



HOSPITAL

TRAUMATOLOGICO

DR. NEY ARIAS LORA



Ministerio de Salud Pública
Servicio Nacional de Salud
Dirección General HTNAL



PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO Y PRODUCCIÓN 2018-2020

Y

PLAN OPERATIVO ANUAL 2019

(POA 2019)

Santo Domingo Norte
Marzo 2019

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.	Declaratorias Corporativas:	14
i.	Nuestra Misión:.....	14
ii.	Nuestra Visión:	14
iii.	Nuestros Valores:	14
3.	Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado	15
4.	Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH)	15
5.	Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.	17
6.	Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Descentralizado:	18
7.	Principales Usuarios del Hospital:	18
8.	Carta de Servicios Actualizada a enero 2019.	19
9.	Distribución Recursos Humanos.	34
10.	Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2018	35
11.	Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2018.	36
12.	Reporte Acciones de Personal del año 2018	36
13.	Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2018 en Relación al año 2017:	37
14.	Información Geográfica del Área de Influencia Directa del Hospital	38
IV.	SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN 0, Área de Salud III.	40
A)	Perfil Socio Demográfico.	40
1.	Población, Sexo y Grupo de Edad Área de Salud III.	40
2.	Total población y Porcentaje Hogares Pobres Área III de Salud	41
3.	Población cubierta por tipo de seguro de salud región VIII.	41
B)	Situación de Salud Población Atendida en el Área III de Salud.	42
4.	Morbilidad:	42
i.	Motivos de Consulta Externa.	42
ii.	Motivos de Atención Emergencia.	42
iii.	Motivos de Hospitalización.	43
5.	Mortalidad:	43
i.	Causas de Mortalidad Población General.	43
V.	MERCADO DE SALUD EN EL ÁREA III DE SALUD.	44
A)	Perfil de la Competencia	44

i.	Sub-Sector Publico e IDSS	44
ii.	Sub-Sector Privado.....	45
B)	Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTNAL.....	46
2.	SECCIÓN: OBJETIVOS, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS GENERALES 2018-2020. ..	47
VI.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....	48
A)	Objetivos Estratégicos Generales del HTNAL:.....	48
B)	Estrategias Generales para Garantizar el Logro de los Objetivos.	49
C)	Metas Generales de las Variables Indicadores del Hospital Periodo 2018-2020.....	50
3.	SECCIÓN RESULTADOS GENERALES AÑO 2018.	51
VII.	RESULTADOS GENERALES 2018.....	52
1.	Tabla Producción General por Gerencias, por mes, Año 2018.	52
2.	Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2018.	58
3.	Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2018.	59
4.	Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2018 y Variación con relación a la meta establecida para el 2018 y el año 2017.....	61
5.	Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2017, Total Actividades Estimadas para el 2018, Total Actividades Realizadas 2018, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el 2018 con Relación al 2017, Crecimiento Alcanzado 2018.	62
6.	Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación General, por Gerencias, por mes, Año 2018.	63
7.	Tabla Comportamiento índice ocupación, por GERENCIAS, general, por mes, Año 2018	64
8.	Tabla Comportamiento mortalidad, por Gerencias, General, por Mes, Año 2018.	65
9.	Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en salud, por servicios y mes, año 2018.	66
10.	Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2018.....	67
11.	Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2018.	68
12.	Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2018.....	71
13.	Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia por Gerencia Año 2018.....	72
14.	Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - diciembre 2018.....	75
15.	Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2018.	75
16.	Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2018.	76
17.	Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2018.	76

18.	Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2018.	77
19.	Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2018. (EPI-1)	78
20.	Informe de la vigilancia, prevención y control de la infección intrahospitalaria (IIH). Hospital Traumatológico Dr Ney Arias Lora, Santo Domingo Norte, República Dominicana.	79
21.	Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos. (Datos a tomar en cuenta para el análisis FODA)	83
i.	Encuesta Usuarios Externos:.....	83
ii.	Encuesta Usuarios Internos:	109
22.	Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones Recibidas por la Gerencia de Atención al usuario.	113
23.	Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.	114
24.	Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Control de Amenazas.	115
25.	Comportamiento Nivel Cumplimiento Ejecución Plan Capacitación y Educación Continuada.....	117
26.	Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2018.	118
27.	Tabla: Informe Financiero Año 2018.....	119
i.	Ingresos Según Fuentes:.....	119
ii.	Costos y Gastos Según Renglones Año 2018:	120
iii.	Análisis Resultados Informe Financiero año 2018.....	121
4.	SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2019 (POA 2019)	130
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).....	131
IX.	CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS POA 2019.	325
1.	Criterios Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (GERENCIAS).	326
2.	Estimado Capacidad Productiva de las Gerencias año 2019.....	327
3.	Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2019.....	329
4.	Datos para los Cálculos:	331
i.	Estancia promedio utilizada para el cálculo de hospitalizaciones en:	331
ii.	Tiempo promedio estimado para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos:	331
iii.	Tiempo promedio estimado para las consultas según el Servicio:	332
iv.	Tiempo promedio estimado para la realización de los procedimientos ambulatorios:	333
X.	METAS PARA EL 2019 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIAS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO.....	334
	“DR, NEY ARIAS LORA”	334
1.	Metas Generales Plan Operativo Anual 2019.....	335

