Comité de Bioética			
	▪ Comité de Compras			
	▪ Acceso a informaciones actualizadas y oportunas para la toma de decisiones.			
	▪ Atención personalizada en los servicios de ambulancia			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	□			
2. Lograr un alto nivel de satisfacción de los usuarios Externos e Internos.	La calidad y presentación de los alimentos servidos en hospitalización.	Usuarios Externos:	✖ Capacitación y Sensibilización:	✖ Resultados:
	Pago de incentivos a todo el personal.	1) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.		51) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.
	Apertura de otros servicios.	Área Consulta Externa:	Apoyo técnico y capacitación INFOTEP y/o empresas especializadas en capacitaciones en atención al usuario.	
	Oportunidades de capacitación a nivel nacional/internacional	2) El 20.2% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	Buena imagen ante la población.	✖ Legales:
	Creación Unidad pre-quirúrgica que agiliza los procesos de los usuarios que van a cirugía electiva.	3) El 44.3% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	Apoyo aval universitario, empresas extranjeras.	52) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.
	Monitoreo y Evaluación:	4) El 26.4% considera que se deben mejorar los alimentos ofrecidos en la cafetería.	Acuerdo con fundaciones sin fines de lucro y del gobierno.	53) Poca seguridad vial para llegar al hospital y ausencia de puente peatonal.
	Realización de encuestas de satisfacción de usuarios externos e internos.	5) El nombre de la enfermera , solo es conocido por el 49.4% de los entrevistados.		54) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable
		6) El 55.0% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas .		55) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar
	Responsabilidad y Control:	7) El 17.9% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades .		
	Contamos con la Gerencia de Atención al Usuario.	8) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta		
	La disponibilidad de equipos modernos y las áreas de Emergencia.	9) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial		
	La disponibilidad de los insumos y medicamentos.	10) El Hospital no cuenta con áreas de espera con la capacidad necesaria para acompañantes de los usuarios de los diferentes servicios		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Laboratorio de Emergencia en el 1^{er} nivel (24 hrs)	11) Falta de espacio físico y mayor número de asientos en las salas de espera.		
	▪ La atención a tiempo de los usuarios atendidos dentro de la 1^{ra} hora de llegada al área.	12) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.		
	Contamos con personal de atención al usuario en todas las áreas.	13) Nuestros médicos especialistas no contrafieren a los usuarios a su médico de cabecera.		
	Comodidad y Privacidad de los consultorios.	14) La higiene de la cafetería es deficiente.		
	Satisfacción Usuarios Externos:	Área Hospitalización:		
		15) El 12.5% refiere debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería y cocina.		
	ÁREA CONSULTA EXTERNA:	16) El 33.3% debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.		
	El 100% de los usuarios entrevistados volvería al hospital y el 100% lo recomendaría.	17) el 37.5 % considera debe mejorar las facilidades para conseguir cita.		
	El 99.6% encontró el servicio requerido.	18) El 16.7% dicen que tiempo de espera para recibir atención deben ser mejorado.		
	El 98.8% se siente de altamente satisfecho a muy satisfecho con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención (servicio al cliente, caja, admisión etc.).	19) El 25% dice que el interés y tiempo que le dedican los médicos debe ser mejor.		
	El 98.8% se siente de altamente satisfecho a muy satisfecho con la imagen que proyecta el hospital.	20) 12.5% dice que debe mejorar la disponibilidad de los médicos.		
	El 98.8% dijo que si a la pregunta de si percibieron que se les trato con respeto.	21) 16.7% refiere que la limpieza de sanitarios y áreas comunes debe mejorar.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	El 98.8% de los usuarios entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización del área de consulta para orientar a los pacientes y sus familiares.	Área Emergencia:		
	El 98% de los entrevistados se siente de muy satisfecho a satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.	22) El 79.7% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.		
	El 96.9% dijo que sí a la pregunta, si encuentran que han recibido suficiente información sobre su padecimiento o estado.	23) El 58% NO conoce el nombre del médico que le atendió		
	Las citas referidas del área de emergencias se gestionan a través de atención al usuario.	24) 49.3% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas		
	ÁREA EMERGENCIA:	25) El 21.7% considera que debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería		
	El 100% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la ubicación de los puntos de atención.	26) El 13% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.		
	El 100% de los usuarios dice que se le trató con respeto.	27) El 33 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.		
	El 100% de los entrevistados contestaron que SI a la pregunta ¿el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento?	28) 17.4% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.		
	El 100% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos en el área de emergencia.	29) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	El 100% recomendaría el hospital y 100% volvería.	Usuarios Internos:		
	A la pregunta de si se puede reproducir y poner en práctica las informaciones ofrecidas por el médico 100% respondió afirmativamente.	30) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.		
	Preguntamos también que si encuentran que recibieron suficiente información sobre su padecimiento o estado , a lo que el 100% dijo que si.	31) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 35.3%		
	El 98.5% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad mostrado por el médico.	32) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 55.9%.		
	El 98.6% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.	33) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 38.2%.		
	El trato recibido por el personal de seguridad del área de emergencia, hizo sentir de satisfecho a muy satisfecho al 98.6%.	34) No tiene conocimiento de los criterios para realizar las promociones al personal 61.8%		
	El 98.6% de los entrevistados respondió afirmativamente a la pregunta de si la emergencia contó con el personal para orientar a los pacientes.	35) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 41.2%		
	El 95.7% respondió afirmativamente a la pregunta ¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal	36) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 38.2%		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	de limpieza) pudieran escuchar?.			
	El 79.7% de usuarios asistidos en emergencia fue atendido antes de media hora.	37) No dispone de facilidades para la educación continuada 38.2%		
	Servicio de Atención al usuario 24 horas en el área de emergencia.	38) Las evaluaciones de desempeño no se hacen objetivas por partes de los gerentes.		
	ÁREA HOSPITALIZACIÓN:	39) 58.5% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.		
	El 100% de los entrevistados en las tres áreas, volvería al hospital si se le presentará un problema de salud.	40) 32.4% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)		
	El 100% en las tres áreas, recomendaría el hospital.	41) 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo		
	El 100% de los usuarios ingresados neurocirugía, 95.8% en ortopedia y 92.9% en Cirugía General y Especialidades manifestó que los alimentos les fueron entregados a temperatura adecuada y de manera higiénica.	Responsabilidad y Control:		
	La cama, colchón y frazadas adecuados , para el 100% de usuarios ingresados en el área de neurocirugía, 95.8% de ortopedia, mientras que en el área de cirugía, un 92.9%.	42) No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas.		
	El 100% de los entrevistados se encuentra entre satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos,	43) Falta de telecable en TVs de las salas de esperas.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	equipos e insumos para su atención			
	El 100% de los usuarios de las tres áreas de hospitalización respondieron afirmativamente a la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	44) Archivo clínico de los pacientes No aparecen.		
	Preguntamos también “Considera usted que recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado” y encontramos que el 100% de usuarios hospitalizados en las áreas de Cirugía y Especialidades y Neurocirugía dijo que sí, mientras que el 77% del área de ortopedia.	45) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.		
	El 100% de los usuarios de Cirugía General y Especialidades y de Neurocirugía puede reproducir y poner en práctica las explicaciones ofrecidas por el médico. En el área de ortopedia, un 97.3%.	46) No aceptación de moneda extranjera.		
	Usuarios Internos:	47) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.		
	98.5% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las informaciones sobre misión, visión y valores a su ingreso al hospital.	48) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
3. Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y la planificación.	✖ Planificación-Control:	✖ Planificación-Control:	✖ Planificación-Control:	✖ Planificación-Control:
	El personal ya no ve el hospital con el modelo de los hospitales del sistema tradicional, (desorganización, no enfoque en resultados, incumplimiento de las responsabilidades).	1) Selección de algunos gerentes que no cumplen con el perfil del cargo.	▪ Contratación de firma consultora para apoyo y seguimiento a las actividades de planificación.	26) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.
	▪ Asesoría de compañía consultora.	2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	▪ Compra y venta de servicios especializados	27) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos
	▪ Inicio de las operaciones con un Plan Estratégico de Desarrollo y de Producción.	3) Falta de equipamiento de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.	▪ Aprovechamiento de recursos humanos y financieros capacitados, provenientes de otros sectores.	✖ Factores Logística e Información:
	▪ Definición de las necesidades (Recursos Humanos, capacitaciones, equipos, insumos y materiales, infraestructura, de cada sub-dirección y gerencia.	4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	Gestionar con las ONG u otras organizaciones públicas o privadas recursos para el equipamiento de algunas de las áreas pendiente por apertura.	28) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.
	▪ Calculo de productividad en base a capacidad instalada.	5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura y conocimiento de los manuales de proceso y manual de organización.	✖ Factores Logística e Información:	29) Sobre-demanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).
	▪ Comité de contratación de personal capacitado con metodología.	6) Falta de sinergia entre las gerencias para trabajar como un solo equipo.	▪ Ofertas de sistemas informáticos de registro de datos en el ámbito clínico y financiero-administrativo.	30) Campaña de descrédito del hospital.
	▪ Contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información.	✖ Factores Logística e Información:	▪ Empresa consultora especializada en diseño de logística asistencial en salud.	31) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.
	▪ Poseer definida la Misión, Visión y Valores.	7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	▪ Acceso a redes de información nacional e internacional.	32) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.
	▪ Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	▪ Acceso de grandes bibliotecas virtuales de información en salud y gestión hospitalaria.	33) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.
	▪ Imagen editorial con relación a los medios de comunicación	9) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	▪ Diferentes medios especializados y foros para difundir informaciones del hospital.	34) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Existencia de una sub-dirección de planificación (incluye la gerencia de monitoreo y evaluación)	10) Falta de informes a las sub-direcciones correspondientes.	Oferta de capacitación en el área médica gerencial por instituciones universitarias nacionales e internacionales.	35) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).
	Call center para procesos de comunicación con los usuarios.	11) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	Identificación de área para la construcción de un almacén general.	
	Capacidad para elaboración de informes estadísticos por gerencia y general.	12) Escaso control y supervisión del desempeño del personal de informática.	Venta internacional de nuestros servicios especializados	
	Capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	13) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.		
	Posibilidad de contratar servicios externos (outsourcing)	14) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad		
	Dirección general con experiencia en hospital en trauma y en modelo de gestión de hospital del futuro.	15) Deficiencia en la Actualización de intranet y página web.		
	Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado.	16) No respuestas de los informes emitidos en buzones de sugerencias por el consejo hospitalario.		
	Poseemos stock mínimo establecido para áreas vulnerables.	17) No seguimiento por parte de las gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.		
	Uniforme para parte del personal.	18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.		
	✂ Factores Logística e Información:	19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes.		
	Procesos generales definidos.	20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.		
	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,	21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal		

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: El centro de salud más grande de los Santo Domingo Norte con el mayor número de servicios especializados en Traumatología y Cirugía, general y especialidades, maxilofacial, neurocirugía y rehabilitación lo cual garantiza que los usuarios encuentren la gran mayoría de servicios de estas especialidades, evitando así tener que desplazarse a otro centro de salud.	✖ Capacidad Instalada y Resolutiva: Falta de equipamientos e insumos de algunos servicios.	✖ Captura del Mercado: Implementación de la Ley de Seguridad Social.	✖ Factores del Mercado: 52) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.
	Contamos con Banco de Sangre.	2) Sub-utilización de la capacidad instalada.	Convenios con Aseguradoras Riegos de Salud (ARS).	53) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.
	Laboratorio clínico con mayor capacidad resolutiva del Municipio.	3) Déficit en la dotación de oficinas.	Capacidad de negociación con las aseguradoras públicas y privadas.	54) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.
	Contamos con la mayor capacidad resolutiva en la zona en las áreas de consulta externa (23 consultorios), hospitalización (202 camas), Unidades de Cuidados Intensivos (3 Unidades), emergencias, cirugías (10 quirófanos), medicina física y rehabilitación, imágenes (tomógrafos, resonancia magnética, rayos x, ecocardiogramas, sonógrafos), laboratorio clínico y banco de sangre, laboratorio de anatomía patológica.	4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo, Falta de Recursos Humanos.	En el área no existe un servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación.	55) Ausencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.
		✖ Captura del Mercado:	Posibilidad de venta de servicios especializados a otras instituciones.	56) Inseguridad ciudadana del sector.
	✖ Captura del Mercado	5) Poca señalización e iluminación del área de acceso al hospital.	Venta de servicios no ofertados en el área de salud: Banco de sangre, inmunohistoquímica, autopsia, resonancia magnética, laboratorios especializados.	57) Inestabilidad económica

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Centro de salud con la mayor capacidad resolutive en traumatología, cirugía, neurocirugía y de rehabilitación del área de influencia.	6) El acceso Oeste- Este es un posible generador de accidentes de tránsito.	Acuerdos con otras instituciones para la capacitación de los recursos humanos, cooperación e intervención, (INFOTEP, universidades, organismos de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, otras.	58) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.
	Personal con alta calificación técnica.	7) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los demás centros hospitalarios.	59) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.
	Asistencia de personal de salud especializado 24/7.	8) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	Ofertar servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios.	60) El aumento de precio de los productos alimenticios, medicamentos e insumos.
	Enfoque de integralidad en los servicios.	✖ Factores Competitivos:	El continuo aumento de la demanda de cirugía ambulatoria y otros servicios ambulatorios.	✖ Factores Competitivos:
	Existencia de una Gerencia de Relaciones Públicas y Comunicación.	9) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	Acuerdos interinstitucionales con otros proveedores para la venta y compra de servicios.	61) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.
	Relaciones adecuadas con los diferentes medios de comunicación.	10) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	Factores Económicos / financieros:	✖ Factores Medioambientales:
	□	11) Tardanza en la entrega de resultados de laboratorios e imágenes	□	□
	Posicionamiento publicitario en los medios de comunicación.	✖ Disponibilidad de Recursos:	Precio de los servicios accesibles a la población general.	62) El país se encuentra en la ruta de huracanes.
	Adecuado trato a los usuarios.	12) Personal no dispone de todo lo necesario para realizar su trabajo	Autogestión financiera.	63) Fallas geológicas y movimientos telúricos.
	Asistencia centrada en las necesidades y problemas de los usuarios.	13) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	Cooperación de las FFAA en la disponibilidad de recursos humanos.	64) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.
	Garantía de calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas.	14) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.		✖ Factores de demanda de los servicios:

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	6 años de experiencia, ganando premios por el ministerio de administración pública (MAP).	15) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	✖ Factores Competitivos:	65) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)
	▪ Infraestructura hospitalaria adecuada	▪ Baja Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:	▪ Amplia cartera de servicios especializados.	66) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.
	▪ Ubicación geográfica	16) Presión de Urgencias = más de un 32%	▪ Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, reduciendo el precio de adquisición.	67) La designación de autoridades en el sector salud que se oponen o resisten al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01)
	▪ Rapidez de atención a los usuarios.	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:	▪ Convenios de cooperación con instituciones internacionales.	68) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.
	▪ Costo de los servicios de acuerdo a la capacidad de pago del usuario.	17) % Cirugías Electivas Suspendidas = 13%	▪ Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales.	69) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos
	▪ La única institución de salud del área que tiene procesos asistenciales claramente establecidos.	18) Hospitalización: 74%	▪ Contar con unidad de video conferencia que permite el contacto con otras instituciones, nacionales e internacionales.	70) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.
	▪ Adecuada capacidad resolutive del laboratorio clínico, banco de sangre.	19) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	▪ Implementación de Tele-cirugía en el hospital, a través del Quirófano inteligente.	71) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.
	▪ Climatización de todas las áreas.	20) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	▪ Formación de especialistas.	72) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.
	▪ Hospital con salas de hospitalización que garantizan la privacidad del usuario.	21) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	▪ Limitada oferta de servicios especializados en el área de salud, en relación a la oferta definida en el hospital.	73) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda
	▪ 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	22) Tardanza para la entrega de resultados de laboratorio e imágenes.	✖ Factores Económicos / Financieros:	74) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	acuerdo al orden de llegada.			
	1 Ambulancias	23) Falta de expediente electrónico.	▪ Posibilidad de incremento de la subvención económica del MSP.	
	▪ Capacidad de ampliación de la oferta de servicios.	24) La subutilización de los quirófanos existentes.	▪ Convenios de ventas de servicios a las ARS's.	
	Somos el único hospital con unidad de hemodiálisis	25) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	▪ Apoyo técnico y de recursos de la CERSS y otras instituciones del estado (Despacho Primera Dama, otros).	
	▪ Red de tecnología de la información.	26) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	▪ Autogestión financiera.	
	▪ Planta de manejo de residuos hospitalarios.	27) Las deficiencias en los servicios de la cafetería que afecta a los usuarios y la indefinición de los mismos.	▪ Posibilidad de acceder a préstamos nacionales e internacionales	
	▪ Planta de tratamiento de aguas residuales	28) El no cumplimiento del horario extendido de consulta.	▪ Precios de los servicios accesibles a la población general.	
	▪ Alta capacidad resolutive en el aspecto quirúrgico al poseer 10 quirófanos exclusivamente para traumatología y cirugía.	29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	▪ Contribución de los usuarios privados.	
	▪ Atención de enfermería profesionalizada.	30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	▪ Obtención de materiales y equipos donados por instituciones nacionales e internacionales.	
	▪ Traslado de usuarios por auxiliares de enfermería capacitados en técnicas de traslado.	31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	Servicio de medicina pre-hospitalaria.	
	▪ Servicio permanente de energía eléctrica.	32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	✖ Factores de Gobierno y Sociales:	
	Registro de la marca HTNAL.	33) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	▪ Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	✂ Producción:	34) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	▪ Conformación de un voluntariado que pueda identificar recursos financieros de apoyo a usuarios de escasos recursos.	
	▪ Horario extendido de: Consultas, imagenología, cirugías electivas, laboratorio y banco de sangre.	35) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	▪ 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.	
	Buen reconocimiento de la marca.	36) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	▪ Aumento del mercado con el paso de los servidores públicos al Régimen Contributivo de SENASA.	
	▪ Facilidades de contratación de servicios con terceros.	37) Falta de mantenimiento adecuado y validación del funcionamiento de equipos médicos.	▪ Inclusión por parte de SENASA de 1,300,000 de personas al régimen subsidiado en los próximos 4 años	
	Posibilidad de Renegociación de los servicios con ARS privadas y pública.	38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	▪ Descentralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Ministerio de Salud Pública.	
	▪ Asignación presupuestaria por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	39) Falta de detector de metales para entrar al Hospital.	▪ La entrada en vigencia del Decreto 608-12 que establece que PROMESE-CAL se adscriba al Ministerio de Salud Pública, centralizando las compras de medicamentos e insumos, reduciendo los costos de compra.	
	Contamos con servicios integrados de cirugía, trauma y rehabilitación.	40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	▪ La incorporación de Seguros Internacionales y desarrollo de un plan de posicionamiento que permita captar importantes recursos por la venta de servicios.	
	Capacidad para ofertar servicios de procedimientos (Coloproctología, Artroscopia	41) Falta de dotación de oficinas para los gerentes.	▪ La firma de convenios con empresas nacionales y multinacionales instaladas en el país.	
	Mayor capacidad gerencial en todas las áreas.	42) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	▪ Aprovechamiento del entorno en que se encuentra ubicado el hospital (Boca Chica, Yamasá, Bayaguana, Monte Plata, San Pedro y el resto de la zona Este del país).	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Ampliación de la capacidad productiva, área de Imágenes, hospitalización, etc.	43) Dificultades de adecuado acceso al área de emergencia y Falta de Controles establecidos para el uso de parqueos para los vehículos y ambulancias externos en el área de emergencia .	Cooperación de las Fuerzas armadas en la disponibilidad de RRHH	
	Instalación del Sistema de Emergencias (9-1-1).	44) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos .	☐	
	Uso eficiente de las áreas de especialidades quirúrgicas.	45) No aplicación de los Controles establecidos para el uso de vehículos	☐	
	✖ Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:	Equipos e Infraestructura		
	▪ Rendimiento Consulta Externa = 109 %	46) Falta de mantenimiento preventivo de los equipos.		
	Consulta = 93%	47) Falta de áreas de parqueo.		
	▪ Tasa Utilización Quirófanos= 72%	48) No se le está ofertando el servicio de manejo de desechos hospitalarios a otros centros de salud.		
	Tasa Ocupación = 80%	Capacidad instalada		
	Promedio Estadía= 5.9 días.	49) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	☐	
	Cirugías Electivas: 90%	50) Dotación deficiente de oficinas.	☐	
	▪ Monitoreo y control de gastos presupuestarios.	Sistemas de Información		
	▪ Cálculo de producción en base a capacidad instalada, enfocado a sacar el mayor provecho a esta capacidad instalada.	51) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.		
	▪ Control de inventario de insumos, que facilita el control de los stock mínimos y la adquisición de productos de manera controlada.			
	▪ Adecuados controles internos de los activos fijos.			
	▪ Mantenimiento preventivo de los			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura.			
	▪ Análisis y control de costos.			
	▪ Sistema de distribución de medicamentos en unidosos.			
	▪ Protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas.			
	Facilidades de contratación de servicios con terceros.			
	▪ Toma de decisiones en base a análisis de las informaciones y datos.			
	▪ Capacidad de personal de acuerdo a perfiles técnicos capacitados.			
	▪ Dotación de oficinas.			
	▪ Existencia de la marca HTNAL			
	▪ Convenio con ARS			
	▪ Servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación.			
	▪ Acuerdo con varias instituciones (UNIBE, INFOTEP, Etc.)			
	▪ Oferta de servicios sin pago por los usuarios.			
	▪ Formación de sub-especialistas.			
	▪ Estar insertados dentro del Complejo Hospitalario Ciudad de la Salud.			
	▪ La evaluación anual por la metodología CAF que realiza el MAP que nos permite obtener un galardón en el Premio Nacional a la Calidad.			
	▪ Mayor aprovechamiento de los Recursos Financieros como consecuencia del aprovechamiento y potencial institucional (compra, reducción de costos, recursos disponibles).			
	□			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.	✖ Logística: - Facturación previa a la utilización de servicios ambulatorios. - Facilidades para los servicios de facturación y cobro a usuarios asegurados - Facturación 24 horas en emergencia.	✖ Logística: - Falta de identificación de otras fuentes de ingreso - Ausencia de un software financiero.	✖ Seguridad y cuidados de los recursos: Existen las Normas Básicas de Control Internos (NOBACI).	✖ Disponibilidad de recursos: - Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria). - Retraso en el pago de las ARS's.
	✖ Control:	Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	✖ Gestión y Control Recursos Económicos. Oferta de sistemas informáticos que facilitan la gestión y control adecuado de los recursos económicos.	Aumento de la prima del dólar.
	Control de las cuentas por cobrar	Múltiples áreas de almacén.	Asistencia de instituciones del estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos económicos, (contraloría, cámara de cuenta, tesorería, entre otras)	Congelamiento de cuenta del Hospital.
	Realización de auditoría externas.	Escaso control de costo de los procedimientos		No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.
	Existencia de una Unidad de Análisis de Costos.	No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.		Devaluación del peso.
	Actualización permanente de los inventarios de activos fijos de la institución.	No hay plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.		Alto costo de combustibles.
	Reporte al MSP del monto de los pacientes exonerado mensual.	No alquiler de salones (vídeo conferencia, salón de actos).		Limitados créditos en el mercado para el hospital.
	Existencia de una Unidad de Análisis de Costos.	✖ Monitoreo y Evaluación:		Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.
	✖ Facilidades de gestión:	Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)		✖ Medio Ambiente:
	Estructura gerencial y administrativa descentralizada.	Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.		Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Control eficiente del presupuesto de la nómina.	11) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.		23) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.
	▪ Centralización de la cuenta bancaria al área de contabilidad, que permite un mejor control administrativo y financiero.			
	▪ Subvención del Ministerio de Salud Pública.			
	▪ Venta de servicios privados.			
	▪ Venta de servicios a las ARS's públicas y privadas			
	▪ Venta de servicios y acuerdos con otras instituciones.			
	▪ Manejo descentralizado de los recursos económicos.			
	▪ Unidades de negocio (Farmacia, cafetería, laboratorio, imágenes).			
	▪ Alquiler de salones (vídeo conferencia, salón de actos).			
	▪ Plan Estratégico de Desarrollo.			
	▪ Formulación del presupuesto general del hospital.			
	Se están realizando algunas actividades relacionadas con la renegociación de tarifas con las diferentes ARS.			
	✂ Monitoreo y Evaluación:			
	▪ Análisis de Costo.			
	▪ Control y actualización inventario Activo Fijo.			
	▪ Monitoreo periódico de la ejecución presupuestaria.			
	▪ Presupuesto elaborado antes del inicio de operaciones y actualización oportuna.			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Evaluación periódica de la productividad de las gerencias. ▪ Control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.			
	□			
6. Formalizar y Mantener una fuerte relación con la comunidad.	✕ Relación con Lideres Comunitario:	✕ Relación con Lideres Comunitario:	✕ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:	✕ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:
	▪ Los líderes pueden entrevistarse con las autoridades con facilidad.	1) Algunos líderes comunitarios desconocen el sistema de organización y gestión del hospital.	Apertura de los Hospitales Materno y Pediátrico para la delimitación de los servicios, enfocándonos más directamente en traumatología, cirugía y rehabilitación, sirviendo de soporte a la Salud Publica de la comunidad	9) Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.
	Acuerdos y convenios con instituciones escolares y sociales de la comunidad	2) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	▪ 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.	10) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.
	✕ Rendición de cuentas:	3) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	▪ Apertura de los Hospitales Materno y Pediátrico para la delimitación de los servicios, enfocándonos más directamente en traumatología, cirugía y rehabilitación, sirviendo de soporte a la Salud Publica de la comunidad.	11) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.
	Los líderes comunitarios conocen el sistema de organización y gestión del hospital.	4) No involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)	Buena valoración de la comunidad debido a la implementación de estrategias en los medios de comunicación	12) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: Capacidad de ofertar servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios, permitiendo maximizar su función social.	✖ Rendición de cuentas:	Debido a la implementación del sistema integrado 9-1-1 el hospital fue escogido como centro principal de referencia en trauma a nivel nacional la cual aumentara los ingresos y la aceptación de la población.	13) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de los hospitales y llevados del 9-1-1, en estado de deterioro, sin cobertura que llegan al hospital como centro de referencia nacional, lo que está aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad.
	Disminución de manera sostenida la proporción de pago de bolsillos de los usuarios.	5) No se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad.	Ofertar el servicio a otros centros de salud el manejo de desechos hospitalarios	14) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.
	Tener líderes comunitarios sirviendo de enlace entre el Hospital y la comunidad.	6) No se realiza análisis y evaluación de las necesidades de actividades de salud, para la comunidad en la cual el hospital puede apoyar con sus recursos y que impacten en la 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	La captación de usuarios que acuden al hospital y que no cuentan con el seguro subsidiado, a fin de que los habitantes de la comunidad puedan recibir el servicio de salud y aportar recursos a la institución	
	Realización de Operativos Médicos-Quirúrgicos.	✖ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:	El SENASA acepta los usuarios identificados en el NEy y los incorpora al Sistema de Seguridd Social.	
	Facilidad de impartir talleres y cursos a diferentes grupos sociales de la comunidad, dando a conocer la funcionabilidad de la institución y temas de carácter social.	7) La poca frecuencia de impartir los talleres y cursos a los grupos sociales de la comunidad, para dar a conocer la funcionalidad de la institución.		
	Firma de acuerdos interinstitucionales para beneficiar usuarios de escasos recursos de la comunidad.	8) La capacidad en la instalación física, el cúmulo de la demanda está provocando la reducción de la calidad y atención en salud, el tiempo de ser atendido y admitido en el hospital.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Adquisición de Equipo de Esterilización de desechos, evitando la contaminación del Medio Ambiente.			
	▪ Que la comunidad tenga acceso a las informaciones y actividades realizadas en el hospital a través de la página web y publicidad.			
	Página web institucional actualizada			
	Impulsar los servicios orientados a la formación y educación de la comunidad en relación a la prevención de los accidentes y enfermedades.			
	Adecuada Capacidad de dar respuesta a la demanda que implica la integración del sistema 9-1-1			
	Conocimiento de la comunidad de nuestros medios de comunicación (página web, revista).			
	□			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	✖ Ofertas Servicios: Alta capacidad resolutive y atención inmediata a las principales necesidades y problemas de salud en traumatología, ortopedia y cirugía y especialidades y Medicina de Rehabilitación de la población de Santo Domingo Norte y diferentes provincias del país	✖ Satisfacción de los usuarios: Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Debilidades).	✖ Difusión de Información: Disponibilidad de diversos medios que no representan grandes costos para difundir noticias positivas del hospital (Messenger, BB chat, Redes Sociales otras).	✖ Difusión de Información: 14) Campana de descargos del hospital por los diferentes medios de comunicación.
	Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes certeros	1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	Realización de operativos médicos en las comunidades aledañas.	15) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.
	Especialistas altamente capacitados	2) Alto número de cirugías electivas suspendidas.	Capacidad para realizar actividades de educación comunitaria para seguir aumentando la credibilidad en la población.	16) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.
	Servicios de subespecialidades	3) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	A través de SS buscar organizaciones que apadrinen a los pacientes indigentes o de escasos recursos lo que nos disminuyen las cuentas por cobrar a pacientes privados.	Aspectos Legales:
	Tecnología moderna y de punta en la prestación de los servicios especializados y de apoyo.	4) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	Creación de Voluntariado Hospitalario.	17) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital
	Resultados Indicadores seguridad y Calidad:	✖ Difusión de Información:	Elaboración de un brochure informativo que contenga, entre otras informaciones, un mapa interno del hospital, prevención de enfermedades/traumas y los medios disponibles para realizar sus citas (línea telefónica, web...)	18) Ausencia de puente peatonal y semáforo frente al Hospital
	Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.	5) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	Capacidad para contratar personal de Servicio al Usuario que pueda Orientar a las personas con discapacidad visual o No letradas.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	▪ Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria.	6) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.		
	Bajo índice de reingresos no programados	7) Ausencia de paso peatonal seguro para todos los usuarios del hospital.		
	✖ Satisfacción de los usuarios:	8) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de electricidad e informática.		
	▪ Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Fortaleza).	9) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos		
	Aceptación (cobertura) de casi todas las Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS).	10) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.		
	✖ Difusión de Información:	11) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.		
	▪ Poseemos las informaciones principales del hospital en nuestra página web.	12) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.		
	▪ Poseemos un eficiente equipo técnico en relaciones públicas y comunicación.	13) Falta de aplicación en el uso de la tecnología existente, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.		
	▪ Buenas relaciones con los medios de comunicación.			
	▪ La exoneración del pago de las consultas a los pacientes, esto trae como consecuencia un mayor flujo de pacientes y una mayor popularidad.			
	▪ La entrada en vigencia de los nuevos hospitales dará más capacidad resolutive en la atención brindada a la población que nos visita (como el materno infantil, pediátrico, quemados y más especialidades).			
	▪ Instalación del Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	La obtención 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.			
	No tenemos competencia en los servicios brindados en el municipio Sto. Dgo. Norte.			
	Contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.			

Nota: En esta tabla no existe relación entre las líneas de manera horizontal, solo se debe interpretar las columnas de forma individual.

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

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
1	Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	RIESGOS INTERNOS		
		Factores de Gobierno y Legales:		
		1) Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS.	El personal no domina todas las informaciones sobre el nuevo modelo de gestión planteado en las leyes que regulan su sector, lo que puede ocasionar conflicto laborales y de desempeño en la institución, lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención.	No se ha realizado una adecuada difusión de las leyes en el personal, ni tampoco estos demuestran interés en conocer los pormenores de las leyes.
		2) 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.
		3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud.	El personal no domina todas las informaciones sobre el decreto 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 del decreto en el personal, ni tampoco estos demuestran interés en conocer los pormenores del decreto que regula la gestión de los recursos humanos en el sector salud.
		Recursos Humanos:		
		4) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	Pobre desempeño en las funciones y responsabilidades del cargo lo cual puede afectar la calidad, seguridad y satisfacción de los usuarios.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal.
		5) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	Esto produce desmotivación y bajo compromiso con la institución lo cual repercute en el desempeño del trabajador lo cual puede afectar la calidad, seguridad de la atención y productividad.	No se le ha dado importancia a este detalle, en la gestión de los recursos humanos.
		6) Existencia de personal seleccionado que no cumple con el perfil y la experiencia requerida de acuerdo al cargo a desempeñar, (personal seleccionado de acuerdo a perfiles técnicos de los cargos previamente elaborados).	Pobre desempeño en las funciones y responsabilidades del cargo, lo cual puede afectar la calidad, seguridad del servicio, afectar la producción y satisfacción de los usuarios.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		7) La modalidad de distribución de los incentivos no satisface a los usuarios internos.	Inconformidad de los colaboradores, desmotivación, no logro de las metas y objetivos, fuga de talentos y personal capacitados para otros centros, baja producción, generación limitada de recursos económicos, no se cumple con los compromisos económicos del hospital, insatisfacción de los usuarios, descredito del hospital.	Los gerentes operativos no le informan al personal sobre el sistema de incentivos utilizado para la distribución de los recursos económicos asignado a este. No le explican sobre las condiciones económicas del hospital.
		8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	Limita realizar adecuado y oportunos análisis de los recursos, humanos, retrasa la generación de informes, escaso controles en la gestión de los recursos humanos.	Las autoridades no han importantizado la automatización de los procesos de gestión en el hospital, desde sus inicios.
		9) Personal no cuenta con uniforme.	Los usuarios no identifican adecuadamente a los colaboradores; mayor inversión económicas de los colaboradores para realizar sus labores en el hospital. Baja identificación con la institución. Uso de uniformes de otras instituciones en el hospital.	Las autoridades no elaboran un plan de adquisición periódica de uniformes y no es considerado en el presupuesto la dotación de uniforme para el personal. El hospital no cuenta con los recursos necesarios para la adquisición de uniforme de manera periódica para el personal.
		Educación Continua y Capacitación:		
		10) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	Esto puede producir dificultades en poseer un personal capacitado 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 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.
		Logística de Medicamentos e Insumos		
		11) Adquisición de insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.	Riesgo de que el usuario se complique su condición o muera, pérdida de recursos para la institución, descredito publico, incumplimiento con las metas de calidad y seguridad de la atención e insatisfacción de los usuarios. Riesgo de las autoridades ser sometidas a las justicias.	No se han definido las características técnicas de los insumos y materiales que se deben adquirir en el hospital. No se cuenta con una cartera certificada de proveedores de estos productos. Desconocimiento del personal de compra sobre las características que deben poseer los productos adquiridos. No se cumple con el proceso administrativo de compras.
		Estandarización y Seguridad:		

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		12) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de sub-registros y mala interpretación de los datos.	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.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. Adquisición de Sistemas informáticos inadecuado para el hospital.
		13) Falta de servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	Esto produce desconocimiento de los usuarios sobre los servicios y funcionamientos de las áreas donde se encuentran, lo cual puede producir conflicto e insatisfacciones a los usuarios.	No cumplimiento por parte del personal de atención de los usuarios de los protocolos de actuación. No diseñar en la gerencia un plan operativo para brindar todas las informaciones necesarias a los usuarios.
		14) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.	Deterioro y fallas de los equipos, sistemas y mobiliario del hospital, lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención, así mismo puede afectar la satisfacción de los usuarios y la producción del hospital.	Ausencia de un Plan de Mantenimiento Preventivo. Falta de un Software que facilite la programación y la gestión del mantenimiento preventivo.
		15) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.	Deterioro y fallas de los equipos y sistemas del hospital, lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención, así mismo puede afectar la satisfacción de los usuarios y la producción del hospital.	Ausencia de un programa de calibración y chequeos de los equipos y sistema que requieren ser calibrados.
		16) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)	Riesgo de pérdidas de pertenencia de los usuarios, riesgo de caídas, lo cual afecta sensiblemente la seguridad en el cuidado de los usuarios. Insatisfacción de estos.	Falta de visión de las autoridades para satisfacer las necesidades que demandan los tiempos modernos, de garantizarle el mayor confort al usuario y su familiar. Falta de recursos para adquirir el mobiliario y/o electrodomésticos.
		17) Algunos software a instalar en la institución no estarán con sus licencias oficiales, (están en proceso, dependen del Ministerio de Salud)	Riesgo de ser demandados y/o que se produzcan falla en la operatividad de estos software y puedan afectar la logística en la institución.	Escasa importancia de las autoridades del MSP de lo que pueda ocurrir en la operatividad de los hospitales.
		18) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.	Contaminación del medio ambiente y riesgo de que el personal y los usuarios adquieran enfermedades por esta causa.	Las autoridades no le dan importancia al cumplimiento de las normas de manejo de los desechos hospitalario. Sub-utilización de la tecnología instalada en el hospital para el manejo de los desechos. Inexistencia de un plan adecuado de manejo de los desechos hospitalarios en el hospital. No valorización de las inversiones realizadas.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		19) Falta iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.	Riesgo de que el personal y los usuarios sean asaltados, o sufrir accidentes en el perímetro del hospital.	Escasa gestión de las autoridades para que las instituciones encargadas del alumbrado instalen las luminarias necesarias en el perímetro del hospital.
		20) Falta de señalización en la vía pública.	Riesgo de producción de accidentes en los trabajadores del centro y usuarios, lo cual es una gran debilidad en la seguridad del entorno. Dificultades y pérdidas de tiempo para llegar al hospital. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios con condiciones de emergencia y en estados de salud críticos.	Escasa gestión de las autoridades para que las instituciones encargadas de la señalización instalen las señalizaciones necesarias en el perímetro del hospital.
		21) No difusión del plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	No minimizar posibles víctimas ante un desastre natural. El número de muerte sea mayor ante un siniestro. Mayores pérdidas de recursos y deterioro de infraestructura, sistemas y equipamiento.	Las autoridades no han dado verdadera importancia al plan. Falta de seguimiento.
		22) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.	Mala evaluación del desempeño técnico del personal. subjetividad en la valoración del personal. Insatisfacción y desmotivación del personal.	No valorizar por parte de las autoridades la calificación técnica de los instrumentos con que cuenta en hospital para realizar las evaluaciones de desempeño. Influencia de técnicos de otras instituciones sin la debida calificación y experiencia en el sector salud.
		23) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	Personal no actualizado de acuerdo a las necesidades del hospital y según el perfil del cargo. La institución hace inversiones en capacitaciones no dirigidas.	La no asignación de un presupuesto para tales fines. Acuerdos con pocas instituciones que ofrezcan capacitaciones. Limitados recursos del hospital.
		Análisis y Tomas de Decisiones:		
		24) Bajo cumplimiento y seguimiento de las disposiciones, acciones y actividades definida en el CAH.	Incumplimiento de disposiciones y políticas definidas en este nivel colegiado, lo cual puede producir descredito en este nivel de gestión.	No se asignan las actividades y tareas a personas específicas para la ejecución de las disposiciones establecidas, además tampoco se da seguimiento al cumplimiento de esto a través de una matriz elaborada para estos fines.
		Monitoreo y Evaluación:		
		25) Escaso 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.	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 gerencia de los gerentes. Desconocimiento de sus funciones y responsabilidades. Escaso seguimiento y exigencias a estos por parte de los sub-directores.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		26) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	Incumplimiento de disposiciones de establecidas por la contraloría general de la republica, lo cual puede afectar el uso eficiente de los recursos, la logística y controles de estos.	Desconocimiento de las autoridades y gerentes de las normas básicas de control internos (NOBACI).
		27) Ejecución parcial del plan de capacitación	Esto puede producir dificultades en poseer un personal actualizado sobre las nuevas forma de actuar y/o mejorar sus practica, lo cual va en detrimento de la calidad, seguridad, eficiencia y producción del hospital; además de producir un retraso en el desarrollo de la institución.	Las Sub-direcciones de Recursos Humanos y Académica 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.
		28) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.	Esto afecta sensiblemente la calidad, seguridad, eficiencia, satisfacción y desempeño adecuado de la institución, ya que estas actividades identificadas son las que no permitirán lograr el cumplimiento de los objetivos generales y estratégicos de la institución.	Falta de un comité que de seguimiento al cumplimiento a la ejecución de las tareas y actividades establecidas en el plan de corrección de debilidades y control amenazas.
		29) Ausencia del software de gestión financiera.	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.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. Las autoridades tampoco han mostrados mucho interés en la adquisición de adecuado sistema de gestión financiero.
		30) Varios sistema de seguridad para el acceso diferentes áreas restringidas, lo que requiere de diferentes tarjetas de código.	Dificultades y perdida de tiempo al momento del personal autorizado acceder a esas áreas.	Utilizar diferentes proveedores para instalar estos controles.
		31) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	Conflictos entre los usuarios externos y los trabajadores al momento de utilizar los escasos parqueos disponibles.	No designación de un área exclusiva para los parqueos de los trabajadores y usuarios. No contar con la cantidad suficientes de parqueos.
		32) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.	Riesgo de ocurrencia de focos infecciosos, incrementos de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Riesgo de complicación y muertes en los usuarios. Aumento de la estancia. aumento de los costos. Mala imagen del entorno hospitalario. Perdidas de recursos.	No cumplimiento de las normativas (Protocolos de actuación, Manual de Bioseguridad) de manejo de los desechos hospitalarios. Escasa supervisión del personal Operativo.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		33) Falta de espacio físico para los auditores externos de las ARS's.	Cruce de informaciones entre las ARS que repercuten de forma negativa en nuestra Institución. Retraso en las auditorias. Retraso en el pago al hospital. Dificultades financieras para el hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No se dispone de espacios físicos adecuados y destinado para la realización de estas auditorias. No se cuenta con un sistema de registro clínico que facilite la auditoría del expediente clínico de manera virtual.
		34) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria	Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	La metodología de control de auditoria de los aspectos que producen las glosas no es adecuada. El personal gerencial no realiza las labores de supervisión que debe realiza. No existe un régimen de consecuencia para el personal que es reincidente de los errores o dejadez.
		35) Comité de Compras No funciona regularmente	Adquisiciones de compras sobre valoradas. Adquisición de productos de mala calidad. Descredito de las autoridades. Riesgo de ser sometidos a la justicia. Aumento de los costos de producción.	Las autoridades no importanizan la necesidad de este control, para garantizar la transparencia en la gestión del hospital. Las instituciones externas que deben supervisar estos procesos de compras en las instituciones del estado (Cámara cuenta, Contraloría, Dirección de compra y contrataciones, otras) no realizan adecuadamente sus funciones.
		36) Alto índice de infección en UCI.	Alto riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Descredito del hospital y las autoridades. Riesgo de que se desastre una campaña negativa del hospital en la población.	Las autoridades y gerentes no realizan las gestiones necesarias para garantizar el control de la IAAS. El personal no cuenta con los insumos y recursos necesarios para realizar un adecuado control de las IAAS. El personal no cumple con las medidas de control para las IAAS.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Factores de Gobierno y Legales:		
		37) 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. Incumplimiento del personal de las acciones y controles que debe agotar durante la asistencias los usuarios externos.
		38) 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.
		39) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en	No contar con los recursos necesarios para realizar una adecuada gestión, lo cual afectaría la calidad, seguridad de la atención y satisfacción de los usuarios.	Escasa valorización de los resultados positivos del hospital.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		los indicadores de calidad de la atención.		
		40) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión de los registros del personal. El personal de auditoría no realiza revisiones de forma prospectiva.
		Recursos Humanos		
		41) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	No contar con los recursos humanos adecuados, produciría grandes problemas en la calidad, seguridad de la atención, satisfacción de los usuarios y eficiencia de la institución.	Escasa valorización de los recursos humanos en el hospital, bajo salarios. Maltratos al personal. No contar con los recursos económicos para mejorar salarios e incentivos.
		Resultados:		
		42) Des crédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.	Desconfianzas y descréditos del hospital. No logros de las metas y objetivos. Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	Desconocimiento de la población de los resultados adecuados del hospital. Malo resultados de sus indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia, desempeño técnico, producción.
		Logística y Calidad Productos:		
		43) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	No contar con los insumos y materiales de manera oportuna lo cual puede poner en riesgo la vida de los usuarios y causar grande insatisfacciones en los usuarios y familiares.	No contar con los recursos necesarios para adquirir los insumos. Limitado el crédito al hospital. Poseer un solo proveedor para los productos. No poseer un plan de contingencia para cuando ocurran esta situaciones.
		44) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.	No contar con los servicios básicos puede poner en riesgo la vida de los usuarios y causar grande insatisfacciones y descréditos 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.
		45) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.	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. Descuento del hospital.	No cumplir con el proceso de selección y compra de la institución. No poseer definido las especificaciones técnicas de lo que se debe comprar en el hospital. No contar con recursos para comprar productos de buena calidad.
		46) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	Baja la calidad de los servicios, arrabalización. Insatisfacción de los usuarios descuento del hospital.	Buenos servicios y atenciones ofrecidas, cierre de hospitales con la misma cartera de servicios. No existe una Red de provisión de servicios de salud, adecuadamente articulada.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		47) Ilíquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.	Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	Las instituciones que deben fiscalizar la actuación económica y solvencia económica de las ARS, no realizan su trabajo de forma adecuada. No se exige el pago oportuno a las ARS por parte del hospital. No se aplica el régimen de consecuencia a las ARS cuando incumplen con los pagos al hospital de manera oportuna.
2	Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS		
		USUARIOS EXTERNO		
		1) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	Incomodidad para los usuarios. Insatisfacción. Descrédito de la Institución.	No se realiza levantamiento de las necesidades en las áreas, para garantizar la comodidad y confort de estos. No se cuenta con espacio suficiente para colocar mas asientos. No se ha definido una logística que permita colocar usuario en otra área, para que no se aglomeren todos en una misma área de espera.
		Área Consulta Externa:		
		2) El 20.2% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal Medico no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario. Escasa Supervisión al Personal operativo.
		3) El 44.3% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le informa a los usuarios que deben de llegar al hospital solo media hora antes para ser atendido y así no tendría que esperar horas para su atención.
		4) El 26.4% considera que se deben mejorar los alimentos ofrecidos en la cafetería.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se ha establecido un estándar de los servicios y productos que debe ofrecer el arrendatario de la cafetería y el comedor.
		5) El nombre de la enfermera, solo es conocido por el 49.4% de los entrevistados.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal de Enfermería no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario. Escasa Supervisión al Personal operativo.
		6) El 55.0% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas y facilidades que cuenta el hospital para la programación de cita.
		7) El 17.9% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas de expresar sugerencias y quejas.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		8) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta	Insatisfacción a los usuarios. Incumplimiento de Horario. Incumplimiento de Protocolos y procesos. Pérdida de tiempo de los usuarios. Incumplimiento de las metas de producción. Pérdida de Recursos. Aumentos de los costos	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan.
		9) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial	Insatisfacción a los usuarios. Pérdida de tiempo. Desesperación de los usuarios. Conflictos entre el personal y los usuarios externos. Descredito del hospital.	Los empleados no cumplen con las funciones y responsabilidades del cargo. Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No se da cumplimiento al manual de inducción en los referente a las sanciones establecidas según las faltas.
		10) El Hospital no cuenta con áreas de espera con la capacidad necesaria para acompañantes de los usuarios de los diferentes servicios	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	No se considero en la construcción de la infraestructura. No hay un lugar para adecuarlo para área de espera.
		11) Falta de espacio físico y mayor número de asientos en las salas de espera.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	No se considero en la construcción de la infraestructura espacios acorde con la oferta de consultorios. No hay espacio para la colocación de asientos. No se han comprado todos los asientos necesarios.
		12) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.	Insatisfacción a los usuarios. Pérdida de tiempo. Desesperación de los usuarios. Conflictos entre el personal y los usuarios externos. Descredito del hospital.	El personal no realiza las tareas con están planteadas. Los gerentes no supervisan el trabajo de su personal operativo. No se aplica un régimen de consecuencias para el personal que no cumple con las tareas establecidas.
		13) Nuestros médicos especialistas no contrahieren a los usuarios a su médico de cabecera.	Sobre demanda de los servicios del hospital con asistencia que pueden ser resuelta en niveles menos complejos. Se dificulta la articulación adecuada de las redes. Aumento de los costo para los usuarios. Incremento de las listas de espera. Pérdida de tiempo para asistir el usuario que verdaderamente necesita la atención en el hospital.	
		14) La higiene de la cafetería es deficiente.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital. Riesgo de que ocurran brote de intoxicaciones alimentarias.	No se realiza una adecuada supervisión de la cafetería por parte de la sub- dirección de servicios generales. No existe un régimen de consecuencia para los encargados de la cafetería y su personal.
		Área Hospitalización:		
		15) El 12.5% refiere debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería y cocina.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	No se realiza una adecuada supervisión de la cafetería por parte de la sub- dirección de servicios generales. No existe un régimen de consecuencia para los

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
				arrendatarios de la cafetería y su personal.
		16) El 33.3% debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.	Insatisfacción en los usuarios; desventaja frente a la competencia que si ofrece estas facilidades para los usuarios y familiares. Perdida de recursos. Alto costo de la producción del área.	No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas y facilidades que cuenta el hospital para la programación de cita. No se esta realizando un uso eficiente de la capacidad instalada del bloque quirúrgico.
		17) el 37.5 % considera debe mejorar las facilidades para conseguir cita.	Insatisfacción en los usuarios; desventaja frente a la competencia que si ofrece estas facilidades para los usuarios y familiares.	Sub-Utilización de la capacidad instalada. Disminución del horario de los servicios. No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas y facilidades que cuenta el hospital para la programación de cita.
		18) El 16.7% dicen que tiempo de espera para recibir atención deben ser mejorado.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	No se realiza evaluaciones para determinar cuales son las situaciones que aumentan la espera de los usuarios. No se toman medidas para corregir las dificultades identificadas.
		19) El 25% dice que el interés y tiempo que le dedican los médicos debe ser mejor.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal Medico, no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que deben mostrar respeto e interés por los usuarios cuando están siendo asistidos. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
		20) 12.5% dice que debe mejorar la disponibilidad de los médicos.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal Medico de servicio en las plantas no realiza con mayor frecuencia la visita a las habitaciones de los usuarios. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
		21) 16.7% refiere que la limpieza de sanitarios y áreas comunes debe mejorar.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	Las autoridades no tienen la visión de que la oferta de los servicios de salud, ya no es, solo resolver los problemas de salud, también es brindar el confort y las facilidades necesarias para su estadía. No se realiza una adecuada limpieza de los baños. No se realiza una adecuada supervisión de los baños comunes. El personal operativo de limpieza no circula con cierta frecuencia por las áreas de mayor utilización y circulación del hospital.
		Área Emergencia:		
		22) El 79.7% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal de Enfermería no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
				Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
		23) El 58% NO conoce el nombre del médico que le atendió	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Personal Medico no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
		24) 49.3% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas y facilidades que cuenta el hospital para la programación de cita.
		25) El 21.7% considera que debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	Las autoridades no tienen la visión de que la oferta de los servicios de salud, ya no es, solo resolver los problemas de salud, también es brindar el confort y las facilidades necesarias para su estadía. No toman las medidas de lugar para resolver el problema definitivo de la cafetería, que desde su inicio comenzó.
		26) El 13% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le informa a los usuarios sobre los tramites y procedimientos que se deben realizar para atención. No se le Informa sobre el Procedimiento de TRIAGE en la emergencia.
		27) El 33 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se le informa a los usuarios sobre los tramites y procedimientos que se deben realizar para la realización de los procedimientos quirúrgicos. No hay disponibilidad de quirófanos, camas, retraso en la autorización de las ARS. No se utiliza de manera eficiente el bloque quirúrgico.
		28) 17.4% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se ha evaluado las condiciones que retrasan la logística de egreso en un tiempo oportuno a los usuarios. No se conoce que los usuarios se quejan de esa situación.
		29) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.	Perdida de oportunidad para el usuario y la institución. Insatisfacción de los usuarios. Aumento del costo de la atención para el usuario, que tiene que regresar de nuevo a programar su cita. Insatisfacción de los usuarios. Pobre aprovechamiento de las tecnología con que cuenta el hospital.	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para que si el usuario necesita una cita estos la programen ahí mismo.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		USUARIOS INTERNO		
		30) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal	Las autoridades no han contemplado la posibilidad de valorar el pago de hora extra a los trabajadores que pasen de su horario de manera justificada y se queden trabajando fuera de horario. No existe un sistema para registrar estos casos. No se ha definido una política de RR.HH para estas situaciones.
		31) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 35.3%	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.
		32) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 55.9%.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Las autoridades, gerentes operativos y especialmente las Sub-Dirección de Recursos Humanos no han desarrollado los mecanismo para demostrar que el Hospital es de los centros de salud, con niveles salariales mas competitivos del mercado.
		33) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 38.2%.	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.
		34) No tiene conocimiento de los criterios para realizar las promociones al personal 61.8%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal	Las autoridades, gerentes operativos y especialmente las Sub-Dirección de Recursos Humanos, no han desarrollado los mecanismo para que el personal conozca de manera formal cuales son los criterios, para realizar promoción en el hospital. No se ha entregado formalmente y estudiado con el personal las informaciones contenidas en el Manual de Inducción.
		35) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 41.2%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal	Las autoridades, gerentes operativos y especialmente las Sub-Dirección de Recursos Humanos, no han desarrollado los mecanismo para que el personal conozca de manera formal cuales son los criterios para realizar promoción en el hospital. No se ha entregado formalmente y estudiado con el personal las informaciones contenidas en el Manual de Inducción.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		36) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 38.2%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal	Las no han importanzado el impacto que posee para el personal y los usuarios externo ver a todos los empleados con sus respectivos uniforme según los criterios de imagen corporativa establecido.
		37) No dispone de facilidades para la educación continuada 38.2%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Desactualización de los recursos humanos	Los Gerentes operativos no dan seguimientos al cumplimiento del Plan de Formación y educación continuada de los recursos humanos, también esto es responsabilidad de las Subdirección de RR.HH y Académica. Falta de recursos. No identifican fuentes externas y tampoco realizan gestiones para el financiamiento externo del plan de educación continuada.
		38) Las evaluaciones de desempeño no se hacen objetivas por partes de los gerentes.	Insatisfacción de los usuarios. Conflictos entre el personal y los gerentes. Desmotivación	Falta de evaluación objetiva. No poseer o no utilizar instrumentos de evaluación adecuados. No se ha capacitado adecuadamente a los gerentes en el uso del instrumento de evaluación.
		39) 58.5% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.	Insatisfacción de los usuarios. Desmotivación	Las no han importanzado el impacto que posee para el personal y los usuarios externo ver a todos los empleados con sus respectivos uniforme según los criterios de imagen corporativa establecido. Las autoridades no identifican detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
		40) 32.4% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)	Insatisfacción de los usuarios. Desmotivación	Los Gerentes operativos no realizan análisis de la carga laboral de sus empleados, para detectar y corregir estas inconformidades de su personal operativo.
		41) 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo	Insatisfacción de los usuarios. Desmotivación	Las autoridades no identifican detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
		Responsabilidad y Control:		
		42) 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.	Las autoridades no importanzan las informaciones de las encuestas realizadas. No se desarrolla un Plan de Intervención.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		43) Falta de telecable en TVs de las salas de esperas.	Insatisfacción en los usuarios. Escaso aprovechamiento de los medios audiovisuales. Oportunidades perdidas de informar sobre el hospital, tips de promoción de estilo de vida saludables, medidas de prevención de accidentes.	Las autoridades no importantizan las informaciones que pueden ser ofrecidas a través del cable TV. Las autoridades no tienen la visión de que la oferta de los servicios de salud, ya no es, solo resolver los problemas de salud, también es brindar el confort y las facilidades necesarias para su estadía.
		44) Archivo clínico de los pacientes No aparecen.	Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Sub-registro de información. Duplicidad de información. Insatisfacción del personal y los usuarios.	No existe un adecuado control de la logística de archivo.
		45) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.	Insatisfacción de los usuarios.	Los gerentes del área no realizan una adecuada supervisión de su personal.
		46) No aceptación de moneda extranjera.	Insatisfacción de los usuarios. Pérdida de recursos. Dificultades para realizar el pago.	Las autoridades no ha definido la política para resolver estas situaciones cuando se presentan.
		47) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.	Insatisfacción de los usuarios. Retraso en el ingreso de otros usuarios.	Los sistemas informáticos de facturación, y clínico no están integrado.
		48) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	Dificultad para solicitar información de los usuarios. Insatisfacción de los usuarios.	No se ha identificado el área de información.
		49) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.	Retraso en el inicio de las consultas. Médicos llegan tardes y/o se van temprano. Insatisfacción. No cumplimiento de metas.	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan.
		50) Falta de cortesía de algunos colaboradores	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital y su personal.	El personal olvida el concepto sobre quien es la persona mas importante en el hospital. No existe un régimen de consecuencia para el personal que maltrata a los usuarios.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Resultados:		
		51) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.	Mala imagen del hospital y descrédito de las autoridades.	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.
		Legales:		

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		52) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	Perdida de recursos y descritos frente a las fuentes de financiamiento del hospital. Falta de Recursos.	No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital.
		53) Poca seguridad vial para llegar al hospital y ausencia de puente peatonal.	Mala imagen del hospital. Disminución de la demanda de servicios.	Las autoridades no propician acciones tendientes a establecer convenio de colaboración con las entidades encargada de la seguridad ciudadana en el sector territorial del hospital.
		54) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	Perdida de tiempo. Molestia a los usuarios. Insatisfacción.	SENASA no valora las molestias y dificultades que ocasiona el mal funcionamiento de su plataforma electrónica cuando falla. No realizan mejora en su sistema.
		55) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar	Sobredemanda de los servicios. Tratamos de la logística asistencial en el hospital. Insatisfacción de los usuarios. Sobrecarga de trabajo del personal del hospital. Insatisfacción. Descrédito del Hospital. Falta de recursos para atender la demanda. Descalabro financiero del hospital.	Las autoridades de salud Director Regional y equipo técnico No realizan una adecuada Planificación para realizar el cierre de los otros centros. No transfieren los recursos de la sobre demanda al hospital. No incorporan otros centros de salud para derivar los usuarios. No desarrollan una campaña publicitaria para indicar donde deben acudir los usuarios.
3	Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación.	RIESGOS INTERNOS		
		Planificación-Control:		
		1) Selección de algunos gerentes que no cumplen con el perfil del cargo.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. 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.
		2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. 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.
		3) Falta de equipamiento de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.	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.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	Perdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión.	No se realiza de manera sistematizada el seguimiento a las cuentas por cobrar principalmente a las ARS's. Falta de generación de un informe constante a las principales autoridades del centro sobre la situación relacionada a las cuentas por cobrar.
		5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura y conocimiento de los manuales de proceso y manual de organización.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción.	Las autoridades no exigen de manera sistemática el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de los gerentes. No se solicita de manera constante periódica un informe sobre las metas establecidas y objetivos de la gerencia. No se despiden los gerentes con bajo desempeño. Compromiso político y/o personales con estos.
		6) Falta de sinergia entre las gerencias para trabajar como un solo equipo.	Retrasos y demoras en los servicios que se ofertan a los usuarios, trastornos en el cumplimiento adecuado de los procesos. Insatisfacción de los usuarios	No se ha definido una política sobre las maneras de empoderar a las instancias necesaria sobre las informaciones que deben ser divulgadas.
		@ Factores Logística e Información:		
		7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. MSP No permitir que las Autoridades adquieran un sistema de Gestión Financiera.
		8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. 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 establecido para la operatividad del hospital.
		9) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	Desconocimiento de las disposiciones emanadas de los niveles gerenciales superiores. Conflictos. Insatisfacción. Problemas de logística y administrativos.	No se ha definido una política sobre las maneras de empoderar a las instancias necesaria sobre las informaciones que deben ser divulgadas.
		10) Falta de informes a las sub-direcciones correspondientes.	Desconocimiento de nivel de cumplimiento de las metas y objetivos de las gerencias que componen las sub-direcciones. Perdida de tiempo para tomar medidas para corregir las dificultades encontradas en las gerencias.	Los sub-directores no establecen un programa de rendición de cuenta para que los gerentes que pertenecen a dicha sub-dirección rindan informes y presenten planes de intervención y medidas para corregir las dificultades presentadas.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		11) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	Violación de los derechos del usuario. Insatisfacción de los usuarios, familiar y/o relacionados. Descréditos del Hospital. Riesgo de demanda al hospital por falta de consentimiento informado.	Los Gerentes operativos no supervisan el cumplimiento de los protocolos que establecen que los médicos y enfermera deben brindar las informaciones necesarias a los usuarios, familiares y/o relacionados. No se sanciona al personal que es reiterativo en esta practica.
		12) Escaso control y supervisión del desempeño del personal de informática.	Pobre desempeño del personal. Los usuarios de la gerencia tienen inconformidad con el desempeño de la gerencia. Retraso en el registro de informaciones y datos en los sistemas.	Pobre desempeño de las funciones del gerente de informática. Poco compromiso del personal operativo de la gerencia.
		13) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	Pobre desempeño de los gerentes para el seguimiento al cumplimiento de sus necesidades. No se cuenta con los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas. Pérdida de recursos. Limitación para ofrecer servicios integrales. Insatisfacción de los usuarios. Descrédito del hospital.	No seguimiento de los gerentes a las necesidades establecidas el plan de inversión. El hospital no cuenta con los recursos para realizar la inversión. No se realiza una priorización de las adquisiciones en el hospital. El personal de compra tampoco le da seguimiento al plan de inversión.
		14) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	Sub-registro de informaciones. Dificultades para el análisis adecuado de situaciones. Pérdida de tiempo e información. Retraso en la ejecución de las actividades de los procesos operativos.	Adquisición de un sistema de registro no estaba totalmente desarrollado. Retraso de la empresa que desarrolla el software.
		15) Deficiencia en la Actualización de intranet y página web.	No se cuenta con informaciones actualizadas. Desconocimiento de informaciones importantes. Pérdida de oportunidades. Pérdida de recursos al tener que utilizar papeles y tinta, energía para imprimir informaciones.	El servicio de comunicación no da seguimiento al personal encargado de actualizar estos medios de difusión de información. No se le entregan las informaciones de manera oportuna al personal encargado de actualizar el intranet y pagina web.
		16) No respuestas de los informes emitidos en buzones de sugerencias por el consejo hospitalario.	Desconocimiento de las quejas o recomendaciones de los usuarios. Mantenimiento de las insatisfacciones de los usuarios. Descrédito del Hospital y sus autoridades.	No importantizan las informaciones que ofrecen los usuarios por este medio de recolección de información. Pobre o escasa importancia a las informaciones para corregir dificultades.
		17) No seguimiento por parte de las gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.	Riesgo de infecciones cruzadas de otros centros de salud. aumento de la tasa de infecciones. Incumplimiento de metas y objetivos. Descréditos del Hospital. Insatisfacciones.	Los gerentes, seguridad, comunicación y relaciones publica y Sub-dirección de recursos humanos no realizan el control debido sobre los aspectos de la imagen corporativa del hospital.
		18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	Desconocimiento del nivel de cumplimiento de las metas establecidas. Retraso para la toma de decisiones para la corrección de inconformidades y debilidades en la gerencia. Insatisfacción. Pérdida de recursos. Descrédito del Hospital y sus autoridades.	Incumplimiento del Rol de los gerentes en los aspectos de presentar periódicamente informe de avances y dificultades y elaboración de planes para corregir estas dificultades.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes.	No se aprovecha adecuadamente la tecnología con que cuenta el hospital.	No se realiza el esfuerzo por parte de la gerencia de tecnología de información, para adecuada la tecnología de la pagina web, para hacerla mas funcional para los usuarios.
		20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	Los gerentes no pueden tomar decisiones oportunas y adecuadas. Se limita la función gerencial y esto hace que la dirección ejecutiva se sobre cargue con actividades que deben desarrollar los gerentes operativos. Incremento de los procesos burocrático del hospital. Insatisfacción de los usuarios. Escaso nivel de liderazgo del nivel gerencial operativo.	Los directivos del hospital aun no cambia totalmente la forma de gestión de forma centralizada.
		21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	El personal no cuenta con las capacitaciones que le permita estar actualizado sobre nuevos tratamientos y procedimientos. Rezago en la cartera de servicio del hospital. Perdida de usuarios. Perdida de recursos.	Las autoridades no importanizan la importancia de la educación continuada para el personal mantenerse actualizado. El hospital no cuenta con los recursos necesarios para desarrollar el plan de capacitación.
		22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	Mala imagen del hospital. Los usuarios desconocen la marca del hospital.	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica no exigen el cumplimiento de la normativa de imagen corporativa que posee el hospital.
		23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	Bajo desempeño. Insatisfacción de los usuarios. Perdida de recursos. malos resultados en los indicadores del producción, calidad, eficiencia, desempeño técnico. Mala imagen del hospital. Descredito del hospital.	Existen incapacidad por parte de los sub-directores para supervisar adecuadamente su personal gerencial. No aplican régimen de consecuencia para el personal que no cumple con sus funciones.
		24) Mala logística para negociar con las ARS	Perdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión. Falta de recursos para desarrollar el hospital.	No toman en cuenta al personal medico para realizar las negociaciones con las ARS. No toman en cuenta los análisis de costo que se realizan en el hospital.
		25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	Mala imagen del hospital. Los usuarios desconocen la marca del hospital. Incorporación de floras microbianas de otros centros. Producción de infecciones cruzadas. Aumento de las IAAS.	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica no exigen el cumplimiento de la normativa de imagen corporativa que posee el hospital. Los gerentes operativos no exigen al personal que solo use los uniformes oficiales del hospital.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Planificación-Control:		
		26) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	No existe un Plan y/o convenios con las universidades de identificación y captura los profesionales con mayor índice académico y formado en gerencia.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		27) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	Disminución de la demanda de servicios. Disminución de los ingresos. No poseer los recursos necesario para la gestión y desarrollo del Hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No Tomar la previsión de lugar frente a esta amenaza. No actualizar la forma de entregar los servicios enfocado a la satisfacción de los usuarios. No poseer oferta de servicios competitivos en el mercado.
		Factores Logística e Información:		
		28) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	Paro de las labores asistenciales en el Hospital. Riesgos de complicaciones de los usuarios y muertes. Baja producción. Pérdida de recursos.	Falta de desarrollo de un Plan para mantener motivado y comprometido al personal con la institución.
		29) Sobre-demanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	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.
		30) Campaña de descrédito del hospital.	Mala imagen del hospital y descrédito de las autoridades.	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.
		31) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.	Pérdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión.	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.
		32) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	Duplicación de esfuerzos y servicios en la ciudad de la salud. Conflictos de intereses. Dificultad en la logística de facilitar las atenciones a los usuarios.	No existe una entidad superior que facilite la coordinación y complementariedad de los centros de salud en la ciudad sanitaria.
		33) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.	Aumento de las IAAS. Incorporación de nuevos microorganismos a la flora del hospital. Distorsión en la imagen corporativa del hospital. Poca identificación corporativa del personal con su institución.	No cumplimiento de las disposiciones del hospital. Escasa supervisión y exigencia por parte de los gerentes operativo a su personal.
		34) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	Sobre demanda. Riesgo de mala práctica en la atención de los usuarios. Descrédito del Hospital e insatisfacción.	No se cuenta con 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.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		35) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).	Dificultades y conflictos entre las instituciones que están en el complejo. No se aprovechan oportunidades para adquirir productos en conjunto. No se aprovechan las colaboraciones que pueden surgir entre las instituciones.	No se ha definido una política para integrar las instituciones que conforman el complejo hospitalario, por parte de la Dirección Regional Metropolitana.
4	Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad	RIESGOS INTERNOS		
		Capacidad Instalada y Resolutiva:		
		1) Falta de equipamientos e insumos de algunos servicios.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Acarreo de situaciones fatales para usuarios	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. Falta de priorizar necesidades y comunicación efectiva entre los departamentos.
		2) Sub-utilización de la capacidad instalada.	Barreras de accesos a los servicios. Baja producción. Aumentos de los costos. Escaso desarrollo del hospital. Perdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Falta de cumplimiento de metas y objetivos.	Las autoridades no analizan en base a datos e informaciones sobre las demandas de los servicios que faltan por integral al hospital. Falta de recursos para aperturar nuevos servicios. Falta de planificación y coordinación entre las áreas involucradas.
		3) Déficit en la dotación de oficinas.	Limitaciones para los gerentes desempeñar sus funciones administrativas. Insatisfacción de colaboradores. Baja productividad y desempeño.	Escasa importancia por parte de las autoridades a estas necesidades de algunas gerencias. No hay espacio en la infraestructura para preparación de oficinas. No se contemplo en el diseño del hospital la necesidades de espacios en este aspecto.
		4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo, Falta de Recursos Humanos.	Insatisfacción de los usuarios. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios, por la ineficiencia del banco de sangre por falta de recursos.	No se ha importantizado por parte de las autoridades el impacto negativo que puede producir la ineficiencia del banco de sangre.
		Captura del Mercado:		
		5) Poca señalización e iluminación del área de acceso al hospital.	Riesgos de robos, lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados. Perdida de bienes materiales.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a las instituciones (EDE-ESTE o Alcaldía Santo Domingo Norte) encargadas de colocar las luminarias en el sector. Las autoridades del hospital no han dimensionado e importantizado este riesgo y no realizan la inversión necesaria, sin las otras instituciones no realizan su trabajo. Las autoridades no han desarrollado un plan de señalización de rutas para la llegar al hospital.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		6) El acceso Oeste- Este es un posible generador de accidentes de tránsito.	Ocurrencia con frecuencia de riesgo de accidentes o accidentes. Mala Promoción para el hospital. Riesgos de lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados. Disminución de la afluencia de usuarios.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a las instituciones (MOP o Alcaldía Santo Domingo Norte) encargadas de colocar reductores de velocidad frente al hospital y de colocar pintura para definir el área donde circulan los peatones. Las autoridades del hospital no han dimensionado e importanzado este riesgo y no realizan la inversión necesaria, sin las otras instituciones no realizan su trabajo. Falta de integración del hospital con la comunidad.
		7) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	No contar con todas las necesidades satisfechas, lo cual limita la producción; pérdida de recursos.. Limitación de los servicios, insatisfacción de los usuarios, baja calidad de las atenciones, falta de RR HH y baja producción de los colaboradores.	Las autoridades del MSP desconocen las necesidades de presupuesto del hospital.. Falta de focalización por parte del MSP en la asignación presupuestaria.
		8) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	Problema de comunicación interna; necesidad constante de desplazamiento de los empleados a otros servicios porque no cuentan con la facilidades telefónicas. Baja producción y desempeño del personal. Insatisfacción de usuarios, personal. Insatisfacción y usuarios. Aumento de gastos financieros por parte del personal. Pérdida de tiempo de colaboradores	Las autoridades no realizan la inversión necesaria para corregir estas dificultades. La falta de seguimiento del centro con la empresa suministradora del servicio. Robo de cables por parte de desaprensivos, condiciones climáticas.
		Factores Competitivos:		
		9) Parqueros insuficientes para el personal y usuarios.	Insatisfacción en los usuarios internos y externos. Descredito del Hospital, desventaja con la competencia en este aspecto. Pérdida de tiempo, baja productividad, riesgos de accidentes, pérdida materiales	No se planificó el numero de parqueo necesario frente a la demanda al momento de construir los hospitales de la Ciudad de la salud.
		10) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	Riesgo de lesiones a las personas si ocurre una catástrofe natural o incendio en el Hospital.	No implementación de las recomendaciones dada por el MSP sobre la evaluación de la seguridad de la infraestructura del Hospital.
		11) Tardanza en la entrega de resultados de laboratorios e imágenes	Insatisfacción en los usuarios internos y externos. Descredito del Hospital, desventaja con la competencia en este aspecto. Pérdida de tiempo, baja productividad.	No se toman en cuenta la dificultades existentes por parte de los gerentes para analizar y tomar las correcciones de lugar. No importanzan la eficiencia que debe existir en los procesos operativos.
		Disponibilidad de Recursos:		

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		12) Personal no dispone de todo lo necesario para realizar su trabajo	Insatisfacción en los usuarios y colaboradores. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción. Proyección de imagen negativa 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. Falta de priorizar las necesidades.
		13) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción.	No se cumple con el proceso de gestión de recursos humanos. Falta de una política de RR HH.
		14) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las labores operativas de su personal para dar respuestas mas eficiente a las demandas de los servicios ofrecidos. Falta de recursos económicos y humanos para dar respuestas.
		15) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	Desactualización tecnológica del Hospital. Baja demanda de los servicios. Descredito del Hospital.	Limitaciones de recursos. No se cuenta con un Plan de Actualización tecnológica del Hospital.
		Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:		
		16) Presión de Urgencias = más de un 32%	Sobre demanda de la emergencia con relación a la oferta de consultas. Insatisfacción de los usuarios. Afectación de la Calidad y seguridad en la atención.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las de producción establecidas en consultas. 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.
		Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:		
		Cumplimiento de las Metas de Producción en:		
		17) % Cirugías Electivas Suspendidas = 13%	Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada. Baja Producción.	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.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		18) Hospitalización: 74%	Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada. Baja Producción.	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.
		19) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	Limitada producción en los servicios. Limitados los ingresos. No se ofrece de manera integral las atenciones al usuario traumatizado.	Las autoridades no valoran la posibilidad de producción y necesidades de los usuarios en algunos servicios, como son. Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Gastroenterología, Cirugía Vascular, Cirugía Torácica, Fisiatría, Coloproctología, Maxilofacial, Cirugía Plástica. Falta de Recursos económicos. Interés de las autoridades de desarrollar otros servicios clínicos.
		20) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	Insatisfacción de los usuarios. Pérdida de oportunidad para iniciar tratamientos a los usuarios.	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.
		21) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se le exige al gerente de mantenimiento la formulación de este plan.
		22) Tardanza para la entrega de resultados de laboratorio e imágenes.	Pérdida de tiempo en el inicio de la resolución de los problemas de los usuarios. Riesgos de complicación y muertes.	No se ha realizado un adecuado análisis de la situación y no se ha desarrollado un plan de corrección de la situación. Los Gerentes operativos 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 o el cumplimiento eficiente de los procesos.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		23) Falta de expediente electrónico.	Mala calidad de información y datos, sub-registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad.
		24) La subutilización de los quirófanos existentes.	No cumplimiento de las metas de producción. Barreras de Accesos a los servicios. Perdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	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.
		25) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	Insatisfacción de los usuarios y baja calidad del servicio de hospitalización	No se ha realizado una oportuna planificación para dotar las habitaciones de esos mobiliarios. No se cuenta con los recursos necesarios.
		26) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	Insatisfacción y desmotivación de los colaboradores usuarios. Descréditos del Hospital. Aumento de gastos del colaborador	Las autoridades no importantiza las necesidades y facilidades que deben tener los usuarios internos y externos para lograr su estímulo y compromiso con la institución. Falta de recursos para adquirir los insumos necesario para elaborar el menú.
		27) Las deficiencias en los servicios de la cafetería que afecta a los usuarios y la indefinición de los mismos.	Insatisfacción de los usuarios. Descréditos del Hospital.	Las autoridades no importantiza las necesidades y facilidades que deben tener los usuarios internos y externos para lograr su estímulo y compromiso con la institución.
		28) El no cumplimiento del horario extendido de consulta.	Barreras de accesos a los servicios. Baja producción. Aumentos de los costos. Escaso desarrollo del hospital. Perdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Largas listas de espera.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las labores operativas de su personal para dar respuestas mas eficiente a las demandas de los servicios ofrecidos. Falta de supervisión efectiva por parte de los gerentes de las áreas correspondientes. Falta de recursos humanos. Mala distribución de los RRHH. Afección del pluriempleo del personal correspondiente. O que exista poca promoción de que se oferta el horario de la tarde.
		29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la	Barreras de accesos a los servicios. Baja producción. Aumentos de los costos. Escaso desarrollo del hospital. Perdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Largas listas de espera.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las labores operativas de su personal para dar respuestas mas eficiente a las demandas de los servicios ofrecidos.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		productividad y la calidad de los servicios prestados		
		30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	Perdidas de recursos por Glosas por faltas de registros adecuados. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Falta de apego a lo establecido por la SISALRIL y CNS.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento a los protocolos, procesos, funciones y responsabilidades de los cargos del personal operativo y los procesos establecido para la operatividad del hospital.
		31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	Desconocimiento de la población sobre los servicios y facilidades que ofrece el hospital. Sub-utilización de la capacidad instalada. Baja captación de recursos de fuentes privadas de financiamientos.	No contar con un plan de mercadeo y publicitario del hospital.
		32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	Perdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Las autoridades no realizan las negociaciones con las ARS en base a los resultados de los análisis de costos realizados en el hospital.
		33) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	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.	Los gerentes y el personal operativo no comprenden el modelo de institución al cual pertenecen y la mística de esta, donde está claramente establecido que están para servir a los usuarios que son el centro del universo del hospital y la razón de ser de la institución.
		34) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	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.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad.
		35) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	Riesgos de que personas no autorizadas ingresen a las áreas prohibidas para estos. Sustracciones de equipos, insumos, otros del hospital.	No se han colocado los controles en todas las áreas requeridas.
		36) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	Retraso en las adquisiciones. No cumplimiento de metas de producción. Limitados ingresos económicos para el hospital. Dificultades para ofrecer los servicios adecuados a los usuarios. No cumplimiento con el Plan de Inversión. Insatisfacción de los usuarios.	No contamos con los recursos económicos. No se han contemplados los stock mínimos para los productos de consumos mas común en el hospital. Retraso de entrega de los productos por los proveedores. Procesos administrativos por ley muy largos para las adquisiciones.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		37) Falta de mantenimiento adecuado y validación del funcionamiento de equipos médicos.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No se cuenta con un plan maestro de mantenimiento preventivo. No se ejecuta el Plan de Mantenimiento Preventivo.
		38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	Molestia para los colaboradores ofrecer de manera adecuada los servicios. Insatisfacción. Daños físicos. Desarrollo de enfermedades ligadas al trabajo.	No se han adquiridos el mobiliario adecuado para el personal. Se han deteriorado los muebles. No contamos con los recursos económicos necesarios para adquirir el mobiliario necesario.
		39) Falta de detector de metales para entrar al Hospital.	Ingreso de armas de fuego y blanca al hospital. Causar lesiones y/o muertes al personal y/o usuarios en el Hospital.	No se cuenta detector de metales en los accesos al hospital. No se ha importado este equipo de control para la seguridad por parte de las autoridades.
		40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	Desesperación de los usuarios. Malestar e insatisfacción. Agravamiento de las condiciones clínicas o quirúrgicas de los usuarios.	Sobredemanda de los servicios especializados con actividades asistenciales de menor complejidad. No contamos con los controles adecuados para garantizar que los servicios especializados solo reciban a los usuarios que verdaderamente necesitan ser asistidos por la especialidad correspondiente. Las ARS's no permiten que el hospital cuente con estos controles. No se ha presentado a las ARS's el impacto negativo que esta situación ocasiona en el hospital y en los usuarios.
		41) Falta de dotación de oficinas para los gerentes.	Dificultades para realizar las labores administrativas correspondientes a su cargo. Retraso en la entrega de informes. Escaso empoderamiento de las funciones gerenciales. Utilización de áreas productivas del hospital para oficinas de los gerentes. Disminución de la capacidad productiva del Hospital.	No se contemplaron durante el diseño y construcción del hospital las diferentes oficinas para las labores administrativas de los gerentes. No contamos actualmente con espacio para oficina administrativas.
		42) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No se cuenta con un plan maestro de mantenimiento preventivo. No se ejecuta el Plan de Mantenimiento Preventivo.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		43) Dificultades de adecuado acceso al área de emergencia y Falta de Controles establecidos para el uso de parqueos para los vehículos y ambulancias externos en el área de emergencia .	Dificultad de accesos al área de emergencia. Pérdida de tiempo para ingresar las ambulancias al área de emergencia riesgo de complicaciones o muertes de los usuarios en las ambulancias.	Diseño arquitectónico inadecuado en la logística vial del área de emergencia. No se han realizado las modificaciones recomendadas en la evaluación de seguridad de la infraestructura del hospital.
		44) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos .	Baja calificación técnica del Personal. Bajo Nivel de desempeño técnico. Insatisfacción de los usuarios. Mala calidad. Descredito del hospital y el personal.	No se cumple con el proceso de entrevistas y selección de recursos humanos. Influencia y presiones políticas.
		45) No aplicación de los Controles establecidos para el uso de vehículos	Deterioro de los vehículos del hospital. Aumento de los costos. Riesgo de accidentes. Demanda para el hospital.	La gerencia de transporte no realiza un adecuado control de los vehículos que cuenta el hospital. No existe un régimen de consecuencias para el personal que usa de manera inadecuada los vehículos del hospital.
		Equipos e Infraestructura		
		46) Falta de mantenimiento preventivo de los equipos.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción. Riesgo de mala práctica en los usuarios.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se le exige al gerente de mantenimiento la formulación de este plan. No se cuenta con un Software que facilite la planificación y ejecución de los trabajos del Plan.
		47) Falta de áreas de parqueo.	Insatisfacción. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios.	No se ha realizado las gestiones de lugar por parte de las autoridades para que se construya un edificio de parqueo para la Ciudad de la salud.
		48) No se le está ofertando el servicio de manejo de desechos hospitalarios a otros centros de salud.	Sub-utilización de la capacidad instalada. Alto costo de utilización del sistema. Pérdida de recursos.	Las autoridades no han propiciado la elaboración un plan de comercialización de este servicio.
		Capacidad instalada		
		49) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	Sobredemanda. Insatisfacciones. Incomodidades para los usuarios. Sobre carga de trabajo. Riesgo de mala atención. Descredito del Hospital. Deterioro del área.	Las autoridades de salud Director Regional y equipo técnico No realizan una adecuada Planificación para realizar el cierre de los otros centros. No transfieren los recursos de la sobre demanda al hospital. No incorporan otros centros de salud para derivar los usuarios. No desarrollan una campaña publicitaria para indicar donde deben acudir los usuarios.
		50) Dotación deficiente de oficinas.	Diminución de la capacidad resolutoria del hospital. Incapacidad para cubrir la demanda de la población. Los gerentes no poseen área de oficinas adecuadas para realizar su labores gerenciales.	Desconociendo de los arquitectos, técnicos, constructores y supervisores de las necesidades de áreas para la gestión gerencial-administrativa de un hospital. No contar con una guía nacional adecuada de diseño hospitalario.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		Sistemas de Información		
		51) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	Desconocimiento de la calidad de información registrada. Pobre conocimiento para tomar decisiones adecuadas.	Escasa importancia por parte de los gerentes a las informaciones y datos registrados en el sistema informáticos. Pobre exigencia de las autoridades a los gerentes para que le rindan informes basado en las informaciones registrada en los sistema de información.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Factores del Mercado:		
		52) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.	Insatisfacción de los usuarios. Mala imagen del Hospital. Descredito. Disminución de la demanda. Baja captación de recursos. Mayor riesgo de enfermedades para la población.	Las autoridades del sector: Alcaldía, policía nacional, medio ambiente no realizan un adecuado control de estos aspectos en la zona. Falta de recursos para dar respuestas a las necesidades. Mal uso de los recursos no priorizando dichas necesidades. Poca capacidad de coordinación entre las autoridades competentes.
		53) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Insatisfacción de los usuarios. Baja producción. Perdida de recursos. Descredito del Hospital.	No contar con una adecuada descripción de las característica técnicas de los proveedores y de los productos que adquiere el hospital. No cumplimiento del proceso y norma de compra del hospital. Desconocimiento del valor de la calidad y efectividad de los fármacos. Los medicamentos donados sean de calidad cuestionables.
		54) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Insatisfacción de los usuarios. Baja producción. Perdida de recursos. Descredito del Hospital. Descredito del Hospital. El estrés e inseguridad en usuarios, personal gerencial y operativo.	No contar con sistemas de emergencia de todos estos servicios en el hospital, cuando falle la oferta externa de estos. Actos vandálicos. Ser afectados por fenómenos atmosféricos.
		55) Ausencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.	Sobre demanda de los servicios. Insatisfacción de los usuarios. Afectación de la Calidad y seguridad en la atención. Incapacidad para suplir las demandas de los usuarios. Arrabalización del hospital.	Querer atender a todos los usuarios, sin importar la capacidad instalada y de respuesta de los servicios. Debilidad en la función rectora de MISPAS y/o la regional de salud, así como otros hospitales descentralizados que fracasarían por falta de apoyo. No articulación operativa de la red de servicios de salud.
		56) Inseguridad ciudadana del sector.	Riesgos de asaltos, robos, lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a policía nacional encargadas de garantizar la seguridad y vigilancia en el sector. Perdida del clima laboral.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		57) Inestabilidad económica	Baja producción. 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.
		58) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.	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. Inestabilidad laboral.	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. Deficiente gestión de la gerencia de comunicación y relaciones públicas.
		59) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	Pérdida de competitividad. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Pérdidas de recursos. Incapacidad de crecimiento.	No contar con un Plan de desarrollo e innovación en el hospital. Falta de recursos para invertir en equipos de alta tecnología.
		60) El aumento de precio de los productos alimenticios, medicamentos e insumos.	Aumento de los costos operacionales. Déficit presupuestario. Limitado desarrollo de contar con los recursos necesarios para afrontar los compromisos económicos del hospital.	Las autoridades monetarias no han desarrollado verdaderos planes de contención de la inflación.
		Factores Competitivos:		
		61) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No estar enfocado en el desarrollo de planes de contención de costos y de mejoría continua de la calidad.
		Factores Medioambientales:		
		62) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Amenaza en la infraestructura. Amenaza en el área financiera.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones.
		63) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Amenaza en la infraestructura. Amenaza en el área financiera. Pérdidas o lesiones de vida humanas del personal hospitalario. Sobre población.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. La inexistencia de un programa integrado conjunto entre las autoridades correspondiente.(salud, militar y socorro) Para dar respuesta pertinentes.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		64) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Amenaza en la infraestructura. Amenaza en el área financiera. Pérdidas o lesiones de vida humanas del personal hospitalario. Sobre población.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. La inexistencia de un programa integrado conjunto entre las autoridades correspondiente.(salud, militar y socorro) Para dar respuesta pertinentes.
		Factores de demanda de los servicios:		
		65) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Inestabilidad laboral. La Implementación de planes de desarrollo a mediano y largo plazo.	No estar los gerentes enfocados en el logros resultados esperados. Colapso del hospital.
		66) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital.
		67) La designación de autoridades en el sector salud que se oponen o resisten al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01)	Desvitalización del Modelo de organización y gestión del hospital. Mala calidad de la atención. Ineficiencia en el uso de los recursos. Insatisfacción de los usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles. Malos resultados de los diversos indicadores.	No presentar, ni promocionar los resultados positivos obtenidos el 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 descredito del hospital.
		68) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	Incumplimiento de las responsabilidades económicas del hospital. Gran déficit financiero del Hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios.	Las autoridades del MSP no dimensionan el impacto que dicha situación puede ocasionar al hospital. Las autoridades del hospital no han desarrollado un Plan para mitigar el impacto si se presentara dicha situación.
		69) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	Trastornos en la logística asistencial y comunicación. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios hospitalizados.	No poseer un plan de contingencia para mitigar el impacto si se produjera dicha situación.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		70) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	Trastornos en la logística asistencial. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios referidos al hospital.	Falta de articulación de la red de servicios de salud. Los demás centros no poseen y/o cumplen con protocolos para la coordinación y traslado de los usuarios a otros centros de salud.
		71) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	Perdidas de recursos económicos. No contar con los recursos necesarios para cumplir con la programación de producción del hospital. Descrédito del hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No existe un fondo o recursos destinados para cubrir la asistencia de estos usuarios. No cumplimiento de las funciones y responsabilidades de las instituciones que deben cubrir el costo de la atenciones de estos usuarios.
		72) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.	Ocurrencia con frecuencia de riesgo de asaltos y robos. Mala Promoción para el hospital. Riesgos de lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados. Disminución de la afluencia de usuarios.	Falta de coordinación entre las gerencias de seguridad de los hospitales de la ciudad de la salud. Escasa o nula vigilancia por parte de la policía nacional del perímetro de los hospitales de la ciudad de la salud. No se ha solicitado a la Policía Nacional una mayor o efectiva vigilancia en la zona.
		73) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	Incumplimiento de las responsabilidades económicas del hospital. Gran déficit financiero del Hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención. Conflicto con los empleados y gremios de la salud. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios.	Las autoridades del MSP no dimensionan el impacto que dicha situación puede ocasionar al hospital. Las autoridades del hospital no han desarrollado un Plan para mitigar el impacto si se presentara dicha situación.
		74) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.	Incumplimiento de las responsabilidades económicas del hospital. Gran déficit financiero del Hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención.	Al hospital no le proporcionan los fondos necesarios para cubrir la demanda de los usuarios pobres. No se puede cobrar co-pago, ni exigir el pago a los usuarios que no tienen la posibilidad de pagar por su atención.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
5	Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS		
		Logística:		
		1) Falta de identificación de otras fuentes de ingreso	Falta de recursos para el financiamiento adecuado del hospital. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Escaso esfuerzo de las autoridades para el desarrollo de un Plan para identificar y captar fuentes alternativas de financiamiento del hospital. (Investigaciones, Convenios con instituciones y fundaciones de ayudas a personas de escasos recursos, otras).
		2) Ausencia de un software financiero.	Perdidas de recursos. Robos. Ineficiencia en el análisis de datos financieros. Faltas de controles contables. Violación de las NOBACI. Irregularidades de las auditorías. Descréditos de las autoridades.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad.
		Control:		
		3) Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	No contar con los controles necesarios para garantizar el buen uso de los recursos de la institución. No entrega del presupuesto al hospital, determinado por la contraloría general de la republica. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorías externas. Descréditos de las autoridades.	Escasa importancia por parte de las autoridades y gerentes sobre el conocimiento y cumplimiento de las NOBACI.
		4) Múltiples áreas de almacén.	Perdida de recursos. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorías externas. Descréditos de las autoridades.	No contar con un adecuado mecanismo de control de gestión de almacén.
		5) Escaso control de costo de los procedimientos	Altos costos de producción. Perdida de competitividad en el mercado. Baja demanda de los servicios. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Las autoridades y gerentes no utilizan las informaciones generadas por las unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos.
		6) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	Altos costos de producción. Perdida de competitividad en el mercado. Baja demanda de los servicios. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Las autoridades y gerentes no utilizan las informaciones generadas por las unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos.
		7) No hay plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Perdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se le exige al gerente de mantenimiento la formulación de este plan.
		8) No alquiler de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	La institución no percibe recursos por este concepto. El hospital no cuenta con recursos para el mantenimiento y reposición de los equipos.	No se ha considerado como unidad de negocios.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		Monitoreo y Evaluación:		
		9) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	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.	Las autoridades y gerentes no utilizan las informaciones generadas por la unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos. No cumplimiento de los protocolos de atención.
		10) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Las autoridades no presentar el análisis de los datos financiero, resultados del hospital y actividades de desarrollos a las autoridades del MSP, para justificar el incremento del presupuesto.
		11) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	Las autoridades no han valorizado el costo-beneficio de contar un adecuado taller de reparaciones de equipos y mobiliario en la institución.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Disponibilidad de recursos:		
		12) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		13) Retraso en el pago de las ARS's.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna. No realizar una adecuada gestión de cobro. No controlar el índice de GLOSAS por parte de los gerentes en sus servicios.
		14) Crisis financiera internacional y nacional.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		15) Aumento de la prima del dólar.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		16) Congelamiento de cuenta del Hospital.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		17) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		18) Devaluación del peso.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		19) Alto costo de combustibles.	Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No poseer planes de instalación de energías alternativas para este servicio.
		20) Limitados créditos en el mercado para el hospital.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, limitado desarrollo del hospital e cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descredito del Hospital y sus autoridades en el mercado.	No haber garantizado un adecuado pago de los compromisos contraídos. No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.
		21) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.	Perdida de recursos. Mala imagen de las áreas.	No se contemplo en el contrato de renta de los salones el cuidado que deben tener durante su uso. No se estableció un acápite de penalización para cobrar el daño ocasionado a la infraestructura, mobiliario y/o sistema del área en cuestión.
		Medio Ambiente:		
		22) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones.
		23) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, limitado desarrollo del hospital e cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Descredito del Hospital y sus autoridades en el mercado.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.

Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		RIESGOS INTERNOS		
		Relación con Líderes Comunitario:		
		1) Algunos líderes comunitarios desconocen el sistema de organización y gestión del hospital.	Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programático del hospital.
		2) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el 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 índoles.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.
		3) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	Desconocimiento de las informaciones necesarias por la población. Demanda al hospital y autoridades. Envío de mensaje de poca transparencia en el manejo del hospital.	No se ha importantizado por las autoridades el funcionamiento adecuado de la oficina de libre acceso a la información.
		4) No involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)	Crítica a la gestión del Hospital por desconocimientos. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.
		@ Rendición de cuentas:		
		5) No se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad.	Desconocimiento de los resultados del hospital y sus necesidades. Escaso apoyo al hospital por parte de la comunidad cuando se presenten situaciones que requieran el apoyo de la comunidad.	No se rinde cuenta a la comunidad sobre los resultados obtenidos del hospital sobre lo planificado y el desarrollo de nuevos proyectos por parte de las autoridades.
		6) No se realiza análisis y evaluación de las necesidades de actividades de salud, para la comunidad en la cual el hospital puede apoyar con sus recursos y que impacten en la prevención y promoción de la salud de grupos priorizados (Adolescentes, niños) y se pueda valorar por partes de los miembros de la comunidad la	Desconocimiento de las necesidades de los usuarios. Incorporar nuevos servicios que no son las necesidades de las gentes. Aumento de los costos. Aumento de morbilidades prevenibles en la población.	No se realiza el análisis correspondiente por la gerencia de epidemiología y servicio social.

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		presencia en el campo del hospital		
		@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:		
		7) La poca frecuencia de impartir los talleres y cursos a los grupos sociales de la comunidad, para dar a conocer la funcionalidad de la institución.	Desconocimiento de los resultados del hospital y sus necesidades. Escaso apoyo al hospital por parte de la comunidad cuando se presenten situaciones que requieran el apoyo de la comunidad.	No se realiza promoción social del hospital en la comunidad.
		8) La capacidad en la instalación física, el cúmulo de la demanda está provocando la reducción de la calidad y atención en salud, el tiempo de ser atendido y admitido en el hospital.	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del Hospital. Pobre logro de las metas en calidad y seguridad de la atención.	Las autoridades de salud Director Regional y equipo técnico No realizan una adecuada Planificación para realizar el cierre de los otros centros. No Transfieren los recursos de la sobre demanda al hospital. No incorporan otros centros de salud para derivar los usuarios. No desarrollan una campaña publicitaria para indicar donde deben acudir los usuarios.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:		
		9) Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.	Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.
		10) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.	Escasa demanda de servicios. Limitación en los ingresos económicos del hospital. Mayor presión para exoneraciones de los servicios.	No empoderamiento de los líderes comunitarios para que exijan que las personas de escasos recursos sean incluida en los planes de la seguridad social propiciado por el gobierno a través del SENASA.
		11) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	Oposición a iniciativas desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital. Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los líderes comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
			instalaciones del hospital. Crisis constante de toda índole.	
		12) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	Perdida de recursos. Dificultades para afrontar los compromisos financieros. Descredito del hospital y sus autoridades.	No se le exige el pago a esta por los servicios prestados. No se han realizados encuentros para consensuar esta dificultades.
		13) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de los hospitales y llevados del 9-1-1, en estado de deterioro, sin cobertura que llegan al hospital como centro de referencia nacional, lo que está aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad.	Sobredemanda. Insatisfacciones. Incomodidades para los usuarios. Sobre carga de trabajo. Riesgo de mala atención. Descredito del Hospital. Deterioro del área.	Las autoridades del sistema 911 no están supervisando el cumplimiento de los procesos y protocolos del sistema por parte de su personal. Las autoridades del hospital no han exigido de manera contundente la discontinuación de esta practica mal que afecta de manera muy negativa al hospital.
		14) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	Sobredemanda. Insatisfacciones. Incomodidades para los usuarios. Sobre carga de trabajo. Riesgo de mala atención. Descredito del Hospital. Deterioro del área.	No se desarrollan planes de educación en salud para la población general por parte del MSP y las ARS's.
7	Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS		
		Satisfacción de los usuarios:		
		Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Debilidades).		
		1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	Disminución de usuarios. Descredito público del Hospital. Aumento de las citas extraordinarias.	Mala gestión en la asignación de las citas. Mal uso de los consultorios. Sobrecarga de la emergencia que conduce a un aumento de la solicitud de citas.
		2) Alto número de cirugías electivas suspendidas.	Disminución de la captación de ingresos económicos. Afluencia de los usuarios a otros centros. Deterioro de la salud y/o estado de los pacientes	Mala gestión en los procesos de egresos de los pacientes.
		3) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	Aumento de riesgo de morbilidad y mortalidad de los usuarios. Aumento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria. Hacinamiento de los pacientes. Insatisfacción de los usuarios. Aumento de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	Cierre de otros centros de salud. Sobre demanda del servicio. Mala gestión en los procesos de egresos de los pacientes. Apertura parcial de las áreas de hospitalización.
		4) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	Disminución de usuarios. Descredito público del Hospital. Aumento de las citas extraordinarias.	Los gerentes no analizan las dificultades existente para tomar las decisiones necesarias para corregir las dificultades. Escasa capacidades técnicas de los gerentes.
		@ Difusión de Información:		

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
		5) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	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.	Los gerentes no realizan la supervisión necesaria de las acciones desarrolladas por su personal operativo. No se realizan las sanciones necesaria al personal cuando actúa de esa manera.
		6) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	Riesgos de robos, lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a policía nacional encargadas de garantizar la seguridad y vigilancia en el sector.
		7) Ausencia de paso peatonal seguro para todos los usuarios del hospital.	Ocurrencia con frecuencia de riesgo de accidentes o accidentes. Mala Promoción para el hospital. Riesgos de lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados. Descredito del Hospital.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a las instituciones (MOP o Alcaldía Santo Domingo Norte) encargadas de colocar reductores de velocidad frente al hospital y de colocar pintura para definir el área donde circulan los peatones. Las autoridades del hospital no han dimensionado e importantizado este riesgo y no realizan la inversión necesaria, si las otras instituciones no realizan su trabajo.
		8) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de electricidad e informática.	Perdida de recursos. Insatisfacción. Riesgo y complicación de muertes para los usuarios.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. No tener un adecuado Plan de Mantenimiento Preventivo. No corregir fallas de manera oportuna. Las autoridades no priorizar e importantizar estos riesgos.
		9) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	Aumento de la satisfacción de los usuarios. Perdida del tiempo productivo de los empleados	Mala distribución del personal. Fallo en la asignación de funciones.
		10) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	Aumento de la morbilidad de los usuarios a su llegada al centro. Aumento de las complicaciones. Retraso en la atención médica oportuna.	Falta de recursos económicos para la compra de equipos. Mal uso de los equipos existentes.
		11) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	Falta de respuestas oportunas a las inquietudes de la comunidad. Descredito público del Hospital. Retraso en el análisis de las informaciones y toma de decisiones. Retraso en la formulación de planes y proyectos.	Fallo en el registro de las informaciones. Irresponsabilidad de los gerentes.
		12) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.	Limitaciones de acceso y utilización de los servicios del hospital por parte de los discapacitados. Discriminación de las personas con limitaciones. Descredito del Hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No se han tomado en cuenta todas las posibilidades que tenemos o debemos desarrollar para ser una institución mas amigable para los discapacitados que visitan con cierta frecuencia al hospital.
		13) Falta de aplicación en el uso de la tecnología existente, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.	Retraso en la entrega de los resultados. Perdida de los reportes. Aumento de la circulación de personal en el hospital. Aumento de	El personal técnico de la gerencia de tecnología de la información, no actualizan o no desarrollan las funciones de la pagina web del hospital. No se integran los

No.	Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
			Impacto	Probabilidad
			los costos de atención para los usuarios.	sistemas para que los resultados se incorporen al historial clínico del usuario.
		RIESGOS EXTERNOS		
		Difusión de Información:		
		14) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	Insatisfacción. Descrédito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. No cumplir con los resultados establecidos en el hospital.
		15) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	Insatisfacción. Descrédito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital. No cumplir con los resultados establecidos en el hospital.
		16) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	Descrédito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Insatisfacción de los usuarios.	No definir en los convenios con las otras instituciones que cuando esta no cumplan sus obligaciones tendrán penalidades, ya que su incumplimiento afecta a el hospital.
		Aspectos Legales:		
		17) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital	Perdida de recursos. Descrédito del personal y el hospital.	No contar y/o no cumplir con los protocolos y/o procesos de actuación. Escasa supervisión de los gerente sobre las actuaciones de su personal operativo.
		18) Ausencia de puente peatonal y semáforo frente al Hospital	Riesgo de accidentes. Disminución de las demanda de los servicios. Perdida de recursos.	Las autoridades de Ministerio de Obra Publica no han importantizado la necesidad de esa obra. No se ha continuando dando seguimiento a la exigencia de la construcción de dicha obra.

Nota: En esta tabla existe relación entre las líneas de manera horizontal.

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

No.	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	RIESGOS INTERNOS					
		Factores de Gobierno y Legales:					
		1) Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS.	2	2	4	2	Medio
		2) 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
		3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud.	2	2	4	2	Medio
		Recursos Humanos:					
		4) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	3	2	6	3	Alto
		5) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	2	2	4	2	Medio
		6) Existencia de personal seleccionado que no cumple con el perfil y la experiencia requerida de acuerdo al cargo a desempeñar, (personal seleccionado de acuerdo a perfiles técnicos de los cargos previamente elaborados).	3	2	6	3	Alto
		7) La modalidad de distribución de los incentivos no satisface a los usuarios internos.	2	2	4	2	Medio
		8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	2	2	4	2	Medio
		9) Personal no cuenta con uniforme.	2	2	4	2	Medio
		Educación Continua y Capacitación:					
		10) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	2	3	6	3	Alto
		Logística de Medicamentos e Insumos					
		11) Adquisición de insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.	3	3	9	3	Alto
		Estandarización y Seguridad:					
		12) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de sub-registros y mala interpretación de los datos.	3	3	9	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		13) Falta de servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	2	2	4	2	Medio
		14) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
		15) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
		16) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)	2	2	4	2	Medio
		17) Algunos software a instalar en la institución no estarán con sus licencias oficiales, (están en proceso, dependen del Ministerio de Salud)	2	2	4	2	Medio
		18) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.	3	3	9	3	Alto
		19) Falta iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.	3	3	9	3	Alto
		20) Falta de señalización en la vía pública.	3	3	9	3	Alto
		21) No difusión del plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	3	3	9	3	Alto
		22) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.	2	2	4	2	Medio
		23) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	3	3	9	3	Alto
		Análisis y Tomas de Decisiones:					
		24) Bajo cumplimiento y seguimiento de las disposiciones, acciones y actividades definida en el CAH.	3	3	9	3	Alto
		0					
		Monitoreo y Evaluación:					
		25) Escaso 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.	3	3	9	3	Alto
		26) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	3	3	9	3	Alto
		27) Ejecución parcial del plan de capacitación	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		28) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.	3	3	9	3	Alto
		29) Ausencia del software de gestión financiera.	2	2	4	2	Medio
		30) Varios sistema de seguridad para el acceso diferentes áreas restringidas, lo que requiere de diferentes tarjetas de código.	2	2	4	2	Medio
		31) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	1	1	1	1	Bajo
		32) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.	3	3	9	3	Alto
		33) Falta de espacio físico para los auditores externos de las ARS's.	2	2	4	2	Medio
		34) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria	3	3	9	3	Alto
		35) Comité de Compras No funciona regularmente	3	3	9	3	Alto
		36) Alto índice de infección en UCI.	3	3	9	3	Alto
		RIESGOS EXTERNOS					
		Factores de Gobierno y Legales:					
		37) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	3	2	6	3	Alto
		38) Volver a centralizar la gestión del hospital.	3	1	3	2	Medio
		39) 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
		40) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	3	3	9	3	Alto
		Recursos Humanos					
		41) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	3	1	3	2	Medio
		Resultados:					
		42) 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
		Logística y Calidad Productos:					

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		43) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	3	1	3	2	Medio
		44) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.	3	1	3	2	Medio
		45) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.	3	1	3	2	Medio
		46) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	2	2	4	2	Medio
		47) Il liquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.	3	2	6	3	Alto
2	Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS					
		USUARIOS EXTERNO					
		1) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	2	2	4	2	Medio
		Área Consulta Externa:					
		2) El 20.2% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
		3) El 44.3% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	3	2	6	3	Alto
		4) El 26.4% considera que se deben mejorar los alimentos ofrecidos en la cafetería.	1	2	2	1	Bajo
		5) El nombre de la enfermera, solo es conocido por el 49.4% de los entrevistados.	1	2	2	1	Bajo
		6) El 55.0% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas.	1	1	1	1	Bajo
		7) El 17.9% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	2	2	4	2	Medio
		8) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta	2	3	6	3	Alto
		9) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial	2	2	4	2	Medio
		10) El Hospital no cuenta con áreas de espera con la capacidad necesaria para acompañantes de los usuarios de los diferentes servicios	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		11) Falta de espacio físico y mayor número de asientos en las salas de espera.	2	2	4	2	Medio
		12) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.	2	2	4	2	Medio
		13) Nuestros médicos especialistas no contrafieren a los usuarios a su médico de cabecera.	2	2	4	2	Medio
		14) La higiene de la cafetería es deficiente.	3	3	9	3	Alto
		Área Hospitalización:					
		15) El 12.5% refiere debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería y cocina.	3	2	6	3	Alto
		16) El 33.3% debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.	2	2	4	2	Medio
		17) el 37.5 % considera debe mejorar las facilidades para conseguir cita.	2	2	4	2	Medio
		18) El 16.7% dicen que tiempo de espera para recibir atención deben ser mejorado.	1	2	2	1	Bajo
		19) El 25% dice que el interés y tiempo que le dedican los médicos debe ser mejor.	2	2	4	2	Medio
		20) 12.5% dice que debe mejorar la disponibilidad de los médicos.	2	2	4	2	Medio
		21) 16.7% refiere que la limpieza de sanitarios y áreas comunes debe mejorar.	3	2	6	3	Alto
		Área Emergencia:					
		22) El 79.7% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.	3	2	6	3	Alto
		23) El 58% NO conoce el nombre del médico que le atendió	2	2	4	2	Medio
		24) 49.3% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas	2	1	2	1	Bajo
		25) El 21.7% considera que debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería	3	2	6	3	Alto
		26) El 13% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.	3	2	6	3	Alto
		27) El 33 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		28) 17.4% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	2	2	4	2	Medio
		29) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.	2	2	4	2	Medio
		USUARIOS INTERNO					
		30) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	2	2	4	2	Medio
		31) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 35.3%	2	1	2	1	Bajo
		32) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 55.9%.	2	1	2	1	Bajo
		33) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 38.2%.	3	2	6	3	Alto
		34) No tiene conocimiento de los criterios para realizar las promociones al personal 61.8%	3	2	6	3	Alto
		35) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 41.2%	3	2	6	3	Alto
		36) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 38.2%	2	2	4	2	Medio
		37) No dispone de facilidades para la educación continuada 38.2%	2	2	4	2	Medio
		38) Las evaluaciones de desempeño no se hacen objetivas por partes de los gerentes.	3	2	6	3	Alto
		39) 58.5% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.	2	2	4	2	Medio
		40) 32.4% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)	3	3	9	3	Alto
		41) 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo	2	2	4	2	Medio
		Responsabilidad y Control:					
		0					
		42) 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
		43) Falta de telecable en TVs de las salas de esperas.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		44) Archivo clínico de los pacientes No aparecen.	3	3	9	3	Alto
		45) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.	2	2	4	2	Medio
		46) No aceptación de moneda extranjera.	1	1	1	1	Bajo
		47) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.	2	2	4	2	Medio
		48) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	2	2	4	2	Medio
		49) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.	3	2	6	3	Alto
		50) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	2	4	2	Medio
		0					
		RIESGOS EXTERNOS					
		Resultados:					
		51) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.	2	2	4	2	Medio
		0					
		Legales:					
		52) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	2	2	4	2	Medio
		53) Poca seguridad vial para llegar al hospital y ausencia de puente peatonal.	3	2	6	3	Alto
		54) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	2	2	4	2	Medio
		55) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar	3	2	6	3	Alto
		0					

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
3	Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación.	RIESGOS INTERNOS					
		Planificación-Control:					
		1) Selección de algunos gerentes que no cumplen con el perfil del cargo.	3	2	6	3	Alto
		2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	3	2	6	3	Alto
		3) Falta de equipamiento de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.	3	2	6	3	Alto
		4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	3	2	6	3	Alto
		5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura y conocimiento de los manuales de proceso y manual de organización.	3	3	9	3	Alto
		6) Falta de sinergia entre las gerencias para trabajar como un solo equipo.	2	2	4	2	Medio
		@ Factores Logística e Información:					
		7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	3	2	6	3	Alto
		8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	3	3	9	3	Alto
		9) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	3	2	6	3	Alto
		10) Falta de informes a las sub-direcciones correspondientes.	3	2	6	3	Alto
		11) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	3	2	6	3	Alto
		12) Escaso control y supervisión del desempeño del personal de informática.	3	3	9	3	Alto
		13) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	3	3	9	3	Alto
		14) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	3	2	6	3	Alto
		15) Deficiencia en la Actualización de intranet y página web.	2	2	4	2	Medio
		16) No respuestas de los informes emitidos en buzones de sugerencias por el consejo hospitalario.	3	3	9	3	Alto
		17) No seguimiento por parte de las gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.	3	3	9	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	2	2	4	2	Medio
		19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes.	2	2	4	2	Medio
		20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	2	2	4	2	Medio
		21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	3	2	6	3	Alto
		22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	2	2	4	2	Medio
		23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	3	9	3	Alto
		24) Mala logística para negociar con las ARS	3	3	9	3	Alto
		25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	2	3	6	3	Alto
		RIESGOS EXTERNOS					
		Planificación-Control:					
		26) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.	2	2	4	2	Medio
		27) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	2	2	4	2	Medio
		Factores Logística e Información:					
		28) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	2	1	2	1	Bajo
		29) Sobre-demanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	2	2	4	2	Medio
		30) Campaña de descrédito del hospital.	3	2	6	3	Alto
		31) 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
		32) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	3	3	9	3	Alto
		33) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.	3	3	9	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		34) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	3	3	9	3	Alto
		35) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).	3	3	9	3	Alto
		RIESGOS INTERNOS					
4	Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad	Capacidad Instalada y Resolutiva:					
		1) Falta de equipamientos e insumos de algunos servicios.	3	2	6	3	Alto
		2) Sub-utilización de la capacidad instalada.	3	2	6	3	Alto
		3) Déficit en la dotación de oficinas.	2	2	4	2	Medio
		4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo, Falta de Recursos Humanos.	2	2	4	2	Medio
		Captura del Mercado:					
		5) Poca señalización e iluminación del área de acceso al hospital.	3	3	9	3	Alto
		6) El acceso Oeste- Este es un posible generador de accidentes de tránsito.	3	2	6	3	Alto
		7) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	3	2	6	3	Alto
		8) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	3	2	6	3	Alto
		Factores Competitivos:					
		9) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	2	2	4	2	Medio
		10) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	3	3	9	3	Alto
		11) Tardanza en la entrega de resultados de laboratorios e imágenes	3	3	9	3	Alto
		Disponibilidad de Recursos:					
		12) Personal no dispone de todo lo necesario para realizar su trabajo	3	2	6	3	Alto
		13) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	3	2	6	3	Alto
		14) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.	3	2	6	3	Alto
		15) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:					
		16) Presión de Urgencias = más de un 32%	3	2	6	3	Alto
		Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:					
		Cumplimiento de las Metas de Producción en:					
		17) % Cirugías Electivas Suspendidas = 13%	2	2	4	2	Medio
		18) Hospitalización: 74%	3	2	6	3	Alto
		19) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	3	3	9	3	Alto
		20) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	2	2	4	2	Medio
		21) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	3	2	6	3	Alto
		22) Tardanza para la entrega de resultados de laboratorio e imágenes.	3	2	6	3	Alto
		23) Falta de expediente electrónico.	3	2	6	3	Alto
		24) La subutilización de los quirófanos existentes.	3	3	9	3	Alto
		25) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	3	2	6	3	Alto
		26) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	3	3	9	3	Alto
		27) Las deficiencias en los servicios de la cafetería que afecta a los usuarios y la indefinición de los mismos.	2	2	4	2	Medio
		28) El no cumplimiento del horario extendido de consulta.	2	3	6	3	Alto
		29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	3	2	6	3	Alto
		30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	3	3	9	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	2	2	4	2	Medio
		32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	3	3	9	3	Alto
		33) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	3	3	9	3	Alto
		34) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	3	3	9	3	Alto
		35) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	3	3	9	3	Alto
		36) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	2	2	4	2	Medio
		37) Falta de mantenimiento adecuado y validación del funcionamiento de equipos médicos.	3	3	9	3	Alto
		38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	2	2	4	2	Medio
		39) Falta de detector de metales para entrar al Hospital.	3	3	9	3	Alto
		40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	2	2	4	2	Medio
		41) Falta de dotación de oficinas para los gerentes.	2	2	4	2	Medio
		42) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	3	3	9	3	Alto
		43) Dificultades de adecuado acceso al área de emergencia y Falta de Controles establecidos para el uso de parqueos para los vehículos y ambulancias externos en el área de emergencia .	3	3	9	3	Alto
		44) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos .	3	3	9	3	Alto
		45) No aplicación de los Controles establecidos para el uso de vehículos	3	3	9	3	Alto
		Equipos e Infraestructura					
		46) Falta de mantenimiento preventivo de los equipos.	3	3	9	3	Alto
		47) Falta de áreas de parqueo.	2	3	6	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		48) No se le está ofertando el servicio de manejo de desechos hospitalarios a otros centros de salud.	2	2	4	2	Medio
		Capacidad instalada					
		49) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	3	3	9	3	Alto
		50) Dotación deficiente de oficinas.	2	2	4	2	Medio
		Sistemas de Información					
		51) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	3	3	9	3	Alto
		RIESGOS EXTERNOS					
		Factores del Mercado:					
		52) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.	3	2	6	3	Alto
		53) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	2	6	3	Alto
		54) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	3	2	6	3	Alto
		55) Ausencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
		56) Inseguridad ciudadana del sector.	2	2	4	2	Medio
		57) Inestabilidad económica	2	2	4	2	Medio
		58) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.	1	1	1	1	Bajo
		59) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	2	2	4	2	Medio
		60) El aumento de precio de los productos alimenticios, medicamentos e insumos.	2	2	4	2	Medio
		Factores Competitivos:					
		61) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	2	1	2	1	Bajo
		Factores Medioambientales:					
		62) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	2	2	4	2	Medio
		63) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		64) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.	3	2	6	3	Alto
		0					
		Factores de demanda de los servicios:					
		65) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)	2	2	4	2	Medio
		66) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.	3	2	6	3	Alto
		67) La designación de autoridades en el sector salud que se oponen o resisten al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01)	3	2	6	3	Alto
		68) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	3	3	9	3	Alto
		69) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	3	2	6	3	Alto
		70) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	3	2	6	3	Alto
		71) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	2	2	4	2	Medio
		72) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.	3	3	9	3	Alto
		73) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	3	3	9	3	Alto
		74) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
5	Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS					
		Logística:					
		1) Falta de identificación de otras fuentes de ingreso	2	2	4	2	Medio
		2) Ausencia de un software financiero.	2	2	4	2	Medio
		Control:					
		3) Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	3	2	6	3	Alto
		4) Múltiples áreas de almacén.	3	2	6	3	Alto
		5) Escaso control de costo de los procedimientos	3	3	9	3	Alto
		6) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	3	9	3	Alto
		7) No hay plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	3	3	9	3	Alto
		8) No alquiler de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	1	1	1	1	Bajo
		Monitoreo y Evaluación:					
		0					
		9) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	3	2	6	3	Alto
		10) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
		11) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	3	3	9	3	Alto
		0					
		RIESGOS EXTERNOS					
		Disponibilidad de recursos:					
		12) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	3	2	6	3	Alto
		13) Retraso en el pago de las ARS's.	3	2	6	3	Alto
		14) Crisis financiera internacional y nacional.	2	2	4	2	Medio
		15) Aumento de la prima del dólar.	2	2	4	2	Medio
		16) Congelamiento de cuenta del Hospital.	2	2	4	2	Medio
		17) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.	3	2	6	3	Alto
		18) Devaluación del peso.	2	2	4	2	Medio
		19) Alto costo de combustibles.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		20) Limitados créditos en el mercado para el hospital.	3	2	6	3	Alto
		21) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.	2	2	4	2	Medio
		Medio Ambiente:					
		22) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	2	2	4	2	Medio
		23) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	3	9	3	Alto
		0					
6	Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.	RIESGOS INTERNOS					
		Relación con Líderes Comunitario:					
		1) Algunos líderes comunitarios desconocen el sistema de organización y gestión del hospital.	3	2	6	3	Alto
		2) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	3	2	6	3	Alto
		3) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	3	3	9	3	Alto
		4) No involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)	2	2	4	2	Medio
		@ Rendición de cuentas:					
		5) No se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad.	2	2	4	2	Medio
		6) No se realiza análisis y evaluación de las necesidades de actividades de salud, para la comunidad en la cual el hospital puede apoyar con sus recursos y que impacten en la 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	2	2	4	2	Medio
		@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:					
		7) La poca frecuencia de impartir los talleres y cursos a los grupos sociales de la comunidad, para dar a conocer la funcionalidad de la institución.	2	2	4	2	Medio

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		8) La capacidad en la instalación física, el cúmulo de la demanda está provocando la reducción de la calidad y atención en salud, el tiempo de ser atendido y admitido en el hospital.	3	3	9	3	Alto
		RIESGOS EXTERNOS					
		Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:					
		9) Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.	3	2	6	3	Alto
		10) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.	3	2	6	3	Alto
		11) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	2	2	4	2	Medio
		12) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	3	3	9	3	Alto
		13) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de los hospitales y llevados del 9-1-1, en estado de deterioro, sin cobertura que llegan al hospital como centro de referencia nacional, lo que está aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad.	3	3	9	3	Alto
		14) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	2	2	4	2	Medio

No.	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.	RIESGOS INTERNOS					
		Satisfacción de los usuarios:					
		Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Debilidades).					
		1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	2	2	4	2	Medio
		2) Alto número de cirugías electivas suspendidas.	2	3	6	3	Alto
		3) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	3	2	6	3	Alto
		4) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	3	2	6	3	Alto
		@ Difusión de Información:	3	2	6	3	Alto
		5) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	3	2	6	3	Alto
		6) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	3	3	9	3	Alto
		7) Ausencia de paso peatonal seguro para todos los usuarios del hospital.	3	3	9	3	Alto
		8) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de electricidad e informática.	3	3	9	3	Alto
		9) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	2	2	4	2	Medio
		10) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	3	3	9	3	Alto
		11) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	2	2	4	2	Medio
		12) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.	2	2	4	2	Medio
		13) Falta de aplicación en el uso de la tecnología existente, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.	3	3	9	3	Alto
		RIESGOS EXTERNOS					
		Difusión de Información:					
		14) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	3	2	6	3	Alto

No.	Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
			Calificación		Nivel de Gravedad		
			Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
		15) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	3	3	9	3	Alto
		16) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	2	2	4	2	Medio
		Aspectos Legales:					
		17) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital	3	2	6	3	Alto
		18) Ausencia de puente peatonal y semáforo frente al Hospital	3	3	9	3	Alto

Nota: En esta tabla existe relación entre las líneas de manera horizontal.

D) Matriz Plan Mitigación Riesgos, Debilidades y Amenazas, para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el 2016.

No .	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)			
1	Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	RIESGOS INTERNOS										
		Factores de Gobierno y Legales:										
		1) Desconocimiento del personal de salud de la LGS y LSS.	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochure, talleres). Aprovisionar de ejemplares de la LGS y LSS a los RRHH Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de ambas leyes.	Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría Legal Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos Gerencia Educación Continua Gerencia Tecnología de la información.				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Leyes en pagina Web.	
		2) Desconocimiento del personal de salud de la Ley 41-08 de Función Pública en el ámbito de la gestión de RRHH.	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochure, talleres). Aprovisionar de ejemplares de	Unidad Asesoría Legal				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas.	

"Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora" 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					la Ley 41-08 a los RRHH Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de la ley.					Ley en pagina Web.		
		3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud.	2	Medio	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	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:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		4) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	3	Alto	Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal.	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.	
		5) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	2	Medio	Identificar los casos con igual denominación y Sueldos diferentes. Cuantificar la cantidad de recursos económicos para actualizar los sueldos. Evaluar si la institución cuenta con los recursos necesarios para realizar la inversión.	Dirección General. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia Nomina y Control. Sub-Dirección Financiera-Administrativa.				Informe de las actividades Realizadas	% de Empleados con Cargos iguales y Sueldos Iguales	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					Realizar la inversión. Definir la escala salarial del Hospital. Cumplir con la escala salarial.							
		6) Existencia de personal seleccionado que no cumple con el perfil y la experiencia requerida de acuerdo al cargo a desempeñar, (personal seleccionado de acuerdo a perfiles técnicos de los cargos previamente elaborados).	3	Alto	Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal.	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 que se cumplió con el proceso de entrevista y selección.	% de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo.	
		7) La modalidad de distribución de los incentivos no satisface a los usuarios internos.	2	Medio	Realizar jornadas de Explicación adecuadamente sobre la estructura del Plan de Incentivos.	Dirección General. Recursos Humanos. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de encuentro sobre explicación Plan de Incentivos	% de Empleados Satisfecho con el Plan de Incentivos.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	2	Medio	Solicitar cotizaciones sobre aplicación para la automatización de la gestión de los recursos humanos.	Dirección General. Recursos Humanos. Sub-Dirección de Planificación.						
		9) Personal no cuenta con uniforme.	2	Medio	Realizar levantamiento necesidades uniforme personal. Realizar cotización de los uniformes. Presentar a las autoridades el costo del monto de los uniformes. Definir la modalidad y proporción de pago por parte del personal. Realizar la contratación de la empresa que suplirá los uniforme, previo conocimiento comité de compras.	Dirección General. Recursos Humanos. Gerentes. Personal operativo.				Informe levantamiento necesidades uniformes. Cotizaciones de los proveedores.	% Personal que debe poseer uniforme que cuenta con el.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
			Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		Educación Continua y Capacitación:										
		10) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	3	Alto	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas.	Dirección General. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub-Dirección Académica. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Informe de Actividades Realizadas.	Índice de Actividades de Capacitaciones Realizadas	
		Logística de Medicamentos e Insumos										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		11) Adquisición de insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.	3	Alto	Definir las características técnicas de los insumos y materiales que se deben adquirir en el hospital. Crear la cartera certificada de proveedores de estos productos. Capacitar el personal de compra sobre las características que deben poseer los productos adquiridos. Cumplir con el proceso administrativo de compras.	Gerencia de compras. Gerentes. Comité de Compras				Manual de Especificaciones técnicas de los principales productos adquiridos por el hospital. Listado de proveedores certificados por el Hospital. Informes del comité de compras.	% de productos que cumplen con las especificaciones técnicas establecidas. % de compras que cumplen con el proceso administrativo de compras.	
		Estandarización y Seguridad:										
		12) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de sub-registros y mala interpretación de los datos.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dichas situaciones en el Hospital.	Director Ejecutivo. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
			Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		13) Falta de servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	2	Medio	Preparar programa de informaciones que deben ser suministradas por los auxiliares de atención al usuario para los usuarios que se encuentran en las áreas. Realizar las Presentaciones a los Usuarios según programación.	Gerencia de Atención al Usuario.				Informe de Actividades Realizadas	Índice de Actividades Realizadas	
		14) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.	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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		15) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.	3	Alto	Definir el Programa de Calibraciones de los equipos y sistemas. Cumplimiento del Programa de calibraciones.	Sub-dirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Gerentes de las Diversas Gerencias del Hospital que poseen equipos y sistema que deben calibrarse de manera periódicas.				Plan de Calibración Formulado.	Índice de cumplimiento de las Calibraciones programadas.	
		16) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. Instalar los equipos.	Dirección General. Sub-dirección de Servicios Generales de Apoyo. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		17) Algunos software a instalar en la institución no estarán con sus licencias oficiales, (están en proceso, dependen del Ministerio de Salud)	2	Medio	Identificar los software instalados en la Institución que no cuenta con sus licencias. Realizar cotización del Costo de adquisición de las licencias. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones de las licencias. Definir Programa de Adquisición de las licencias. Realizar las adquisiciones de las licencias.	Dirección General. Subdirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Tecnología de Información. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades de Licencias	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones de Licencias.	
		18) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.	3	Alto	Iniciar la utilización del equipo.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Limpieza.				Equipo en Funcionamiento.	Equipo Utilizándose	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		19) Falta iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.	3	Alto	Identificar las necesidades de luminaria. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. Instalar los equipos.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Compra.				Informe de Necesidades. Cotización Realizadas	Luminarias Colocadas.	
		20) Falta de señalización en la vía pública.	3	Alto	Identificar las necesidades de Anuncios e Indicadores. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas. Gerencia de Compra. Gerencia de Mantenimiento.				Informe de Necesidades. Cotización Realizadas	Índice Cumplimiento de Anuncios y Señalizaciones Identificados Colocados	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					adquisiciones. Instalar los anuncios y señalizaciones.							
		21) No difusión del plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	3	Alto	Preparar y difundir Plan de Evacuación y seguridad en caso de desastre.	Gerencia de Emergencia. Comité de Emergencia y Desastre.				Documento del Plan de Desastre. Informe de encuentro de difusión del Plan entre los empleados.	% de Empleados que conocen el Plan de Evacuación del Hospital.	
		22) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.	2	Medio	Retomar el Instrumento de evaluación de desempeño que se inicio en el hospital.	Sub-Dirección Recursos Humanos.				Instrumento de Evaluación de desempeño Inicial.	% de empleados que han sido evaluado su desempeño con el instrumento inicial de evaluación.	
		23) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	3	Alto	Cumplir con el Programa de Capacitaciones establecidas por las gerencias en el POA Anual.	Gerentes. Sub-dirección Recursos Humanos.				Informe de Capacitaciones Realizadas.	% cumplimiento Plan de Capacitación por Gerencia, según programa de capacitación establecido en el POA anual.	
		Análisis y Tomas de Decisiones:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		24) Bajo cumplimiento y seguimiento de las disposiciones, acciones y actividades definida en el CAH.	3	Alto	Elaboración de Matriz que permitir definir las actividades a ejecutar, fecha de ejecución y responsables. Verificar periódicamente en el CAH el nivel de cumplimiento de las actividades. Registrar en el acta el nivel de cumplimiento y/o amonestación a la persona encargada de ejecutar dicha actividad.	Dirección General. Secretario de Acta. Sub-Directora de Planificación.				Matriz elaborada	Índice Cumplimiento de las disposiciones y actividades Realizadas según lo programado.	
		0										
		25) Escaso Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción, indicadores de calidad y cumplimientos de los procesos y protocolos por parte de los	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	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.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		Gerentes Operativos.			cuando no se cumple con las metas.							
		26) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	3	Alto	Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir el no cumplimiento de las NOBACI.	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados.	Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido.	
		27) Ejecución parcial del plan de capacitación	2	Medio	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las gerencias. Definir el Cronograma de este Plan. Dar seguimiento al Cumplimiento de las actividades Programadas.	Dirección General. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub-Dirección Académica. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Informe de Actividades Realizadas.	Índice de Actividades de Capacitaciones Realizadas	
		28) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de	3	Alto	Conformar el Comité de seguimiento.	Dirección General.				Documento Oficial de Conformación del Comité.	Acta de actuación e informe del Comité.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		debilidades y control de amenazas.										
		29) Ausencia del software de gestión financiera.	2	Medio	Solicitar entrevista, realizar reunión con las autoridades del área del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Dirección General				Solicitud de cita para la entrevista	Informe resultados de la reunión	
		30) Varios sistema de seguridad para el acceso diferentes áreas restringidas, lo que requiere de diferentes tarjetas de código.	2	Medio	Identificar cuantas puertas de acceso poseen esta dificultad. Cotizar la unificación del sistema. Evaluar factibilidad financiera. Adquirir un único sistema.	Dirección General. Sub-dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Tecnología de Información. Gerencia de Seguridad. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades de Licencias	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones de Licencias.	
		31) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	1	Bajo	Coordinar con los demás directores de los hospitales de la ciudad de la salud, para analizar y elaborar una	Director General				Invitación a Reunión para discutir y proponer acciones para corregir dicha situación	Informe resultados de la reunión	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					propuesta en conjunto sobre la situación de los parqueos en la ciudad de la salud, ya que esto es una debilidad común a todos los hospitales de la ciudad.							
		32) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.	3	Alto	Evaluar las dificultades actuales sobre el manejo de los desechos hospitalarios. Definir un plan de corrección de las dificultades evidenciadas. Cumplir con las actividades y acciones del plan. Evaluar periódicamente nivel ejecución plan. Rendir los informes correspondientes.	Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia de Limpieza y manejo de desechos hospitalarios.				Informe de evaluación de la situación. Plan de intervención elaborado.	Informe Nivel Ejecución Plan de Intervención.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		33) Falta de espacio físico para los auditores externos de las ARS's.	2	Medio	Identificar área para adecuarla para uso de los auditores externos.	Dirección General. Gerencia de Mantenimiento.				Informe de Identificación de Área para adecuarla. Presupuesto de adecuación y equipamiento	Área adecuada para los auditores externos.	
		34) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria	3	Alto	Cambiar la manera de realizar las auditoria del record del paciente de forma retrospectiva, la manera prospectiva diaria. Exigir a los gerentes de las áreas que colaboren en la supervisión del cumplimiento de las funciones de su personal. Instaurar un régimen de consecuencia para el personal reincidente en las inconformidades que causan las glosas de los	Gerencia de Control de Proceso y registro. Gerentes de las gerencias asistenciales. Personal asistencial. Sub-Dirección Medica				Disposición que cambia la manera de realizar las auditorias del record clínico. Informe de sanciones aplicadas al personal reincidente.	% de expedientes glosados por áreas y de manera general en el hospital.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					expedientes por parte de las ARS.							
		35) Comité de Compras No funciona regularmente	3	Alto	Dirección General debe emitir la disposición que establezca la obligatoriedad para que el comité de compra se reúna según el tiempo establecido. Realizar las reuniones según la periodicidad establecida.	Dirección General. Comité de Compra. Gerencia de Control de Procesos y registro				Disposición de la Dirección General. Informe del Comité de Compras.	% de compras realizadas según el proceso administrativo establecido para esto fines.	
		36) Alto índice de infección en UCI.	3	Alto	Realizar un análisis de las posibles debilidades que posee el hospital para que ocurra este alto índice de infecciones. Definir un plan de intervención que se enfoque en las causas básicas de los problemas. Ejecutar plan de intervención.	Gerencia de epidemiología. Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Médica. Gerentes asistenciales. Dirección General. Personal Operativo				Informe sobre resultado de la evaluación realizada. Documento Plan de intervención. Informe ejecución Plan. Informe sobre sistema de vigilancia activa del cumplimiento de los controles establecidos.	Índice de IAAS.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					Medir el impacto de las intervenciones realizadas. Mantener una vigilancia activa sobre las violaciones de los controles establecidos para prevenir las IAAS.							
		RIESGOS EXTERNOS										
		Factores de Gobierno y Legales:										
		37) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	3	Alto	Mantener actualizado los protocolos de atención asistencial. Cumplir con los protocolos. Evaluar periódicamente el nivel de cumplimiento. Definir los documentos de consentimiento informado.	Gerentes de las diferentes áreas. Personal operativo asistencial.				Protocolos Formulados. Consentimientos Informados Formulados.	Indicen Nivel Cumplimiento Protocolos. Índice Cumplimiento Firma de Consentimientos Informados.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					Firmar todos los consentimientos informados por los usuarios.							
		38) Volver a centralizar la gestión del hospital.	2	Medio	Definir programa encuentro con lideres y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección General: Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
		39) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención.	2	Medio	Mantener un adecuado cumplimiento de las metas de calidad y satisfacción de los usuarios en el Centro.	Autoridades, Gerentes del Hospital, personal Operativo				Informe Nivel de los Indicadores establecidos.	Nivel Cumplimiento Indicadores calidad y satisfacción según las metas establecidas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		40) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	3	Alto	Cambiar la manera de realizar las auditorias del record del paciente de forma retrospectiva, la manera prospectiva diaria. Exigir a los gerentes de las áreas que colaboren en la supervisión del cumplimiento de las funciones de su personal. Instaurar un régimen de consecuencia para el personal reincidente en las inconformidades que causan las glosas de los expedientes por parte de las ARS.	Gerencia de Control de Proceso y registro. Gerentes de las gerencias asistenciales. Personal asistencial. Sub-Dirección Medica				Disposición que cambia la manera de realizar las auditorias del record clínico. Informe de sanciones aplicadas al personal reincidente.	% de expedientes glosados por áreas y de manera general en el hospital.	
		Recursos Humanos										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		41) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	2	Medio	Desarrollar actividades de motivación y valoración de los empleados a la institución que pertenecen.	Sub-Dirección de Gestión de los Recursos Humanos y Gerentes.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		Resultados:										
		42) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.	2	Medio	Desarrollar 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.	
		Logística y Calidad Productos:										
		43) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Compras.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					podrían ocasionar estas dificultades)							
		44) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.	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 Servicios Generales de Apoyos. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Compras.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		45) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.	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	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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					de la institución establecido.							
		46) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	2	Medio	Establecer alianzas estratégicas con otros centros de salud para la derivación de usuarios, cuando los servicios estén llenos.	Dirección General. Subdirección Medica				Informe de acuerdos firmados con otros centros de salud.		
2	Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS										
		USUARIOS EXTERNO										
		1) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	2	Medio	Identificar área donde se pueden colocar mas asientos, identificar cantidad de asientos faltantes. Cotizar asientos. Evaluar cotización. Generar orden de compra. Adquirir asientos.	Dirección General. Gerencia de mantenimiento o. Gerencia de Compra				Informe de levantamiento . Cotizaciones.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					Colocar asientos en las áreas.							
		2) El 20.2% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con la privacidad.	
		3) El 44.3% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	3	Alto	Evaluar las dificultades actuales que presentan los usuarios para agilizar el tiempo de espera para recibir las atenciones. Definir un Plan de intervención para mejorar las dificultades identificadas. Ejecutar dichas actividades. Supervisar y rendir informe de ejecución de las actividades del Plan realizadas.	Sub-Dirección Medica. Gerentes				Comunicación convocando reunión. Plan de intervención elaborado. Informe de ejecución del Plan.	% de usuarios Satisfechos con el tiempo de espera para ser asistidos en consultas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		4) El 26.4% considera que se deben mejorar los alimentos ofrecidos en la cafetería.	1	Bajo	Coordinar reunión con la persona que posee arrendada la cafetería para informarles de las quejas de los usuarios. Solicitarle un plan para mejorar dicha situación.	Consejo Administración del Hospital. Arrendatario.				Comunicación invitación a reunión con el Consejo Administración. Informe de la reunión. Listado Compromiso asumido por el arrendatario. Informe de ejecución compromisos asumidos.	% de Usuarios Satisfechos con los alimentos ofrecidos en la cafetería.	
		5) El nombre de la enfermera, solo es conocido por el 49.4% de los entrevistados.	1	Bajo	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios.	Gerencia de Enfermería. Médicos.				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.	
		6) El 55.0% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas.	1	Bajo	Identificar las dificultades actuales en relación a la facilidades para programar sus citas. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por	Sub-dirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agenda las citas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.							
		7) El 17.9% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	2	Medio	Atención al usuario dentro de las informaciones generales que brinda en las áreas a los usuarios debe incorporar estas informaciones de cómo se expresan las quejas y donde en el hospital.	Gerencia atención al usuario. Auxiliares atención al usuario.					% de usuario que conocen donde expresar quejas.	
		8) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los horarios y derechos de los usuarios.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con la presencia del medico en el horario establecido.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		9) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal cumpla con los horarios y derechos de los usuarios.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con la presencia del medico en el horario establecido.	
		10) El Hospital no cuenta con áreas de espera con la capacidad necesaria para acompañantes de los usuarios de los diferentes servicios	2	Medio	Identificar área donde se puedan utilizar como área de espera. Habilitar áreas de espera. identificar cantidad de asientos faltantes. Cotizar asientos. Evaluar cotización. Generar orden de compra. Adquirir asientos. Colocar asientos en las áreas.	Dirección General. Gerencia de mantenimiento. Gerencia de Compra				Informe de levantamiento . Cotizaciones.	% de usuarios satisfechos con las áreas de espera.	
		11) Falta de espacio físico y mayor número de asientos en las salas de espera.	2	Medio	Identificar área donde se pueden colocar mas asientos, identificar cantidad de asientos faltantes. Cotizar	Dirección General. Gerencia de mantenimiento. Gerencia de Compra				Informe de levantamiento . Cotizaciones.	% de usuarios sentados en las áreas de espera.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					asientos. Evaluar cotización. Generar orden de compra. Adquirir asientos. Colocar asientos en las áreas.							
		12) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.	2	Medio	Identificar los médicos que nos están realizando las citas de los usuarios en los consultorios. Presentar informe a los gerentes de estos. Solicitar a los gerentes la supervisión de su personal. Aplicar sanciones a los médicos reincidentes.	Gerencia de Monitoreo. Gerentes. Personal Medico.				Informe de los médicos que no realizan las citas. Informe de los gerentes sobre la supervisiones realizadas. Informe de las sanciones aplicadas.	% de usuarios que salen del consultorio con cita, si es necesario cita subsecuente	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		13) Nuestros médicos especialistas no contrafieren a los usuarios a su médico de cabecera.	2	Medio	Identificar los usuarios que deben ser contra referidos. Presentar informe de los usuarios que no son contra referidos. Definir metodología para garantizar la contra referencia de los usuarios.	Gerencia de Monitoreo. Gerentes. Personal Medico.				Informe de los usuarios que no son contra referidos. Metodología a utilizar para contra referir los usuarios.	% de usuarios contra referidos, que debían contra referirse.	
		14) La higiene de la cafetería es deficiente.	3	Alto	Coordinar reunión con la persona que posee arrendada la cafetería para informarles de las quejas de los usuarios. Solicitarle un plan para mejorar dicha situación.	Consejo Administración del Hospital. Arrendatario.				Comunicación invitación a reunión con el Consejo Administración. Informe de la reunión. Listado Compromiso asumido por el arrendatario. Informe de ejecución compromisos asumidos.	% de Usuarios Satisfechos con la limpieza en la cafetería.	
		Área Hospitalización:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		15) El 12.5% refiere debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería y cocina.	3	Alto	Coordinar con la Gerencia de Alimentos y Bebidas y la Unidad de Nutrición la elaboración de un menú atractivo para los usuarios de acuerdo a sus requerimientos nutricionales y sus hábitos alimenticios.	Subdirección Médica, Gerencia de Alimentos y Bebidas, Unidad de nutrición				Informe de los acuerdos arribados.	% de Usuarios Satisfechos con los alimentos ofrecidos en la cafetería.	
		16) El 33.3% debe mejorar el tiempo de espera para cirugía.	2	Medio	El personal medico, enfermería, laboratorio e imágenes debe informarle a los usuarios en que consisten los procedimientos que van a realizar, además de contestar cualquier inquietud que requieran estos o su familiar. Gerentes deben supervisar que el personal ofrezca	Gerentes. Médicos. Enfermeras. Personal Técnico Laboratorio e Imágenes.				Informe supervisión de los gerentes. Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativos en esta practica.	% de Usuarios Satisfechos con las informaciones ofrecidas sobre los procedimientos realizados.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel				Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					las informaciones a los usuarios.							
		17) el 37.5 % considera debe mejorar las facilidades para conseguir cita.	2	Medio	Identificar las dificultades actuales en relación a los tiempos de espera para recibir las atenciones en hospitalización . Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Sub-dirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con los tiempo de espera para recibir las atenciones en hospitalización.	
		18) El 16.7% dicen que tiempo de espera para recibir atención deben ser mejorado.	1	Bajo	Identificar las principales causas que producen el retraso en los trámites administrativos para ser ingresado al	Subdirecciones médicas y de planificación, Gerencias de estadísticas y atención al usuario.				Informe de causas que determinan el retraso.	% de Usuarios Satisfechos con el tiempo para su ingreso.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					área y elaborar un plan para corrección de esta debilidad. Evaluar periódicamente nivel ejecución plan.							
		19) El 25% dice que el interés y tiempo que le dedican los médicos debe ser mejor.	2	Medio	Identificar a que se refieren los usuarios con interés de los médicos en el área de hospitalización. Analizar sus inconformidades y elaborar un plan operativo para corregir dichas inconformidades . Realizar encuentros de Sensibilización a los médicos sobre la importancia de hablar y escuchar a los pacientes y familiares.	Sub-Dirección Medica. Gerentes.				Informe del levantamiento de inconformidades de los usuarios. Documento del Plan operativo para corregir las inconformidades. Informe de ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con el interés de los médicos en el área de hospitalización.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		20) 12.5% dice que debe mejorar la disponibilidad de los médicos.	2	Medio	Identificar a que se refieren los usuarios con disponibilidad de médicos en el área de hospitalización. Analizar sus inconformidades y elaborar un plan operativo para corregir dichas inconformidades .	Sub-Dirección Médica. Gerentes.				Informe del levantamiento de inconformidades de los usuarios. Documento del Plan operativo para corregir las inconformidades. Informe de ejecución del Plan.	% de usuarios satisfechos con la disponibilidad de médicos en el área de hospitalización.	
		21) 16.7% refiere que la limpieza de sanitarios y áreas comunes debe mejorar.	3	Alto	Definir una normativa y control en las áreas de mayor circulación y demanda en el hospital, para el personal operativo y de supervisión de la gerencia de limpieza.	Sub-Director Servicios generales.				Normativa establecida. Formularios de control. Reportes de formularios de control.	% de usuarios satisfechos con la limpieza y disponibilidad de insumos en los baños comunes.	
		Área Emergencia:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		22) El 79.7% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios.	Gerencia de Enfermería. Médicos.				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.	
		23) El 58% 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.	Gerentes de los servicios asistenciales y diagnósticos.				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste.	
		24) 49.3% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas	1	Bajo	Identificar las dificultades actuales en relación a la facilidades para programar sus citas. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Sub-dirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agenda las citas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		25) El 21.7% considera que debe mejorar los alimentos ofrecidos en cafetería	3	Alto	Coordinar con la Gerencia de Alimentos y Bebidas y la Unidad de Nutrición la elaboración de un menú atractivo para los usuarios.	Subdirección Médica, Gerencia de Alimentos y Bebidas, Unidad de nutrición				Informe de los acuerdos arribados.	% de Usuarios Satisfechos con los alimentos ofrecidos en la cafetería.	
		26) El 13% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.	3	Alto	Gerencia de Atención al Usuario dentro de las informaciones que ofrecen a los usuarios debe incorporar la explicación y los tiempos establecidos para recibir la atención en emergencia luego de llegar al hospital, Resaltando que los usuarios en emergencia son atendidos no por orden de llegada, si no por la condiciones.	Gerencia de Atención al Usuario. Personal Medico y Enfermería de Emergencia				Informe de Informaciones Suministradas a los usuarios.	% de Usuarios Satisfechos con el tiempo de espera en Emergencia.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		27) El 33 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.	2	Medio	Identificar las dificultades actuales en relación a los tiempos de espera para la realización de las cirugías electivas. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Sub-dirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con los tiempo de espera para la realización de las cirugías electivas.	
		28) 17.4% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	2	Medio	Gerencia de Atención al Usuario dentro de las informaciones que ofrecen a los usuarios debe incorporar la explicación sobre los mecanismos para expresar	Gerencia de Atención al Usuario. Personal Medico y Enfermería de Emergencia				Informe de Informaciones Suministradas a los usuarios.	% de Usuarios Satisfechos con el conocimiento de cómo expresar quejas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					quejas, sugerencias.							
		29) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.	2	Medio	El personal medico en el área de emergencia debe capacitarse en la programación de citas a los usuarios que requieran un seguimiento en el área de consulta. Gerente de emergencia debe realizar supervisiones para verificar que el personal realiza la programación de citas.	Gerente Emergencia. Encargado de Admisión. Personal medico de Emergencia.				Informe capacitación personal medico. Informe de usuarios programada su cita en el área de emergencia.	% de usuarios que necesitaron una cita y fue programada en emergencia.	
		USUARIOS INTERNO										
		30) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	2	Medio	Realizar evaluación de dicha situación. Presentar Informe. Tomar las medidas correctivas correspondientes.	Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos, Académica y Gerentes.				Informe de Evaluación. Plan de Medidas Correctivas.	% de Usuarios Satisfechos con el pago de Horas extras.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		31) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 35.3%	1	Bajo	Los gerentes operativos deben de explicarles a su personal operativos de los incentivos económicos que le son entregados periódicamente.	Gerentes				Informe de Reuniones para informar sobre los incentivos.	% de Usuarios que informan han recibidos incentivos.	
		32) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 55.9%.	1	Bajo	Los gerentes operativos deben de explicarles a su personal operativos de los niveles salariales que devengan en el hospital, con relación al mercado de la salud.	Gerentes				Informe de Reuniones para informar sobre los Salarios.	% de Usuarios Satisfechos con el salario que reciben.	
		33) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 38.2%.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para	Dirección General. Sub-direcciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por poseer el material e insumos mínimos para realizar su trabajo.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
		34) No tiene conocimiento de los criterios para realizar las promociones al personal 61.8%	3	Alto	Recursos Humanos debe de programar encuentros para refrescar las informaciones establecidas en el manual de inducción con todo el personal. Se debe investigar cuales usuarios no poseen su manual de inducción y entregárselo.	Sub-Dirección de Gestión de Recursos Humanos. Gerentes				Lista de Encuentros Realizados.	% de Usuarios que informan conocer los criterios para promociones.	
		35) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 41.2%	3	Alto	Recursos Humanos debe de programar encuentros para refrescar las informaciones establecidas en el manual de inducción con todo el personal. Se debe	Sub-Dirección de Gestión de Recursos Humanos. Gerentes				Lista de Encuentros Realizados.	% de Usuarios que informan conocer los parámetros para evaluación de desempeño.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					investigar cuales usuarios no poseen su manual de inducción y entregárselo.							
		36) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 38.2%	2	Medio	Identificar las necesidades de Uniforme. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Gerentes de las diferentes áreas. Gerencia de Compra.				Informe de Necesidades. Cotización Realizadas	% de Usuarios que informan contar con sus uniformes.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		37) No dispone de facilidades para la educación continuada 38.2%	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. Especializar un fondo económico para dar respuestas a estas necesidades del personal.	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 Usuarios que informan que poseen facilidades para educación continua.	
		38) Las evaluaciones de desempeño no se hacen objetivas por partes de los gerentes.	3	Alto	Definir un instrumento y una metodología estandarizada que facilite las evaluaciones objetivas del desempeño del personal. No dejarse influenciar con técnicos	Dirección General. Sub-dirección Gestión recursos Humanos. Sub-directores. Gerentes				Instrumento y metodología de evaluación de desempeño elaborado, probado y aprobado.	% de Usuarios Satisfechos con la metodología e instrumento de evaluación de desempeño.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					externos que desconocen el ambiente de gestión de personal en el área de salud. Capacitar a los gerentes en el uso adecuado del instrumento de evaluación.							
	39) 58.5% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.		2	Medio	Identificar las necesidades de batas y uniformes para ser lavado en la lavandería del hospital. Establecer la logística para la entrega, lavado y entrega de las batas y uniforme del personal. Realizar lavado de las batas y uniforme del personal.	Dirección General. Subdirección Servicios Generales. Gerente lavandería				Informe de levantamiento realizado. Documento de logística establecida. Comunicación informando al personal de la logística para lavado de sus batas y uniforme.	% de Usuarios Satisfechos con la facilidades de lavado de sus batas y uniforme.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		40) 32.4% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)	3	Alto	Los gerentes deben realizar periódicamente evaluaciones de la distribución de la carga laboral del personal operativo. Si existe desequilibrio en la distribución del trabajo, debe equilibrar este.	Sub-directores. Gerentes				Informe de evaluaciones. Informe de medidas tomadas.	% de Usuarios Satisfechos con la distribución de la carga laboral.	
		41) 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo	2	Medio	Los gerentes deben realizar periódicamente evaluaciones de las condiciones laborales del personal operativo. Si existe dificultades y/o limitaciones para que el personal realice de manera adecuada su trabajo, deberá de gestionar corregir estas dificultades.	Sub-directores. Gerentes				Informe de evaluaciones. Informe de medidas tomadas.	% de Usuarios Satisfechos con las condiciones de trabajos	
		Responsabilidad y Control:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		0										
		42) No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas.	3	Alto	Presentar Informe de Satisfacción de los Usuarios Internos. Elaborar Plan de Intervención para corrección de las debilidades encontradas.	Sub-direcciones. Gerentes				Informe de Encuestas. Plan de Intervención.	Índice de cumplimiento actividades ejecutada, según las programadas.	
		43) Falta de telecable en TVs de las salas de esperas.	2	Medio	Realizar Cotización del servicio de cable. Adquirir servicio. O crear circuito cerrado para pasar informaciones sobre el hospital y de educación y sobre salud.	Dirección General. Servicio de Relaciones publicas y Comunicaciones. Gerencia de Tecnología de Información.				Cotización Realizada. Informe Proyecto Circuito Cerrado.	% usuarios se siente satisfecho con las informaciones ofrecidas por los medios audiovisuales durante la espera.	
		44) Archivo clínico de los pacientes No aparecen.	3	Alto	Definir medidas de control y seguimiento de los expedientes de los usuarios.	Gerencia estadística, archivo y admisión.				Informe de medidas de control tomada.	% de expediente extraviado.	
		45) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los	2	Medio	Evaluar dificultades presentadas en estas área.	Sub-dirección Planificación. Gerencia de Estadística Admisión y Archivo.				Informe de evaluación de las dificultades. Plan de intervención para mejorar	% de acciones realizadas según plan de intervención.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		días feriados y de mayor demanda.								situaciones encontradas.		
		46) No aceptación de moneda extranjera.	1	Bajo	Definir política de aceptación monedas extranjeras. Poner en ejecución dichas políticas. Capacitar Auxiliares de Caja.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia Tesorería.				Informe de políticas establecidas.	Aceptación Cobro Moneda extranjera.	
		47) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.	2	Medio	Identificar por que se generan los retrasos para el procesamiento de las de alta. Definir plan de intervención para corregir dificultades.	Sub-Dirección Planificación. Gerencias Involucradas				Informe de situaciones encontradas. Plan de intervención definido.	% de acciones realizadas según plan de intervención.	
		48) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	2	Medio	Cotizar letrero. Evaluar Cotización. Comprar. Instalar letrero de Identificación.	Servicio Relaciones Publicas y Comunicación . Gerencia de Compra				Cotización Realizada.	Letrero colocado.	
		49) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los, tiempos, procesos y	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con la privacidad.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					protocolos asistenciales y derechos de los usuarios.							
		50) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	Medio	Rescindir contrato con arrendatario cafetería. Establecer Normativa para arrendamiento de cafetería. Cumplir normativa.	Consejo Ejecutivo. Dirección General. Unidad de Asesoría Legal.				Documento Contrato Residido. Normativas definidas.		
		0										
		RIESGOS EXTERNOS										
		Resultados:										
		51) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.	2	Medio	Desarrollar actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		0										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		Legales:										
		52) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	2	Medio	Mantenerse enfocado en alcanzar las metas y objetivos establecidos. Fortalecer por parte de los gerentes la herramienta de supervisión de las actividades desarrolladas por el personal.	Dirección General. Sub-directores. Gerentes. Personal Operativo.				Informe de actividades realizadas y sus resultados	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		53) Poca seguridad vial para llegar al hospital y ausencia de puente peatonal.	3	Alto	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.	
		54) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	2	Medio	Informar a SENASA, sobre las dificultades encontradas. Solicitar la	Gerencia Facturación. Gerencia Tecnología Información.				Comunicación enviada a SENASA.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					mejoría del sistema.							
		55) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar	3	Alto	Colaborar con las autoridades de salud, para identificar forma de derivación de los usuarios a otros centros de salud.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección Planificación.				Informe de dificultades provocada por la sobredemanda		
		0										
3	Determinar y ejecutar las actividades gerenciales en base al análisis de las informaciones y Planificación.	RIESGOS INTERNOS										
		Planificación-Control:										
		1) Selección de algunos gerentes que no cumplen con el perfil del 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 que cumplen con el perfil técnico del cargo.	% de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	3	Alto	Cumplir con el Plan de Evaluación de desempeño. Los gerentes que por mas de una ocasión presente un bajo cumplimiento de su desempeño, deberán ser sustituidos.	Dirección General. Unidad Asesoría Legal. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia Entrevista y Selección. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Informe de Empleados Contratado	% Nivel de desempeño de los gerentes mayor de 80%.	
		3) Falta de equipamiento de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Sub-direcciones. Gerente Alimentación. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	3	Alto	Realizar levantamiento de las cuentas por cobrar. Identificar las cuentas cobrables. Pasar las cuentas no cobrables al Renglón de cuentas no cobrables. Definir un Plan de Intervención para realizar la gestión de cobro.	Dirección General. Subdirección Financiera. Gerente Facturación y seguro. Gerencia Contabilidad. Servicio de Cuenta por Cobrar.				Lista Cuentas Por Cobrar.	% de cuentas por cobrar realizado el cobro.	
		5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura y conocimiento de los manuales de proceso y manual de organización.	3	Alto	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. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Informe de Empleados Contratado	% Nivel de desempeño de los gerentes mayor de 80%.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		6) Falta de sinergia entre las gerencias para trabajar como un solo equipo.	2	Medio	Definir las políticas de comunicación interna entre las gerencias. Evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas de comunicación interna. Definir planes de mejoría. Evaluar ejecución de los planes.	Gerencia de Comunicación y Relaciones Publicas. Gerentes.				Política elaborada. Informe evaluación ejecución políticas. Planes de Corrección debilidades. Informe nivel ejecución planes.	Nivel ejecución políticas.	
		@ Factores Logística e Información:										
		7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Director Ejecutivo. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
			Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	3	Alto	Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos. Realizar auditorías 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.	
		9) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	3	Alto	Definir las políticas de comunicación interna entre las gerencias. Evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas de comunicación interna. Definir planes de mejoría. Evaluar ejecución de los planes.	Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas. Gerentes.				Política elaborada. Informe evaluación ejecución políticas. Planes de Corrección debilidades. Informe nivel ejecución planes.	Nivel ejecución políticas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		10) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	3	Alto	Definir la estructura del informe que cada Sub-Director debe enviar mensualmente a la Dirección General. Evaluar Nivel de Cumplimiento. Definir Plan de Intervención cuando no se cumple con las metas.	Sub-Dirección de Planificación. Otras Sub-Direcciones				Instrumento de Informe definido. Informes Realizados.	% de Sub-Direcciones que Presentan Informe Estructurado, según instrumento. % de Informe Entregado Oportunamente .	
		11) 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.	Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos, Académica y Gerentes.				Capacitaciones Realizadas	% de Usuarios Satisfechos con las informaciones ofrecidas por los médicos.	
		12) Escaso control y supervisión del desempeño del personal de informática.	3	Alto	Realizar un mayor control en la supervisión del personal de informática para el cumplimiento de manera oportuna y	Sub-Dirección Planificación. Gerencia de Informática				Informe de encuentro para hablar de la situación con el personal. Sanciones aplicadas al personal.	% usuarios de los servicios informáticos que se sienten satisfechos.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					calidad de sus funciones.							
		13) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	3	Alto	Comité ejecutivo solicitar informe a los sub-directores y gerentes sobre el cumplimiento del plan de inversión establecidos por ellos.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Documento solicitud informe cumplimiento plan de inversión.	% de cumplimiento Plan General de Inversión.	
		14) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	3	Alto	Realizar reunión de evaluación para determinar cuales son las dificultades por la cuales el sistema informático no completa en los tiempos estipulados su finalización.	Sub-Dirección Planificación. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Informática				Informe de la Evaluación. Plan para corregir las deficiencias encontradas	Sistema Informático completo.	
		15) Deficiencia en la Actualización de intranet y página web.	2	Medio	Proporcionar de manera oportuna las informaciones que deben ser actualizadas y/o incorporadas al intranet y/o pagina Web, Supervisar la	Sub-dirección Planificación. Gerencia de Informática. Servicio de Relaciones Publicas y Comunicaciones				Informe de entrega de los datos e informaciones	Intranet y pagina web con datos actualizados.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
			Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					incorporación oportuna de las informaciones							
		16) No respuestas de los informes emitidos en buzones de sugerencias por el consejo hospitalario.	3	Alto	Solicitar periódicamente al servicio de atención al usuarios el informe de las quejas recibidas a través de los buzones de quejas y sugerencias, actividades desarrolladas para corregir la quejas y/o sugerencias.	Dirección General. Gerencia Atención al Usuario.				Informes entregados. Acciones realizadas para corregir inconformidades.	% de quejas y recomendaciones corregidas de las reportadas.	
		17) No seguimiento por parte de las gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.	3	Alto	Deberán estar atentos e exigir al personal el solo uso de las vestimentas y logos oficiales del Hospital.	Gerentes de las áreas clínicas quirúrgicas. Gerencia de seguridad. Servicio de relaciones publicas y comunicaciones				Informes de personal que se le ha llamado la atención por el no uso de vestimenta aceptadas en el hospital.	% de personal sancionado por esta mala practica.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	2	Medio	Comité ejecutivo solicitar informe a los sub-directores y gerentes sobre el cumplimiento de las metas de producción establecidas.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Documento solicitud informe. Documento propuesta de intervención para corregir los incumplimientos.	% de cumplimiento Plan mejorar el logro de las metas.	
		19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los clientes.	2	Medio	Realiza evaluación por parte de la gerencia de tecnología de información, para adecuada la tecnología de la pagina web, para hacerla mas funcional para los usuarios. Informe de las funcionalidades que van a incorporar en la pagina web.	Sub-dirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información.				Informe de evaluación de la Pagina Web. Informe de Funcionalidades que serán Incorporadas	Funcionalidades incorporadas.	
		20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	2	Medio	Definir una ruta de actuación para ir delegando funciones a los mandos gerenciales del hospital.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Documento ruta actuación	% de Gerentes que se siente satisfechos con el nivel de libertad para tomar decisiones según el nivel de toma de decisiones establecido.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	3	Alto	Definir un fondo económico especializado para la capacitaciones del personal. Ejecutar plan de capacitación. Informe de ejecución plan de capacitación.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Disposición creando el fondo especializado de capacitaciones. Plan de capacitación. Informe evaluación cumplimiento plan.	% de capacitaciones cubierta según la programación establecida.	
		22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	2	Medio	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica debe exigir el cumplimiento de las normativas de imagen corporativa que posee el hospital. Realizar periódicamente monitoreo sobre el cumplimiento del manual de imagen corporativa.	Gerencia de comunicaciones y relaciones publicas.				Comunicación solicitud cumplir con la imagen corporativa del hospital. Informe de monitoreo cumplimiento imagen corporativa.	% Cumplimiento imagen corporativa	
		23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	Alto	Dirección General debe exigir a los sub-directores que realicen las supervisiones adecuadamente de su personal gerencial. Aplicar régimen de consecuencia	Dirección General. Sub-directores. Gerentes.				Comunicación Dirección General. Informe de la Sub-direcciones. Informe Gerentes sancionados.		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					para el personal que no cumple con sus funciones y disposiciones establecidas.							
		24) Mala logística para negociar con las ARS	3	Alto	Realizar previamente con los gerentes y la unidad de costo el análisis de los tarifarios de las ARS. Programar los encuentros para realizar las negociaciones con las ARS con la participación de los gerentes. Tomar en cuenta los análisis de costo que se realizan en el hospital.	Dirección General. Sub-director Financiero. Unidad de Costo Gerentes.				Informe de análisis de los tarifarios. Comunicación encuentro revisión tarifarios URSS.		
		25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	3	Alto	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica debe exigir el cumplimiento de las normativas de imagen corporativa que posee el hospital. Realizar periódicamente monitoreo sobre el cumplimiento del	Gerencia de comunicaciones y relaciones publicas.				Comunicación solicitud cumplir con la imagen corporativa del hospital. Informe de monitoreo cumplimiento imagen corporativa.	% Personal que viste el uniforme establecido en el hospital.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					manual de imagen corporativa.							
		RIESGOS EXTERNOS										
		Planificación-Control:										
		26) Escasez en el mercado de gerentes 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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		27) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	2	Medio	Realizar de manera continua acciones para mejorar cada día la forma de entregar los servicios enfocado a la satisfacción de los usuarios. Poseer oferta de servicios competitivos en el mercado. Mantener alto niveles de satisfacción de los usuarios. Mantener excelentes niveles de desempeño en los indicadores de calidad, eficiencia, producción y desempeño técnico del personal.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Informe nivel cumplimiento plan de mejora del Hospital. Informe resultados indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia, producción.	% de usuarios satisfechos	
		Factores Logística e Información:										
		28) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	1	Bajo	Mantener Informado al Personal Sobre la modalidad de contratación que poseen con el Hospital.	Sub-Dirección Recursos Humanos. Unidad Asesoría Legal.				Informes Actividades Realizadas	% actividades realizadas según la programación.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					Programa de Sensibilización.							
		29) Sobre-demanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	2	Medio	Mantener control de la capacidad instalada y no forzar esta capacidad de ofertas. Desarrollar estrategias de comunicación a los usuarios y comunidad sobre los riesgos que conlleva saturar la demanda de los servicios del hospital.	Gerencia de estadística, Admisión y Archivo. Servicio Comunicación y Relaciones Publica				Metas Definidas	% Cumplimiento Metas definidas.	
		30) Campaña de descrédito del hospital.	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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		31) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.	3	Alto	Desarrollar Mecanismos de negociación acorde con los costos incurridos en la producción de servicios en el Hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Unidad de Costo.				Cálculos de Costos	% de Precio pagados por las ARS, acorde con los Costo de Producción y margen de Beneficios.	
		32) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	3	Alto	Solicitar al SRS la conformación de una entidad superior que facilite la coordinación y complementariedad de los centros de salud en la ciudad sanitaria.	Dirección General.				Comunicación Solicitud		
		33) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.	3	Alto	Exigir a los gerentes que realicen la supervisión y exigencia al personal que no use en el centro ropa de otros establecimientos. Aplicar sanciones al personal que incumpla con las disposiciones en este sentido.	Gerentes de las áreas clínicas quirúrgicas. Gerencia de seguridad. Servicio de relaciones publicas y comunicacion es				Informe supervisión al cumplimiento disposición.	% de personal que usa solo el uniforme del institución.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)				
		34) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	3	Alto	Formular un Plan de acción que defina las acciones 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.	
		35) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).	3	Alto	Solicitar al SRS la definición de una política para definir forma de relacionarse y actuación de las instituciones que conforman el complejo hospitalario.	Dirección General.					Comunicación Solicitud		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
4	Obtener un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad	RIESGOS INTERNOS										
		Capacidad Instalada y Resolutiva:										
		1) Falta de equipamientos e insumos de algunos servicios.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerente Alimentación. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo.	
		2) Sub-utilización de la capacidad instalada.	3	Alto	Presentar los informes periódicos por gerencias. Identificar los factores que determinaron el no cumplimiento de las metas. Elaboración Plan de corrección dificultades y	Sub-dirección medica. Gerentes.				Informes Resultados. Informe nivel ejecución Plan.	% de Informes presentados según el Periodo establecido. % de actividades del plan programadas ejecutadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					debilidades. Ejecución del Plan. Evaluación nivel ejecución Plan.							
		3) Déficit en la dotación de oficinas.	2	Medio	Identificar las necesidades de Oficinas. Realizar levantamiento de las posibles áreas para adecuarlas para oficinas.	Sub-Dirección de Planificación. Otras Sub-Direcciones				Lista de necesidades de Oficinas	% de Gerentes que cuenta con su oficina.	
		4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo, Falta de Recursos Humanos.	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Sub-dirección medica. Gerencia laboratorio. Sub-dirección Financiera. Dirección General				Informes Resultados. Informe nivel ejecución Plan.	% cumplimiento necesidades identificadas.	
		Captura del Mercado:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		5) Poca señalización e iluminación del área de acceso al hospital.	3	Alto	Identificar las necesidades de luminaria. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. Instalar los equipos.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Compra.				Informe de Necesidades. Cotización Realizadas	Luminarias Colocadas.	
		6) El acceso Oeste- Este es un posible generador de accidentes de tránsito.	3	Alto	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. Subdirección de Servicios de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		7) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	3	Alto	Continuar Fortaleciendo las otras Fuentes de Financiamiento del Hospital como lo son las ARS. Realizar encuentro con los Gerentes de las ARS, que aun no poseen convenios con el Hospital. Firmar Convenios con las ARS.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera				Comunicación solicitud de Reunión.	% de ARS que poseen convenios con el Hospital y Numero de ARS en el Mercado.	
		8) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Gerencia de Tecnología de Información. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por cuentan con la facilidades de telefonía interna.	
		Factores Competitivos:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		9) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	2	Medio	Coordinar con los demás directores de los hospitales de la ciudad de la salud, para analizar y elaborar una propuesta en conjunto sobre la situación de los parqueos en la ciudad de la salud, ya que esto es una debilidad común a todos los hospitales de la ciudad.	Director General				Invitación a Reunión para discutir y proponer acciones para corregir dicha situación	Informe resultados de la reunión	
		10) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	3	Alto	Definir un plan de implementación de las recomendaciones establecidas por el comité evaluador externo de la seguridad de la infraestructura. Ejecutar las actividades planificadas. Informes del	Dirección General. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia Mantenimiento.				Plan definido. Informes Ejecución Plan.	% de recomendaciones ejecutadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					nivel de ejecución del Plan.							
		Disponibilidad de Recursos:										
		12) Personal no dispone de todo lo necesario para realizar su trabajo	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Sub-direcciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos porque cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo.	
		13) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	3	Alto	En la Planificación Presupuestaria Contemplar los recursos necesarios para cubrir las plazas de los colaboradores cuando estén de vacaciones. Poseer una	Sub-Dirección de Gestión de Recursos Humanos. Gerentes.				Montos Contemplados en Presupuesto.	% de Plazas cubiertas cuando colaboradores están de vacaciones.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					plantilla de personal elegibles para cubrir plazas de vacaciones.							
		14) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.	3	Alto	Cumplir con el Proceso de asistencia de la Gerencia de Mantenimiento. Supervisar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades del personal del Servicio.	Sub-Dirección de Servicios Generales. Gerencia de mantenimiento.				Informe de Asistencias Brindadas	% de usuarios Satisfecho con la oportunidad del servicio brindado por Mantenimiento.	
		15) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	2	Medio	Definir un Plan de Actualización Tecnológica acorde con la disponibilidad de recursos económicos del hospital. Ejecutar Plan. Informe ejecución Plan.	Dirección General. Sub-direcciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Plan elaborado. Informe ejecución Plan.	% de equipos instalado en el hospital de ultima generación tecnológica.	
		Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		16) Presión de Urgencias = más de un 32%	3	Alto	Desarrollar actividades de derivación de usuarios en emergencia, que su condición no amerite atención en el servicio de emergencia. Fortalecer la logística de atención en Triare.	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas	% Presión de Urgencia.	
		Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:										
		Cumplimiento de las Metas de Producción en:										
		17) % Cirugías Electivas Suspendidas = 13%	2	Medio	Evaluar las situaciones y determinantes que produjeron tan alto índice de suspensiones. Formular plan de intervención para controlar las dificultades y debilidades encontradas. Ejecutar Plan de Intervención. Informe de	Sub-dirección Médica. Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					evaluación ejecución Plan.							
		18) Hospitalización : 74%	3	Alto	Desarrollar actividades de captación de usuarios, según las actividades propuestas en la captura del Mercado de la Gerencia.	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas	% Cumplimiento Metas de Hospitalización .	
		19) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerente Alimentación. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		20) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	2	Medio	Evaluar las situaciones y determinantes que produjeron tan alto índice de suspensiones. Formular plan de intervención para controlar las dificultades y debilidades encontradas. Ejecutar Plan de Intervención. Informe de evaluación ejecución Plan.	Sub-dirección Médica. Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	
		21) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	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 o. Gerentes de las Diversas Gerencias del Hospital.				Plan de Mantenimiento Formulado.	Índice de cumplimiento de las actividades programadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		22) Tardanza para la entrega de resultados de laboratorio e imágenes.	3	Alto	Evaluar las situaciones y determinantes que produjeron el retraso en la entrega de los resultados. Formular plan de intervención para controlar las dificultades y debilidades encontradas. Ejecutar Plan de Intervención. Informe de evaluación ejecución Plan.	Sub-dirección Medica. Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Laboratorio e imágenes.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% Mejoría en el tiempo de entrega de los resultados de laboratorios y estudios de Imágenes.	
		23) Falta de expediente electrónico.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital. Evaluar y Adquirir sistema de gestión clínico.	Director Ejecutivo. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión . Informe evaluación ofertas de software clínicos.	Informe Reunión Realizada	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		24) La subutilización de los quirófanos existentes.	3	Alto	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. Identificar las situaciones que determinaron el no cumplimiento de las metas de producción. Elaborar plan de intervención para corregir las debilidades identificadas. Ejecutar las actividades. Evaluar nivel ejecución Plan.	Dirección General. Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos. Sub-dirección Medica. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Informe evaluación de desempeño. Informe de análisis realizado. Plan formulado. Informe niveles de ejecución del plan.	% Nivel de desempeño de los gerentes mayor de 80%. % de actividades del plan ejecutadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		25) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	3	Alto	Cumplir con el Plan de necesidades identificada por la gerencia de enfermería de las habitaciones. Cotizar necesidades. Analizar cotizaciones. Seleccionar proveedores. Iniciar las compras de las necesidades.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Compra.				Informe de necesidades. Cotizaciones. Selección proveedores. Ordenes de compras.	% de Habitaciones que cuenta con todo el mobiliario y electrodomésticos requeridos por los usuarios.	
		26) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	3	Alto	Definir un menú adecuado para los colaboradores. Implementar el menú.	Gerencia alimentación.				Informe modificación menú comedor.	% de usuarios internos satisfechos con los productos ofrecidos en el comedor	
		27) Las deficiencias en los servicios de la cafetería que afecta a los usuarios y la indefinición de los mismos.	2	Medio	Coordinar reunión con la persona que posee arrendada la cafetería para informarles de las quejas de los usuarios. Solicitarle un plan para	Consejo Administración del Hospital. Arrendatario.				Comunicación invitación a reunión con el Consejo Administración. Informe de la reunión. Listado Compromiso asumido por el arrendatario.	% de Usuarios Satisfechos con los alimentos ofrecidos en la cafetería.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					mejorar dicha situación.					Informe de ejecución compromisos asumidos.		
		28) El no cumplimiento del horario extendido de consulta.	3	Alto	Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en las áreas Asistenciales. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con las disposiciones establecidas, sus funciones y responsabilidades.	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Control Recursos Humanos				Informes de Supervisión.	% personal que cumple el horario establecido.	
		29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	3	Alto	Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en las áreas Asistenciales. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con las disposiciones establecidas, sus funciones y	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Control Recursos Humanos				Informes de Supervisión.	% personal que cumple el horario establecido.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					responsabilidades.							
		30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	3	Alto	Realizar supervisiones periódicas sobre el registro adecuado de las ordenes medicas, procedimientos realizados, evoluciones diarias, justificaciones de pruebas, estudios y procedimientos.	Gerentes Clinicos-Quirurgicos. Gerencia Control procesos internos. Servicio auditoria medica.				Informe evaluaciones. Informe Medidas correctivas realizadas.	% de Glosas de expedientes auditados por problemas de registros de información.	
		31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	2	Medio	Formulación del Plan de Mercadeo del Hospital. Ejecutar Plan de Mercadeo.	Servicios de Comunicación y relaciones Publica.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de Mercadeo	% de Actividades del Plan realizadas con relación a las Planteadas.	
		32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace	3	Alto	Definir un Plan de Contención de Costos para los servicios que presentan costos desproporcionados	Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Gerentes				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel				Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		que el centro sea deficitario.			os. Ejecutar Plan de Contención.	Clínicos Quirúrgicos.						
		33) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	3	Alto	Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en los servicios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con el Horario establecido.	Gerentes Clínicos-Quirurgicos.				Informes de Supervisión.	% de cumplimiento del desempeño del personal según las funciones y responsabilidades de los cargos.	
		34) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP 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	
		35) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	3	Alto	Realizar el levantamiento de los controles de acceso necesarios. Cotizar controles. Evaluar cotizaciones. Realizar	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Compras. Gerente Seguridad.				Informe de necesidades de los controles. Cotizaciones. Informe análisis cotizaciones. Orden de Compra.	% de accesos (puertas) que cuentan con controles.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					compras. Instalar los controles de accesos.							
		36) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	2	Medio	Definir las prioridades en el Plan de Inversión establecido para el año 2014. Informar a los gerentes las solicitudes priorizadas por gerencias. Informar por escrito a los gerentes cada vez que se da cumplimiento a las necesidades.	Dirección General. Subdirecciones. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Compras. Gerentes.				Informe de Prioridades. Comunicaciones de Solicitudes entregadas.	% de Prioridades establecidas y cumplidas.	
		37) Falta de mantenimiento adecuado y validación del funcionamiento de equipos médicos.	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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por que cuentan con el mobiliario adecuado para realizar su trabajo.	
		39) Falta de detector de metales para entrar al Hospital.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas. Informe de Compra de Detectores.	% de puertas de acceso al hospital que cuenta con sistema de detector de metales.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	2	Medio	Evaluar las dificultades actuales que presentan los usuarios para agilizar el tiempo de espera para recibir las atenciones. Definir un Plan de intervención para mejorar las dificultades identificadas. Ejecutar dichas actividades. Supervisar y rendir informe de ejecución de las actividades del Plan realizadas.	Sub-Dirección Medica. Gerentes				Comunicación convocando reunión. Plan de intervención elaborado. Informe de ejecución del Plan.	% de usuarios Satisfechos con el tiempo de espera para ser asistidos en consultas.	
		41) Falta de dotación de oficinas para los gerentes.	2	Medio	Identificar las necesidades de Oficinas. Realizar levantamiento de las posibles áreas para adecuarlas para oficinas.	Sub-Dirección de Planificación. Otras Sub-Direcciones				Lista de necesidades de Oficinas	% de Gerentes que cuenta con su oficina.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		42) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	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.	
		43) Dificultades de adecuado acceso al área de emergencia y Falta de Controles establecidos para el uso de parqueos para los vehículos y ambulancias externos en el área de emergencia .	3	Alto	Evaluar la modificaciones sugeridas por el comité evaluador externo de la seguridad de la infraestructura del hospital. Solicitar cotización modificación área ingreso ambulancia emergencia del hospital. Evaluar cotizaciones. Identificar si existe disponibilidad para ejecutar las	Dirección General. Sub-dirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección Financiera. Unidad sensoria legal.				Informe evaluación. Cotizaciones. Análisis cotizaciones. Contrato.	Área de acceso a emergencia modificada según recomendaciones.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					modificaciones. Contratar empresa. realizar las Modificaciones.							
		44) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos .	3	Alto	Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal.	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 que se cumplió con el proceso de entrevista y selección.	% de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo.	
		45) No aplicación de los Controles establecidos para el uso de vehículos	3	Alto	Exigir a la gerencia de transporte que realice un adecuado control de los vehículos que cuenta el hospital. Aplicar un régimen de consecuencias para el personal que usa de manera inadecuada los vehículos del hospital.	Sub-Dirección de Servicios Generales. Gerente de Transporte. Choferes				Comunicación sobre la exigencia.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		Equipos e Infraestructura										
		46) Falta de mantenimiento preventivo de los equipos.	3	Alto	Evaluar propuestas, cotizar y Adquirir un Software para sistematizar el Plan de Mantenimiento preventivo del Hospital. Vigilar el cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo.	Dirección General. Gerencia Mantenimiento. Gerencia Informática. Sub-dirección Planificación.				Informe de evaluación propuestas. Cotizaciones. Compra de Software. Informe de configuración sistema. Informe capacitación e implementación sistema.	% cumplimiento plan de Mantenimiento Preventivo.	
		47) Falta de áreas de parqueo.	3	Alto	Coordinar encuentro con los demás directores generales para elaborar un documento solicitando la construcción de un edificio de parqueo para la ciudad de la salud a Ministerio de Obras Publicas o a la Oficina Supervisora de Obras del estado.	Directores Generales				Comunicación solicitud reunión. Comunicación solicitud construcción instituciones encargadas. Informe seguimiento a la solicitud		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		48) No se le está ofertando el servicio de manejo de desechos hospitalarios a otros centros de salud.	2	Medio	Realizar análisis de capacidad productiva instalada. Definir precios competitivos con el mercado. Definir logística de recogida y procesamiento de los desechos. Analizar actividad económica del proyecto. En base a la capacidad para resolver demandas externas identificar centros se le ofertara el servicio.	Dirección General. Gerencia Mantenimiento. Sub-dirección financiera. Sub-dirección Planificación.				Informes de análisis	% de ventas de servicios realizada en base a la capacidad de oferta.	
		Capacidad instalada										
		49) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha	Dirección General. Sub-dirección Medica. Sub-dirección financiera. Sub-dirección Planificación.				Documento Solicitud Reunión. Informe de posibles soluciones.	% de soluciones implementada según las recomendaciones tomadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					situaciones en el Hospital.							
		50) Dotación deficiente de oficinas.	2	Medio	Realizar levantamiento necesidades de oficinas faltantes. Identificar los posibles espacios para adecuar área de oficinas. Solicitar propuesta de diseño de adecuación y cotización. Realizar levantamiento de equipamiento y mobiliario de las oficinas. Realizar cotización de equipamiento y mobiliario. Presentar comité ejecutivo.	Sub-dirección de Servicios Generales.				Informe listado oficina faltante. Informe del espacio que se podría adecuar para oficinas. Presentación Propuesta de diseño y presupuesto de la adecuación. Presentación informe de necesidades y presupuesto de equipos y mobiliario de las oficinas	% de gerentes que cuenta con espacio de oficina.	
		Sistemas de Información										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		51) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	3	Alto	Comité ejecutivo solicitar informe a los sub-directores y gerentes sobre datos e informaciones registradas en los sistemas informáticos. Solicitar auditoria de datos e informaciones la Gerencia de estadísticas y epidemiología sobre la calidad y oportunidad de los datos registrados en los sistemas de registros de informaciones y datos.	Comité Ejecutivo. Sub-directores y Gerentes.				Documento solicitud informe. Informes.	% de Subregistros evidenciadas.	
		RIESGOS EXTERNOS										
		Factores del Mercado:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		52) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.	3	Alto	Coordinar actividades con las instituciones encargada de garantizar la seguridad ciudadana y sus autoridades, para que estos garanticen una vigilancia permanente en el sector.	Dirección General. Gerente de Seguridad				Solicitud de Entrevista.	Aumento de la seguridad y vigilancia por parte de la Policía Nacional.	
		53) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	Alto	Definir las características Técnicas de los insumos, materiales y equipos que mayormente son adquiridos en la institución. Definir las Características que deben cumplir los proveedores de estos productos. Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido.	Gerencia de Compras. Todas las demás Gerencias.				Características de los insumos, materiales y equipos definidas. Características de los Proveedores Definidas.	Índice de insumos, materiales y equipos adquiridos que cumplen con las características establecidas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		54) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	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	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		55) Ausencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.	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.	
		56) Inseguridad ciudadana del sector.	2	Medio	Coordinar actividades con las instituciones encargada de garantizar la seguridad ciudadana y sus autoridades, para que estos garanticen una vigilancia permanente en el sector.	Dirección General. Gerente de Seguridad				Solicitud de Entrevista.	Aumento de la seguridad y vigilancia por parte de la Policía Nacional.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		57) 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.	
		58) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.	1	Bajo	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.	
		59) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	2	Medio	Especializar un fondo para actualización y cambio de equipos y sistema del Hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.				Creación del Fondo	% de equipos de Ultima Generación Instalado en el Hospital.	
		60) El aumentos de precio de los productos alimenticios, medicamentos e insumos.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	de Planificación.						
	Factores Competitivos:											
	61) 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.		
	Factores Medioambientales:											
	62) 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.	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.							
		63) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	Medio	Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.	
		64) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.	3	Alto	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.	
		0										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		Factores de demanda de los servicios:										
		65) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)	2	Medio	Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. Cumplir con el Plan de Mercadeo.	Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo.				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas definida en el Hospital.	
		66) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.	3	Alto	Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal.	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.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		67) La designación de autoridades en el sector salud que se oponen o resisten al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01)	3	Alto	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.	
		68) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	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 Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		69) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	3	Alto	Coordinar actividades con las instituciones encargada de garantizar la seguridad ciudadana y sus	Dirección General. Gerente de Seguridad				Solicitud de Entrevista.	Aumento de la seguridad y vigilancia por parte de la Policía Nacional.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					autoridades, para que estos garanticen una vigilancia permanente en el sector.							
		70) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	3	Alto	Definir un protocolo de referimiento por otros centros al hospital y recibimiento de usuarios en el hospital. Enviar comunicación a los centros de salud sobre el protocolo de referencia de los usuarios al Hospital.	Dirección General. Sub-Director medico.				Protocolo definido. Comunicación redactada y enviada. Listado de recibimiento de la comunicación a los centros enviado.	% de usuarios referidos al hospital que cumplen con el protocolo de referimiento al hospital.	
		71) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	2	Medio	Presentar los informes periódicos a las autoridades del MSP. Solicitar la reposición de los recursos empleados en estos usuarios.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.				Informe elaborados. Comunicación solicitud recursos.	% de recursos reembolsados.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		72) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.	3	Alto	Coordinar reunión las gerencias de seguridad en el centro para definir una estrategia de seguridad conjunta en los parqueos. Ejecutar plan conjunto de vigilancia.	Sub-Dirección Servicios Generales. Gerente de Seguridad				Comunicación convocatoria reunión. Plan de intervención.	Numero de eventos de robos y violaciones a los automóviles en los parqueos.	
		73) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	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 Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		74) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.	2	Medio	Presentar periódicamente a las autoridades de salud las exoneraciones y descuentos realizados, para crear conciencia de la inversión					Informes de descuentos y exoneraciones.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					directa que realiza el Hospital a la población de escasos recursos.							
5	Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS										
		Logística:										
		1) Falta de identificación de otras fuentes de ingreso	2	Medio	Continuar Fortaleciendo las otras Fuentes de Financiamiento del Hospital como lo son las ARS. Realizar encuentro con los Gerentes de las ARS, que aun no poseen convenios con el Hospital. Firmar Convenios con las ARS.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera				Comunicación solicitud de Reunión.	% de ARS que poseen convenios con el Hospital y Numero de ARS en el Mercado.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		2) Ausencia de un software financiero.	2	Medio	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Director Ejecutivo. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	
		Control:										
		3) Debilidad en el Cumplimiento de las NOBACI.	3	Alto	Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir la no implementación y/o el no cumplimiento de las NOBACI.	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados.	Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido.	
		4) Múltiples áreas de almacén.	3	Alto	Identificar los almacenes con que cuenta el hospital. Elaborar Plan de disminuir los múltiples	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia activos fijos.				Informe de los almacenes con que cuenta el hospital. Plan de disminución	% de disminución de locales de almacenes en el hospital.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					almacenes que posee el centro. Ejecutar Plan. Evaluar ejecución Plan.					de los almacenes.		
		5) Escaso control de costo de los procedimientos	3	Alto	Definir un Plan de Contención de Costos para los servicios que presentan costos desproporcionados. Ejecutar Plan de Contención.	Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	
		6) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	Alto	Exigir a los gerentes de las gerencias que presentan costos de producción elevados presentar propuestas para la contención de costo. Ejecutar plan de contención de costos.	Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		7) No hay plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	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. Informe nivel cumplimiento plan	Índice de cumplimiento de las actividades programadas.	
		8) No alquiler de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	1	Bajo	Definir una propuesta de comercialización de los salones del hospital a instituciones de la zona. Promocionar esta unidad de negocio del hospital.	Servicio de comunicación y relaciones publica.				Propuesta elaborada. Broucher de promoción elaborada.	Informe de ingresos percibidos por renta de los salones.	
		Monitoreo y Evaluación:										
		0										
		9) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia,	3	Alto	Evaluar el cumplimiento de los Protocolos establecidos. Sancionar al Personal que no	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informe de Cumplimiento de Protocolos	% de usuarios atendidos según lo establecidos por los protocolos.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel				Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		laboratorio, imágenes, almacén)			de cumplimiento a los protocolos.							
		10) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	Alto	Continuar Fortaleciendo las otras Fuentes de Financiamiento del Hospital como lo son las ARS. Realizar encuentro con los Gerentes de las ARS, que aun no poseen convenios con el Hospital. Firmar Convenios con las ARS.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera				Comunicación solicitud de Reunión.	% de ARS que poseen convenios con el Hospital y Numero de ARS en el Mercado.	
		11) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	3	Alto	Preparación e instalación del Taller de relaciones con los equipos, personal e insumos Necesarios.	Dirección General. Sub-Dirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento.				Informe de Avance en la Instalación del taller.	Taller de Reparación Instalado y Funcionando.	
		0										
		RIESGOS EXTERNOS										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		Disponibilidad de recursos:										
		12) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	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.	
		13) Retraso en el pago de las ARS's.	3	Alto	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		14) Crisis financiera internacional y nacional.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)							
		15) Aumento de la prima del dólar.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		16) 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 Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		17) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.	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.	
		18) 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.	
		19) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					ocasionar estas dificultades)							
		20) Limitados créditos en el mercado para el hospital.	3	Alto	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.	
		21) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.	2	Medio	Definir un contrato de arrendamiento, donde se especifique el tipo de cuidado que deben tener durante el uso de las instalaciones, mobiliarios y equipos. Establecer el deposito por daños a las instalaciones, mobiliarios y equipos.	Unidad Legal. Gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección Académica.				Contrato Elaborado		
		Medio Ambiente:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		22) 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.	
		23) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	Alto	Realizar periódicamente análisis financiero. Tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Comité Ejecutivo				Informe de análisis financiero. Informe de las medidas preventivas Implementadas.		
		0										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel				Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
6	Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.	RIESGOS INTERNOS										
		Relación con Líderes Comunitario:										
		1) Algunos líderes comunitarios desconocen el sistema de organización y gestión del hospital.	3	Alto	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. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
		2) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	3	Alto	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. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		3) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	3	Alto	Identificar cuales son las necesidades de la Oficina. Elaborar Plan para en un tiempo record dar respuestas a las necesidades de la Oficina. Ejecutar Plan.	Dirección General. Encargada Oficina.				Informe de necesidades. Plan de Respuestas.	Oficina cuenta con todos los recursos necesarios para dar respuestas a las solicitudes de la población.	
		4) No involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)	2	Medio	Definir programa encuentro con lideres y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
		@ Rendición de cuentas:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		5) No se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad.	2	Medio	Definir programa encuentro con lideres y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
		6) No se realiza análisis y evaluación de las necesidades de actividades de salud, para la comunidad en la cual el hospital puede apoyar con sus recursos y que impacten en la 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	2	Medio	Realizar levantamiento de información sobre las necesidades y condiciones de salud del área de influencia del hospital. Realiza el análisis correspondiente por la gerencia de epidemiología y servicio social. Definir un Plan de Intervención en base a los resultados del análisis. Ejecutar las actividades del Plan. Realizar evaluaciones e informe del	Gerencia de Epidemiología . Gerencia Servicio Social.				Informe Levantamiento o Información. Informe del Análisis. Plan de Intervención. Informe ejecución Plan.		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					cumplimiento del Plan.							
		@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:										
		7) La poca frecuencia de impartir los talleres y cursos a los grupos sociales de la comunidad, para dar a conocer la funcionalidad de la institución.	2	Medio	Definir un Plan de acercamiento a la comunidad a través de instituciones de la comunidad donde se contemplen los encuentros para ofrecer informaciones sobre los servicios del hospital, promoción y prevención de enfermedades y/o eventos que principalmente son asistidos en el hospital.	Gerencia Servicio Social. Servicio Relaciones Publicas y Comunicaciones.				Plan de Intervención Definido. Informe de Cumplimiento del Plan.	% cumplimiento de actividades cumplida según cronograma de ejecución.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		8) La capacidad en la instalación física, el cúmulo de la demanda está provocando la reducción de la calidad y atención en salud, el tiempo de ser atendido y admitido en el hospital.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del MSP para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Dirección General. Sub-dirección Medica. Sub-dirección financiera. Sub-dirección Planificación.				Documento Solicitud Reunión. Informe de posibles soluciones.	% de soluciones implementada según las recomendaciones tomadas.	
		RIESGOS EXTERNOS										
		Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:										
		9) Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.	3	Alto	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. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM. AA
		10) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.	3	Alto	Realizar actividades de apoyo técnico para los líderes de la comunidad, que le permita a estos sustentar proyectos de demanda de inclusión de las personas de escaso recursos de la comunidad en el régimen subsidiado.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	% de Población Pobre incluidas en el Régimen Subsidiado.	
		11) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	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, sus logros y modelo de organización y gestión.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		12) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	3	Alto	Coordinar reunión con las autoridades de las URSS para presentarles los servicios no cubierto por ellos, pero que representan gastos para el hospital. Solicitar el reconocimiento y pago de estos gastos incurridos en la atención de los usuarios.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.				Solicitudes reunión. Documento con los recursos invertidos y no pagados.	Documento de Reconocimientos por parte de las URSS de los gastos.	
		13) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de los hospitales y llevados del 9-1-1, en estado de deterioro, sin cobertura que llegan al hospital como centro de referencia nacional, lo que está aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del servicio 9-1-1 para explicarle sobre el incumplimiento de los protocolos y procesos establecidos en el sistema operativo del 9-1-1.	Dirección General. Subdirección Médica. Gerencia Emergencia				Solicitudes reunión. Documento con las medidas que se adoptaran.		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM. AA
		14) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	2	Medio	Definir un Plan de acercamiento a la comunidad a través de instituciones de la comunicad donde se contemplen los encuentros para ofrecer informaciones sobre los servicios del hospital, promoción y prevención de enfermedades y/o eventos que principalmente son asistidos en el hospital.	Gerencia Servicio Social. Servicio Relaciones Publicas y Comunicaciones.				Plan de Intervención Definido. Informe de Cumplimiento del Plan.	% cumplimiento de actividades cumplida según cronograma de ejecución.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
7	Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS										
		Satisfacción de los usuarios:										
		Ver satisfacción en aspectos. 2- Objetivo (Debilidades).										
		1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	2	Medio	Identificar las dificultades actuales en relación a la facilidades para programar sus citas. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Sub-dirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agendar las citas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		2) Alto número de cirugías electivas suspendidas.	3	Alto	Evaluar las situaciones y determinantes que produjeron tan alto índice de suspensiones. Formular plan de intervención para controlar las dificultades y debilidades encontradas. Ejecutar Plan de Intervención. Informe de evaluación ejecución Plan.	Sub-dirección Medica. Gerentes Clinicos-Quirurgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	
		3) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	3	Alto	Gerencia de Atención al Usuario dentro de las informaciones que ofrecen a los usuarios debe incorporar la explicación de funcionamiento del área, las dificultades que pueden ocurrir con la NO disponibilidad de camas y los tiempos	Gerencia de Atención al Usuario. Personal Medico y Enfermería de Emergencia				Informe de Informaciones Suministradas a los usuarios.	% de Usuarios Satisfechos con el tiempo de espera en Emergencia para ser Ingresados al área de Hospitalización .	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					establecidos para recibir la atención en emergencia luego de llegar al hospital, Resaltando que los usuarios en emergencia son atendidos no por orden de llegada, si no por la condiciones.							
		4) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	3	Alto	Realizar análisis de las dificultades existente que determinan los retrasos en la entrega de los resultados. Formular plan de intervención para corregir las dificultades. Presentar resultados evaluación cumplimiento Plan.	Gerente Lab. Clínico. Gerente Imágenes.				Informe de análisis de la situaciones encontradas. Formulación del Plan. Informe ejecución del Plan.	% de usuarios satisfecho con el tiempo d entrega d elos resultados de lab. Clínico e Imágenes.	
		@ Difusión de Información:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		5) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	3	Alto	Definir las políticas de comunicación interna entre las gerencias. Evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas de comunicación interna. Definir planes de mejoría. Evaluar ejecución de los planes.	Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas. Gerentes.				Política elaborada. Informe evaluación ejecución políticas. Planes de Corrección debilidades. Informe nivel ejecución planes.	Nivel ejecución políticas.	
		6) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	3	Alto	Coordinar actividades con las instituciones encargada de garantizar la seguridad ciudadana y sus autoridades, para que estos garanticen una vigilancia permanente en el sector.	Dirección General. Gerente de Seguridad				Solicitud de Entrevista.	Aumento de la seguridad y vigilancia por parte de la Policía Nacional.	
		7) Ausencia de paso peatonal seguro para todos los usuarios del hospital.	3	Alto	Coordinar encuentro con las Autoridades del Ministerio de Obra Publica (MOP), para					Comunicación de Reunión.	Reunión Realizada.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					plantearle la situación.							
		8) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de electricidad e informática.	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 Servicios Generales. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Tecnología de Información.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
		9) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	2	Medio	Identificar las necesidades de personal, sillas y camillas en las áreas de ingresos de los usuarios. Solicitar las necesidades a recursos humanos y compras. Dar seguimiento a las necesidades solicitadas.	Gerencia Enfermería. Sub-Dirección Recursos Humanos. Gerencia de Compra.				Informe de necesidades. Cotizaciones.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		10) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	3	Alto	Identificar las necesidades de personal. Solicitar los recursos humanos. Dar seguimiento a las necesidades solicitadas.	Gerencia Atención al Usuario. Sub-Dirección Recursos Humanos.				Informe de necesidades.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas.	
		11) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	2	Medio	Establecer penalidades a los gerentes que por dejadez o negligencias no entreguen a tiempo los informes periódicos establecidos.	Sub-Direcciones. Gerentes.				Comunicación informando sobre las medidas a tomar cuando se retrasen la entrega de los informes periódicos que deben entregar los gerentes.	Sanciones aplicadas	
		12) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.	2	Medio	Realizar levantamiento de las barreras existentes actuales para discapacitados en el hospital. Analizar situaciones. Realizar cotizaciones de los cambios que deben realizarse. Analizar	Gerencia atención al usuario. Comité Ejecutivo.				Informe de análisis. Informe de medidas a realizar. Cotizaciones. Resolución del comité Ejecutivo.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas, según el cronograma establecido. % de usuarios satisfechos con las facilidades que brinda el hospital para los usuarios discapacitados.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2014-2016. Plan Operativo Anual 2016 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2016.