2.	Estrategias Específicas de Desarrollo de las Gerencias Para el 2019.	337
	DIRECCIÓN GENERAL	338
1)	GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	339
2)	GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	341
3)	GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS.....	342
4)	UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL	344
5)	OFICINA DE LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN (OAI)	345
	SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	346
1)	GERENCIA: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.....	347
3.	Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:	347
2)	GERENCIA: CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES. (Cir. General, Cir. Urológica, Cir. Pediátrica, Cir. Plástica, Oftalmología, Otorrino, Cir. Vascular, Cir. Laparoscópica)	349
3)	GERENCIA: NEUROCIRUGÍA	351
4)	GERENCIA: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.....	353
5)	GERENCIA: EMERGENCIA / URGENCIA	355
6)	GERENCIA: ANESTESIOLOGÍA	358
7)	GERENCIA: MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES. (Med. Interna, Infectología, Gastroenterología, Med. Familiar, Neurología, Nutrición, Cardiología, Hematología)	360
8)	UNIDAD: DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS	362
9)	GERENCIA: UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA (UCI 4ta., UCI 3era., Cuidados Intermedio)	363
10)	GERENCIA: SALUD MENTAL.....	366
11)	GERENCIA: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA.....	368
12)	GERENCIA: LABORATORIO CLÍNICO	370
13)	GERENCIA: IMÁGENES	372
14)	GERENCIA: ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	374
15)	GERENCIA: FARMACIA.....	375
16)	GERENCIA DE ENFERMERÍA	377
	SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	387
1)	GERENCIA DE CONTABILIDAD	388
2)	GERENCIA DE CONTROL PROCESOS Y REGISTROS	389
3)	GERENCIA DE TESORERÍA.....	390
4)	GERENCIA DE FACTURACIÓN	392
5)	GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.....	394
6)	GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	395
7)	GERENCIA ADMINISTRATIVA	396
	SUB-DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	397

1)	GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL	398
2)	GERENCIA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTINUA.....	400
3)	GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	401
4)	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL	402
	SUD-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	404
1)	GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	405
2)	GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA	407
3)	GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN.....	409
4)	GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS.....	410
5)	GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	411
	SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	412
1)	SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA	413
	SUB-DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES DE APOYO.....	414
1)	GERENCIA DE MANTENIMIENTO	415
2)	GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.....	417
3)	GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.....	418
4)	GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN	419
5)	GERENCIA DE TRANSPORTE.....	420
6)	GERENCIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	421
XI.	NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2019 Y LOGRAR LAS METAS	423
1.	Tabla. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2019 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2019.....	423
XII.	PRESUPUESTO GENERAL.....	443
1.	Total Actividades, Presupuesto de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2019.....	444
2.	Distribución Presupuesto General Costos y Gastos Según Renglones.	445
3.	TABLA: Producción General de Actividades Esperada para el año 2019.	446
4.	TABLA: Total Actividades Realizadas 2018, Total Actividades Estimadas Para el 2019 y Porcentaje de Incremento Estimado Para el 2019 Con Relación al 2018.	446
5.	SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	447
XIII.	MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2019.....	448
XIV.	FORMULAS.....	449

I. CRÉDITOS:

NOMBRES	CARGOS
Coordinación General	
Dra. Ysabel De Jesús Santana	Directora General HTNAL
Dr. Roberto Cerda Torres	Presidente Cergo Consulting Group
Dra. Juliana Fajardo G.	Coordinadora Técnico de Proyecto Cergo Consulting Group
Francis Mariluz Rodríguez, MA	Sub-Directora Planificación y Conocimientos
Colaboradores	

NOMBRES	CARGOS
1. Dr. Pedro Guillermo Rojas Acevedo	Director Operativo
2. Dr. Alejandro Soto Méndez	Subdirector Medico y Servicios Complementario
3. Dr. Alfredo Polanco Del Orbe	Subdirector Académico
4. Licda. Francis Mariluz Rodríguez	Subdirectora de Planificación y Conocimiento
5. Licda. Rosannet Yanet Medina Reyes	Subdirectora Financiera y Administrativa
6. Licda. Teresa Lisbet Parra Bueno	Subdirector de los Servicios Generales
7. Lic. Alejandro Ogando Santana	Gerente de Vigilancia y Seguridad
8. Dr. Benjamín Ogando Moreno	Gerente de Medicina Física y Rehabilitación
9. Dra. Candy Josibel Almánzar Núñez	Gerente de Anatomía patológica
10. Dra. Celia Yaindhi Maldonado Santana	Encargada Unidad De Auditoria Medica
11. Licda. Crisileisy De Jesús Otáñez	Gerente de contabilidad
12. Licda. Cristina Elisabet Rosa Vásquez	Gerente De Servicio Social
13. Lic. Daniel Reyes	Encargado de Almacén De Farmacia
14. Dr. David Paulino Cuevas Santana	Gerente de La Unidad de Atención Critica
15. Dr. David Virgilio Mejía Mejía	Gerente de Medicina Interna y Especialidades
16. Licda. Nayda Josefina Arias Disla	Gerente de Farmacia
17. Licda. Dianys Jhuneris Frias Gil	Gerente de Atención al Usuario
18. Licda. Digna Del Carmen Ovalle	Gerente de Enfermería
19. Licda. Florangel Soriano Brito	Gerente de Registro Y Control
20. Licda. Heyddy Caroly Herrera Pérez	Gerente de Capacitación y Educación Continua
21. Sr. Janel Montero Roa	Encargado de Transportación
22. Lic. José Alfredo Mercado D Oleo	Gerente de Nomina
23. Licda. Leysi Ferreras Gonzales	Gerente Administrativa
24. Licda. Leónidas Ferrer De La Rosa	Gerente de Estadística, Admisión Y Archivo
25. Dra. Lia Del Carmen Batista Ureña	Gerente de Imagenología
26. Dr. Lizardi Cristóbal De La Cruz	Gerente de Neurocirugía
27. Lic. Luis Manuel Acosta Garrido	Encargado de la Unidad de Asesoría Legal
28. Lic. Rossmery A. Jimenez Beltre	Gerente Comunicación y Relaciones Publicas
29. Lic. Luz Jeffrina Ramírez Silva	Gerencia de Activos Fijos y Control de Inventario
30. Dra. Marisol Taveras Ulerio	Gerente Salud Mental
31. Licda. Maritza Alcántara	Gerente del Laboratorio Clínico
32. Dr. Martin Martínez Castillo	Gerente de Emergencia / Urgencia
33. Sr. Máximo Cabral Jiménez	Gerente Limpieza
34. Dra. Narollys Nataly Alberto	Unidad de Nutrición
35. Licda. Nataly Quezada Santos	Gerente de Reclutamiento y Selección de Personal

NOMBRES	CARGOS
36. Ing. Oliver Francisco Peralta Abreu	Gerente de Tecnología de la Información
37. Lic. Persio De Jesús Ventura Flores	Responsable de Acceso a la Información (RAI)
38. Sr. Roberto Contreras De La Cruz	Gerente de Mantenimiento y Reparaciones
39. Licda. Yuliz Restituyo	Gerente de Compras Generales
40. Licda. Santa Ozuna Tapia	Gerente de Tesorería
41. Dra. Sonia Francisca Jiménez Cueto	Gerente de Anestesiología
42. Dr. Huascar Santiago Díaz	Gerente de Facturación y Seguros
43. Dr. Willian Napoleon Reyes Lluberes	Gerente de Maxilofacial y Odontología
44. Licda. Yamilet Castro	Gerente de Monitoreo y Evaluación
45. Dra. Yocasta Francisca Pérez Jiménez	Gerente de Epidemiología
46. Licda. Esmeralda Grrenaway De León	Asistente de la Dirección
47. Licda. Luisa Duverge	Supervisora General
48. Manuel Estilo Feliz Juliao	Fotógrafo
INVITADOS ESPECIALES	
49. Dr. Darlin Del Orbe	Gerente de Área Santo Domingo Norte
50. Luis Eduardo Wallach Chavez	Representante Comunitario



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 la entrega del Documento del Plan Estratégico Desarrollo y Producción, correspondiente al periodo 2017-2020, 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, y el modelo de

organización “el Hospital del Futuro” implementado en el hospital, 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 2017-2020”, 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 Republica 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	1,215 – Colaboradores (Febrero 2019)
Camas	177- Camas Instaladas (Camas hospitalarias en uso, 139), 78%.
Índice Colaboradores por cama Hospitalaria	8.7 Empleados por Cama Hospitalaria en uso
Camas UCI	7- Camas
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	30 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). 2 quirofanos emergencia.
Ambulancias	2- Unidades (Ambas fuera de servicio)
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 (están en reparación).
Unidad laparoscopia	1- Unidad
Unidad artroscopia	1- Unidad
Unidad hemodiálisis	16- máquinas (1 Especial para usuarios de emergencia y 1 para back up)
Área terapia física y rehabilitación	1- Área 3 CPM rodilla cadera, 3- Ultrasonido, 1 Tracción vertebral entre, otros)
Rayos X	4- Equipos (1 telecomando, 2 huesos pulmón, 2 portátiles, 1 resonador, 3 arco C)
Tomógrafo	2- Equipo (no están en uso)
Unidad Sonografía	3 – Equipo (1 pendiente de arreglar)
Resonancia magnética nuclear	1- Equipo
Unidad videoconferencia	1- Área (capacidad para 40 personas, puede acomodar hasta 50 personas)

Área	Capacidad
Salón multiuso	1- Área (capacidad para 100 personas, puede acomodar hasta 120 personas)
Cafetería	1- Área (capacidad 40 personas)/Actualmente fuera de servicios
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) (2 lavadoras, la maquina de planchado y el rolo fuera des servicios)
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 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	3- Unidad Autoclave (Capacidad de la Cámara: 740 lit.) 1- Unidad Trituradora y Compactadora (Dimensiones Externas (WxHxD)= 2200 x 1400 x 2550 mm)

2. Declaratorias Corporativas:

Revisados y actualizados 8 de marzo 2019

i.Nuestra Misión:

Somos un centro de salud altamente especializado en traumatología, cirugía, neurocirugía y rehabilitación, articulado en red, educando a los usuarios en la prevención para garantizar atenciones con seguridad, gran sentido de humanización, calidad, equidad y solidaridad, con profesionales capaces y comprometidos en el control y el uso racional de los recursos para reducir la mortalidad, discapacidad y lograr su reinserción social

ii.Nuestra Visión:

“Ser la institución de salud líder, integrando la innovación tecnológica para constituir un referente nacional e internacional en traumatología, cirugía, neurocirugía y rehabilitación, con recursos humanos cualificados, comprometidos con la atención integral, la eficiencia, la vocación docente y la investigación”

iii. Nuestros Valores:

Humanización: Ofreciendo servicios de calidez con una actitud diligente y optimista, propiciando un ambiente agradable, teniendo al usuario como eje fundamental de nuestro trabajo.

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

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, el cumplimiento de las Políticas Públicas y la transparencia.

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

Armonía: Mantenemos un ambiente de respeto y cortesía entre los usuarios internos y externos.

Sinergia: Dirigimos nuestra energía y esfuerzos en conjunto concentrados en el logro de los objetivos.

3. 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.

4. 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.