Este documento es confidencial y de uso exclusivo para el cliente al cual está dirigido. Derechos Reservados ®

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
					cotización. Identificar fondos disponibles. Realizar los cambios y/o contrato personal asistencial.							
		13) Falta de aplicación en el uso de la tecnología existente, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.	3	Alto	Realiza evaluación por parte de la gerencia de tecnología de información, para adecuada la tecnología de la pagina web, para hacerla mas funcional para los usuarios. Informe de las funcionalidades que van a incorporar en la pagina web.	Sub-dirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información.				Informe de evaluación de la Pagina Web. Informe de Funcionalidades que serán Incorporadas	Funcionalidades incorporadas.	
		RIESGOS EXTERNOS										
		Difusión de Información:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		14) Campaña de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	3	Alto	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.	
		15) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	3	Alto	Mantener un alto nivel de satisfacción de nuestros usuarios. 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.	

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM. AA	
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
		16) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	2	Medio	Definir en los contratos que se realicen con otras instituciones y proveedores que cuando estos presente retrasos o incumplimientos de las condiciones establecidas en los contratos serán penalizados, ya que esto produce dificultades en el hospital e insatisfacción en los usuarios y hacen quedar mal al hospital frente a los usuarios.	Dirección General. Unidad Asesoría Legal.				Clausula de penalidad establecidas en los contratos.	Penalidad aplicada a las empresas y/o personal pro incumplimiento.	
		Aspectos Legales:										

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM. AA
			Valor	Nivel			DD.MM. AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
		17) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital	3	Alto	Mantener actualizado los protocolos de atención asistencial. Cumplir con los protocolos. Evaluar periódicamente el nivel de cumplimiento. Definir los documentos de consentimiento informado. Firmar todos los consentimientos informados por los usuarios.	Gerentes de las diferentes áreas. Personal operativo asistencial.				Protocolos Formulados. Consentimientos Informados Formulados.	Indicen Nivel Cumplimiento Protocolos. Índice Cumplimiento Firma de Consentimientos Informados.	
		18) Ausencia de puente peatonal y semáforo frente al Hospital	3	Alto	Coordinar encuentro con los demás directores generales para elaborar un documento solicitando la construcción del Puente Peatonal para la ciudad de la salud a Ministerio de Obras Publicas o a la Oficina	Directores Generales				Comunicación solicitud reunión. Comunicación solicitud construcción instituciones encargadas. Informe seguimiento a la solicitud		

No .	Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos			Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
			Nivel de Gravedad		Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
			Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					Supervisora de Obras del estado.							

Nota: Para el seguimiento al cumplimiento del **Plan** es necesaria la conformación por parte de la Dirección General de una comisión, para monitorear y evaluar periódicamente el cumplimiento de las tareas y logro de los resultados de este Plan.

IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS POA 2016.

1. Criterios Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (UEPSS).

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

Criterios Utilizados Para la Formación de las UEPSS en el HTNAL.

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

2. Estimado Capacidad Productiva de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (UEPSS) año 2016.

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE INGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTA EXTERNA	
	# CAMAS	META ESTABLECIDA 2015	# QUIRÓFANOS	META ESTABLECIDA 2015	# CONSULTORIOS	META ESTABLECIDA 2015
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA Y ESPECIALIDADES	56	4.088	4	3.173	4	20.561
Ortopedia		0				19.035
Unidad Artroscopia		0				881
Unidad Reconstrucción		0				645
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES		4.410	4	2.693	5	23.163
Cirugía General	24	2.503		1.220		9.024
Urología	3	365		94		2.507
Cirugía Bariátrica				0	1	0
Unidad Quemados						0
Cirugía Plástica	2	243		251		906
Oftalmología				752	1	2.256
Otorrinolaringología				282		2.507
Cirugía Vascular	3	274		94		3.384
Cirugía Torácica	4	417		0		1.934
Cirugía Coloproctología						645
Cirugía Laparoscópica	5	608				
NEUROCIRUGÍA	26	1.582	1	494	1	2.507
MAXILO FACIAL	6	730	1	470	1	3.384
ODONTOLOGÍA				0		0
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES		152				37.121
Medicina Interna	0	0				12.032
Infectología	5	152				1.128
Nefrología	0	0			2	1.805
Pediatría						0
Gastroenterología						3.948
Medicina Familiar					3	3.610
Neurología						1.410

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE INGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTA EXTERNA	
Nutrición						2.256
Neumología						3.525
Cardiología					1	2.256
Reumatología						0
Hematología						2.707
Endocrinología						0
Salud Mental					1	2.444
Psicoterapia				1.410		
ANESTESIOLOGÍA				6.830		4.700
UCI 3ra. PLANTA INTERMEDIO	5	304				
UCI 4ta. PLANTA	7	319				
UCI PEDIÁTRICO	0	0				
UCI NEUROCIRUGÍA	7	319				
		0				
PRIVADOS	0	0				
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN					2	7.896
TOTAL	153	11.905	10	6.830	23	99.332
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	10	2.190				
EMERGENCIAS					10	46.074

La variación esperada en el 2016 con relación al año 2015, según la utilización de la capacidad instalada, será:

Hospitalizaciones es de un: **48%**

Procedimientos Quirúrgicos Programado es de: **13%**

Consultas es de un: **7%**

Emergencia es de un: **4.5%**

3. Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2015.

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS 2016
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	33.090
LABORATORIO CLÍNICO	
Hematología Emergencia	12.235
Hematología Laboratorio Central	66.030
Hematología Banco Sangre	62.700
Pruebas Especiales	57.085
Química Sanguínea Emergencia	18.025
Química Sanguínea Lab. Central	318.354
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, PP, PTT y Fibrinógeno	2.295
Bacteriología	22.562
Uroanálisis	8.474
Coprológico	27.125
Serología	8.763
TOTAL	639.107
IMAGENES	
Rayos X	88.693
Sonografía	15.421
Tomografía	11.001
Resonancia	4.134
Panoramica	0
Doppler	0
Estudios Especiales	395
TOTAL	119.644
LAB. ANATOMIA PATOLOGICA	
Biopsia	1.947
Biopsia por congelación	0
Citología	9
Necropsia	0
TOTAL	1.956
FARMACIA	
Recetas Emergencia	46.074
Recetas Hospitalización	154.766
Recetas Quirofanos	6.147
Recetas Curas y Ostomia	10.107
Reducciones y Yesos	11.278
Hemodialisis	12.914
Imágenes	790
	242.076

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS 2016
TOTAL	
MISCELÁNEOS	
Curas y Otomías	10.107
Curas Emergencia	8.953
Suturas	6.953
Reducción y Enyesado	11.278
Hemodiálisis	12.914
Ecocardiograma	2.334
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	12.101
Endoscopias	0

4. Datos para los Cálculos:

i. Estancia promedio utilizada para el cálculo de hospitalizaciones en:

SERVICIOS	Tiempo Promedio Estadías (Días)
ORTOPEDIA	5.0
CIRUGÍA GENERAL	3.0
Urología	3.0
Cirugía Pediátrica	4.0
Cirugía Plástica	3.0
Oftalmología	
Otorrinolaringología	
Cirugía Vascular	4.0
Cirugía Torácica	3.5
Cirugía Ginecológica	
Cirugía Laparoscópica	3.0
NEUROCIRUGÍA	6
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	
HEMODIÁLISIS	7.0
INFECTOLOGIA	12.0
MAXILOFACIAL	3.0
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	4.0
UCI NEURO QUIRÚRGICO	9.0
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	9.0
Estancia General Estimada	4.3 Días

ii. Tiempo promedio estimado para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos:

ESPECIALIDAD	Tiempo Promedio por Procedimientos (Minutos)
Ortopedia	120
Oftalmología	90
Otorrinolaringología	120
Cirugía General	90
Máxilofacial	150
Unidad de Quemados	120
Urología	120
Cirugía Pediátrica	-
Cirugía Plástica	90
Cirugía Torácica	90
Cirugía Ginecológica	90
Neurocirugía	240
Cirugía Vascular	120
Tiempo Promedio General por procedimiento	117 Minutos

iii. Tiempo promedio estimado para las consultas según el Servicio:

ESPECIALIDAD	Tiempo Promedio por Consulta (Minutos)
Ortopedia	16
Cirugía General	13
Unidad Quemados	30
Cirugía Pediátrica	13
Cirugía Torácica	18
Pediatría	15
Gastroenterología	20
Medicina Familiar	13
Cirugía Plástica	28
Neurología	18
Neurocirugía	18
Oftalmología	20
Máxilofacial	10
Otorrinolaringología	18
Ginecología	-
Cirugía Proctología	18
Cardiología	15
Evaluación Pre quirúrgica	15
Nutrición	15
Urología	18
Endocrinología	15
Hematología	13
Reumatología	15
Salud Mental	45
Psicoterapia	60
Cirugía Vascular	10
Infectología	20
Emergencia	80
Medicina Física y Rehabilitación	20
Nefrología	13
Anestesiología	12
Medicina Interna	10
Reumatología	18
Tiempo Promedio General por Consultas	16 Minutos
Atención Emergencia	80 Minutos
Observación Emergencia	12 Horas

iv. Tiempo promedio estimado para la realización de los procedimientos ambulatorios:

PROCEDIMIENTOS	Tiempo Promedio
Cura y Ostomía	20 Minutos.
Reducción y enyesado	30 Minutos.
Hemodiálisis	4 Horas.
Ecocardiograma	30 Minutos.
Despacho recetas emergencia	1- Receta por usuario
Despacho recetas hospitalización	13- Recetas por usuario
Recetas Quirófanos	0.7- Recetas por usuario
Recetas Curas y Ostomia	1- Recetas por usuario
Reducciones y Yesos	1- Recetas por usuario
Hemodiálisis	1- Recetas por usuario
Imágenes (1studios Especiales)	2.0- Recetas por usuario

Cálculo de los Días y/o Semanas Laborables.

Para uso de quirófano en cirugías electivas y consultas serán utilizados en el 2016, 235 días.

Total de días trabajados en el año (235)
Cálculo No. Semanas al año : -----= Total Semanas (47)
No. De días laborables por semana (5)

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

Si el servicio solo realiza la tarea de cirugía o consulta por un día, trabajara solo 47 días de los 235 días.

2 días a la semana son 94 días trabajo.

3 días a la semana son 141 días trabajo.

4 días a la semana son 188 días trabajo.

5 días a la semana son 235 días trabajo.

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

El crecimiento estimado de manera general para los servicios complementarios fue del 10% con relación a los resultados del 2016.

X. METAS PARA EL 2016 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS UEPSS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO “DR, NEY ARIAS LORA”

1. Metas Generales Plan Operativo Anual 2016.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2016
EFICIENCIA	
Rendimiento de Consulta Externa	80%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80%
Tasa de Utilización Quirófanos Cirugías Programadas	80%
Presión de Urgencias	20%
Promedio de Estadía	5
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%
% Desempeño Técnico	90%
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%
Índice de Rotación de Camas	48
CALIDAD	
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0,50%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5,0%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta)	5%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta)	5%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%
% Cumplimiento Procesos.	90%
% Cumplimiento Protocolos.	90%
PRODUCCIÓN	
Total Hospitalizaciones.	11.905
Total Consultas Hospital.	104.126
Total Cirugías Programadas	6.830
Total Emergencia.	46.074
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	33.090
Total Laboratorios Clínicos.	639.107
Total Estudios Imágenes	119.644
Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	1.956
Total Recetas Despachadas	242.076

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2016
SATISFACCIÓN	
% Satisfacción de los Usuarios Externos	90%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%
EJECUCIÓN PLANES	
% Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas	90%
% Cumplimiento Plan de Inversión	90%

2. Estrategias Específicas de Desarrollo de las UEPSS Para el 2016.

DIRECCIÓN GENERAL

1) GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✕ Personal bien informado.
- ✕ Atención rápida y personalizada.
- ✕ Entrega de material informativo.
- ✕ Charlas de Orientación.
- ✕ Brindar un trato humanizado.
- ✕ Personal capacitado para el manejo de conflictos.
- ✕ Proporcionar a los usuarios las vías para hacer reportes de quejas, reclamaciones o sugerencias (formularios, buzones, etc.).
- ✕ Atención a las quejas o sugerencias presentadas.
- ✕ Respuesta a las quejas mediante análisis con los involucrados.
- ✕ Supervisión del cumplimiento del horario de consulta externa.
- ✕ Organización de operativos médicos.
- ✕ Orientación al Usuario.
- ✕ Transmitir al usuario lo importante que es en nuestro centro.
- ✕ Lograr que el usuario reciba respuesta inmediata cuando hace solicitudes, preguntas o quejas

3. Estrategias de Desarrollo de la calidad de los servicios:

- ✕ Revisión periódica del manual de procesos generales.
- ✕ Cumplimiento de los protocolos de actuación de la gerencia.
- ✕ Brindar todas las facilidades a los usuarios.
- ✕ Hacer el trabajo enfocado en los valores para el logro de la misión y visión de la institución.
- ✕ Supervisar la prestación puntual y eficiente de los servicios.
- ✕ Aplicar los formularios de evaluación de satisfacción de las diferentes áreas, para identificar los puntos débiles y hacer recomendaciones.
- ✕ Informar al usuario sobre el curso de su queja, o sugerencia.
- ✕ Realizar reuniones de revisión de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- ✕ Mantener motivado el personal que presta servicio a la gerencia.
- ✕ Informar al usuario sobre el curso de su queja o sugerencia.
- ✕ Realizar reuniones de revisión de quejas, reclamos y sugerencias.
- ✕ Mantener motivado el personal que presta servicio a la gerencia.

4. Requerimientos para el desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

1-Auxiliares de atención al usuario.

b) Capacitación y Educación continua:

3-Diplomado en alta gerencia

1-Diplomado en servicio al cliente

1-Curso agente profesional de call center (10) personas

1-Curso calidad en el servicio

1-Curso ortografía y redacción

1-Curso excell básico y avanzado.

10-Cortesía telefónica.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Recepción:

2- Hand Free (Head Set)

1- Archivo de 2 gavetas

Call Center

4- Head set

1-Computadora

Imágenes

1- Dispensador de turno

1-Pantalla numérica

Consulta Externa:

1- Micrófono conectado a sistema de bocinas exclusivo para esta área

Telecable

10-Filas de asiento.

6 Buzones de sugerencia

4 archivos de escritorio

1 bebedero

d) Habilitación o readecuación de infraestructura.

Habilitación de 4 cubículos para el call center.

Central Telefónica

2) GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL

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

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✕ Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera del hospital.
- ✕ Realización y coordinación de charlas en la comunidad
- ✕ Proporcionar apoyo emocional a los usuarios y sus familiares.
- ✕ Participación de técnicos en el pase de visita
- ✕ Proporcionar facilidades para la implementación de planes de ahorro cirugía electiva
- ✕ Apoyo en el traslado de paciente indigentes y todos los casos que ameriten.

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

- ✕ Realizar evaluación objetiva para la categorización socio económica.
- ✕ Garantizar el cumplimiento de los manuales de proceso y protocolo.
- ✕ Garantizar la satisfacción de los usuarios del servicio.
- ✕ Capacitar al personal para dar el mejor servicio a los usuarios mediante: Diplomados, capacitación continua, talleres, etc.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este período

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

3) GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✖ Promover la institución y la calidad de los servicios que ofrece.
- ✖ Difundir los logros científicos alcanzados por los diferentes departamentos.
- ✖ Dar a conocer el equipo de profesionales que integran el hospital.
- ✖ Dar a conocer a la comunidad la cartera de servicios y las tarifas.
- ✖ Dar a conocer el horario de servicios.
- ✖ Mantener una estrecha relación entre la comunidad y el hospital.
- ✖ Promover la visita de personalidades y representantes de instituciones para darle a conocer el funcionamiento de las gerencias del hospital y la cartera de servicios.
- ✖ Estrechar la comunicación entre los periodistas que cubren el área de la salud y otros.
- ✖ Ofrecer a los medios de comunicación informaciones veraces, actualizadas y de fuentes oficiales en casos específicos.
- ✖ Facilitar a los medios de comunicación las facilidades necesarias para que puedan hacer su trabajo.
- ✖ Mantener el flujo de información con los medios escritos, radiales y televisivos de la región.
- ✖ Realizar conferencias de prensa e invitar a los representantes de los medios de comunicación a visitar el hospital.
- ✖ Creación de la revista social e informativa y la revista científica.
- ✖ Subir la página web del hospital.

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

- ✖ Garantizar la publicidad institucional en los medios de comunicación.
- ✖ Las notas de prensa y otras informaciones serán elaboradas con datos veraces y objetivos.
- ✖ Dejar en funcionamiento la página de acceso a la información pública a través de Comunicación y Relaciones Públicas.
- ✖ Garantizar la vigencia en los medios de comunicación con notas positivas del centro.
- ✖ Se realizarán 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 sobre los servicios que se ofrecen y la integración del personal.
- ✖ Lograr que los jefes departamentales y gerentes tengan presencia con sus aportes escritos en las diferentes publicaciones del hospital.
- ✖ Coordinar desayunos periódicos con la presencia de los directores de cada medio de comunicación y el director general con los subdirectores a fin de promover el establecimiento de salud.
- ✖ Invitar a personalidades de diferentes sectores del país al hospital para que el director general de presente la institución y los trabajos que se están desarrollando.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

No en este periodo.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Facilidades para Curso internacional de relaciones públicas.
- 2- Facilidades para Congreso internacional comunicación en salud.
- 2- Facilidades para Maestría en relaciones públicas.
- 2-Facilidades para taller sobre manejo de información
- 2-Encuentro con periodistas sobre manejo de informaciones de accidentes de tránsito, seguridad vial entre otros.
- 2- Facilidades para diplomado en gerencia de salud.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2-Disco duro de 2 thera
- 2-Memorias USB de 64 GB
- 2-Memorias SD de 64 GB
- 1- Cámara de video
- 1- Cámara fotográfica.
- 1- Fax
- 2- grabadoras
- 1- Televisor
- 1- Radio.
- 2- Archivos.
- 1- DVD
- 1-Impresora multifuncional
- 1-Archivo
- 1-Bebedero.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

4) UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Ofrecer los servicios de calidad con apego a la legislación vigente en el sector salud.
- ✘ Aplicación de la Ley No.340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones.
- ✘ Apoyar los procesos y las estrategias seguidas por el Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora.
- ✘ Representar al HTNAL ante los organismos e instituciones tanto públicas o privadas.
- ✘ Colaborar, asesorar y apoyar las necesidades requeridas por otras áreas del HTNAL.
- ✘ Atender todas las necesidades requeridas por los usuarios-usuarios del HTNAL.
- ✘ Apertura de Oficina de Libre Acceso a la Información Pública (Ley No.200-04).
- ✘ Garantizar la implementación plena de la Ley No. 41-08 (De Función Pública).
- ✘ Garantizar la aplicación efectiva de La Ley No. 60-97 (sobre la organización del cuerpo médico en los Hospitales Dominicanos).
- ✘ Garantizar el uso adecuado del Decreto No.732-04 (que aprueba el reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de salud).

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 del sector salud.
- ✘ Proporcionar un clima agradable fomentando el trabajo en equipo.
- ✘ Evaluaciones periódicas de desempeño al personal del departamento.
- ✘ Brindar facilidades de capacitación al personal de la unidad

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

No en este periodo.

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Maestría en Derecho Laboral

3- Capacitación y actualización del marco legal del sector salud.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Silla ergonómica.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Ampliar oficina Unidad Legal o habilitar otro cubículo.

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

1) UEPSS: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total Ingresos.	2,646	4,088	54%
Total Consultas.	15,781	20,561	30%
Total Cirugías Programadas.	3,334	3,173	-4.8%
Total Reducciones y Yesos	10,927	11,278	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	84%	85%	1%
Promedio de estadía.	8.1 Días	5 Días	-3.1 Días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.8%	0.3%	-0.5%

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

Cirujanos Ortopedistas solo para hacer servicios o guardias presenciales.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✕ Servicio especializado 24 horas.
- ✕ Servicio de emergencia 24 horas.
- ✕ Alta tecnificación de los servicios clínicos y quirúrgicos.
- ✕ Oferta de servicios por unidades medicas de alta especialidad, con ortopedas dedicados unicamente a estas areas como: Reemplazo Articular, Cirugía de columna, pelvis y Acetabulo, Cirugía Artroscópica, Cirugía de trauma.
- ✕ Cirugías electivas no convencionales (reconstrucción ósea)

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

- ✕ Vigilancia en el cumplimiento de protocolos.
- ✕ Vigilancia en el cumplimiento de procesos.
- ✕ Auditoria de expediente clínico.
- ✕ Convenios internacionales y videoconferencias de educación continua y especialización.
- ✕ Revisión constante de procesos y estadísticas.
- ✕ Encuestas periódicas regulares para valorar calidad de servicios.
- ✕ Atención multidisciplinaria de casos críticos.
- ✕ Discusión y análisis de casos.
- ✕ Aumentar experiencia del personal por entrenamiento.
- ✕ Aumentar curva de aprendizaje con entrenamiento periódico del personal.
- ✕ Fomento y promoción de la investigación científica

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

6-Cirujanos ortopedas, solo para las guardias presenciales.

2-Enfermera quirúrgica (técnicos) entrenada en ortopedia, (Instrumentistas), que no roten.

2 Auxiliares de Avanzada en cada turno quirúrgico.

b) Capacitación y Educación Continua:

9- Congreso American Academy Orthopedic Surgery (AAOS), 1- Semana de marzo.

9-Facilidades para participación en congresos nacionales de ortopedia, primer fin de semana de diciembre.

4-Facilidad para participar en Current Concepts in Joint Replacement (2^{da} semana de diciembre).

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Mobiliario.

1- Escritorio con gavetas.

1-Sillón ejecutivo o ergonómico.

Quirúrgicos

4- Mesas quirúrgicas.

8- Posicionadores laterales de la mesa quirúrgica.

8- Mandiles

1- Intensificador de imágenes (Brazo en c) nuevo para columna.

1- Cama quirúrgica radiolúcida..

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Hacer otro cuarto de cura y ostomía para cirugías limpias (no contaminadas).

2) UEPSS: CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES. (Cir. General, Cir. Urológica, Cir. Pediátrica, Cir. Plástica, Oftalmología, Otorrino, Cir. Vascular, Cir. Laparoscópica)

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total Ingresos.	2,596	4,410	70%
Total Consultas.	16,003	23,163	44%
Total Cirugías programadas.	2,165	2,693	24%
Total Curas y Otomías	10,107	11,278	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	93%	85%	-8%
Promedio de estadía.	4.1 días	4 días	- 0.1 Días
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.38%	0.20%	-0.18%

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.
Apertura de fellowship en laparoscopia básica y avanzada.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✖ Ofrecer servicios de Traumatología y Cirugías Electivas, cirugía Vascular, Cirugías urológica, Cirugía oftalmológica, cirugía de cabeza y cuello, Cirugía plástica y reconstructiva, laparoscópicas, ambulatorias y cirugías menores a la población solicitante (ARS, Privados, SENASA, Inter hospitalario) 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 y el mercado internacional.

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

- ✖ Reclutamiento de personal con formación académica excelente y disposición para el Servicio de acuerdo al perfil de cargos.
- ✖ Utilización de equipos e insumos de alta confiabilidad y calidad.
- ✖ Promover el seguimiento de la atención basada en procesos preestablecidos.
- ✖ Aplicación y vigilancia del cumplimiento de los protocolos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

- 1-Ayudante de cirugía (médico general o asistente de cirugía).
- 1-Cirujano de tórax por servicio prestado.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 3- Congreso Latinoamericano de Cirugía , (Peru)
- 1- Participación en entrenamientos nacionales e internacionales de las diferentes subespecialidades (De cada una de las subespecialidades).
- 2- Evaluación morbi mortalidad
- 1-Cirujano intensivista (España), 1 año.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Habilitar central de esterilización.

1- Bisturí Harmónico o ligasure con todos sus accesorios.

1- Actualización de instrumental de bandeja de cirugía laparoscópica avanzada.

1- Completar bandeja de cirugía para cabeza y cuello (otorrino), equipos endoscópicos y microscopio, luz frontal.

1-Endoscopio para estudios gastrointestinal.

1-Broncoscopio .

1- Bandeja para cirugía plástica y reconstructiva.

Completar las bandejas de cirugía general con: separadores maleables de 2 pulgadas, Deavers, pinzas Babcock, clamps intestinal, ángulo recto, pinzas Kelly medianas.

Completar bandeja de cirugía torácica.

Equipar los quirófanos con sabanas térmicas y su calentador.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Instalación de una cámara para telemedicina en el quirófano principal del tercer piso.

Construcción de vestidores y dispensadores de botas, gorros y mascarillas en 3er y 4to piso.

Además lockers para los vestidores.

Pizarras en área de quirófanos 4ta y 3ra plantas para fijar cirugías.

Verificar y completar el equipamiento y funcionalidad de los quirófanos del tercer piso.

Asignación de parqueos al personal médico.

Habilitar un quirófano cirugía menor

3) UEPSS: NEUROCIRUGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total ingresos	1,221	1,582	29%
Total consultas.	5,981	2,507	-58%
Total cirugías programadas.	281	494	76%
Tasa de ocupación hospitalaria.	50%	85%	35%
Promedio de estadía.	4.7 Días	6 Días	1.3 Días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.5%	0.5%	-0.5%

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

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✖ Servicio especializado 24 horas.
- ✖ Servicio de emergencia 24 horas.
- ✖ Alta tecnificación.
- ✖ Mejorar condiciones de remuneración al personal.
- ✖ Cirugías electivas no convencionales.
- ✖ Servicios complementarios especializados.
- ✖ Plataforma de prensa para mercadear los servicios del departamento.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

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

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

- 2- Técnicos instrumentistas (Capacitarlos en el hospital)
- 1- Técnico de Brazo en C (Fijo tercer piso)

a) Capacitación y Educación Continua:

- 5- Participación en congresos nacionales por lo menos una (1) vez al año (Septiembre o mayo)
- 2- Participación en congresos internacionales por lo menos uno (1) al año.

5-Cursos y capacitaciones temporales, organizados por la Sociedad Dominicana de Neurocirugía.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Microscopio.
- 2- Lupas.
- 2- Luz Frontal.
- Equipamiento craneótomo (fresitas).

b) Instrumentos Quirúrgicos

- 1- Set de microcirugía.
- 6- Halo de tracción cervical.
- 1- Cama quirúrgica para cirugía de columna.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

En quirófano de la tercera, completar la habilitación del área de vestidor de los médicos
Finalizar el área de comunicación del ascensor con el área gris de los quirófanos en la cuarta y la tercera.

4) UEPSS: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total Ingresos	0	0	0
Total Consultas.	7,866	7,896	0.3%
Total Sesiones de Rehabilitación	30,082	33,090	10%
Tasa de mortalidad intrahospitalaria	0%	0%	0%

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.
Creación Unidad de Terapia de lenguaje y ocupacional.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✕ Inducción a demás servicios.
- ✕ Apertura de nuevas áreas; terapia ocupacional, del lenguaje, electromiografía.
- ✕ Iniciar clínica de amputados, clínica de lesión medular y trauma cráneo encefálico.
- ✕ Continuar divulgación a la comunidad sobre la cartera de servicios de la gerencia.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✕ Completar equipamiento área de terapia física.
- ✕ Creación y equipamiento área de terapia ocupacional
- ✕ Realizar mantenimiento preventivo y garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos.
- ✕ Garantizar el cumplimiento de la aplicación de los protocolos.
- ✕ Garantizar el cumplimiento de los procesos.
- ✕ Tomar decisiones en base al análisis de los datos producidos en la gerencia.
- ✕ Garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

- 1- Psicólogo terapeuta del lenguaje
- 1- Licenciada en enfermería
- 1- Auxiliar de avanzada.
- 2- Terapeutas ocupacionales.
- 4- Licenciados en Terapia Física

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Curso de servicio al cliente.
- 2- Facilidades para participar en congreso nacional
- 2- Facilidades para participar en congreso internacional

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- Completar equipos y adquisición de otros para nuevas áreas.
- 1- Pantalla para mostrar los turnos de atender los pacientes.
- 6- Filas de hileras de asientos para la sala de espera.

- 4- Camillas para fisioterapia
- 1- Tallímetro.

Equipos y material para áreas de terapia física, ocupacional y del habla:

- 2- Esfigmomanómetros de mercurio de pared.
- 2 camillas de fisioterapia
- 4- Muletas canadienses.
- 1- Espejo cuadriculado.
- 12-Compresas calientes

b) Equipos médicos:

- 1- Electromiógrafo con potenciales evocados somestésicos medulares (de carbono)
- Electrodos.
- Electrodos de aguja y de superficie
- 1- estimulador eléctrico
- Cables de anillo (sensoriales)
- 1- Dinamómetro de mano

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Readecuar un espacio para un tercer consultorio, área de terapia ocupacional y terapia de habla.

5) 2UEPSS: EMERGENCIA / URGENCIA

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total Usuarios Observación		-	-
Total Atenciones Emergencia	44,077	46,074	4.5%
Presión de Urgencia	33.6%	20%	-13.6%
Tasa de mortalidad BRUTA intrahospitalaria.	0.9%	0.29%	-0.61%

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

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✘ Trato humanizado y personalizado con los usuarios.
- ✘ Servicio especializado 24 horas.
- ✘ Interconsultas de emergencia con especialistas y sub-especialistas afines las 24 horas.
- ✘ Alta tecnificación en procedimientos de emergencia (desfibrilación, cardioversión, intubación endotraqueal, acceso vascular, toracotomías, sondas vesicales suprapúbicas, etc.)
- ✘ Realizar mantenimiento preventivo y garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos.
- ✘ Realizar la limpieza y desinfección adecuada de las diferentes áreas de atención a los usuarios.
- ✘ Mejorar condiciones remuneración del personal.
- ✘ Plataforma de prensa para mercadear los servicios de la gerencia.
- ✘ Tecnología de punta, con todos los estándares de calidad.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Finalizar el proceso de estandarización de los protocolos de actuación
- ✘ Vigilancia en el cumplimiento de protocolos
- ✘ Monitoreo de los procesos
- ✘ Procesamiento de datos estadísticos y elaboración de informes mensuales
- ✘ Auditoria de expediente clínico.
- ✘ Convenios internacionales y videoconferencias de educación continua y especialización.
- ✘ Encuestas de satisfacción de los usuarios.
- ✘ Discusión y análisis de casos.

a) Recursos Humanos:

- 2- Médicos generales
- 2-Seguridad fijo
- 3-Avanzada fijo

b) Capacitación y Educación Continua:

- 3-Cursos de PHTLS (Todo el personal)
- 4-Cursos de ACLS (Resucitación cardiopulmonar avanzada) (Todo el personal)
- 4-Facilidades ITLS Avalado por la AHA
- 2- Congreso Intl de Traumatología y Ortopedia
- 4- Facilidades Congreso Nacional de Emergenciología

- 1-Curso Inteligencia Emocional
- 1-Curso Manejo de Estrés
- 1-Curso Ventilación Mecánica
- 1-Curso Primeros Auxilios, RCP y DEA
- 1- Radiología Básica y Avanzada

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 3- Mesas de metal para equipos de sutura.
- 1-Sillas para sala de espera de familiares
- 1- TV para sala de espera

MANTENIMIENTO

- Cambio de 3 sillas de espera en filas.
- Pintura de 8 lámparas cuello de ganso
- Pintura para 15 pies de suero
- Pintura para anaqueles de estación de enfermería
- Reparación de baño del personal
- Habilitar área de ducha.