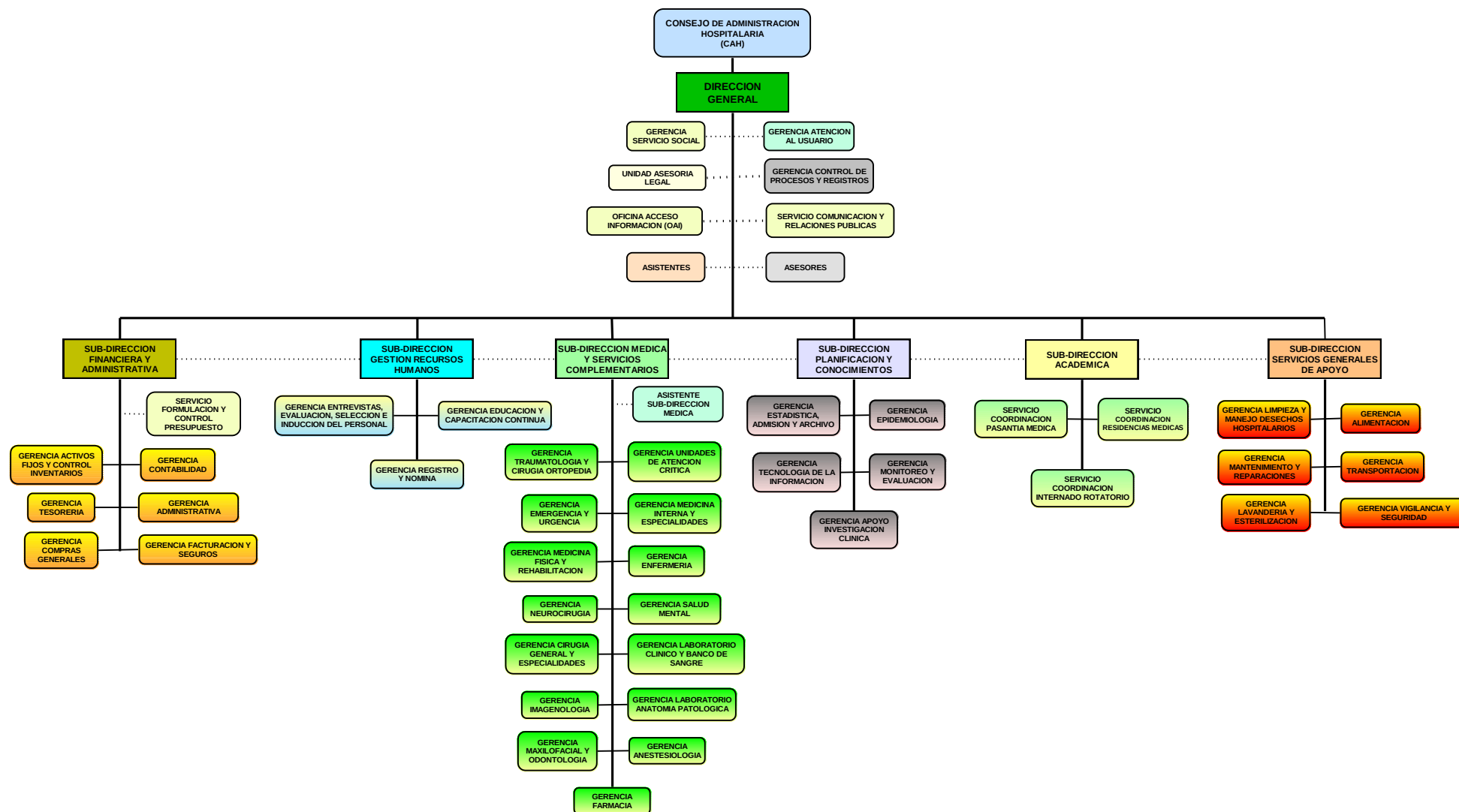
e) Sistemas de Información: Debe propiciar que se aplique un Sistema de Información capaz de generar reportes con indicadores útiles para el Sistema Nacional de Salud, el CAH, los sub-directores y los gerentes.

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.

5. Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.



“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

6. 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.

7. 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).

8. Cartera de Servicios Actualizada a enero 2019.

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, genu-valgo, 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. Lesiones traumática de columna vertebral, patología degenerativa e columna vertebral.	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. Extirpación y manejo de tumores, curas. Cirugías y 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 mediana tímica, 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 endarteriectomía), safenectomía, by pass arterial, reparaciones vasculares, fístulas arteriovenosas, timectomía, pericardiocentesis, toracocentesis, pleurodesis, decorticación, drenaje torácico, resección de quistes pericárdicos, ventana pericárdica, reparación de lesiones traqueales y esofágicas, exéresis de tumores esofágicos, esofagectomía, videotoracoscopia, reparación de lesiones de pared.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
Servicio de Otorrinolaringología*	Amigdalitis, adenoamigdalitis, cuerpo extraño, laringitis (agudas y crónicas), otitis (agudas y crónicas), traumas caras, patologías infecciosas de senos paranasales, epistaxis, pólipos nasales, tabique nasal desviado, ronquidos, parálisis faciales.	Amigdalectomía, adenoidectomía, miringotomía y colocación de tubos de ventilación, cirugía ronquido: palatoplastías, uvulopalatoplastías, otoplastías, miringoplastías, timpanoplastías mastoidectomías, timpanotomías exploradoras, estapedectomías, implantes cocleares, osiculoplastías, descompresión nerviofacial septoplastías, septorrinoplastías 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, querato-conjuntivitis (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 oculoplastía.
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva	Mamas pendulares, ~~mamas gigantes~~ , abdomen flácido, hernia gigantes, pliegues numerosos, trauma facial, mamas supernumerarias, elefantiasis de miembros inferiores, cobertura de partes blandas, fracturas abiertas, cierre de heridas complejas. Avulsión traumática	Abdominoplastía, mamoplastía con reducción, con prótesis, tabicoplastía, lipoescultura, rinoplastia, dermolinfasciectomía, 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, coledocolitis, hernias de pared, hernia del hiatus, obesidad, eventraciones, abdomen agudo, anemias, trombocitopenia, pseudoquistes de páncreas, Adherencias post-quirúrgicas.	Tratamiento laparoscópico de cálculos en la vía biliar (coledocolitis), 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 gástrico

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 pelviana, complicaciones de la cirugía colorectal (ostomías, 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, ostomías (confección, manejo y cierre), anoscopia, colonoscopia, rectosigmoidoscopia (diagnostica y terapéutica), exceresis de cuerpos extraños, polipectomías. 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.
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, 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, 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
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.	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento quirúrgico, implantología dentaria, cráneoplastia, cirugía ortognática, cirugías reconstructivas, exodoncia, endodoncia, frenillos, profundización del vestíbulo, bridas cicatriciales, curas.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	Quiste embrionarios de origen cutáneo, dermoide, epidermoide, de epitelio mucoso. tumores odontogénicos. 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.	
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, poplíteo, 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 *Reumatología *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, evaluación y seguimiento ambulatorio del paciente post quirúrgico, interconsultas externas y de casos ambulatorios, 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, hospitalización y tratamiento clínico, electrocardiograma.
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 distress respiratorio agudo, insuficiencia respiratoria	Hospitalización y tratamiento clínico, desfibrilación / cardioversión, colocación de catéter periférico y central, traqueotomía / traqueostomía, intubación endotraqueal, terapia con nebulizador, colocación línea arterial, ventilación automática, administración de medicamentos, monitoreo continuo de signos vitales, ventilación mecánica no invasiva con mascarilla especializada de CIPAF

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	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.	
GERENCIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
Medicina Física y Rehabilitación	Hospitalización en UCI por: Trauma craneal, lesión del neurorajis, politraumatismo, fracturas periféricas. Hospitalización clásica por: Trauma craneal, lesión del neurorajis, 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 neurorajis, 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). Secuela de ACV (hemiplejia, hemiparencia, monoplejia, monoparencia, parálisis facial)	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. Clínica 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, traumas múltiples. 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, hemopericardio, tórax flácido. Trauma y heridas abdomen: hemoperitoneo, lesión de hígado, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas, heridas retroperitoneo. Heridas y traumas extremidades y lesiones vasculares. Lesiones cardiopulmonares y en parrilla costal. 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	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. Anterior o posterior Suturas de heridas, aplicación de medicaciones, traslado a otros centros.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por armas blancas, objeto contuso cortante. 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, 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. 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.
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	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 naso-gástrica, 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 percutorio 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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	monitoreo de usuario de UCI, cambio de posición según necesidad, alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión.	
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. Evaluación psiquiátrica y psicológica prequirúrgica	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. HEMATOLOGIA: 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. SEROLOGIA: 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. MICROBIOLOGIA: Cultivos (varios) antibiogramas, tinción de Gram, BK, coprocultivo, urocultivo, hemocultivo, tinción Zeihl Neelsen. 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 IMAGENOLÓGÍA		
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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		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)
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, recepción de reclamaciones, quejas y 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.	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.
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.	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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	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.	
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 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.	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

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	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.	Epidemiología del MISPAS y/o Dirección general y/o Sub-dirección médica. Análisis y discusión casos de mortalidad. Administrar las terapias medicamentosas de manera preventiva cuando la situación así lo amerite. Reportar inmediatamente los casos objetos de vigilancia que deben ser inmediatamente reportados, con la ficha correspondiente.
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. Formulación recomendaciones técnicas. Monitoreo y evaluación funcionamiento sistemas informáticos. Control de riesgos (Virus, sabotaje, seguridad, otros) en los 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. 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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	Diseño, elaboración y mantenimiento de página web.	
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 documental 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.
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 costos 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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		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 reglones 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. 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.	Facturación y cobros unidades ambulatorias. Cobro a usuarios y/o familiares, ARS's.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	Depósitos. Pagos.	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. 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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
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, pérdidas, 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.
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.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
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
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.

Fuente: Sub-Dirección Médica y Servicios Complementarios.

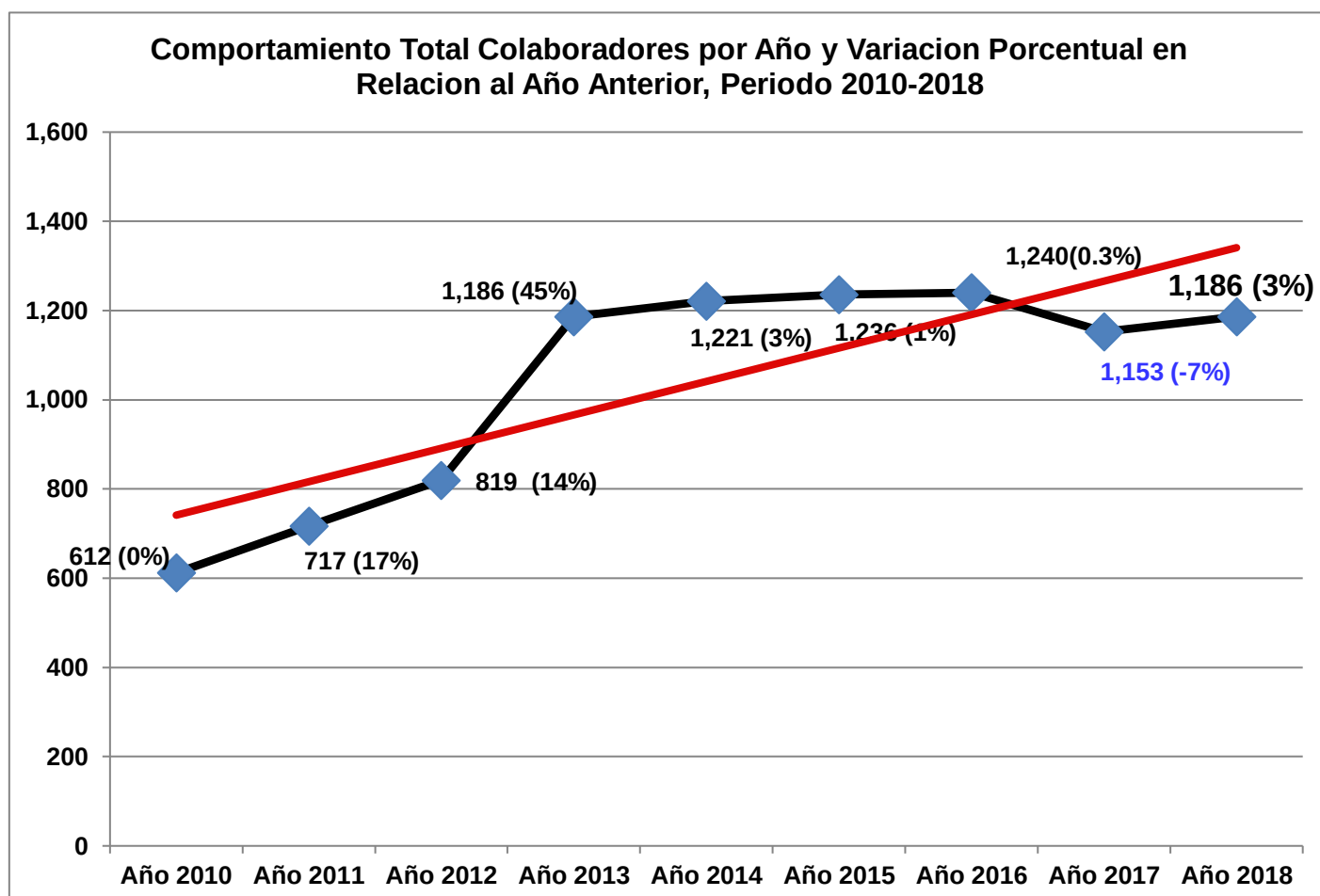
9. Distribución Recursos Humanos.