Área de Reanimación

Reparación de:

- Cristal de las vitrinas
- 2 mesas de metal
- El timbre.
- Puertas de metal
- Blanqueamiento de piso
- Cambio de lavamanos.

Área de Atención / Observación

Reparación de:

- Pintura par 15 pie de suero
- Pintura para anaqueles de estación de enfermería
- 3 mesas de metal

Para Ambulancia

- 1- Ventilador portátil
- 1- Equipo de aspiración portátil con sondas.
- 1- Set material para inmovilización general (Fernokit)
- 1- Camilla cuchara o tijera o tabla espinal larga con cinturones de seguridad (tipo araña)
- 2- Recipiente con compartimiento para medicamentos con sistema de clasificación por colores, (Botiquín tipo bulto)

Para área de Reanimación

Adquisición de:

- 2- Pie de suero
- 2- Esfigmomanómetro portátil

- 2- Tijera de trauma
- 2- Sonógrafo portátil.
- 1-Tanque de oxígeno portátil.

Para área de Triage

Adquisición de:

- 6- pie de suero
- 2- tijera de trauma

Para área de Atención / Observación

Adquisición de:

- 20- Sillas para acompañantes de pacientes
- 2-Tijera de trauma
- 1- Juego de cortinas
- 1- Computadora

Muebles y Computadoras:

Muebles para los dormitorios de los médicos, (mesita de noche, librero, TV, neverita ejecutiva, etc.)

- 1-Sillón de descanso.
- 2- Mesitas de noche.
- 6-Hileras de asiento de 4 (Muebles sala de espera de familiares).
- 1- TV para transmisión de informaciones en sala de espera de familiares.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Módulo para computadoras en triage.

Lavamanos sala de triage, (modular)

Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera, (Ver propuesta del gerente)

Ampliación de área de reanimación.

Ampliación oficina de la gerencia de emergencia.

Habilitar área de espera usuarios emergencia.

Habilitar baño ducha y barandas para el aseo usuarios.

6) UEPSS: ANESTESIOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total Consultas.	4,367	4,700	7.6%
Total Procedimientos programados.	6,031	6,830	13%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0%	0%	0%

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

Creación de Unidad de Manejo del Dolor
Crear la unidad de Neuroanestesia

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✕ Servicio especializado 24 horas.
- ✕ Servicio de emergencia 24 horas
- ✕ Alta tecnificación
- ✕ Mejorar condiciones de remuneración al personal
- ✕ Procedimientos anestésicos no convencionales en manejo en vías aéreas y dolor.
- ✕ Servicio complementarios especializados

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✕ Vigilancia en el cumplimiento de los protocolos.
- ✕ Vigilancia cumplimiento de los procesos.
- ✕ Convenios internacionales y vídeo-conferencias de educación continua y especializada.
- ✕ Discusión y análisis de casos.
- ✕ Aumentar experiencia del personal con entrenamiento.
- ✕ Aumentar curva de aprendizaje.
- ✕ Revisión y análisis de los procesos estadísticos.
- ✕ Valorar por encuesta la calidad de los servicios.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y Educación Continua:

- 5-Participación en los cursos/talleres de recertificación en anestesiología, impartido por la Sociedad Dominicana de Anestesiología. Mayo y Noviembre
- 5-Desarrollar conferencias con conferencistas tanto internos como externos.
- 5-Apoyo en la participación a congreso Internacional
- Apoyo para la realización en maestrías de gestión

b) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Comprar canister de una máquina de anestesia.

1- laringoscopio de fibra óptica.

3- Broncoscopio de fibra óptica.

1-Neuroestimulador

1-Bis

8-Blower (mantas térmicas).

Mantenimiento de equipos

Sensores de capnografía

Calibración de vaporizadores de anestesia.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Completar la habilitación de estar médico 4^{ta} planta

7) UEPSS: MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES. (Med. Interna, Infectología, Pediatría, Gastroenterología, Med. Familiar, Neurología, Nutrición, Cardiología)

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total ingresos	91	152	40%
Total Consultas.	33,824	37,121	10%
Ecocardiograma	0	0	0
Tasa de ocupación hospitalaria.	0	0	0
Promedio de estadía.	0	0	0
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0	0	0

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

Creación Unidad Quirúrgica.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✘ Realizar las evaluaciones preoperatorias y canalizando de manera eficaz la respuesta de cualquier interconsulta solicitada a subespecialistas del área clínica.
- ✘ Estabilizar las enfermedades que el paciente ya padezca, disminuyendo así la posibilidad de descompensación de la misma, brindando una recuperación post-operatoria satisfactoria.
- ✘ Mercadear los servicios de la Gerencia de Medicina Interna se vayan implementando a toda el área de influencia del hospital.

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

- ✘ Colaboración y supervisión constante del desenvolvimiento de todos nuestros colaboradores.
- ✘ Auditoria de expediente clínico.
- ✘ Revisión constante de estadísticas.
- ✘ Encuestas periódicas regulares para valorar las necesidades de nuestros usuarios y calidad de nuestros servicios.
- ✘ Atención multidisciplinaria de casos críticos.
- ✘ Discusión y análisis de casos.
- ✘ Mejorar tecnología.
- ✘ Apertura de la unidad cardiológica
- ✘ Equipamiento de la unidad gastroenterológica
- ✘ Equipamiento del área neumológica

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

No en este periodo

c) Capacitación y Educación Continua:

10-Asistencia a congresos nacionales e internacionales escogidas por cada especialidad.
Asistencia a entrega de guardia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Bandeja
- 2- Silla de oficina

Gastroenterología.

Equipos para la realización de los estudios:

- 1- Computadora.
- 1- Torre que incluye gastroscopio y colonoscopia/ recto-sigmoidoscopio con impresora.
- 2- aspiradores.
- 1- Mesa para el lavado de los equipos.
- 2- Cubetas para el lavado de los equipos.
- 1- Estante / closet para guardar equipos.
- 1- Dispositivo para limpiar y destapar los equipos.
- 1- Equipo de prueba de fuga.
- 2- Set Pinzas para la toma de biopsias (gastroscopio/colonoscopia).
- 2- Pinzas de esclerosis de úlceras.
- 4- Cepillos para el lavado de equipos.
- 2- Pinzas de extracción de cuerpos extraños.
- Frascos estériles para toma de biopsias.
- 3- Pie de suero.
- 2- Camillas.
- Tanque de oxígeno.
- Oxímetro portátil.
- 1- Set ambú / estetoscopio/ esfigmomanómetro.
- Batas médico quirúrgicas desechables/ gorros y mascarillas/zapatos.
- Batas de usuarios/pantalón tipo bermuda con abertura en área de entrepierna para los usuarios.
- 1 Chequeo por la casa distribuidora de los equipos c/ 2/ 3 meses.

Medicamentos e insumos:

Hidrocortisona ampollas
Fendramin ampollas
Metroclorpramida ampollas
Muvett ampollas
Gastop / cimeticona frasco
Adrenalina
Midazolam ampollas
Sertal simple / propinoxato ampollas
Material gastable: jeringas 10cc/5cc/20cc de bulbo
Maripositas 22/23
Bajantes suero
Sol salina 0.9%, sol mixta al 0.33%, lactato ringer
Riñoneras, boquillas, bomboneras

Papel para las camillas/ sabanas
Algodón / alcohol, betadine, gasas
Zidex plus
Formol

Neumología.

Equipos:

03- agujas de biopsia pleural tipo Abrams.
Bandeja para esterilizar.
Monitor con oxímetro de pulso.
01- nebulizador.
06- riñoneras.
01-Camilla para procedimientos.
01- silla de ruedas.
01Tanque de oxígeno.
01-Bandeja de paro cardiorrespiratorio.

Neurología.

1- Electroencefalógrafo

Nutrición

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Área de preparación con identificación.

Paredes y techo de color claro y liso, construida de material que pueda limpiarse con facilidad.

Área que debe estar protegida de insectos, roedores, etc. Iluminación y ventilación adecuada.

Instalación de agua potable, con llave de rejilla grande. Vestidores y baños de fácil acceso para el personal.

Área de mantenimiento con sus insumos (escobas, desinfectantes, suaper, recogedor, zafacones).

Habilitar con divisiones uno de los consultorios para 2 espacios para consulta.

Equipamiento del Área de Alimentación Enteral:

1-Lavamanos.

2-Fregaderosdeaceroinoxidable.

2-Dispensadordejabón.

2-Dispensadordetoallasdesechables.

1-Meseta de trabajo (de superficie lisa, formica).

12-Gabinetes.(12) 6 parte superior–6 parte inferior

8) UEPSS: UNIDAD DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Hemodiálisis	11,740	12,914	10%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0%	0%	0%

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

No en este periodo

2. Estrategias de Mercado y Competitivas

- ✘ Garantizar el servicio especializado de Nefrología y Hemodiálisis mediante el apoyo a todas las situaciones que se presenten en el campo de la Cirugía, Traumatología y Cuidados Intensivos.
- ✘ Realizar las evaluaciones nefrológicas preoperatorias cuando sean requeridas.
- ✘ Ofrecer tratamiento sustitutivo renal a usuarios crónicos ambulatorios d calidad y eficiencia.
- ✘ Brindar al usuario de hemodiálisis crónica el apoyo de otras gerencias o servicios como nutrición, infectología, fisiatría, epidemiología, psicología y psiquiatría.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Colaboración y supervisión constante del desenvolvimiento de todos nuestros colaboradores.
- ✘ Auditoria de expediente clínico.
- ✘ Revisión constante de estadísticas.
- ✘ Encuestas periódicas regulares para valorar las necesidades de nuestros usuarios y calidad de nuestros servicios.
- ✘ Atención multidisciplinaria d casos críticos.
- ✘ Discusión y análisis de casos.
- ✘ Mejorar tecnología.
- ✘ Supervisar y controlar la calidad del sistema de agua de hemodiálisis.

4. Requerimientos para Desarrollo de las UEPSS:

a) Recursos humanos

2- Nutriólogos (en horario a.m. y p.m., para seguimiento pacientes de hemodiálisis)

b) Capacitación y educación continua

1-Revisión y actualización anual de los procesos de la gerencia

5-Asistencia a congresos nacionales e internacionales tanto a los médicos del área como a las enfermeras.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Bebedero

Colocación de fijadores de pared para oxígeno

1-Lámpara de emergencia

1-Desfibrilador

1-Escáner.

100-Folder para expedientes

d) Readecuación y/o habilitación de infraestructura.

No en este período

9) UEPSS: UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA (UCI 4ta., UCI 3era., UCI Neurotrauma)

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total ingresos	963	942	-2.2%
Tasa de ocupación hospitalaria.	63%	85%	22%
Promedio de estadía.	5.6 Días	6 Días	0.4 Días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	43.8% (4ta. Y 3era)	20%	-23.8%

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

No en este período.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas:

- ✘ Manteniendo la calidad de los servicios y la institucionalidad del centro.
- ✘ Personal capacitado, actualizado y profundamente humanizado.
- ✘ Hacer de la UCI una unidad productiva que no deje pérdidas.
- ✘ Optimizar el manejo de los usuarios en la UCI para corregir dolencias en breve espacio de tiempo para acortar el tiempo de duración de los mismos en la unidad
- ✘ La estrategia de promoción será llevada a cabo mediante mecanismos internos y externos: la promoción interna se realizara a través de murales que se colocaran en el hospital en donde se expondrán casos clínicos de usuarios manejados en la UCI de manera adecuada.
- ✘ Exposición de los casos manejados en la UCI y aprendiendo de los mismos. Manteniendo auto criticidad de nuestros fallos para crecer.
- ✘ La promoción externa: se realizara a través de contacto con otras gerencias y acuerdos para recibir usuarios calificados.
- ✘ Dar conferencias para promocionar el hospital y la UCI en la sociedad de medicina crítica y congresos afines.
- ✘ Uso racional y adecuado de la prensa radial y escrita y la pagina web.
- ✘ Abrir otras unidades intensivas de adulto polivalente, de trauma y neurocirugía. Con equipamiento adecuado y competitivo aprovechando el déficit de camas en el país y venderlas a las diferentes ARS y clínicas del país. Esto se haría a través de una promoción de la Dirección haciendo acuerdos con las diferentes ARS. Elaborando cuotas asequibles para usuarios privados que requieran los servicios y cobrando a las ARS cuotas justas que permitan operar con calidad.

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

- ✘ Supervisión constante de la calidad, identificando e implementando nuevas fórmulas para mejorar la misma.
- ✘ Mantener una tasa de mortalidad por debajo de los intervalos de referencia a nivel nacional e internacional y que las defunciones que se produzcan sean las inevitables.
- ✘ Protocolizar otras patologías frecuentes y respetar los mismos.
- ✘ Talleres de atención al cliente

- ✖ Optimizar el personal para la asistencia al paciente crítico: 1 enfermera para 2 usuarios estables y 1 enfermera para 1 paciente crítico, 1 médico por cada 4 camas junto al médico general.
- ✖ Reducir la iatrogenia y aprender de las mismas.
- ✖ Perseguir y sancionar la negligencia del personal
- ✖ Premiar las buenas acciones y el trabajo extraordinario de los empleados
- ✖ Abrir las discusiones de casos en el equipo y poner a prueba los conocimientos adquiridos.
- ✖ Selección de personal responsable y con vocación de servicio, capaz de respetar y seguir los lineamientos del hospital Dr. Ney arias.
- ✖ Contar con los recursos necesarios para equipar la UCI y dotar de medicamentos e insumos requeridos.
- ✖ Que exista voluntad y recursos para la capacitación del personal y reducir la burocracia que entorpece la consecución de los recursos.
- ✖ Contar con un equipo quirúrgico excelente.
- ✖ Unidad intensiva equipada con un personal bien capacitado
- ✖ Servicio de imágenes y laboratorio eficiente.
- ✖ Servicio de agua potable y buen control de excretas.
- ✖ Preparar y capacitar al personal en los procedimientos para los cuales son más afines.
- ✖ Mantenimiento de equipos y calibración perfecta de los mismos.
- ✖ Utilizando medicamentos confiables y de buena calidad que garanticen el éxito de los tratamientos aplicados; modernizando cada día mas nuestros diagnósticos.
- ✖ Capacitando nuestro personal con cursos, talleres, congresos nacionales e internacionales.
- ✖ Mejorando la calidad de vida de nuestro personal para el estímulo de mantener su entrega y actitud humanística.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

UCI 4to. piso

- 1- Terapeuta respiratorio.
- 2-Médico especialista turno mañana.

UCI 3er Piso

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Rotación por el Hospital de Río Piedras Puerto Rico (Unidad Intensiva)
- 1-Curso avanzado de ventilación mecánica para médicos y enfermeras.
- 1-Curso servicio al cliente para personal asistencial.
- Facilidades congreso multidisciplinario de medicina crítica y neumológico (Arizona).
- Facilidades congreso medicina intensiva de la sociedad española.
- Facilidades VII Congreso Iberico de Medicina Intensiva.
- 1- Plaza Maestría en Alta Gerencia (Universidad Católica)

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2-Respirador automático portátil
- 3-Medias de compresión intermitente con blower.
- 9- Lámparas cuello de ganso.

2-Colchones maxipédicos o postopédicos.

1-Mesita de medicación

3-Monitores de monitoreo continuo

1-Máquina de gases arteriales.

1-Bebedero

Calibración por un biomédico de los monitores y respiradores

1- Camilla para traslado de pacientes

5-Camas de posición

5-Sillas para el personal

1-Ventilador portátil.

UCI 3er piso:

2-Nebulizadores

2-Camarotes para médicos y enfermeras.

1-Maquina gasometría.

3-Lamparas de calor

1-Bebedero.

Colocación de monitoreo central en las tres unidades.

2-Mascaras de ventilación mecánica no invasiva.

1- Lavamanos en la entrada

1-Oxímetro portátil

7-Monitor central

2-Monitores

5-Aspiradores portátil

10-Colchones de aires antiescara

10-Brazaletes

1-Ventilador portátil

5-Monitores con oximetría

7-Nebulizadores

1-Maquina de gasometría

1-Esfigmomanómetro portátil

3-Lámparas de calor

UCI Intermedio:

15-Colchones de aire antiescara

1-Sillon reclinable.

2-Aspiradores

1-Neverita

1-Mesa de cura

1-Anaquele

2-Lamparas de calor

1- Lavamanos en la entrada

2-Aspiradores

5-Colchones de aires antiescara

1-Bebedero

5-monitores con oxímetro

2-nebulizadores

1-nevera

- 1-lavamanos modular
- 2-canasta de transportar los medicamentos
- 2-lámparas de calor
- 1-mesa de cura
- 1-Electrocardiografo

UCI 4to. piso:

- 1- Lavamanos en la entrada
- Reparación y equipamiento del 6to. Cubículo
- 7-Oxímetros
- 1-Maquina de gases arteriales
- 1-Respiradores portátiles (para traslado de los pacientes cuando se les va a hacer estudios al área de imágenes)
- 6-Monitores
- 1-Monitor portátil
- 5-Camas
- 1-Aire Acondicionado para el área de aislamiento
- 2-Oxímetro portátil
- 5-Colchones de aires antiescara
- 1-ventilador portátil
- 3-nebulizadores
- 1-Maquina de gases arteriales
- Set para Traqueotomía Percutánea

d) Reparación y/o habilitación de infraestructura

- Separación de cubículos de UCI
- Lavamanos a la entrada de cada una de las Unidades de Intensivo
- Seguridad electrónica en las puertas de cuidados intensivos
- dialítica a pacientes en estado crítico

10) UEPSS: SALUD MENTAL

INDICADOR	RESULTADOS 2016	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total consultas.	743	2,444	229%
Total Psicoterapia y Consultas Psicología	788	1,410	79%

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

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✕ Servicio especializado 8 horas.
- ✕ Servicio de emergencia 24 horas.
- ✕ Alta tecnificación.
- ✕ Mejorar condiciones de remuneración al personal.
- ✕ Servicios complementarios especializados.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

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

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y Educación Continua:

Habilitación docente

1-Maestría en gerencia en salud.

Facilidades para participación en congresos (Psicólogos y psiquiatras)

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Computadora

1-Telefono (Oficina)

Pruebas Psicométricas:

Torre de Hanoi
Figura humana (DFH)
Dibujo de la familia de Koppitz
16 FP-C
Test de tablouse
Test de clave de número de Wais III
Escala de memoria de Wechsler
Test de StroopPASAT
Disección de líneas y letras

d) Readecuación y/o habilitación de infraestructura.

No en este periodo.

11) UEPSS: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Total ingresos	485	730	50%
Total consultas.	3,248	3,384	4.2%
Total cirugías programadas.	152	470	209%
Tasa de ocupación hospitalaria.	69%	85%	16%
Promedio de estadía.	3 Días	3 Días	0 Días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.0%	0%	0%

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

Creación comité de Trauma Facial

Creación comité de Tumores

Creación unidad de Cirugía Ortognática

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Aplicar todas las técnicas quirúrgicas modernas científicamente aprobadas.
- ✘ Uso de materiales de alta calidad en el mercado.
- ✘ Personal médico altamente especializado.
- ✘ Tecnología de punta, con todos los estándares de calidad.
- ✘ Trato humanizado y personalizado con los usuarios.
- ✘ La implementación de cirugía innovadora como el uso de implantes óseo integrado, así como cirugía reconstructiva y ortognática.
- ✘ Lograr los contratos con de las diferentes ARS para ampliar la cobertura de los servicios quirúrgicos y de ingresos. Aumentar la cantidad de usuarios y evitar los de alta a petición.
- ✘ Promocionar tratamientos y procedimientos quirúrgicos como son: cirugía ortognatica, cirugía de labio y paladar hundido, para los cuales contamos con los recursos humanos e insumos necesarios para realizarlas.

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

- ✘ La implementación y vigilancia al cumplimiento de los protocolos y manual de organización de la gerencia.
- ✘ Hacer eficiente al máximo los servicios en cantidad y calidad con criterios médico- científico, basado esto en conocimiento actualizados con humanización y ética.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

5-Conferencias de casos clínicos.

2-Congreso Sociedad Latinoamericana de Cirugía Cervicomaxilofacial.

Curso-taller de Cirugía Ortognática, mayo 2016

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Equipo de cirugía ortognática

Readecuación de la bandeja quirúrgica

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

No en este período.

12) UEPSS: LABORATORIO CLÍNICO

PRUEBAS	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Hematología Emergencia	11.123	12.235	10%
Hematología Laboratorio Central	60.027	66.030	10%
Hematología Banco Sangre	57.000	62.700	10%
Pruebas Especiales	51.895	57.085	10%
Química Sanguínea Emergencia	16.386	18.025	10%
Química Sanguínea Lab. Central	289.413	318.354	10%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, PP, PTT y Fibrinógeno	2.086	2.295	10%
Bacteriología	7.704	8.474	10%
Uroanálisis	24.659	27.125	10%
Coprológico	7.966	8.763	10%
Serología	32.236	35.460	10%
TOTAL	548.770	639.107	

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

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✘ Mercadear el hospital y los servicios de laboratorio mediante la prensa, radio, televisión y brochure que oferten los servicios que brindamos a los usuarios familiares y amigos que nos visitan.
- ✘ Material gastable para transporte de muestra con logo del hospital.
- ✘ Sombrillas, lapiceros y otros ítems de utilidad que posean el logo del hospital.
- ✘ Implementación de un sistema operativo de gestión con interfase para reducir lo que son los errores y tiempo de espera en la entrega de resultados de 1 a 24 horas
- ✘ Aumento de la calidad y veracidad de los resultados ofrecidos al os usuarios
- ✘ Aumentar el personal de facturación hasta las 4:00 p.m.

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

- ✘ Automatizar la entrada de las indicaciones médicas de los usuarios para disminuir el tiempo de duración de estos en el laboratorio.
- ✘ El uso de los códigos de barra para agilizar la toma de muestra.
- ✘ Todos los procedimientos se realizan cumpliendo estrictamente las medidas de bio-seguridad.
- ✘ Cumplimiento de protocolos y manual de procesos.
- ✘ Implementar un sistema de calidad basado en las normas ISO 15189 : 2007
- ✘ Coordinar con las áreas correspondientes la pre y post consejería para los usuarios con prueba de HIV indicada.
- ✘ Adecuar al personal. Área física y procesos de gestión para ajustarnos a los lineamientos referidos a la norma ISO.
- ✘ Adquisición de nuevos equipos de alta precisión en las área de química, bacteriología orina, serología, y banco de sangre, aumentando nuestra capacidad de productividad, rapidez y precisión en las analíticas realizadas.
- ✘ Control de calidad externo (Contralab).

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

2-Auxiliar de limpieza (horario matutino para lavado y esterilización de la cristalería)

1-Bacteriologa

6-Tecnicos flebotomistas

1-Digitador

b) Capacitación y Educación Continua:

Diplomado, maestría y especialidades que imparten las diferentes universidades:

1-Especialidad hematología.

4-Cursos de orina, coprológico

1- Alta Gerencia Moderna en Salud

Curso paquete de office

1-Curso toma de muestra y actualizaciones.

2- Actualización en Parasitología y Urinalisis

1-Taller determinación y manejo en pruebas especiales

1-Taller de lavado de cristalería

Auditoria interna

Congresos nacionales para 6 colaboradores

1-Facilidad para congreso internacional.

1-Taller normas de bioseguridad

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Neveras (muestras, reactivos sin usar, ejecutiva para banco de sangre), VIDAS, ELECCYS 2010

1-Sellador de unidades

1-TV sala espera donantes.

1-Nevera mediana (para almacenar las muestras de los pacientes).

4-Sillas ergonómicas (para la toma de muestra).

1-Sistema de seguridad con llaves electrónicas para la puerta del laboratorio.

1-Televisor para Banco de Sangre.

4- Sillones para banco de sangre.

Otros:

1-Kit de primeros auxilio.

7-Silla para flebotomía (Impermeables)

12-Monitores táctil con base a la pared para las tomas de muestras

9-Impresoras pequeñas de Label para toma de muestra (Código de barra)

4-Canastas para la toma de muestra.

1-Mesa de dos niveles para colocar las canastas de planta y emergencia.

12-Zafacones de metal con tapa (toma de muestra y las áreas de proceso)

18-Proctector de Pantalla

4-Balanza agitadoras de bolsas de sangre

4-Esfigmómetro de pared

3-Estetoscopio

- 1-Centrífuga Cerafuge
- 3-Filas de asientos de 5 para sala de espera de Banco de sangre
- 4-Termómetros para las neveras.
- 3-Cestillos de vidrio para cubetas de tinción
- 3-Pipetas de 50, 100, 1000 Lamdas
- 1-Bano de maría seco
- 14-Gradillas en metal
- 6-Cronometro
- 2-Cilindros
- 2-Probetas de 500 Y 1000 ml
- Tapizar todas las sillas en material impermeable
- 1-Impresora multifunción
- Pijamas para las áreas de proceso
- 1-Lavadora de dos niveles (lavado, enjuagado y secado).
- 1-Librero para los manuales y libros de consultas.
- 3-Tramos de en metal.
- Mural en cristal con todas las serie blanca de Hematología
- Norma de Bioseguridad, orina y coprológico.
- 4-Mural en cristal.
- 2-Locker de 15 compartimientos.
- 3-Placas de VDRL
- 2-Placas de antígenos Febriles
- 1-Cepas control para Bacteriología
- 3-Tijeras metálicas
- 6-Pelotas terapéuticas manuales.
- 2 archivos (4 y 2 Gavetas)
- 6-Revisteros con base en la pared
- 1-Interfase para el equipo Dirui
- 1-Incubadora mediana
- 4-Atlas de hematología (Series blancas, orina, coprológico)
- 3-Sillas secretariales.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Ampliación área toma a de muestra.

Habilitar puerta de salida de emergencia.

Reubicar área de descanso.

Sistema de purificación de agua.

1-Cambio de meseta en metal para Bacteriología

1-Media pared para los departamentos de Hematología, Pruebas Especiales y Química clínica para aprovechar los espacios y colocar equipos. Laminado oscuro de la puerta del área de proceso, bacteriología y Banco de Sangre.

1- Puertas en cristal ahumado en Bacteriología

13) UEPSS: IMÁGENES

ESTUDIOS	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Rayos X	80.630	88.693	10%
Sonografía	14.019	15.421	10%
Tomografía	10.001	11.001	10%
Resonancia	3.758	4.134	10%
Panorámica	0	0	0
Doppler	0	0	0
Estudios Especiales	359	395	10%
TOTAL	108.767	119.644	10%

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

No en este periodo

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✘ Utilizando brochure que promueva la oferta de servicios de la gerencia.
- ✘ Colocar toda la oferta de imágenes diagnóstica con la que contamos en el hospital en los sobre donde se introducen las placas para entregarlas a los usuarios.
- ✘ Ofrecer charlas educativas y de orientación, mientras los usuarios esperan para ser atendidos donde se les explique los estudios podemos realizar además de los que ellos se están haciendo.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Comprando materiales gastables competitivos que cumplan con las especificaciones requeridas por la gerencia de imágenes.
- ✘ Garantizar de los colaboradores realizar estudios con calidad, en un tiempo promedio y con criterio técnicos aceptables, de acuerdo a lo establecido en los protocolos de la gerencia.
- ✘ Brindar a los usuarios un trato amable y cordial.
- ✘ Informar a los usuarios cuando y a que hora retirar sus resultados y sensibilizarlos sobre la importancia de retirarlos.
- ✘ Garantizar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y del manual de procesos y protocolos de actuación.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

3-Medicos sonografistas para los servicios.

b) Capacitación y Educación Continua:

8-Congreso Sociedad Dominicana de Radiología

1-Curso de protección radiológica para todo el personal de la gerencia

6-Cupos para curso de auditoria interna.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Tomógrafo Multidetectores (Mínimo 16 detectores)

1- Transductor intracavitario.

1- Transductor curvo para el equipo Aloka

1-Sonógrafo portátil para los pacientes de Emergencia, UCI y la planta

1-Archivo pequeño de 2 gavetas con llaves

10-Hilera de asientos para 5 personas

1-Impresora Label

1-Fotocopiadora multifuncional.

1- Tubo Generador de Rayos X para dos Brazo en C.

5- Chasis, medida 14x14

5- Chasis, medida 14x17

Sistema risk-pacs para la interpretación y visualización de los estudios de imágenes

Pieza bandeja de chasis equipo rayos x telecomando

Pintar los equipos de rayos X

Reparación de tomógrafo y resonador.

1-DVD para el lobby

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

Habilitación de área de archivo de imágenes con estantes en madera.

Colocar puerta divisoria entre las diferentes áreas del departamento de imágenes.

Construcción vestidor para el equipo1 de rayos X

Habilitación con divisiones en madera del área para almacén de insumos del departamento.

14) UEPSS: ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTUDIOS	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Biopsia	1.770	1.947	10%
Biopsia por congelación	0	0	0%
Citología	8	9	10%
Necropsia	0	0	0%
TOTAL	1.778	1.956	

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

Creación de Unidad de Punción de Biopsia por Aguja Fina de tiroides en coordinación con el servicio de sonografía.

[Creación de Unidad para Biopsias por Congelación](#)

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✖ Rapidez en la entrega de reportes (24 horas para citologías; 72 horas para biopsias que no requieran procesamientos o tinciones especiales)
- ✖ Calidad diagnóstica
- ✖ Oferta de servicios especiales (improntas, tinciones especiales).
- ✖ Trato humanizado y con máxima cortesía
- ✖ Inclusión en los reportes de microfotografías de la lesión histopatológica
- ✖ Difusión de la información y orientación pertinente al usuario
- ✖ Equipo de colaboradores altamente capacitado

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✖ Garantizar el cumplimiento de los protocolos y manual de procesos.
- ✖ Capacitación del personal
- ✖ Fomento de la buena comunicación médico remitente-patólogo
- ✖ Adecuación del espacio físico
- ✖ Suministro a tiempo de insumos y materiales
- ✖ Evaluación continua del personal
- ✖ Entrevistas periódicas a los usuarios sobre sus necesidades en cuanto a los servicios ofrecidos por Anatomía Patológica.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

- 1- Histotecnólogo.
- 1-Médico patólogo.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2-Cursos de actualización en citopatología
- 2- Curso sobre calidad de los procesos
- Capacitación sobre legislaciones nuevas y el código penal
- Capacitación sobre humanización de los servicios de salud

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

4-Estantes.
4-Anaqueles.
4-Archivos.
2-Escritorios.
1-Computadora.
Cortina para ventana área de macroscopia
Reparación de criostato

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

Habilitar un armario cerrado para almacenamiento de especímenes.

15) UEPSS: FARMACIA

INDICADOR	RESULTADOS 2015	RESULTADOS ESPERADOS 2016	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2016
Recetas Emergencia	45.774	46.074	0,7%
Recetas Hospitalización	104.923	154.766	47,5%
Recetas Quirófanos	7.222	6.147	-14,9%
Recetas Curas y Ostomía	9.066	10.107	11,5%
Reducciones y Yesos	10.377	11.278	8,7%
Hemodiálisis	11.949	12.914	8,1%
Imágenes	726	790	8,8%
TOTAL	190.037	242.076	27,4%

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.
Ampliación de farmacia hospitalaria (3era planta).

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✖ Promoción de la salud a través de brouhour o documentos informativos y en conjunto con la gerencia de atención al usuario con temas sobre dengue, enfermedades gastrointestinales, no automedicación de los antibióticos, etc.
- ✖ Promoción sobre riesgos de automedicación

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✖ Sistema de facturación rápido y eficiente.
- ✖ Realización de actividades como: Fármaco-vigilancia, estudio de utilización de medicamentos, fármaco-economía, creación de comité de compras, comisión de farmacia y terapéutica, guía fármaco-terapéutica.
- ✖ Cumplimientos de los procesos y protocolos de actuación.
- ✖ Crear una lista mínima única de medicamentos y material médico con criterios de selección tomando en cuenta el tipo de hospital, ya que una buena selección repercute en directamente sobre la salud de las personas, la disponibilidad en almacén y en el ciclo de la economía del hospital.
- ✖ Realización de estimación de necesidades para compra y proyección de consumo anual de medicamentos e insumos médicos.
- ✖ Realizar evaluaciones de medicamentos para su inclusión en el listado de medicamentos manejados en este hospital en base a criterios de eficacia, seguridad, efectividad, riesgo, conveniencia y costo.
- ✖ Establecer los stocks mínimos y de seguridad de todos los medicamentos y gastables en almacén a partir de la información recabada en los últimos 2 años.
- ✖ Medicamentos e insumos que no se adquieran a través de PROMESE cumplan con el registro sanitario.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

3- Colaboradores (2 por turno).

1-Secretaria

1-Coordinador tanda vespertina

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1-Taller de capacitación para manejo de productos de osteosíntesis (6 colaboradores)
- 1-Participación en Congresos Farmacéuticos nacionales
- 1- Congreso para gerentes nacionales e internacionales 2015

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2- Computadoras
- 2- Impresora
- 7 -sillas (2 giratorias y 4 estacionarias, 1 con brazo)
- 1- archivo de tres gavetas
- 3- anaqueles metálicos
- 20 canastas plásticas de transporte con rueda
- 1-Locker de 6 espacios.
- 1-Bebedero.
- 1- Escritorios

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Área de descanso para el personal de servicio.
- Hacer pasamano para entrega de medicina

16) GERENCIA DE ENFERMERÍA

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

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✘ Crear una carpeta compartida con la finalidad de compartir de forma virtual todas las informaciones de la gerencia con las encargadas y supervisoras, de forma que todas podamos alimentarla y agregar información.
- ✘ Presentar y compartir con todo el personal de enfermería las seis metas internacionales para la seguridad del paciente.
- ✘ Capacitar todo el personal con enfoque de prevención de infecciones asociadas a la atención hospitalaria.
- ✘ Implementar estrategias que garanticen la asistencia y puntualidad de todos los convocados a las actividades formativas, reuniones entre otras.
- ✘ Satisfacer las demandas y necesidades de los usuarios, aplicando los conocimientos propios que les permitan la recuperación e integración a la sociedad en el menor tiempo posible.
- ✘ Mantener un ambiente Interno laboral propicio para garantizar la productividad y ayudar a conducir al logro de los objetivos de la Institución.
- ✘ Implementar a través de la integración y la organización de los recursos humanos, técnicos y financieros de las acciones establecidas en los planes, y asegurar su ejecución.
- ✘ Las atenciones e inversiones de los servicios de Enfermería exigen un estricto cumplimiento de sus regulaciones, sincronizadas y expresadas a través de conocimientos, experiencias, respecto a los valores y principios éticos, tendentes a reconocer y respetar a los usuarios y sus familiares como seres holísticos.

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

- ✘ Garantizar el cumplimiento y la aplicación de los protocolos de procedimientos en cada acción de enfermería.
- ✘ Garantizar el cumplimiento de las normas internas por áreas de la Gerencia de Enfermería, así como también el cumplimiento de las normas y políticas hospitalarias.
- ✘ Garantizar el trato con humanización en los servicios de salud del personal de enfermería, con respecto a la calidad y humanización en los servicios ofrecidos a nuestros usuarios.
- ✘ Proporcionar cuidados universales tales como respeto de la vida, la dignidad y los Derechos del Hombre y la Mujer, apoyadas en conocimiento científico de las creencias bio-sico-sociales, culturales y espirituales.
- ✘ Mantener los programas de educación continuada en los servicios de salud al personal y garantizar el cumplimiento de la solicitud de cursos, diplomados y postgrados, solicitados por la gerencia de enfermería la subdirección correspondiente.

- ✖ Las decisiones tomadas en la Gerencia de Enfermería, serán en base al análisis e informaciones fundamentadas e investigadas con criterios propios, tomando como referencia las normas generales del departamento de enfermería y de nuestro centro de salud.
- ✖ Integrar los recursos necesarios para la implementación, suministro y evaluación de los procesos de enfermería en la atención de los usuarios.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos para la Gerencia de enfermería.

Para calcular los recursos humanos de enfermería en los servicios de salud utilizamos los siguientes indicadores, según localización y nivel de complejidad del centro.

1. Densidad poblacional.
2. Nivel de complejidad de los servicios.
3. Tipo de hospital y servicios ofrecidos.
4. capacidad física instalada.
5. Sistema de organización.
6. Categoría de los (as) usuarios (as).
7. Satisfacción de los (as) usuarios (as).
8. Número de horas de enfermería.
9. Tipos de atención en 24 horas

Área de Quirófano EMERGENCIA (2 Quirófanos)

A. Recursos Humanos:

Personal Profesional Necesario	2 Licenciadas
Personal de avanzada	1 Avanzada

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2-Anaqueles.

2-Zafacones de metal con ruedas de 5 galones.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación del lavadero para instrumentales post - quirúrgicos

Habilitación para la instalación de dos autos clave de vapor y área de preparación de equipos quirúrgicos.

Área de Hospitalización 5To. Nivel Bloque –II (31 Cama)

Recursos Humanos:

A. Recursos Humanos:

1 Encargada de área	1 Licenciada
Personal Profesional Necesario	22 Licenciadas
Personal Auxiliares	5 Auxiliares
Personal de Avanzada	2 Avanzadas

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 5- Aspiradores
- 5- Colchones de aire
- 2- Vitrinas
- 6- Sillas para el personal
- 3- Lockers de 8 compartimientos
- 1- Camarote
- 1- Sofá para cada habitación más un Televisor
- 3- Computadoras
- 1- Teléfono
- 1- Impresora
- 1- Carro porta record
- 32- Tablillas porta record
- 1- Anaquel para la colocación de ropa limpia.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Instalación de un (01) lava mano modular en el pasillo.
- Habilitación del área de descaso del personal.

ÁREAS HABILITADAS Departamento De Enfermería.

A. Recursos Humanos:

Departamento de Enfermería	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	1 Gerente 1 Asistente administrativa 13 encargadas. 5 supervisoras.	5 supervisoras pendientes.

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Archivo de 4 gavetas
- 1- Bebedero

694- Uniformes para el personal completo de enfermería detallado a continuación:

	Cantidad del personal	2 uniformes por personas para un total de
LICENCIADAS:	191	382
AUXILIARES:	125	250
AVANZADAS:	32	64
Asistente Gerencia	1	2
TOTAL:		694

NOTA: El costo total de los uniformes el personal asumirá el 50% y el hospital asumirá el otro 50%.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –I 4to. Nivel 30 cama)

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	21	2 profesional faltante.
Personal Auxiliar Actual	6	
Auxiliares de Avanzadas Actual	3	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Aspiradores
4- Colchones de aires
2- Nebulizadores
1- Monitor
1- Mesita de cura
1- Computadora
2- Sillas giratorias
1- Carro para transportar el oxígeno.
1- Televisor para cada habitación en servicio
2 Camilla de posición para el transporte del paciente
Sofá doble para el descanso de los familiares de pacientes en las habitaciones.
Neveras para las habitaciones.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de tres (03) lava manos modulares en el pasillo.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to. Nivel (29 cama)

A. Recursos Humano:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	18	2 profesionales pendientes.
personal auxiliar actual	7	
auxiliares de avanzadas actual	2	

ÁREA DE INFECTOLOGIA (BLOQUE II) 4TO. NIVEL (4 cama)

A. Recursos Humanos

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	05	
personal auxiliar actual	0	
auxiliares de avanzadas actual	0	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Bebedero
- 1- Anaquel para colocación de sabanas limpias.
- 1- Sofá para cada habitación para el descanso de los familiares
- 1- Televisor para cada habitación.
- 1- Negatoscopio
- 1- Mesa de cura

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de tres (03) lava manos modulares en el pasillo.

ÁREA QUIRÓFANO 4to nivel.

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	7	
personal auxiliar actual	20 auxiliares, 8 Aux. en esterilización e instrumentistas	
auxiliares de avanzadas actual	2 avanzada	2 personal pendiente.

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Locker
- 3- Monitores
- 1- Ponchera
- 1- Mesa para cura
- 1- Laringoscopio
- 1- Zafacón de 5 galones acero inoxidable con ruedas para cada quirófano.
- 2- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.
- 1- Aspirador portátil para recuperación
- 4- Zafacons pequeños con rueda
- 3- Mesa de mayo

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de un (01) lava manos modulares en el pasillo.
Habilitación y adecuación del vestidor en el pre-quirúrgico.
Adecuación del área de esterilización

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 4to nivel (7 cama)

A. Recursos Humanos:

Área de UCI	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	17	
personal auxiliar actual	6	
auxiliares de avanzadas	2	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

Cablería para monitores de pared.

4- Colchones de aire

2- Lámpara de calor

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Colocación de gavetas y puerta en el estar médico y de enfermería.

Habilitación del espacio físico para colocación de ropa limpia.

ÁREA HOSPITALIZACIÓN BLOQUE – I (3ER NIVEL)/ (27 CAMA)**A. Recursos Humanos:**

Bloque I 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	20	4 Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	5	
Auxiliares De Avanzadas	2	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Carro de cura

4- Monitores

5- Aspiradores

4- Nebulizadores

13- Fluviómetro

2- Sillas de rueda

1- Computadora

4- Locker de 8 compartimientos

1- Calentador de agua para el baño de los pacientes

2- Camarote

2- Desfibrilador

5- Colchones de aire

6- Sillas de escritorio para el star

6- Sillas de escritorio para el estar.

3- Lockers de 8 compartimientos

32- Sofás para cada habitación más un televisor.

1- Casillero para colocación de material gastable.

Dos juego de sillas de cuatro asientos los lobbies.

2 camillas.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de un (01) lavamanos modulares en el pasillo.

Área de Hospitalización 3er. Nivel Bloque –II (27 Cama)

A. Recursos Humanos:

Bloque II 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	18	4 Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	6	
Auxiliares De Avanzadas	2	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Peso
- 2- Computadora
- 1- Mesa de cura
- 2- Bandejas de cura
- 1- Aspiradores
- 12- Colchones para los pacientes.
- 1- Camarote con colchón
- 1- Sofá para cada habitación más un Televisor
- 1- Nebulizadores
- 1- Bebedero
- 2- Esfigmomanómetro
- 12- Flujometro
- 2- Monitor
- 2- Colchones de aire
- Cajetines para material gastable

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de un (01) lava mano modular en el pasillo.

ÁREA DE UCI NEUROCIRUGIA 3ER. Nivel (7 Cama)

A. Recursos Humanos:

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	19	2 Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual (Sexo masculino)	5	
Personal Auxiliar femenino	0	01 pendiente

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

5- Sillas para el personal

1- Bebedero

2- Locker de 8 compartimientos

2- Camarote con colchón

1- Monitor central

1- Calentador de agua (para el baño del paciente)

4- Monitores

1- Silla de rueda

12- Flujometro**Oxímetro****C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:**

Habilitación del espacio físico para la preparación de medicamentos.

Colocación de los lava manos modulares en el pasillo.

Habilitación de espacio físico para la colocación de ropa limpia.

ÁREA DE UCI INTERMEDIO (5 Cama) 3er. Nivel**A. Recursos Humanos:**

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	12	
Personal Auxiliar Actual (Sexo masculino)	5	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Neverita

1- Bebedero

2- Camarote con colchón

4- Aspiradores

3- Nebulizadores

3- Colchones de Aire

5- Monitores

1- Monitor central

Calentador de agua (para el baño de los pacientes)

1- Carro de paro con desfibrilador

1- Mesa de cura

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación del espacio físico para la preparación de medicamentos.

Colocación de los lava manos modulares en el pasillo.

ÁREA QUIRÓFANO 3er. nivel.

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	4	
personal auxiliar actual	10 auxiliares, 04 Aux. en esterilización e instrumentistas	
auxiliares de avanzadas actual	2 avanzada	1 personal pendiente.

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 3- Silla secretarial
- 3- Locker de 8 compartimientos
- 4- Taburetes con rueda
- 7- Reloj de pared
- 10- Ponchera de aluminio
- 10- Bandeja para mesa de mayo
- 1- Camarote con colchón
- 1- Mesa de escritorio
- 1- Archivo para la papelería
- 1- Zafacón de 5 galones acero inoxidable con ruedas para cada Quirófano.
- 2- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.
- 1- Aspirador portátil para recuperación
- 4- Zafacones pequeños con rueda
- 4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas
- 3- Monitores para Recuperación

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Instalación de un (01) lava manos modulares en el pasillo.