PERSONAL	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	73	6.16%
DIRECCIÓN GENERAL	6	
GERENCIA DE ASESORÍA LEGAL	2	
GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO	35	
GERENCIA RELACIONES PUBLICAS	5	
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	9	
GERENCIA CONTROL DE LOS PROCESOS Y REGISTROS	5	
GERENCIA AUDITORIA MEDICA	11	
GERENCIA CALIDAD	0	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	3	0.25%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	221	18.63%
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO	2	
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN Y BEBIDAS	23	
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS	79	
GERENCIA DE LAVANDERÍA	16	
GERENCIA DE MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	34	
GERENCIA DE TRANSPORTACIÓN	6	
GERENCIA VIGILANCIA Y SEGURIDAD	61	
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	10	0.84%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	99	8.35%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	3	
GERENCIA DE ACTIVO FIJO Y CONTROL DE INVENTARIO	2	
GERENCIA ADMINISTRATIVO	13	
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	3	
GERENCIA DE CONTABILIDAD	8	
GERENCIA DE FACTURACIÓN Y SEGUROS	41	
GERENCIA DE TESORERÍA	29	
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	752	63.41%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	4	
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	25	
GERENCIA CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	39	
GERENCIA DE EMERGENCIA/URGENCIAS	45	
GERENCIA DE ENFERMERÍA	349	
GERENCIA DE FARMACIA	33	
GERENCIA DE FISIATRÍA Y REHABILITACIÓN.	12	
GERENCIA DE HEMODIÁLISIS	4	
GERENCIA DE IMAGENOLOGÍA	51	
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	56	
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	10	
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	34	
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	11	

PERSONAL	CANTIDAD	%
GERENCIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	39	
GERENCIA DE PATOLÓGICA	7	
GERENCIA DE SALUD MENTAL	5	
GERENCIA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	25	
UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGO	3	
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	28	2.36%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	1	
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	1	
GERENCIA DE EPIDEMIOLOGIA	3	
GERENCIA ESTADÍSTICA, ADMISIÓN Y ARCHIVO	13	
GERENCIA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	10	
TOTAL, GENERAL	1,186	100.00%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos

10. Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2018



11. Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2018.

ÁREA	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	73	6.16%
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	3	0.25%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	221	18.63%
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	10	0.84%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	99	8.35%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	752	63.41%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	28	2.36%
TOTAL GENERAL	1,186	100.00%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos.

12. Reporte Acciones de Personal del año 2018

ACCIONES DE PERSONAL	CANTIDAD
ENTRANTES	91
Entrantes Creación de Plaza	2
Entrantes Sustitución	89
Entrantes Reposición	0
SALIENTES	211
Salientes Traslados (Promociones)	0
Salientes Renuncias	84
Salientes Sustitución	91
Salientes Abandono	0
Salientes Desvinculación	28
Salientes Fallecidos	1
Salientes Periodo Probatorio	0
SUSPENSIONES	6
LICENCIAS SIN DISFRUTE DE SALARIO	1
LICENCIAS CON DISFRUTE DE SALARIO	0
LICENCIAS MEDICAS	1,468
TOTAL	

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos

Índice de licencias médicas, con relación al total de empleados = 1.23 Licencia por empleado

13. Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2018 en Relación al año 2017:

Los Recursos Humanos de manera general presentaron una variabilidad hacia el incremento del número de personal de un **2.9%**, lo que representó en términos absolutos un aumento de **33** colaboradores, pasando de **1,153** colaboradores a **1,186**.

De manera particular el mayor incremento de colaboradores de manera absoluta fue realizada en la **Sub-Dirección de Servicios Generales**, presento un aumento de personal pasando de **202** colaboradores a **221**, significando un incremento del **9.4%** (19 Colaboradores).

En segundo orden el aumento absoluto de empleados le correspondió a la **Sub-Dirección Médica y Servicios Complementario**, la cual paso de tener **740** colaboradores a **752**, lo que representó un incremento relativo del **1.6%** (12 colaboradores).

En tercer lugar, el incremento absoluto de colaboradores le correspondió a la **Sub-Dirección Financiera Administrativa** la cual paso de tener **93** empleados a solo **99**, lo cual significo un incremento relativo del **6.4%**.

La **Dirección General** presento disminución de empleados la cual paso de tener **76** colaboradores a solo **73**, lo que represento una reducción relativa del **4%** (3 colaboradores).

La **Sub-Dirección de Planificación y Conocimiento**, no presento variación del número de colaboradores.

La **Sub-Dirección de Recursos Humanos**, no presento variación del número de colaboradores.

La **Sub-Dirección Académica**, no presento variación del número de colaboradores.