ÁREA DE HEMODIÁLISIS

A. Recursos Humanos:

Área de Hemodiálisis.	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal profesional	7	
Personal auxiliar actual	5	
Auxiliares de avanzadas	1	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Estante para carpeta
- 01- Bebedero
- 01-Monitor con desfibrilador
- 1- Sillas de ruedas
- 01- Carro portátil para el oxígeno

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este periodo

ÁREA DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS AMBULATORIOS:**CONSULTA EXTERNA****A. Recursos Humanos:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	11 auxiliares	2
Auxiliares de avanzadas actual	2 avanzadas en consultas, 2 lobby principal	1

RADIOLOGÍA**A. Recursos Humanos:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	1 Profesional en radiología	
Personal auxiliar actual	2 auxiliares	
Auxiliares de avanzadas actual	1 avanzadas	1 personal pendiente.

EPIDEMIOLOGIA**A. Recursos Humanos:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	2 auxiliares	
Personal profesional	1	1 personal pendiente

NUTRICIÓN

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	3 auxiliares	
Personal profesional actual	2 licenciadas	

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	2 auxiliares	

EQUIPOS PARA CONSULTA EXTERNA

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

5- Escritorios

19- Sillones

19- Lentes para otoscopio

4- Sillas plásticas

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación de consultorio 211 para la realización de estudios de cardiología.

Habilitar área para la realización de curas limpias, aplicación de tratamiento ambulatorio, y procedimientos mínimamente invasivos.

ÁREA DE EMERGENCIA:

Estado Situacional

06- camas en el área de triaje

10- cama en el área de observación

8- camas en el área de telemetría

01- cama en reanimación

Total general 25 camas de transición

A. Recursos Humanos:

Área de Emergencia	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	22 profesionales	3 No personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	15 más 03 en Cura y Ostomía.	
Auxiliares De Avanzadas Actual	11	

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

Sillas para acompañante de pacientes

2- Lockers

1- Sofá en reanimación

1- carrito de transporte para oxígeno portátil

14- cortinas pequeñas y 18 cortinas Grandes, para cubrir el área de triaje y observación.

4- Anaqueles.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar el estar médico y de enfermería del área de triaje.

Habilitar sala de espera para pacientes y/o familiares

Conclusión del espacio físico del quirófano de emergencia, colocación de puertas y gavetas del área de observación

Plan De Capacitaciones Gerencia De Enfermería Año 2016

NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVO	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES	Fecha aproximada
Diplomado en manejo avanzado de heridas.	Dotar a todas las encargadas e interinas en las diferentes áreas de los conocimientos actualizados para el manejo de las heridas y su prevención.	Corto plazo	Licda. Idia Carmona (desde Puerto Rico) Medtronic	Diciembre 2015 –enero 2016
Curso de inglés técnico en salud	Dominar el idioma a fin de comunicarse de manera efectiva con pacientes extranjeros que visitan el hospital, el cual es un centro de salud con miras a ser referencia internacional según nuestra Visión institucional.	Mediano plazo	UASD o INFOTEP	Pendiente programación
Manejo de conflicto, estrés y trabajo en equipo. <u>Facilitador interno</u>	Mejorar el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo.	Corto plazo	Todo el personal	Charla a ofrecerse por La Licda. Ivelisse Encarnación Para enero 2016
Participación del congreso de nefrología	Ampliar los conocimientos sobre hemodiálisis y así actualizar los conocimientos para el manejo óptimo de los pacientes nefrópatas.	Mediano plazo	Congreso Nacional de Nefrología. Aprobación por el Dr. Polanco y la Sub-dirección académica DR. Jaime Fernández	Esta participación es para la encargada del área de hemodiálisis, la Licda. Rosa Sánchez (solicitado por ella).
Electrocardiogram a básico INFOTEP	Dotar al personal de enfermería de los conocimientos	mediano plazo	para el personal de emergencia	FEBRERO 2016

NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVO	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES	Fecha aproximada
	necesarios para identificar anomalías electrocardiográficas en áreas de cuidados críticos.			
Diplomado en habilidades gerenciales INFOTEP	Formar a las encargadas y supervisoras de área para poseer habilidades y las competencias para dirigir en las diferentes áreas de forma eficaz y eficiente.	MEDIANO PLAZO	PARA TODAS LAS SUPERVISORAS Y ENCARGADAS GENERALES E INTERINAS	Pendiente programación
Manejo del tiempo y recursos hospitalarios INFOTEP	Garantizar el uso adecuado de los recursos y manejar el tiempo en el área de desempeño de cada colaborador.	Mediano plazo	Todo el personal Dividido por días	Pendiente programación
Bioseguridad hospitalaria (retroalimentación)	Retroalimentar los cuidados y las acciones de enfermería en el manejo de corto punzantes, secreciones y atención libre riesgo tanto para el usuario externo como para el interno.	Corto plazo	Todo el personal Dividido por días Y campañas a realizarse en el hospital Con el apoyo de la Dra. Yocasta Pérez y la Licda. Leiddys Ramírez.	Pendiente programación
Traslado seguro de pacientes críticos. Protocolo hospitalario.	Refrescar los conocimientos sobre las normas de traslado del usuario a las diferentes áreas de manera segura y eficaz.	Mediano plazo	Dirigido a todos los avanzadas o auxiliares de transporte de nuestro hospital.	Pendiente programación

NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVO	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES	Fecha aproximada
Dosificación de medicamentos	Orientar y concientizar al profesional de enfermería sobre la importancia de la correcta dosificación de medicamentos.	Mediano plazo	Profesionales de enfermería	Pendiente programación
El arte del cuidado de enfermería.	Concientizar a la enfermera (o) sobre la importancia del cuidado al usuario, ya que este es la principal función de esta bella profesión.	Corto plazo	Licenciadas de las diferentes áreas	Licda. Edith Ramírez Maestra UASD// Pendiente para enero 2016
Etiqueta y protocolo unido a Ética laboral INFOTEP	Motivar las buenas acciones a nivel profesional y mantener una postura integra en los diferentes entornos que represente al hospital.	MEDIANO PLAZO	Licenciadas de las diferentes áreas	INFOTEP Pendiente programación
Formación docente para facilitadores INFOTEP	Potencializar la función docente de enfermería a las encargadas y supervisoras para retroalimentar de manera eficaz los diferentes temas a todo el personal bajo su mando.	Mediano plazo	ENCARGADAS DE LAS DIFERENTES AREAS	Pendiente programación
DIPLOMADO EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS AVALADO POR UNIBE	Dotar a los profesionales de enfermería de la emergencia y UCI de conocimientos y de las formas correctas del cuidado.	Largo plazo (solicitud y espera de respuesta)	PROFESIONALES DE ENFERMERIA SELECCIONADOS DE LAS UCI Y EMERGENCIA.	SUB-DIRECCION ACADEMICA DR. JAIME FERNANDEZ

SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

1) GERENCIA DE CONTABILIDAD

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Brindar servicios de calidad, para que los usuarios puedan evaluarnos y compararnos con otros centros de salud.
- ✘ Brindar servicios con eficacia, eficiencia, responsabilidad y humanidad, para poder competir con otras instituciones tanto local como internacional que se presentan hoy en día como modelos y con los mejores estándares de esta rama.

3. Estrategias de Desarrollo de La Calidad de Los Servicios:

- ✘ Cumplimiento de manual de procesos y protocolos.
- ✘ Interrelación efectiva de las áreas o departamentos, es decir que las informaciones fluyan en todos los niveles, para que la gerencia pueda remitir a la sub-dirección financiera un resultado a tiempo y que el mismo sea objetivo, coherente y con eficacia.
- ✘ Capacidad laboral de los colaboradores, es decir que todo el personal posea la aptitud para el puesto que está desempeñando.
- ✘ Capacitación continua del personal, mientras más conocimientos mejor desempeño y a la vez mejor calidad de los servicios ofrecidos.

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua:

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Software financiero

1- Computadora

2- Silla Secretarial

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Dentro de la oficina hacer 4 cubículos

Habilitar área de archivo

2) GERENCIA DE CONTROL PROCESOS Y REGISTROS

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✖ Brindar un servicio oportuno y a tiempo de manera recurrente, con miras a sanear cualquier posible dificultad que se presente a cualquiera de nuestros usuarios.
- ✖ Ser vanguardistas en el uso de las normas y procedimientos generalmente aceptados en la realización del servicio, haciendo uso de los equipos y herramientas necesarios para obtener la satisfacción plena de nuestros usuarios, bajo los más altos estándares de calidad y eficiencia.

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

- ✖ Servir de base por medio a los informes, de fuente de información pertinente para la toma de decisiones por la Dirección General, con miras a conseguir el máximo nivel de eficiencia en sus gerencias.
- ✖ Garantizar el cumplimiento del Manual de Procesos y de los Protocolos.
- ✖ Establecer el plan de organización, métodos y procedimientos que tiene implantados la Institución, estructurados en un todo para la obtención de tres objetivos fundamentales:
 - a) La obtención de información financiera correcta y segura.
 - b) La eficiencia de las operaciones.
 - c) La salvaguarda de los activos.
- ✖ Hacer una evaluación a través de la interpretación de los resultados de algunas pruebas efectuadas, las cuales tienen por finalidad establecer si se están realizando correctamente y aplicando los métodos, políticas, normas y procedimientos, establecidos en el manual de procesos y de los protocolos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

1-Asistente administrativa.

b) Capacitación y Educación Continua:

3-Curso de Excel para financieros avanzado

2-Uso efectivo en el manejo de las tecnologías de la información.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Impresora

3- Sillas ergonómicas

1-Escritorio

1-Computadora

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

3) GERENCIA DE TESORERÍA

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

Tomando en cuenta que la competitividad es la interrelación entre la productividad de los empleados y la demanda de los servicios. Para cumplir con la misma utilizaremos las siguientes estrategias.

- ✖ 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.

3. Estrategias 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 UEPSS:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y Educación Continua:

Maestría en administración financiera

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

18-Head set

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar un espacio cerrado para los cajeros del laboratorio, ya que estos manejan efectivo muy expuesto.

Habilitar área de emergencia para cajeros.

Una meseta para los cajeros del área de imágenes ya que el espacio ahora es muy limitada.

Tintar o condenar uno de los cristales de la caja de consulta de modo que los pacientes solo puedan dar el frente a los cajeros por un solo lado del cubículo

4) GERENCIA DE FACTURACIÓN

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

Unidad de Facturación en Imágenes, primer piso próximo a la caja.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas.

- ✖ Lograr que las distintas áreas médicas y unidades de operación completen de forma debida los expedientes, lo cual nos permita reportar a las ARS reduciendo el tiempo y el porcentaje de errores con el objetivo de reducir las pérdidas económicas por este concepto.
- ✖ Establecer un programa conjunto de operación entre la unidad de Cuentas por Cobrar y la Gerencia de Control de Calidad de los Procesos (Área de Auditoria Médica), destinado a la corrección de fallas en los procesos que nos ocasionan pérdidas económicas.
- ✖ Hacer una revisión general de las tarifas de las distintas ARS con el objetivo de que las mismas sean actualizadas.
- ✖ Realizar un análisis del sistema de SENASA (SIRS), ya que el mismo no contempla muchos de los servicios que prestamos y estos aunque no son cargados en otros renglones no son pagados a sus precios, lo que por el volumen manejado representa enormes pérdidas económicas.
- ✖ Establecer un sistema de trabajo de manera conjunta en el departamento donde se eliminen los expedientes atrasados por causa de las informaciones (expedientes) incompletos. En este sentido, se buscara el apoyo de la Dirección General, Subdirección Medica y la Dirección Operativa.
- ✖ Establecer una modificación en el horario de trabajo, que permita cubrir de una manera efectiva los servicios brindados en el departamento y así poder dar satisfacción a los usuarios.
- ✖ Llevar a cabo desde el departamento de facturación un programa de Gestión de cobros, conjuntamente con la unidad de Cuentas por Cobrar.
- ✖ Presentar a la SISALRIL una propuesta de los procedimientos realizados en nuestro centro que no están contemplado el PDSS.
- ✖ Plantear la importancia que reviste para el hospital la habilitación de habitaciones tipo suites, con el objetivo de contar con el lugar adecuado y buscar acuerdos con empresas naciones y multinacionales instaladas en el país, para en casos de accidentes brindarles nuestros servicios a sus empleados.
- ✖ En ese mismo orden, desarrollar un plan de posicionamiento del hospital a nivel nacional e internacional con miras a captar recursos económicos importantes que puedan llegar por la prestación de servicios de las distintas especialidades con que cuenta el hospital. Importante sería la incorporación al centro de seguros médicos internacionales, con miras a captar posibles usuarios afiliados a estos.
- ✖ Establecer negociaciones con seguros internacionales.

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

- ✖ Establecer el trabajo en equipo dentro del departamento y fomentarlo en todas las áreas con las que se establezcan relaciones.
- ✖ Focalizar la capacitación del personal para obtener los resultados buscados por medio a la unidad de Educación Continuada.
- ✖ Establecer un plan de control y verificación de toda la información que se genera en el departamento, el cual busca eliminar los posibles errores que puedan generarse en cualquiera de nuestras áreas.
- ✖ Obtención oportuna de los recursos humanos e insumos para alcanzar los objetivos fijados.
- ✖ Cumplir con lo establecido en los protocolos, así como introducir las modificaciones siempre que sea necesario bajo la supervisión de la Subdirección de Planificación

4. Requerimientos para el Desarrollo de las UEPSS.

a) Recursos Humanos

No en este periodo.

b) Capacitación y Educación Continua

1-Curso de capacitación en Excel avanzado
30-Capacitación en Mejora Continua
5-Diplomado en Seguridad Social
30-Efecto positivo de la buena comunicación
1-Curso manejo de conflictos
1-Curso habilidades gerenciales.
1-Curso inteligencia emocional
1-Curso servicio al usuario.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Unidad de Reclamaciones

10- Sillas Giratorias de oficina
2- Archivos de 3 gavetas tipo torre
3- Archivos aéreos pequeños

Unidad de Hospitalización

7- Sillas Giratorias de Oficina

Unidad de Facturación Ambulatoria/Emergencia/SIRS

Unidad de Pre-Facturación

3- Archivo pequeño de 3 gavetas
1- Archivo de 2 gavetas

6- Sillas giratorias

Oficina de la Gerencia

1- Aire Acondicionado

3- Silla Ejecutiva

1- Impresora

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar una puerta en el área de reclamaciones.

5) GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.

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 el etiquetado de todos los activos y asignar a cada departamento los activos correspondientes.
- ✘ Realizar los inventarios por área formalmente con certificación de la gerencia.

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

- ✘ Revisar constantemente los inventarios y que estos se mantengan actualizados.
- ✘ Aplicación de los protocolos y formularios adecuados a cada necesidad.

4. Requerimientos para el Desarrollo:

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Diplomado en alta gerencia y/o finanzas.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2-Lector de códigos de barra

1-Impresora de códigos de barra

b) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

6) GERENCIA DE 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:

- ✘ Elegir el nivel de integración adecuado para que los costes finales sean lo más bajos posibles, manejando las situaciones internas y externas.

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

- ✘ Mantener un nivel de interrelación adecuado entre las diferentes UEPSS de la institución, a fin de lograr una comunicación mas eficaz que nos permita determinar las necesidades de cada una de ellas, y la forma más conveniente para la institución, de resolver las mismas.
- ✘ Reducir al mínimo el tiempo de respuesta a las solicitudes, lo cual será logrado al obtener canales de comunicación externos (fax, internet, entre otros) que nos permitan comunicarnos de forma más eficaz con los proveedores, y de esta manera canalizar las solicitudes a la mayor brevedad posible.
- ✘ Tener disponible un mensajero, para realizar servicios hacia fuera, y en su momento retirar ciertos pedidos, y documentaciones que nos permitan agilizar el proceso de compras.
- ✘ Cumplir lo establecido en el manual de procesos y protocolos.
- ✘ Cumplir las normas vigentes para compras de las instituciones del estado.

4. Requerimientos para el Desarrollo:

a) Recursos Humanos:

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Maestría y/o diplomado en compras y logísticas

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este periodo.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

División de la oficina en cubículos

SUB-DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

1) GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL

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

Asignación de un fondo para la realización de actividades especiales.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Dar respuestas de los expedientes depositados que aún no se han evaluado.
- ✘ Brindar información al personal sobre seguro médico propio y sus dependientes, uniformes, carnet de empleo.
- ✘ Realizar evaluaciones de desempeño.
- ✘ Orientación acerca de procesos generales del hospital mediante la inducción, con informaciones clara y objetivas en caso de nuevos colaboradores para que se sientan identificados con la institución.
- ✘ Participación en las reuniones de cada gerencia siempre recalcando puntos a mejorar pero sin dejar a un lado la motivación de ese personal que brinda sus servicios en la institución y forma parte de nuestro equipo de trabajo.
- ✘ Mantener una estrecha comunicación entre las gerencias para así hacer el diagnóstico de necesidades, tanto a nivel de recordatorios de normas y sanciones, como también la promoción de reconocimientos.

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

- ✘ Asegurar el llenado correcto de solicitud de empleo y demás formularios.
- ✘ Coordinar entrevistas con la gerencia correspondiente con el objetivo de lograr su participación y su calificación a través de los formularios de evaluación, para brindar mayor calidad a la hora de hacer la selección del candidato.
- ✘ Convocar la inducción del nuevo colaborador para que este claro con sus deberes, responsabilidades, horario y conocimiento general de los servicios de la institución. Dotarlos de su carnet, uniformes y sus beneficios laborales.
- ✘ Llevar control estricto sobre la lectura de los protocolos tanto el Manual General de Procesos, como también el Manual de Organización de cada Gerencia.
- ✘ Velar por el cumplimiento de reglas: horario, uso de carnet en la parte frontal, uniforme correspondiente etc.
- ✘ Realizar de manera eficiente el proceso de recibimiento de acción de personal, contrato de trabajo etc.
- ✘ Revisar que los expedientes de los nuevos candidatos contengan todos lo requerido de lugar.
- ✘ Dar cumplimiento a la ley 41-08 de función pública y sus reglamentos.
- ✘ Velar por cumplimiento al procedimiento disciplinario mediante el artículo 85,86 y 87 de la Ley 41-08 de Función Pública.
- ✘ Velar por el cumplimiento de los procesos con calidad

4. Requerimientos Para el Desarrollo:

a) Recursos Humanos:

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

Diplomados:

1-Administración de recursos humanos

1-Maestría en alta gerencia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Uniformar nuevamente todo el personal

Manuales de inducción para el personal.

Manuales de organización

Presupuesto para capacitación y actividades especiales propias de RRHH

Batas médicas siempre en existencia para los nuevos integrantes.

b) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Reubicación de oficina de RRHH

2) GERENCIA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTINUA

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

Asignación de fondos para programas de capacitación.

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Comunicar por escrito a las diferentes gerencias sobre la importancia y ventajas de capacitarse continuamente y las posibilidades de aprovechar los programas de capacitación que ofrece la gerencia de Capacitación y Educación Continua.
- ✘ Publicar en murales y revistas el cronograma de capacitación mensualmente con el fin de mantener informado a todos los colaboradores de la institución, indicando detalladamente los cursos, talleres o charlas con la fecha, horario y objetivo.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Velar por el cumplimiento de los protocolos de la institución, siguiendo los procedimientos plasmados en los manuales correspondientes al área.
- ✘ Motivar e invitar a los colaboradores a participar de las capacitaciones.
- ✘ Evaluar cada capacitación para mejorar la calidad de los servicios.
- ✘ Incentivar los participantes de mayor asistencia en las capacitaciones.
- ✘ Involucrar en la organización de las capacitaciones a las gerencias de tecnología, relaciones públicas, servicios generales a fin de mantener la calidad de los servicios.
- ✘ Instruir los expedientes en caso de hechos que pudieran dar lugar a la aplicación de las sanciones previstas en la ley No.41-08 de función pública.
- ✘ Actuar como enlace entre el hospital y el Ministerio de Administración Pública a los fines que sea necesario.
- ✘ Ejecutar las decisiones que dicten en el consejo hospitalario y aplicar las normas y los procedimientos a seguir en los manuales de proceso.
- ✘ Ejecutar las normas y procedimientos que en materia de administración de recursos humanos señale la ley 48-8 de función pública y sus reglamentos.
- ✘ Coadyuvar en la ejecución de los programas de inducción, formación y capacitación del personal.
- ✘ Coordinar y dar seguimiento en los procesos de evaluación del personal.
- ✘ Velar por el cumplimiento de la carta compromiso.

4. Requisitos para el Desarrollo:

a) Recursos Humanos

No en este período.

b) Capacitación y Educación Continua

No en este período.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período

NOTA: Solicitamos la asignación de un fondo para las capacitaciones.

Suplir a los colaboradores los insumos necesarios (folletos, encuadernación)

Suplir materiales para la impresión de los certificados de cursos y empleados del mes (Tinta y hojas de hilo)

3) GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas

- ✘ Gestión integral de la gerencia de nómina con instrumentos (software) que contemple desde regalía, vacaciones y descuentos.
- ✘ Una gestión de compensación basada en objetivos.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Consulta de la nómina y solicitud de servicios vía página Web.
- ✘ Implementación de manual de procesos.
- ✘ Cumplimiento de protocolos.

4. Requisitos para el Desarrollo de la UEPSS

a) Recursos Humanos

1-Asistente de RRHH

b) Capacitación y Educación Continua

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este periodo

d) Instalaciones Físicas

No en este periodo

SUD-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

1) GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Brindar los servicios de la biblioteca virtual para empleados y entidades afines.
- ✘ 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.
- ✘ Uso del internet como herramienta para dar a conocer el hospital.
- ✘ Intercambio de experiencias con otras instituciones y apoyo técnico a otras instituciones del sector salud.
- ✘ Conexión con otras empresas usando video-conferencia, como herramienta de trabajo.

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

- ✘ Brindar un servicio eficiente y con calidad a los usuarios finales.
- ✘ Aplicación de los protocolos diseñados, en cada uno de los procedimientos que realiza el departamento.
- ✘ Entrenamiento adecuado en los sistemas informáticos adquiridos por la institución, al personal del hospital.
- ✘ Instalación de sistema comunicación de telefonía externa e interna de la institución.
- ✘ Instalación de la mensajería interna del hospital.
- ✘ Innovación con la aplicación de nuevas tecnologías implementadas en el hospital
- ✘ Eliminar y prohibir el uso de las disqueteras, CD-Roms y dispositivos de almacenamientos como seguridad contra virus.
- ✘ Soporte 17 horas del día a los usuarios finales.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

- 1-analista de base de datos (programador)
- 1- Asistente

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2-Certificación Nortel
- 2-Capacitación active directory
- 2-Certificación VMWare
- 2-Curso de CCNA Voice
- 2-Curso de Cisco CCDA

2-Curso de MCSA Windows Server 2008
2-Curso de MCITP Microsoft certified It Professional Virtualization-administrator on windows server 2008 R2.
2-Curso de VMware's Sphere
2-Curso de MOC Active Directory 2013
1Auditoria y peritaje informático
1-Modelo Cobit y análisis
2-System Center 2012 Configuración e implementación
1-Auditoria de proyectos informáticos
2-Asterisk avances
2- IT Essencial

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Sistema de detección temprana contra incendio para el Data Center
1-Actualización del antivirus.
1-Modulo de conferencia para el quirófano Inteligente (Crear el quirófano inteligente)
1-Sistema clínico (Integración con el sistema administrativo financiero).
1- Sistema de gestión de imágenes.
1-SAN
Licencia VMWARE

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

2) GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Brindar servicios de vigilancia activa de todas las enfermedades de notificación obligatoria al Ministerio de Salud y las no obligatorias como son las Enfermedades Asociadas al Cuidado de la Salud.
- ✘ Garantizar los reportes epidemiológicos con su correspondiente análisis y recomendaciones actualizados.
- ✘ Fomentar actividades para el control preventivo de las diferentes enfermedades.

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

- ✘ Garantizar el cumplimiento de los protocolos para la prevención de infecciones.
- ✘ Velar por la aplicación de los programas de prevención.
- ✘ Realizar vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas determinantes de la situación de salud.
- ✘ Velar que todos los servicios que ofrece el hospital sean de la más alta calidad no solo para los usuarios sino también para los empleados de la institución.
- ✘ Creación de la central de esterilización, para garantizar la calidad del equipo quirúrgico utilizado

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

4-Congreso anual de epidemiologia
4-Sistema informático Epi-info

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Sillas de visita.
2- Sillas secretariales con ruedas
1- Bebedero
1- Letrero de la gerencia de Epidemiologia
3- Archivos de 3 gavetas.
1- librero.
1- Mapa político de la provincia
1-Impresora multifunción

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo.

3) GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN.

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✖ Informaciones confiables y oportunas.
- ✖ Servicio rápido, eficiente y con calidad a los usuarios.

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

- ✖ Garantizar el cumplimiento de los protocolos.
- ✖ Seleccionar personal capacitado, de acuerdo al perfil elaborado.
- ✖ Procesar y difundir las informaciones estadísticas del hospital.
- ✖ Mantener y actualizar las informaciones estadísticas.
- ✖ Recolectar y procesar las informaciones producidas por las UEPSS y suministrarlas oportunamente.
- ✖ Controlar desde el inicio la calidad y los sub-registros de informaciones.
- ✖ Brindar informaciones y análisis de calidad.
- ✖ Monitoreo constante del registro de las informaciones al sistema clínico.
- ✖ Solicitar el envío oportuno de las nuevas fichas a los distintos consultorios.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

2-Auxiliar de enfermería fijo asignado en el área de admisión cirugía electiva.

1-Auxiliar de archivo clínico de sexo masculino.

b) Capacitación y Educación Continua:

4-Curso actualización análisis informaciones bioestadísticas..

4-Curso Epi-Info.

1-Especialidad en Gestión Hospitalaria

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2-Archivos de 3 gavetas

6-Sillas secretariales

Letrero de la gerencia.

Impresora multifuncional ingresos electivos.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

4) GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas

- ✖ Promover el desarrollo de las investigaciones en las diferentes gerencias de servicios clínicos.
- ✖ Asesorar en la metodología adecuada para cada investigación que se realice.
- ✖ Desarrollar investigaciones que puedan ser elegibles para publicaciones en revistas de prestigio internacional o presentarse en eventos científicos nacionales e internacionales.

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✖ Seleccionar personal capacitado.
- ✖ Elaborar e implementar los protocolos de la gerencia.
- ✖ Promover iniciativas de investigaciones en las áreas clínicas.
- ✖ Acompañar a las gerencias en la formulación y organización de proyectos de investigación.
- ✖ Gestionar recursos financieros con instituciones nacionales e internacionales para la investigación
- ✖ Estimular el desarrollo de estudios clínicos controlados.
- ✖ Participar y desarrollar protocolos sobre Medicina Basada en Evidencia (MBE).

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS

a) Recursos Humanos

- 1- Gerente
- 1- Asistente.

b) Capacitación y Educación Continua

- 1- Aplicación y diseño de instrumentos de investigación.
- 1- Investigación clínica.
- 1- Programas relacionados con investigación y análisis de datos.
- 1- Desarrollo de protocolos sobre Medicina Basada en Evidencia (MBE).

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Computadora.
- 1- Teléfonos.
- 1- Escritorio.
- 1- Impresora.
- 1- Sillón ejecutivo.
- 2- Sillas visita.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Adecuación de oficina.

5) GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Realizar mediciones y análisis de los datos e informaciones producidas en el hospital y proponer el uso de los mismos para la toma de decisiones.
- ✘ Evaluar la eficacia de las actividades y programas y proponer cambios y ajustes en caso necesario, en base al análisis realizado.
- ✘ Realizar informes objetivos sobre el comportamiento de las variables e indicadores de productividad, satisfacción de usuarios, calidad.

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

- ✘ Garantizar el cumplimiento de los protocolos.
- ✘ Evaluar periódicamente los servicios, actividades y procesos.
- ✘ 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.
- ✘ Divulgar los resultados de los monitoreo 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 UEPSS:

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua

1-Aplicación y diseño de instrumentos.

1-Calidad de procesos.

1-Auditoria de procesos.

1-Evaluación y seguimiento.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Sillón ejecutivo.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

1) SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA

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

No en este período

2. Estrategia de Mercado y Competitivas.

- ✕ Acuerdos y conexiones Universidades extranjeras.
- ✕ Acuerdo y conexiones Universidades nacionales.
- ✕ Desarrollo actividades de post grados.
- ✕ Desarrollo plan académico para residentes que rotan por el Hospital
- ✕ Desarrollo plan académico para internos que roten por el Hospital (solo aceptaremos residentes meritorios)
- ✕ Desarrollo plan académicos para los pre internos rotantes de UNIBE (solo estudiantes meritorios)

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

Valoración trimestral de los residentes que roten por el Hospital

Valoración cuatrimestral de los internos que roten por el Hospital

Valoración al final de cada rotación del pre interno de UNIBE

Valoración por los rotantes (residentes, internos y pre internos) de los Tutores asignados

4. Requerimiento para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y Educación Continua:

1- Curso gestión hospitalaria

Suscripción a bibliotecas y revistas virtuales.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Impresora multifuncional a color

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación biblioteca virtual

NOTA: Agregar el 4% virtual del Presupuesto Hospitalario

RD\$500,000 virtuales, para eventualidad en Jornada Científica

SUB-DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES DE APOYO

1) GERENCIA DE MANTENIMIENTO

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

2. Estrategias de mercado y competitivas:

- ✘ Completar un plan de Mantenimiento Preventivo, Predictivo y Correctivo en todas las áreas: Infraestructura y Mobiliario, Equipos Médicos, Equipos Varios, Equipos Eléctricos y Refrigeración, a fin de poder medir y hacer más eficientes los servicios de Mantenimiento.
- ✘ Ofrecer a los usuarios servicios de mantenimiento de alta calidad técnica, con oportunidad y eficiencia.
- ✘ Los servicios de mantenimiento y reparación a menor costo que el mercado y más calidad.

3. Estrategias de Desarrollo de Calidad de los Servicios.

- ✘ Cumplir con los protocolos y procesos definidos en el hospital.
- ✘ Evaluación del servicio de mantenimiento en base a las solicitudes completadas y el nivel de satisfacción del solicitante.
- ✘ Mantener el plan de entrenamientos para nuestro personal técnico y auxiliar creando un mejoramiento continuo y actualizado a estos tiempos del servicio de Mantenimiento y Reparaciones.
- ✘ Garantizar la implementación de los protocolos establecidos por el Departamento.
- ✘ Seleccionar personal capacitado
- ✘ Supervisión de los trabajos realizados de forma eficiente
- ✘ Implementar un plan de mantenimiento preventivo.
- ✘ Realizar mantenimiento correctivo de la manera eficiente

4. Requerimientos para el desarrollo.

a) Recursos Humanos

- 1- Auxiliar de cerrajería
- 1-Ebanista.
- 1-Carpintero.
- 1-Técnico en ascensores.

b) Capacitación y Educación de Continua

- 7-Cursos electricidad de potencia
- 26-Cursos de Higiene y Seguridad Industrial
- 5-Cursos de manteniendo y reparación de equipos de electro medicina.
- 12-Capacitación en Informática Básica
- 7-Curso de mantenimiento de plantas de emergencia
- 7-Curso de mantenimiento de equipos médicos especializados
- 6-Curso de mantenimiento Elevadores
- 5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y schiller

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Carro plataforma
2-Computadoras
Uniformes personal
Batas de trabajo para los técnicos
1-Camara de seguridad en área de almacén.
80-Baterias UPS

Equipamiento de taller:

Sierra eléctrica para carpintería, horno para electrodos, tacómetro, calibrador o pie de rey, , prensa para ebanistería, 4-mesas de trabajo.1-panel eléctrico para pruebas,1-archivo de 4 gavetas ,10-trameras para taller,10-bancos o sillas altas,1-pulidora de mesa,1-gabinete para manuales, 3-flotas,juego de llaves torques,1-cinta de plomería, ,24-detornilladores trías de diferentes tamaños, multímetro electrónico, tornillo micrómetro, protectores, interruptores y tc de 110 y 220 v, 113 juego de llaves allen, juego de llave para tubo de acero forzado, juegos de llave de boca.

Extractores de 10 ton, vara dieléctrica, serruchos, tubos de pvc $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1, 1 $\frac{1}{2}$ eléctrico, PVC para agua $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$,1,1 $\frac{1}{2}$,2,3,4, rollos de alambre dulce, tape 3m, tape de goma y makin tape, sellador de pvc de agua, , de madera , de ferre y de agua, bozales de pintor no desechables1 $\frac{1}{2}$ 2 pulg. Y fresas para servicio, cepillo para terminación de madera, barniz de madera, clavos de acero $\frac{1}{2}$, 1 plug, grapas de madera, abrazaderas de $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 y 1 $\frac{1}{2}$ pul, abrazaderas de $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 y 1 $\frac{1}{2}$ pul, para tubería de presión, abrazaderas de $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 y 1 $\frac{1}{2}$ pul, para tubería de agua pvc, abrazadera ajustable de $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 y 1 $\frac{1}{2}$ pu, grasa sintética para baterías, decibelímetro para baterías, estaño, barniz clase c , f y b, canutillo, bombilla 110, 220v, y tornillos tirafondo 1 pulg, cintas para tuberías eléctricas.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Terminaciones menores.
Impermeabilización del edificio principal
Habilitación de taller de mantenimiento.
Habilitación cisterna adicional para emergencias o tanque de agua.

2) GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.

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

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Desarrollar estrategias de mercado y difusión de los servicios ofrecidos por el hospital en el manejo de desechos hospitalarios.
- ✘ Implementar modelos innovadores de gestión de manejo de desechos y preservación del medio ambiente.
- ✘ Consolidar la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

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

- ✘ Implantar programas de gestión de calidad de nuestros servicios, mediante capacitación de nuestros colaboradores, para crear una cultura y un clima organizacional favorable para el buen funcionamiento del hospital y ofrecer así mejor servicio a nuestros usuarios.
- ✘ Mejorar la calidad de los sistemas de servicios de salud.
- ✘ Implantar una política de calidad total de los servicios.
- ✘ Garantizar el cumplimiento de los manuales de procesos y protocolos.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

- 15- Auxiliares (turnos fines de semana y feriado)
- 1- Auxiliares de limpieza (reposición)
- 1-Asistente administrativa.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1- Maestría y/o diplomado gestión hospitalaria
- Cursos de limpieza hospitalaria.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Aspiradora.
- 5-Carros de limpieza de transporte de materiales.
- 5-Cubetas con su exprimidores Rubermaid

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

3) GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.

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

No en este periodo

2. Estrategias de mercadeo y competitivas:

- ✘ Nuestra gerencia tiene como objetivos promover nuestro servicio humanización para el usuario que se siente seguro y protegido dentro de nuestra instalación hospitalaria.
- ✘ Que nuestros servicios sean promovidos y proyectados como uno de los mejores en materia de hospitalaria descentralizado de nuestro país.

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

- ✘ Desarrollar un formulario de pregunta para que los usuarios los contesten y así poder establecer parámetros de servicios y mejorar los servicios e implemento estrategia que satisfacen a los usuarios; promover y demostrar que se le brinda seguridad, orientación, cortesía en el servicio.
- ✘ Capacitación constante del personal para mejorar la calidad en los servicios, con miras a mantenerlo actualizado.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos humanos:

5- Auxiliares de seguridad.

b) Capacitación y educación continua:

1-Curso de inteligencia emocional

1- Curso de atención usuario

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- pc para el área de cámara

1- Arco detector de metal para la entrada principal.

2- Detectores de metales manuales.

5-Cámaras.

20 –Radios Motorola

1-Caja fuerte para guardar armas de fuego

Cierre electrónico para las siguientes áreas:

Emergencia, área de cajeros,

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Garita elevada en área de parqueo

4) GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN

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

2. Estrategias de Mercadeo y Competitiva:

- ✘ Implementar programas definido, claro y conciso de trabajo, para el buen funcionamiento del departamento.
- ✘ Cumplir los mecanismos establecidos para supervisar la eficiencia y eficacia de los procesos y establecer el seguimiento de los mismos.

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

- ✘ Implantar políticas de calidad total en los servicios de la gerencia.
- ✘ Implementar programas de capacitación para el personal.
- ✘ Implementar programas de incentivos al personal para que se sientan motivados y ofrezcan lo mejor de ellos.
- ✘ Implantar estándares de calidad y buen servicio.
- ✘ Implementar programa de seguridad e higiene industrial.
- ✘ Implementar control de inventario.
- ✘ Establecer programas de mantenimiento preventivo y correctivo.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos

1 Auxiliar de costura (confección de lencería)

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Mesa para corte.

1-Mesas en área de doblado.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

5) GERENCIA DE TRANSPORTE

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

2. Estrategias de Mercadeo y Competitiva:

- ✘ Implementación de los manuales de protocolo y procesos de la gerencia.
- ✘ Implementar métodos y normas para que el personal cumpla con los estándares establecidos por la institución.
- ✘ Implementar tarifas asequibles y que nos permitan entrar a la par con la competencia.

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

- ✘ Implementar estándares de calidad y buen servicio en la gerencia.
- ✘ Implementar programa de capacitación e incentivos para el personal.
- ✘ Implementar programas de mantenimiento preventivo y correctivo a las ambulancias y unidades motorizadas.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

1-chofer para cubrir vacaciones y licencias.

b) Capacitación y Educación Continua:

4-Curso de electromecánica.

1-Curso manejo ambulancia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

4-Conos de tráfico

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Habilitar oficina

6) GERENCIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

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

Implementar venta de alimento a empleados.

Venta al público a los usuarios internos (descuento por nómina), con subsidio por parte del hospital.

2. Estrategias de Mercado y Competitiva:

- ✖ Implementar y elaborar procedimientos de funcionamiento y operativos del área de cocina.
- ✖ Implementar criterios generales adoptados por el hospital, para la correcta utilización de todos los recursos en la presentación del servicio.

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

- ✖ Implementación de los procedimientos tomando como referencia básica los criterios establecidos en el manual de la calidad y medio ambiente y cumpliendo las normas establecidas por la UNE–EN ISO (9001:2008 / 14001:2004).
- ✖ Implementación de un buen sistema de calidad en el área.
- ✖ Implementar programas de gestión de calidad de nuestros servicios.
- ✖ Implementación de dietas y menús para los usuarios de acuerdo a sus necesidades.
- ✖ Implementar programas de trabajo adecuado.
- ✖ Establecer controles que nos permitan medir la eficiencia en los servicios ofrecidos en el departamento.
- ✖ Implementar políticas de calidad total en los servicios.

4. Requerimientos para el desarrollo de la UEPSS:

a) Recursos Humanos:

2- Auxiliares de cocina.

1- Stuard

1- Room service.

b) Capacitación y Educación Continua:

1-Diplomado en alimentación hospitalaria.

1-Curso manipulación alimentos para todo el personal

1-Taller de desarrollo organizacional

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Uniforme al personal.

6-Guantes protectores para los cocineros.

2- Carritos Calientes

Acceso electrónico a la cocina

Pintura para la cocina
Cámaras de seguridad
Pilones de madera.
4 Cuchillos de chef
1-Maquina de agua de lavado a presión
Compra detergente antibacterial.

E) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Habilitar 1 marmitas existentes.
Instalación lavamanos de acero inoxidable área de cocina.
Cortina de aire a la entrada de la cocina.
Colocación de cortina en cuarto frio

XI. NECESIDADES POR UEPSS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 Y LOGRAR LAS METAS

1. Tabla. NECESIDADES POR UEPSS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2015 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2016.

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPEDIA	Mobiliario. 1- Escritorio con gavetas.		Hacer otro cuarto de cura y ostomía para cirugías limpias (no contaminadas).		6-Cirujanos ortopedas, solo para las guardias presenciales.		9- Congreso American Academy Orthopedic Surgery (AAOS), 1- Semana de marzo.	
	Quirúrgicos 4- Mesas quirúrgicas				2-Enfermera quirúrgica (técnicos) entrenada en ortopedia, (Instrumentistas), que no roten.		9-Facilidades para participación en congresos nacionales de ortopedia, primer fin de semana de diciembre.	
	8- Posicionadores laterales de la mesa quirúrgica.				2 Auxiliares de Avanzada en cada turno quirúrgico.		4-Facilidad para participar en Current Concepts in Joint Replacement (2 ^{da} semana de diciembre).	
	8- Mandiles							
	1- Intensificador de imágenes (Brazo en c) nuevo para columna.							
	1- Cama quirúrgica radiolúcida..							
GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	1- Bisturí Harmónico o ligasure con todos sus accesorios.		Instalación de una cámara para telemedicina en el quirófano principal del tercer piso.		1-Ayudante de cirugía (médico general o asistente de cirugía). 1-Cirujano de tórax por servicio prestado.		3- Congreso Latinoamericano de Cirugía , (Peru)	
	1- Actualización de instrumental de bandeja de cirugía laparoscópica avanzada.		Construcción de vestidores y dispensadores de botas, gorros y mascarillas en 3er y 4to piso. Además lockers para los vestidores				1- Participación en entrenamientos nacionales e internacionales de las diferentes subespecialidades (De cada una de las subespecialidades).	
	1- Completar bandeja de cirugía para cabeza y cuello (otorrino), equipos endoscópicos y microscopio, luz frontal.		Pizarras en área de quirófanos 4ta y 3ra plantas para fijar cirugías.				2- Evaluación morbi mortalidad	
	1-Endoscopio para estudios gastrointestinal.		Verificar y completar el equipamiento y funcionalidad de los quirófanos del tercer piso.				1-Cirujano intensivista (España), 1 año.	
	1-Broncoscopio		Asignación de parqueos al personal médico.					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Completar las bandejas de cirugía general con: separadores maleables de 2 pulgadas, Deavers, pinzas Babcock, clamps intestinal, ángulo recto, pinzas Kelly medianas.		Habilitar un quirófano cirugía menor					
	Completar bandeja de cirugía torácica.							
	Equipar los quirófanos con sabanas térmicas y su calentador.							
UNIDAD DE QUEMADOS								
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	1- Microscopio.		En quirófano de la tercera, completar la habilitación del área de vestidor de los médicos		2- Técnicos instrumentistas (Capacitarlos en el hospital)		5-Participación en congresos nacionales por lo menos una (1) vez al año (Septiembre o mayo)	
	2- Lupas.		Finalizar el área de comunicación del ascensor con el área gris de los quirófanos en la cuarta y la tercera.		1- Técnico de Brazo en C (Fijo tercer piso)		2-Participación en congresos internacionales por lo menos uno (1) al año.	
	2- Luz Frontal.						5-Cursos y capacitaciones temporales, organizados por la Sociedad Dominicana de Neurocirugía.	
	Equipamiento craneótomo (fresitas)							
	1- Set de microcirugía.							
	1- Set de microcirugía.							
	6- Halo de tracción cervical.							
	1- Cama quirúrgica para cirugía de columna.							
GERENCIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Completar equipos y adquisición de otros para nuevas áreas.		Readecuar un espacio para un tercer consultorio, área de terapia ocupacional y terapia de habla.		1- Psicólogo terapeuta del lenguaje		2-Curso de servicio al cliente.	
	1-Pantalla para mostrar los turnos de atender los pacientes.				1- Licenciada en enfermería		2-Facilidades para participar en congreso nacional	
	6- Filas de hileras de asientos para la sala de espera.				1-Auxiliar de avanzada.		2-Facilidades para participar en congreso internacional	
	4- Camillas para fisioterapia				2-Terapeutas ocupacionales.			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Tallímetro.				4- Licenciados en Terapia Física			
	Equipos y material para áreas de terapia física, ocupacional y del habla:							
	2- Esfigmomanómetros de mercurio de pared.							
	2 camillas de fisioterapia							
	4- Muletas canadienses.							
	1- Espejo cuadrado.							
	12-Compresas calientes							
	b) Equipos médicos:							
	1- Electromiógrafo con potenciales evocados somestésicos medulares (de carbono)							
	Electrodos.							
	Electrodos de aguja y de superficie							
	1- estimulador eléctrico							
	Cables de anillo (sensoriales)							
	1- Dinamómetro de mano							
GERENCIA DE EMERGENCIA	3- Mesas de metal para equipos de sutura.		Módulo para computadoras en triage.		2- Médicos generales		3-Cursos de PHTLS (Todo el personal)	
	1-Sillas para sala de espera de familiares		Lavamanos sala de triage, (modular)		2-Seguridad fijo		4-Cursos de ACLS (Resucitación cardiopulmonar avanzada) (Todo el personal)	
	1- TV para sala de espera		Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera, (Ver propuesta del gerente)		3-Avanzada fijo		4-Facilidades ITLS Avalado por la AHA	
	MANTENIMIENTO Cambio de 3 sillas de espera en filas.		Ampliación de área de reanimación.				2- Congreso Intl de Traumatología y Ortopedia	
	Pintura de 8 lámparas cuello de ganso		Ampliación oficina de la gerencia de emergencia.				4- Facilidades Congreso Nacional de Emergenciología 1-Curso Inteligencia Emocional	
	Pintura para 15 pies de suero		Habilitar área de espera usuarios emergencia.				1-Curso Manejo de Estrés	
	Pintura para anaqueles de estación de enfermería		Habilitar baño ducha y barandas para el aseo usuarios.				1-Curso Ventilación Mecánica	
	Reparación de baño del personal						1-Curso Primeros Auxilios, RCP y DEA	
	Habilitar área de ducha.						1- Radiología Básica y Avanzada	
	Área de Reanimación							
	Reparación de:							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Cristal de las vitrinas							
	2 mesas de metal							
	El timbre.							
	Puertas de metal							
	Blanqueamiento de piso							
	Cambio de lavamanos.							
	Área de Atención / Observación							
	Reparación de: Pintura par 15 pie de suero							
	Pintura para anaqueles de estación de enfermería							
	3- mesas de metal							
	Para Ambulancia							
	1- Ventilador portátil							
	1- Equipo de aspiración portátil con sondas.							
	1- Set material para inmovilización general (Fernokit)							
	1- Camilla cuchara o tijera o tabla espinal larga con cinturones de seguridad (tipo araña)							
	2- Recipiente con compartimiento para medicamentos con sistema de clasificación por colores, (Botiquín tipo bulto)							
	Para área de Reanimación							
	Adquisición de: 2- Pie de suero							
	2- Esfigmomanómetro portátil							
	2- Tijera de trauma							
	2- Sonógrafo portátil.							
	1-Tanque de oxígeno portátil.							
	Para área de Triage							
	Adquisición de: 6- pie de suero							
	2- tijera de trauma							
	Para área de Atención / Observación							
	Adquisición de: 20- Sillas para acompañantes de pacientes							
	2-Tijera de trauma							
	1- Juego de cortinas							
	1- Computadora							
	Muebles y Computadoras: Muebles para los dormitorios de los médicos, (mesita de noche, librero, TV, neverita ejecutiva, etc.)							
	1-Sillón de descanso.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2- Mesitas de noche.							
	6-Hileras de asiento de 4 (Muebles sala de espera de familiares).							
	1- TV para transmisión de informaciones en sala de espera de familiares.							
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	Comprar canister de una máquina de anestesia.		Completar la habilitación de estar médico 4ta planta		No en este periodo		5-Participación en los cursos/talleres de recertificación en anestesiología, impartido por la	
	1- laringoscopio de fibra óptica.						Sociedad Dominicana de Anestesiología. Mayo y Noviembre	
	3- Broncoscopio de fibra óptica.						5-Desarrollar conferencias con conferencistas tanto internos como externos	
	1-Neuroestimulador						5-Apoyo en la participación a congreso Internacional	
	1-Bis						Apoyo para la realización en maestrías de gestión	
	8-Blower (mantas térmicas).							
	Mantenimiento de equipos							
	Sensores de capnografía							
	Calibración de vaporizadores de anestesia.							
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	1- Bandeja		Nutrición Área de preparación con identificación.		No en este periodo		10-Asistencia a congresos nacionales e internacionales escogidos por cada especialidad.	
	2- Silla de oficina		Paredes y techo de color claro y liso, construida de material que pueda limpiarse con facilidad.				Asistencia a entrega de guardia.	
	Gastroenterología. Equipos para la realización de los estudios:		Área que debe estar protegida de insectos, roedores, etc. Iluminación y ventilación adecuada.					
	1- Computadora.		Instalación de agua potable, con llave de rejilla grande. Vestidores y baños de fácil acceso para el personal.					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Torre que incluye gastroscopio y colonoscopia/recto-sigmoidoscopia con impresora.		Área de mantenimiento con sus insumos (escobas, desinfectantes, suaper, recogedor, zafacones).					
	2- aspiradores.		Habilitar con divisiones uno de los consultorios para 2 espacios para consulta.					
	1- Mesa para el lavado de los equipos.		Equipamiento del Área de Alimentación Enteral: 1-Lavamanos.					
	2- Cubetas para el lavado de los equipos.		2- Fregaderos de acero inoxidable.					
	1- Estante / closet para guardar equipos.		2- Dispensador de jabón.					
	1- Dispositivo para limpiar y destapar los equipos.		2- Dispensador de toallas desechables.					
	1- Equipo de prueba de fuga.		1-Meseta de trabajo (de superficie lisa, formica).					
	2- Set Pinzas para la toma de biopsias (gastroscopio/colonoscopia).		12- Gabinetes. (12) 6 parte superior-6 parte inferior					
	2- Pinzas de escleroterapia de úlceras.							
	4- Cepillos para el lavado de equipos.							
	2- Pinzas de extracción de cuerpos extraños							
	Frascos estériles para toma de biopsias.							
	3- Pie de suero.							
	2- Camillas							
	Tanque de oxígeno.							
	Oxímetro portátil.							
	1- Set ambú / estetoscopio/esfigmomanómetro.							
	Batas médicas quirúrgicas desechables/ gorros y mascarillas/zapatos.							
	Batas de usuarios/pantalón tipo bermuda con abertura en área de entrepierna para los usuarios							
	1 Chequeo por la casa distribuidora de los equipos c/ 2/ 3 meses.							
	Medicamentos e insumos: Hidrocortisona ampollas Fendramin ampollas							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Metroclopramida ampollas Muvett ampollas Gastop / cimeticona frasco Adrenalina Midazolam ampollas Sertal simple / propinoxato ampollas Material gastable: jeringas 10cc/5cc/20cc de bulbo Maripositas 22/23 Bajantes suero Sol salina 0.9%, sol mixta al 0.33%, lactato ringer Riñoneras, boquillas, bomboneras Papel para las camillas/ sabanas Algodón / alcohol, betadine, gasas Zidex plus Formol							
	Neumología. Equipos: 03- agujas de biopsia pleural tipo Abrams.							
	Bandeja para esterilizar.							
	Monitor con oxímetro de pulso.							
	01- nebulizador.							
	06- riñoneras.							
	01-Camilla para procedimientos.							
	01- silla de ruedas.							
	01-Tanque de oxígeno.							
	01-Bandeja de paro cardiorrespiratorio							
	Neurología. 1- Electroencefalógrafo							
UNIDAD DE NEFROLOGÍA	1- Bebedero		No en este período		2- Nutriólogos (en horario a.m. y p.m., para seguimiento pacientes)		1-Revisión y actualización anual de los procesos de la gerencia	
	Colocación de fijadores de pared para oxígeno						5-Asistencia a congresos nacionales e internacionales tanto a los médicos del área como a las enfermeras.	
	1-Lampara de emergencia							
	1-Desfibrilador							
	1-Escaner.							
	100-Folder para expedientes							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE ATENCIÓN CRÍTICA	2-Respirador automático portátil		Separación de cubículos de UCI		UCI 4to. piso 1- Terapista respiratorio. 2-Médico especialista turno mañana.		2- Rotación por el Hospital de Río Piedras Puerto Rico (Unidad Intensiva)	
	3-Medias de compresión intermitente con blower.		Lavamanos a la entrada de cada una de las Unidades de Intensivo				1-Curso avanzado de ventilación mecánica para médicos y enfermeras.	
	9- Lámparas cuello de ganso.		Seguridad electrónica en las puertas de cuidados intensivos				1-Curso servicio al cliente para personal asistencial.	
	2-Colchones maxipédicos o postopédicos.		dialítica a pacientes en estado crítico				Facilidades congreso multidisciplinario de medicina crítica y neumológico (Arizona).	
	1-Mesita de medicación						Facilidades congreso medicina intensiva de la sociedad española.	
	3-Monitores de monitoreo continuo						Facilidades VII Congreso Iberico de Medicina Intensiva.	
	1-Máquina de gases arteriales.						1- Plaza Maestría en Alta Gerencia (Universidad Católica)	
	1-Bebedero Calibración por un biomédico de los monitores y respiradores							
	1- Camilla para traslado de pacientes							
	5-Camas de posición							
	5-Sillas para el personal							
	1-Ventilador portátil.							
	UCI 3er piso:							
	2-Nebulizadores							
	2-Camarotes para médicos y enfermeras							
	1-Maquina gasometría.							
	3-Lamparas de calor							
	1-Bebedero.							
	Colocación de monitoreo central en las tres unidades.							
	2-Mascaras de ventilación mecánica no invasiva.							
	1- Lavamanos en la entrada							
	1-Oxímetro portátil							
	7-Monitor central							
	2-Monitores							
	5-Aspiradores portátil							
	10-Colchones de aires antiescara							
	10-Brazaletes							
	1-Ventilador portátil							
	5-Monitores con oximetría							
	7-Nebulizadores							
	1-Maquina de gasometría							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1-Esfigmomanómetro portátil							
	3-Lámparas de calor							
	UCI Intermedio:							
	15-Colchones de aire antiescara							
	1-Sillon reclinable.							
	2-Aspiradores							
	1-Neverita							
	1-Mesa de cura							
	1-Anaquel							
	2-Lamparas de calor							
	1- Lavamanos en la entrada							
	2-Aspiradores							
	5-Colchones de aires antiescara							
	1-Bebedero							
	5-monitores con oximetro							
	2-nebulizadores							
	1-nevera							
	1-lavamanos modular							
	2-canasta de transportar los medicamentos							
	2-lámparas de calor							
	1-mesa de cura							
	1-Electrocardiografo							
	UCI 4to. piso:							
	1- Lavamanos en la entrada							
	Reparación y equipamiento del 6to. Cubículo							
	7-Oxímetros							
	1-Maquina de gases arteriales							
	1-Respiradores portátiles (para traslado de los pacientes cuando se les va a hacer estudios al área de imágenes)							
	6-Monitores							
	1-Monitor portátil							
	5-Camas							
	1-Aire Acondicionado para el área de aislamiento							
	2-Oxímetro portátil							
	5-Colchones de aires antiescara							
	1-ventilador portátil							
	3-nebulizadores							
	1-Maquina de gases arteriales							
	Set para Traqueotomía Percutánea							
GERENCIA DE SALUD MENTAL								
	1- Computadora		No en este periodo		No en este periodo		Habilitación docente	
	1-Telefono (Oficina)						1-Maestría en gerencia en salud.	
	Pruebas Psicométricas: Torre de Hanoi						Facilidades para participación en congresos (Psicólogos y psiquiatras)	
	Figura humana (DFH)							
	Dibujo de la familia de Koppitz							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	16 FP-C							
	Test de tablouse							
	Test de clave de número de Wais III							
	Escala de memoria de Wechsler							
	Test de StroopPASAT							
	Disección de líneas y letras							
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLÓGICA	1-Equipo de cirugía ortognática		No en este periodo		No en este periodo		5-Conferencias de casos clínicos.	
	Readecuación de la bandeja quirúrgica						2-Congreso Sociedad Latinoamericana de Cirugía Cervicomaxilofacial.	
							Curso-taller de Cirugía Ortognática, mayo 2016	
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	2- Neveras (muestras, reactivos sin usar, ejecutiva para banco de sangre) VIDAS, ELECCYS 2010		Ampliación área toma a de muestra.		2-Auxiliar de limpieza		1-Especialidad hematología	
	1-Sellador de unidades		Habilitar puerta de salida de emergencia.		1-Bacteriologa		4-Cursos de orina, coprológico	
	1-TV sala espera donantes.		Reubicar área de descanso.		6-Tecnicos flebotomistas		1- Alta Gerencia Moderna en Salud	
	1-Nevera mediana (para almacenar las muestras de los pacientes).		Sistema de purificación de agua.		1-Digitador		Curso paquete de office	
	4-Sillas ergonómicas (para la toma de muestra)		1-Media pared para los departamentos de Hematología, Pruebas Especiales y Química clínica para aprovechar los espacios y colocar equipos.				1-Curso toma de muestra y actualizaciones.	
	1-Sistema de seguridad con llaves electrónicas para la puerta del laboratorio.		Laminado oscuro de la puerta del área de proceso, bacteriología y Banco de Sangre.				2- Actualizacion en Parasitología y Urinalisis	
	1-Televisor para Banco de Sangre.		1-Cambio de meseta en metal para Bacteriología				1-Taller determinación y manejo en pruebas especiales	
	4- Sillones para banco de sangre.		1-Puerta en cristal ahumado en Bacteriología				1-Taller de lavado de cristalería	
	1-Kit de primeros auxilio.						Auditoria interna	
	7-Silla para flebotomía (Impermeables)						Congresos nacionales para 6 colaboradores	
	12-Monitores tactil con base a la pared para las tomas de muestras						1-Facilidad para congreso internacional.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	9-Impresoras pequeñas de Label para toma de muestra (Código de barra)						1-Taller normas de bioseguridad	
	4-Canastas para la toma de muestra.							
	1-Mesa de dos niveles para colocar las canastas de planta y emergencia.							
	12-Zafacones de metal con tapa (toma de muestra y las áreas de proceso)							
	18-Proctetor de Pantalla							
	4-Balanza agitadoras de bolsas de sangre							
	4-Esfigmometro de pared							
	3-Estetoscopio							
	1-Centrifuga Cerafuge							
	3-Filas de asientos de 5 para sala de espera de Banco de sangre							
	4-Termómetros para las neveras.							
	3-Cestillos de vidrio para cubetas de tinción							
	1-Baño de maría seco							
	14-Gradillas en metal							
	6-Cronometro							
	2-Cilindros							
	2-Probetas de 500 Y 1000 ml							
	Tapizar todas las sillas en material impermeable							
	1-Impresora multifunción							
	1-Lavadora de dos niveles (lavado, enjuagado y secado).							
	Pijamas para las áreas de proceso							
	1-Librero para los manuales y libros de consultas.							
	3-Tramos de en metal.							
	Mural en cristal con todas las serie blanca de Hematología							
	Norma de Bioseguridad, orina y coprológico.							
	4-Mural en cristal.							
	2-Locker de 15 compartimientos.							
	3-Placas de VDRL							
	2-Placas de antígenos Febriles							
	1-Cepas control para Bacteriología							
	3-Tijeras metálicas							
	6-Pelotas terapéuticas manuales.							
	2 archivos (4 y 2 Gaveta)							
	6-Revisteros con base en la pared							
	1-Interfase para el equipo Dirui							
	1-Incubadora mediana							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	4-Atlas de hematología (Series blancas, orina, coprológico)							
	3-Sillas secretariales.							
GERENCIA DE IMÁGENES	1-Tomógrafo Multidetectores (Mínimo 16 detectores)		Habilitación de área de archivo de imágenes con estantes en madera.		3-Medicos sonografistas para los servicios.		8-Congreso Sociedad Dominicana de Radiología	
	1- Transductor intracavitario		Colocar puerta divisoria entre las diferentes áreas del departamento de imágenes.				1-Curso de protección radiológica para todo el personal de la gerencia	
	1- Transductor curvo para el equipo Aloka		Construcción vestidor para el equipo1 de rayos X				6-Cupos para curso de auditoría interna.	
	1-Sonógrafo portátil para los pacientes de Emergencia, UCI y la planta		Habilitación con divisiones en madera del área para almacén de insumos del departamento					
	1-Archivo pequeño de 2 gavetas con llaves							
	10-Hilera de asientos para 5 personas							
	1-Impresora Label							
	1-Fotocopiadora multifuncional.							
	1- Tubo Generador de Rayos X para dos Brazo en C.							
	5- Chasis, medida 14x14							
	5- Chasis, medida 14x17							
	Sistema risk-pacs para la interpretación y visualización de los estudios de imágenes							
	Pieza bandeja de chasis equipo rayos x telecomando							
	Pintar los equipos de rayos X							
	Reparación de tomógrafo y resonador.							
	1-DVD para el lobby							
GERENCIA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	4-Estantes		Habilitar un armario cerrado para almacenamiento de especímenes.		1- Histotecnólogo.		2-Cursos de actualización en citopatología	
	4-Anaqueles.				1-Médico patólogo.		2- Curso sobre calidad de los procesos	
	4-Archivos						Capacitación sobre legislaciones nuevas y el código penal	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2-Escritorios.						Capacitación sobre humanización de los servicios de salud	
	1-Computadora.							
	Cortina para ventana área de macroscopia							
	Reparación de criostato							
GERENCIA DE FARMACIA	2- Computadoras		Área de descanso para el personal de servicio.		3- Colaboradores (2 por turno).		1-Taller de capacitación para manejo de productos de osteosíntesis (6 colaboradores)	
	2- Impresora		Hacer pasamano para entrega de medicina		1-Secretaria		1-Participación en Congresos Farmacéuticos nacionales	
	7 -sillas (2 giratorias y 4 estacionarias, 1 con brazo)				1-Coordinador tanda vespertina		1- Congreso para gerentes nacionales e internacionales 2015	
	1- archivo de tres gavetas							
	3- anaqueles metálicos							
	20 canastas plásticas de transporte con rueda							
	1-Locker de 6 espacios							
	1-Bebedero.							
	1- Escritorios							
GERENCIA ENFERMERÍA	Área de Quirófano Emergencia (2 Quirófano)		Área de Quirófano Emergencia (2 Quirófano)		Área de Quirófano Emergencia (2 Quirófano)		Diplomado en manejo avanzado de heridas	
	2-Anaqueles.		Habilitación del lavadero para instrumentales post - quirúrgicos		2 Licenciadas		Curso de inglés técnico en salud	
	2-Zafacones de metal con ruedas de 5 galones.		Habilitación para la instalación de dos autos clave de vapor y área de preparación de equipos quirúrgicos.		1 Avanzada		Manejo de conflicto, estrés y trabajo en equipo. Facilitador interno	
	Departamento De Enfermería				Departamento De Enfermería.		Participación del congreso de nefrología	
	1- Archivo de 4 gavetas				5 supervisoras		Electrocardiograma básico INFOTEP	
	1- Bebedero				ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to. Nivel 30 cama)		Diplomado en habilidades gerenciales INFOTEP	
	694- Uniformes				2 Licenciadas.		Manejo del tiempo y recursos hospitalarios INFOTEP	
	ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to. Nivel 30 cama)		Área De Hospitalización BLOQUE –II 4to. Nivel 30 cama)		Área De Hospitalización BLOQUE –II 4to. Nivel (29 cama)		Bioseguridad hospitalaria (retroalimentación)	
	2- Aspiradores		Instalación de tres (03) lava manos modulares en el pasillo.		2 profesionales		Traslado seguro de pacientes críticos. Protocolo hospitalario.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	4- Colchones de aires		Área De Infectología (BLOQUE II) 4TO. NIVEL (4 cama)		Área Quirófano 4to nivel.		Dosificación de medicamentos	
	2- Nebulizadores		Instalación de tres (03) lava manos modulares en el pasillo.		2 Auxiliares de avanzada		El arte del cuidado de enfermería.	
	1- Monitor		Área Quirófano 4to nivel.		Área Hospitalización BLOQUE – I (3ER NIVEL)/ (27 CAMA)		Etiqueta y protocolo unido a Ética laboral INFOTEP	
	1- Mesita de cura		Instalación de un (01) lava manos modulares en el pasillo.		4-Licenciadas		Formación docente para facilitadores INFOTEP	
	1- Computadora		Habilitación ay adecuación del vestidor en el pre-quirúrgico.		Área de Hospitalización 3er. Nivel Bloque –II (27 Cama)		Diplomado en emergencias y cuidados críticos Avalado por UNIBE	
	2- Sillas giratorias		Adecuación del área de esterilización		4-Licenciadas			
	Carro para transportar el oxígeno.		Unidad De Cuidados Intensivos 4to Nivel (7 Cama)		ÁREA DE UCI Neurocirugía 3ER. Nivel (7 Cama)			
	1- Televisor para cada habitación en servicio		Colocación de gavetas y puerta en el estar médico y de enfermería.		2-Licenciadas			
	2 Camilla de posición para el transporte		Habilitación del espacio físico para colocación de ropa limpia.		1-Auxiliar			
	Sofá doble para el descanso de los familiares de pacientes en las habitaciones.		Área Hospitalización BLOQUE – I (3ER NIVEL)/ (27 CAMA)		Área QUIRÓFANO 3er. nivel.			
	Neveras para las habitaciones.		Instalación de un (01) lavamanos modulares en el pasillo.		1-Auxiliar avanzada			
	Área De Infectología (BLOQUE II) 4TO. NIVEL (4 cama)		Área de Hospitalización 3er. Nivel Bloque –II (27 Cama)		Área De Consulta Externa Y Servicios Ambulatorios			
	1- Bebedero		Instalación de un (01) lava mano modular en el pasillo.		2-Auxiliares enfermería			
	1- Anaquel para colocación de sabanas limpias.		ÁREA DE UCI Neurocirugía 3ER. Nivel (7 Cama)		1-Auxiliar avanzada			
	1- Sofá para cada habitación para el descanso de los familiares		Habilitación del espacio físico para la preparación de medicamentos		Radiología			
	1- Televisor para cada habitación.		Colocación de los lava manos modulares en el pasillo.		1-Auxiliar avanzada			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Negatoscopio		Habilitación de espacio físico para la colocación de ropa limpia.		Epidemiología			
	1- Mesa de cura		Área UCI intermedio (5 Cama) 3er. Nivel		1-Licenciada			
	Área Quirófano 4to nivel.		Habilitación del espacio físico para la preparación de medicamentos					
	1- Locker		Colocación de los lava manos modulares en el pasillo.					
	3- Monitores		Área QUIRÓFANO 3er. nivel.					
	1- Ponchera		Instalación de un (01) lava manos modulares en el pasillo.					
	1- Mesa para cura		Área De Consulta Externa Y Servicios Ambulatorios					
	1- Laringoscopio		Habilitación de consultorio 211 para la realización de estudios de cardiología.					
	1- Zafacón de 5 galones acero inoxidable con ruedas para cada quirófano.		Habilitar área para la realización de curas limpias, aplicación de tratamiento ambulatorio, y procedimientos mínimamente invasivos.					
	2- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.		Emergencia: Estado Situacional					
	1- Aspirador portátil para recuperación		Habilitar el estar médico y de enfermería del área de triaje.					
	3- Mesa de mayo		Habilitar sala de espera para pacientes y/o familiares					
	Unidad De Cuidados Intensivos 4to Nivel (7 Cama)		Conclusión del espacio físico del quirófano de emergencia, colocación de puertas y gavetas del área de observación					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Cablería para monitores de pared.							
	4- Colchones de aire							
	2- Lámpara de calor							
	Área Hospitalización BLOQUE – I (3ER NIVEL)/ (27 CAMA)							
	1- Carro de cura							
	4- Monitores							
	5- Aspiradores							
	4- Nebulizadores							
	13- Fluviómetro							
	2- Sillas de rueda							
	1- Computadora							
	4- Locker de 8 compartimientos							
	1- Calentador de agua para el baño de los pacientes							
	2- Camarote							
	2- Desfibrilador							
	5- Colchones de aire							
	6- Sillas de escritorio para el star							
	6- Sillas de escritorio para el estar.							
	3- Lockers de 8 compartimientos							
	32- Sofás para cada habitación							
	32 -televisores.							
	1- Casillero para colocación de material gastable							
	Dos juego de sillas de cuatro asientos los lobbies.							
	2 camillas.							
	Área de Hospitalización 3er. Nivel Bloque –II (27 Cama)							
	1- Peso							
	2- Computadora							
	1- Mesa de cura							
	2- Bandejas de cura							
	1- Aspiradores							
	12- Colchones para los pacientes.							
	1- Camarote con colchón							
	1- Sofá para cada habitación más un Televisor							
	1- Nebulizador							
	1- Bebedero							
	2- Esfigmomanómetro							
	12- Flujometro							
	2- Monitor							
	2- Colchones de aire							
	Cajetines para material gastable							
	ÁREA DE UCI Neurocirugia 3ER. Nivel (7 Cama)							
	5- Sillas para el personal							
	1- Bebedero							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2- Locker de 8 compartimientos							
	2- Camarote con colchón							
	1- Monitor central							
	1- Calentador de agua (para el baño del patient)							
	4- Monitores							
	1- Silla de rueda							
	12- Flujometro Oxímetro							
	Área UCI intermedio (5 Cama) 3er. Nivel							
	1- Neverita							
	1- Bebedero							
	2- Camarote con colchón							
	4- Aspiradores							
	3- Nebulizadores							
	3- Colchones de Aire							
	5- Monitores							
	1- Monitor central							
	Calentador de agua (para el baño de los pacientes							
	1- Carro de paro con desfibrilador							
	1- Mesa de cura							
	Área QUIRÓFANO 3er. nivel.							
	3- Silla secretariales							
	3- Locker de 8 compartimientos							
	4- Taburetes con rueda							
	7- Reloj de pared							
	10- Ponchera de aluminio							
	10- Bandeja para mesa de mayo							
	1- Camarote con colchón							
	1- Mesa de escritorio							
	1- Archivo para la papelería							
	1- Zafacón de 5 galones acero inoxidable con ruedas para cada Quirófano.							
	2- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.							
	1- Aspirador portátil para recuperación							
	4- Zafacones pequeños con rueda							
	4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas							
	3- Monitores para Recuperación							
	Área De Hemodiálisis							
	1- Estante para carpeta							
	01- Bebedero							
	01-Monitor con desfibrilador							
	1- Sillas de ruedas							
	01- Carro portátil para el oxígeno							
	Área De Consulta Externa Y Servicios Ambulatorios							
	5- Escritorios							
	19- Sillones							
	19- Lentes para otoscopio							
	4- Sillas plásticas							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	AREA DE Emergencia: Estado Situacional							
	Sillas para acompañante de pacientes							
	2- Lockers							
	1- Sofá en reanimación							
	1- carrito de transporte para oxígeno portátil							
	14- cortinas pequeñas							
	18 cortinas Grandes, para cubrir el área de triaje y observación.							
	4- Anaqueles.							
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	No en este período		No en este período		No en este período		No en este período	
GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	Recepción: 2- Hand Free (Head Set)		Habilitación de 4 cubículos para el call center.		1-Auxilia de atención al usuario.		3-Diplomado en alta gerencia	
	1- Archivo de 2 gavetas		Central Telefónica				1-Diplomado en servicio al cliente	
	Call Center 4- Head set						1-Curso agente profesional de call center (10) personas	
	1-Computadora						1-Curso calidad en el servicio	
	Imágenes 1- Dispensador de turno						1-Curso ortografía y redacción	
	1-Pantalla numérica						1-Curso excell básico y avanzado.	
	Consulta Externa: 1- Micrófono conectado a sistema de bocinas exclusivo para esta área						10-Cortesía telefónica.	
	Telecable							
	10-Filas de asiento.							
	6- Buzones de sugerencia							
	4- archivos de escritorio							
	1- bebedero							
UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL	1-Silla ergonomica.		Ampliar oficina Unidad Legal o habilitar otro cubículo.		No en este periodo.		1-Maestría en Derecho Laboral 3- Capacitación y actualización del marco legal del sector salud.	
							3- Capacitación y actualización del marco legal del sector salud.	
GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PUBLICAS	2-Disco duro de 2 thera		No en este período		No en este periodo.		2- Facilidades para Curso internacional de relaciones públicas.	
	2-Memorias USB de 64 GB						2- Facilidades para Congreso internacional comunicación en salud.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2-Memorias SD de 64 GB						2- Facilidades para Maestría en relaciones públicas.	
	1- Cámara de video						2-Facilidades para taller sobre manejo de información	
	1- Cámara fotográfica.						2-Encuentro con periodistas sobre manejo de informaciones de accidentes de tránsito, seguridad vial entre otros.	
	1- Fax						2- Facilidades para diplomado en gerencia de salud.	
	2- grabadoras							
	1- Televisor							
	1- Radio.							
	2- Archivos							
	1- DVD							
	1-Impresora multifuncional							
	1-Archivo							
	1-Bebedero.							
GERENCIA DE CONTABILIDAD.								
	Software financiero		Dentro de la oficina hacer 4 cubículos		No en este período		No en este período	
	1- Computadora		Habilitar área de archivo					
	2- Silla Secretarial							
Gerencia de Control de Procesos y Registros								
	1- Impresora				1-Asistente administrativa.		3-Curso de Excel para financieros avanzado	
	3- Sillas ergonómicas						2-Uso efectivo en el manejo de las tecnologías de la información.	
	1-Escritorio							
	1-Computadora							
GERENCIA DE TESORERÍA								
	18-Head set		Habilitar un espacio cerrado para los cajeros del laboratorio, ya que estos manejan efectivo muy expuesto.				Maestría en administración financiera	
			Habilitar área de emergencia para cajeros.					
			Una meseta para los cajeros del área de imágenes ya que el espacio ahora es muy limitada.					
			Tintar o condenar uno de los cristales de la caja de consulta					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
			de modo que los pacientes solo puedan dar el frente a los cajeros por un solo lado del cubículo.					
GERENCIA DE FACTURACIÓN	Unidad de Reclamaciones		Habilitar una puerta en el área de reclamaciones		No en este periodo.		1-Curso de capacitación en Excel avanzado	
	10- Sillas Giratorias de oficina						30-Capacitación en Mejora Continua	
	2- Archivos de 3 gavetas tipo torre						5-Diplomado en Seguridad Social	
	3- Archivos aéreos pequeños						30-Efecto positivo de la buena comunicación	
	Unidad de Hospitalización						1-Curso manejo de conflictos	
	7- Sillas Giratorias de Oficina						1-Curso habilidades gerenciales.	
	Unidad de Pre-Facturación						1-Curso inteligencia emocional	
	3- Archivo pequeño de 3 gavetas						1-Curso servicio al usuario.	
	1- Archivo de 2 gavetas							
	6- Sillas giratorias							
	Oficina de la Gerencia							
	1- Aire Acondicionado							
	3- Silla Ejecutiva							
	1-Impresora							
UNIDAD DE PRESUPUESTO								
GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS	2-Lector de códigos de barra		No en este periodo		No en este periodo		1-Diplomado en alta gerencia y/o finanzas.	
	1-Impresora de códigos de barra							
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	No en este periodo		División de la oficina en cubículos		No en este periodo		1-Maestría y/o diplomado en compras y logísticas	
GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL	Uniformar nuevamente todo el personal		Reubicación de oficina de RRHH		No en este periodo		1-Administración de recursos humanos	
	Manuales de inducción para el personal						1-Maestría en alta gerencia.	
	Manuales de organización Presupuesto para capacitación y actividades especiales propias de RRHH							
	Batas médicas siempre en existencia para los nuevos integrantes.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	No en este periodo		No en este periodo		1-Asistente de RRHH		No en este periodo	
GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	1-Sistema de detección temprana contra incendio para el Data Center		No en este periodo		1-analista de base de datos (programador)		2-Certificación Nortel	
	1-Actualización del antivirus				1- Asistente		2-Capacitación active directory	
	1-Modulo de conferencia para el quirófano Inteligente (Crear el quirófano inteligente)						2-Certificación VMWare	
	1-Sistema clínico (Integración con el sistema administrativo financiero).						2-Curso de CCNA Voice	
	1- Sistema de gestión de imágenes.						2-Curso de Cisco CCDA	
	1-SAN Licencia VMWARE						2-Curso de MCSA Windows Server 2008	
							2-Curso de MCITP Microsoft certified It Professional Virtualization-administrator on windows server 2008 R2.	
							2-Curso de VMware's Sphere	
							2-Curso de MOC Active Directory 2013	
							1Auditoria y peritaje informático	
							1-Modelo Cobit y análisis	
							2-System Center 2012 Configuración e implementación	
							1-Auditoria de proyectos informáticos	
							2-Asterisk avances	
							2- IT Essencial	
GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA	2- Sillas de visita.		No en este periodo		No en este periodo		4-Congreso anual de epidemiologia	
	2- Sillas secretariales con ruedas						4-Sistema informático Epi-info	
	1- Bebedero							
	1- Letrero de la gerencia de Epidemiologia							
	3- Archivos de 3 gavetas.							
	1- librero.							
	1- Mapa político de la provincia							
	1-Impresora multifunción							
GERENCIA DE ESTADÍSTICA,	2-Archivos de 3 gavetas		No en este periodo		2-Auxiliar de enfermería fijo asignado en el área		4-Curso actualización análisis informaciones bioestadísticas.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
ARCHIVO Y ADMISIÓN					de admisión cirugía electiva.			
	6-Sillas secretariales				1-Auxiliar de archivo clínico de sexo masculino		4-Curso Epi-Info.	
	Letrero de la gerencia						1-Especialidad en Gestión Hospitalaria	
	Impresora multifuncional ingresos electivos							
GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS	1- Computadora.		Adecuación de oficina.		1- Gerente		1-Aplicación y diseño de instrumentos de investigación.	
	1- Teléfonos.				1- Asistente		1-Investigación clínica.	
	1- Escritorio.						1-Programas relacionados con investigación y análisis de datos.	
	1- Impresora.						1-Desarrollo de protocolos sobre Medicina Basada en Evidencia (MBE).	
	1- Sillón ejecutivo							
	2- Sillas visita.							
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	1- Sillón ejecutivo		No en este periodo		No en este periodo		1-Aplicación y diseño de instrumentos.	
							1-Calidad de procesos.	
							1-Auditoría de procesos.	
							1-Evaluación y seguimiento	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	1- Impresora multifuncional a color		Habilitación biblioteca virtual				1- Curso gestión hospitalaria	
							Suscripción a bibliotecas y revistas virtuales.	
GERENCIA DE MANTENIMIENTO	1-Carro plataforma		Terminaciones menores.		1- Auxiliar de cerrajería		7-Cursos electricidad de potencia	
	2-Computadoras		Impermeabilización del edificio principal		1-Ebanista		26-Cursos de Higiene y Seguridad Industrial	
	Uniformes personal Batas de trabajo para los técnicos		Habilitación de taller de mantenimiento		1-Carpintero.		5-Cursos de manteniendo y reparación de equipos de electro medicina.	
	1-Camara de seguridad en área de almacén		Habilitación cisterna adicional para emergencias o tanque de agua.		1-Técnico en ascensores.		12-Capacitación en Informática Básica	
	80-Baterías UPS						7-Curso de mantenimiento de plantas de emergencia	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Equipamiento de taller: Sierra eléctrica para carpintería, horno para electrodos, tacómetro, calibrador o pie de rey, , prensa para ebanistería, 4-mesas de trabajo.1-panel eléctrico para pruebas,1-archivo de 4 gavetas ,10-trameras para taller,10-bancos o sillas altas,1-pulidora de mesa,1-gabinete para manuales, 3-flotas,juego de llaves torques,1-cinta de plomería, ,24-detornilladores trías de diferentes tamaños, multímetro electrónico, tornillo micrómetro, protectores, interruptores y tc de 110 y 220 v, 113 juego de llaves allen, juego de llave para tubo de acero forzado, juegos de llave de boca. Extractores de 10 ton, vara dieléctrica, serruchos, tubos de pvc ½, ¾, 1, 1 ½ eléctrico, PVC para agua ½, ¾,1,1 ½,2,3,4, rollos de alambre dulce, tape 3m, tape de goma y makin tape, sellador de pvc de agua, , de madera , de ferre y de agua, bozales de pintor no desechables1 ½ 2 pulg. Y fresas para servicio, cepillo para terminación de madera, barniz de madera, clavos de acero ½ , 1 plug, grapas de madera, abrazaderas de ½ , ¾, 1 y 1 ½ pul, abrazaderas de ½ , ¾, 1 y 1 ½ pul, para tubería de presión, abrazaderas de ½ , ¾, 1 y 1 ½ pul, para tubería de agua pvc, abrazadera ajustable de ½ , ¾, 1 y 1 ½ pu, grasa sintética para baterías, decibelímetro para baterías, estaño, barniz clase c , f y b, canutillo, bombilla 110, 220v, y tornillos tirafondo 1 pulg, cintas para tuberías eléctricas.						7-Curso de mantenimiento de equipos médicos especializados	
							6-Curso de mantenimiento Elevadores	
							5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y schiller	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS	1- Aspiradora.		No en este periodo		15- Auxiliares (turnos fines de semana y feriado)		1- Maestría y/o diplomado gestión hospitalaria	
	5-Carros de limpieza de transporte de materiales.				1- Auxiliares de limpieza (reposición)		Cursos de limpieza hospitalaria.	
	5-Cubetas con su exprimidores Rubermaid				1-Asistente administrativa.			
GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD	1- pc para el área de cámara		Cierre electrónico para las siguientes áreas: Emergencia, área de cajeros,		5- Auxiliares de seguridad.		1-Curso de inteligencia emocional	
	1- Arco detector de metal para la entrada principal		Garita elevada en área de parqueo				1- Curso de atención usuario	
	2- Detectores de metales manuales.							
	5-Cámaras.							
	20 –Radios Motorola							
	1-Caja fuerte para guardar armas de fuego							
LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN	1-Mesa para corte.		No en este periodo		1 Auxiliar de costura (confección de lencería)		No en este periodo	
	1-Mesas en área de doblado.							
GERENCIA DE TRANSPORTE	4-Conos de tráfico		Habilitar oficina		1-chofer para cubrir vacaciones y licencias.		4-Curso de electromecánica.	
							1-Curso manejo ambulancia.	
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN	Uniforme al personal		Habilitar 1 marmitas existentes.		2- Auxiliares de cocina.		1-Diplomado en alimentación hospitalaria.	
	6-Guantes protectores para los cocineros.		Instalación lavamanos de acero inoxidable área de cocina.		1- Stuard		1-Curso manipulación alimentos para todo el personal	
	2- Carritos Calientes		Cortina de aire a la entrada de la cocina.		1- Room service.		1-Taller de desarrollo organizacional	
	Acceso electrónico a la cocina		Colocación de cortina en cuarto frio					
	Pintura para la cocina							
	Cámaras de seguridad							
	Pilones de madera.							
	4 Cuchillos de chef							
	1-Maquina de agua de lavado a presión							
	Compra detergente antibacterial.							

XII. PRESUPUESTO GENERAL.

1. Total Actividades, de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2016.

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA	PRECIOS PROMEDIOS Unitario	COSTO TOTAL PRODUCCION
Consultas	99.332	RD\$ 155,00	RD\$ 15.396.460,00
Emergencias	46.074	RD\$ 257,50	RD\$ 11.864.055,00
Egresos Salas Comunes	10.962	RD\$ 20.046,00	RD\$ 219.744.252,00
Egresos Salas UCI	943	RD\$ 162.000,00	RD\$ 152.766.000,00
Procedimientos Terapia Física y Rehab.	33.090	RD\$ 425,00	RD\$ 14.063.250,00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Ortopedia, y Neuroquirurgico	3.667	RD\$ 75.000,00	RD\$ 275.025.000,00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Cirugia General y Especialidades y Maxilofacial	3.163	RD\$ 27.000,00	RD\$ 85.401.000,00
Pruebas de Laboratorios Clínicos.			
Hematología Emergencia	12.235	RD\$ 135,69	RD\$ 1.660.167,15
Hematología Lab. Central	66.030	RD\$ 135,69	RD\$ 8.959.610,70
Hematología Banco Sangre	62.700	RD\$ 135,69	RD\$ 8.507.763,00
Pruebas Especiales	57.085	RD\$ 260,00	RD\$ 14.842.100,00
Química Sanguínea Emerg	18.025	RD\$ 136,00	RD\$ 2.451.400,00
Química Sanguínea Lab. Central	318.354	RD\$ 135,00	RD\$ 42.977.790,00
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	2.295	RD\$ 1.202,97	RD\$ 2.760.816,15
PP, PTT y Fibrinógeno	22.562	RD\$ 642,00	RD\$ 14.484.804,00
Bacteriología	8.474	RD\$ 277,07	RD\$ 2.347.891,18
Uroanálisis	27.125	RD\$ 160,00	RD\$ 4.340.000,00
Coprológico	8.763	RD\$ 131,00	RD\$ 1.147.953,00
Serologia	35.460	RD\$ 260,00	RD\$ 9.219.600,00
Estudios de Imágenes.			
Rayos X	88.693	RD\$ 285,25	RD\$ 25.299.678,25
Sonografía	15.421	RD\$ 433,75	RD\$ 6.688.858,75
Tomografía	11.001	RD\$ 1.995,00	RD\$ 21.946.995,00
Resonancia	4.134	RD\$ 2.991,00	RD\$ 12.364.794,00
Panoramica	0		
Doppler	0		RD\$ -
Estudios Especiales	395	RD\$ 2.862,50	RD\$ 1.130.687,50
Pruebas Laboratorio Anatomía Patológica.			

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA	PRECIOS PROMEDIOS Unitario	COSTO TOTAL PRODUCCION
Biopsia	1.947	RD\$ 820,00	RD\$ 1.596.540,00
Biopsia por congelación	0	RD\$ 6.939,75	RD\$ -
Citología	9	RD\$ 691,00	RD\$ 6.219,00
Necropsia	0	RD\$ 11.559,25	RD\$ -
Otros Procedimientos			
Curas y Otomía	10.107	RD\$ 520,00	RD\$ 5.255.640,00
Curas en Emergencia	8.953	RD\$ 520,00	RD\$ 4.655.560,00
Suturas	6.953	RD\$ 400,00	RD\$ 2.781.200,00
Reducciones y Enyesados	11.278	RD\$ 3.115,00	RD\$ 35.130.970,00
Hemodiálisis	12.914	RD\$ 2.655,00	RD\$ 34.286.670,00
Ecocardiogramas	2.334	RD\$ 940,00	RD\$ 2.193.960,00
Electrocardiogramas	12.101	RD\$ 255,00	RD\$ 3.085.755,00
Endoscopias	0		
TOTAL GENERAL PRODUCIDO	1.022.579		RD\$1.044.383.439,68

2. TABLA: Producción General de Actividades Esperada para el año 2016.

ACTIVIDADES	METAS 2016
Emergencias	46.074
Ingresos	11.905
Consultas	99.332
Interconsultas	20.242
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	9.450
Psicoterapia	1.410
Procedimientos Quirúrgicos (Emergencia y Programados)	6.830
Lab. Clínicos	639.107
Estudios Imágenes	119.644
Ecocardiogramas	2.334
Estudios Anatomía Patológica	1.956
Recetas Despachadas Farmacia	242.076
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	33.090
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	149
Suturas	6.953
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	11.278
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	237
Otros Procedimientos de Ortopedia y Especialidades	
Curas Emergencia	8.953
Curas y Otomías	10.107
Procedimientos Odontología	0
Hemodiálisis	12.914
Electroencefalogramas	
Espirómetrias	
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	12.101
Endoscopia	0
Procedimientos Anestesiología	6.830
Otros Procedimientos Anestésicos	3.531
Curas y Desbridamientos Unidad Quemados	0
Otros Procedimientos Unidad Quemados (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Fistulización de venas, Ferulizaciones, Tracciones esqueléticas, Ventilación Mecánicas, Hemodiálisis, Otros)	
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	6.029
TOTAL	1.312.531

3. TABLA: Total Actividades Realizadas 2015, Total Actividades Estimadas Para el 2016 y Porcentaje de Incremento Estimado Para el 2016 Con Relación al 2015.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS 2015 Y ESPERADAS 2016	VARIACIÓN ESPERADA 2016 EN RELACIÓN AL 2015
2015	1.163.197	12.8%
2016	1.312.531	

4. Distribución Presupuesto General Según Renglones.

REGLONES	Recursos Asignados Renglones Según Presupuesto Producción	% General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones
GASTOS PERSONAL	RD\$829.315.640,71	57,00%
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$56.742.649,10	3,90%
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$509.228.902,19	35,00%
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$58.197.588,82	4,00%
OBRAS	RD\$1.454.939,72	0,10%
TOTAL	RD\$1.454.939.720,54	100,00%
	PRESUPUESTO ESTIMADO	RD\$1.454.939.720,54

5. SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

XIII. MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2016.

INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2016	% de Cumplimiento		
		1er. Cuatrimestre	2do. Cuatrimestre	3er. Cuatrimestre
EFICIENCIA				
Rendimiento de Consulta Externa	80%	80%	80%	80%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80%	80%	80%	80%
Tasa de Utilización Quirófanos Cirugías Programadas	80%	80%	80%	80%
Presión de Urgencias	20%	20%	20%	20%
Promedio de Estadía	5	5	5	5
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	10%	10%	10%
% Desempeño Técnico	90%	90%	90%	90%
% Cumplimiento Ejecución Presupuestaria	90%	90%	90%	90%
Índice de Rotación de Camas	48	48	48	48
CALIDAD				
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8%	8%	8%	8%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	5%	5%	5%
% Cumplimiento Protocolos de Actuación.	90%	90%	90%	90%
% Cumplimiento Procesos.	90%	90%	90%	90%
PRODUCCIÓN				
Total Hospitalizaciones.	11.905	3.968	3.968	3.968
Total Consultas Hospital.	99.332	33.111	33.111	33.111
Total Cirugías.	6.830	2.277	2.277	2.277
Total Emergencia.	46.074	15.358	15.358	15.358
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	33.090	11.030	11.030	11.030
Total Laboratorios Clínicos.	639.107	213.036	213.036	213.036
Total Estudios Imágenes	119.644	39.881	39.881	39.881
Total de Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	1.956	652	652	652
Total Recetas Despachadas	242.076	80.692	80.692	80.692
SATISFACCIÓN				
% Satisfacción de los Usuarios Externos	90%	90%	90%	90%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	80%	80%	80%
EJECUCIÓN PLANES				
% Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Amenazas	90%	30%	30%	30%
% Cumplimiento Plan de Inversión	90%	30%	30%	30%

XIV. 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

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

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

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