14. 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 Rural:

✓	Villa Mella	✓	El Higüero y Duquesa
✓	Los Guarícanos	✓	Licey
✓	Sabana Perdida	✓	La Jagua
		✓	Sierra Prieta
		✓	La Bomba
		✓	Guanuma
		✓	Hacienda Estrella
		✓	La Ceiba
		✓	Mata Mamón
		✓	La Victoria y La Virgen
		✓	San Felipe
		✓	Mal Nombre

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

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 2016. 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 2018.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Infecciones Respiratorias	4,494	719
Enfermedad Diarreica Aguda	4,111	657
Hipertensión Arterial	3,889	622
Enfermedad Febril	2,727	436
Traumas y Heridas	1,960	313
Enfermedad Respiratoria	1,661	266
Dermatitis	1,655	265
Infección Vías Urinarias	1,527	244
Cefalea	666	106
Parasitosis	641	102
Otros	4,057	649
Total	27,388	4,379
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 2018.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Traumas Múltiples	18,455	2,951.00
Cefalea	3,777	604.00
Heridas	3,648	583.00
Fracturas	3,491	558.00
Dolor	3,231	516.00
Sangrado Transvaginal	2,870	458.00
Lumbalgia	2,427	388.00
Artralgia	2,377	380.00
Contracciones Uterinas	1,866	298.00
Quemaduras	1,198	192.00
Otros	40,800	6,536.00
Total	84,140	13,464
Población:559,390		

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

iii. Motivos de Hospitalización.

10 primeras Causas de Ingresos Hospitalarios, año 2018.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Cesáreas	4,036	645.00
Fracturas	1,750	280.00
Legrado	998	160.00
Cesárea Electiva	984	157.00
Traumas	735	118.00
Colelitiasis	590	94.00
Hernia	506	81.00
Histerectomía	271	43.00
Cesárea+ Salpingo	256	41.00
Abdomen agudo	215	34.00
Herida	181	29.00
Otros	5,414	866.00
Total	15,936	2,548
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 2018.

Causas	Número de Casos	Tasa /Mil Habitantes
Infarto Agudo al Miocardio	69	11.00
Paro cardio Respiratorio	65	10.00
Insuficiencia Respiratoria	50	8.00
Trauma Craneoencefálico Severo	48	8.00
Fallo Multiorgánico	47	8.00
Choque Séptico	43	7.00
Choque Cardiogénico	35	6.00
Fallo Cardíaco	23	4.00
Anoxia Cerebral	19	3.00
Hipertensión Arterial	18	3.00
Otros	295	47
Total	712	115
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	No. Quir	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 Pertenecce	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
Neuro trauma	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 2018- 2020.

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 resolutoria 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 GERENCIAS.
- ✖ 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 2018-2020.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2018-2020
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 2018.**

VII. RESULTADOS GENERALES 2018.

1. Tabla Producción General por Gerencias, por mes, Año 2018.

PRODUCCIÓN ACTIVIDADES POR GERENCIAS, POR MES Y ACUMULADOS

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS											ACUMULADO	
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	SERVICIO ORTOPEdia Y ESPECIALIDADES												
Total Consultas	2,577	2,572	2,591	2,206	2,129	2,093	2,004	2,525	2,520	2,186	2,510	1,892	27,805
Total Consultas 1era. Vez	575	307	503	364	452	338	284	577	413	405	362	272	4,852
Total Consultas Sub-secuente	2,002	2,265	2,088	1,842	1,677	1,755	1,720	1,948	2,107	1,781	2,148	1,620	22,953
Total Interconsultas	606	642	428	704	786	870	660	720	680	752	695	720	8,263
Total Ingresos	176	199	167	192	231	196	218	193	171	156	196	203	2,298
Total Egresos	135	142	130	138	171	132	162	136	123	114	148	148	1,679
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	1	1
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	4	2	2	3	3	0	0	3	1	1	0	19
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	3	5	6	3	9	7	7	1	4	14	11	1	71
Total Días de Estancia	1,082	1,274	1,646	1,351	1,813	1,765	1,671	1,509	1,530	1,204	1,629	1,488	17,962
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	303	321	214	352	393	435	330	360	340	327	310	258	3,943
Total Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados) (INTERNAMIENTO)	25	24	17	12	44	31	13	11	18	16	31	6	248
Total Otros Procedimientos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados) EMERGENCIA	715	632	679	638	491	596	592	616	639	683	584	589	7,454
Total Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	1,813	1,770	1,845	1,641	1,989	1,746	1,878	1,805	1,680	1,752	1,910	1,812	21,641
Consultas 1era. Vez	405	430	341	295	475	274	311	354	422	477	497	369	4,650
Consultas Sub-secuente	1,408	1,340	1,504	1,346	1,514	1,472	1,567	1,451	1,258	1,275	1,413	1,443	16,991
Interconsultas	14	5	5	29	9	4	9	17	43	35	29	32	231
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
Ingresos	281	237	254	283	292	240	313	215	212	170	207	195	2,899

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS											ACUMULADO	
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Egresos	250	211	231	259	260	216	285	218	188	192	230	229	2,769
Total Días de Estancia	1,068	963	895	1,029	977	893	972	823	865	737	960	990	11,172
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	404	315	238	336	283	259	352	286	233	261	273	315	3,555
Curas y Otomías	903	827	881	791	908	930	926	959	745	880	819	784	10,353
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NEUROCIRUGIA												
Consultas	334	242	252	293	316	278	293	323	289	373	327	147	3,467
Consultas 1era. Vez	34	36	72	50	46	18	13	55	43	45	35	44	491
Consultas Sub-secuente	300	206	180	243	270	260	280	268	246	328	292	103	2,976
Interconsultas	81	86	143	157	151	177	181	90	67		160	194	1,487
Ingresos	68	67	78	71	67	77	84	66	59	73	85	78	873
Egresos	51	50	63	57	51	62	71	56	44	52	64	67	688
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	1	1	2	0	1	2	1	0	0	0	0	8
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total Días de Estancia	481	615	540	489	443	501	561	419	464	474	550	504	6,041
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	40	22	23	29	25	19	26	23	33	31	32	36	339
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	9	14	6	6	9	13	14	2	2	3	14	15	107
	SERVICIOS CLINICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	2,455	2,533	2,671	2,532	2,678	2,232	2,486	2,373	2,237	2,219	2,517	2,086	29,019
Consultas 1era. Vez	626	638	662	682	796	512	572	639	674	715	672	518	7,706
Consultas Sub-secuente	1,829	1,895	2,009	1,850	1,882	1,720	1,914	1,734	1,563	1,504	1,845	1,568	21,313
Interconsultas	408	488	349	323	361	365	360	474	402	296	252	227	4,305
Ingresos	21	15	17	16	15	12	22	12	10	16	7	19	182
Egresos	14	8	13	10	14	12	12	10	8	9	3	6	119
Total Días de Estancia	197	163	212	210	215	45	205	242	143	215	239	237	2,323
Endoscopias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemodiálisis	1069	976	1,074	1,033	1,063	858	943	1,053	966	1,071	980	1,041	12,127
Electroencefalogramas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espirometrías	130	157	152	139	164	110	152	147	141	176	152	138	1,758
EKG- Consultas	558	655	626	614	669	579	605	663	566	1,138	553	552	7,778
EKG- Hospitalización	26	180	89	415	220	320	270	225	0	280	0	0	2,025
Ecocardiogramas	114	110	207	101	143	134	134	109	120	147	149	131	1,599
Pruebas Esfuerzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evaluaciones Cardiovascular hospitalización	2912	2591	2,184	1,918	2,342	2,106	2,080	2,237	1,968	2,267	2,310	2,063	26,978
Psicoterapias													0
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIO ADULTOS 3era.												
Ingresos	32	37	42	26	27	29	42	37	30	28	39	36	405
Egresos	27	34	41	22	23	26	38	37	30	28	34	32	372

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS											ACUMULADO	
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
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)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
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	109	139	162	112	115	102	142	142	128	128	108	120	1,507
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	16	4	9	10	7	8	7	7	6	6	10	11	101
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.												
Ingresos	32	25	26	35	24	22	43	29	21	22	24	19	322
Egresos	27	19	23	29	21	19	37	26	17	18	18	13	267
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)	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	5
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	126	144	130	157	105	101	162	160	93	118	106	90	1,492
Otros Procedimientos (Colocacion de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	32	26	30	26	26	21	40	26	31	29	28	36	351
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA												
Ingresos	34	28	21	27	23	23	33	32	22	29	27	22	321
Egresos	27	22	18	20	17	23	27	31	20	23	20	16	264
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	149	123	113	112	100	81	170	202	152	135	113	98	1,548
Otros Procedimientos (Colocacion de cateteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	26	21	22	28	20	17	22	17	21	21	15	15	245
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	6

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS											ACUMULADO	
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	MAXILOFACIAL												
Consultas Maxilofacial	188	205	192	188	186	174	205	208	168	189	224	270	2,397
Consultas 1era. Vez	54	64	88	81	92	35	42	79	36	30	87	63	751
Consultas Sub-secuente	134	141	104	107	94	139	163	129	132	159	137	207	1,646
Interconsultas Maxilofacial	179	59	107	195	110	108	86	89	1				934
Consultas Odontologia	4	6	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	20
Consultas 1era. Vez	4	6	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	20
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	26	21	16	15	12	18	21	11	16	16	14	15	201
Egresos	20	20	16	13	9	17	15	9	12	7	10	13	161
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	1	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	135	91	82	54	48	112	127	85	74	99	93	85	1,085
Procedimientos Odontológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Cirugias Realizadas (Emergencia y Programadas)	378	351	366	406	160	179	247	157	172	167	182	190	2,955
Radiografías Odontología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	14	5	9	11	6	0	2	2	2	0	4	0	55
	PRIVADOS												
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 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANESTESIOLOGIA												
Procedimientos	578	503	468	584	560	539	244	502	482	569	546	455	6,030
Consultas	365	398	411	421	449	379	305	325	340	379	415	301	4,488
Consultas 1era. Vez	360	398	401	421	442	379	305	325	340	379	415	301	4,466
Consultas Sub-secuente	5	0	10	0	7	0	0	0	0	0	0	0	22
Interconsultas	29	25	35	27	18	17		40	51				242
Pre-anestesias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS											ACUMULADO	
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Otros Procedimientos (Parches, Intubacion, PL, Otros)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION												
Consultas	688	584	769	805	712	810	630	570	455	439	585	335	7,382
Consultas 1era. Vez	265	209	272	272	267	312	263	215	184	191	254	126	2,830
Consultas Sub-secuente	423	375	497	533	445	498	367	355	271	248	331	209	4,552
Interconsultas	5	4	1	2	2	3	5	6	2	3	2	2	37
Procedimientos (Usuarios Asistidos)	2750	2959	2,904	3,027	3,236	3,288	3,422	3,037	2,778	3,550	2,877	2,309	36,137
Procedimientos Usuarios Hospitalizados	15	12	10	10	10	10	10	12	10	10	4	6	119
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	4	4	5	5	5	3	5	5	4	3	2	1	46
	EMERGENCIA												
Asistencia Emergencia	5,599	5,206	5,607	5,588	5,513	5,241	5,539	5,338	4,845	4,237	6,227	5,052	63,992
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)	1	0	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
Observación Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Sutura)	42	42	122	127	153	188	124	102	75	52	129	153	1,309
Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	116	114	126	160	116	204	154	114	60	110	136	149	1,559
Procedimientos (Curas)	781	695	780	672	702	753	741	772	615	711	726	619	8,567
EKG- Emergencia	102	108	89	57	37	377	86	69	24	166	115	129	1,359
Extranjeros Asistidos en la GERENCIA	12	3	11	13	3	9	4	9	4	16	9	11	104
	LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE												
Hematología Emergencia	1088	1056	1,127	1,085	1,192	1,168	1,240	1,162	961	2,364	2,559	2,877	17,879
Hematología Laboratorio Central	4,251	3,404	6,589	6,503	5,434	5,142	5,587	5,397	3,675	2,191	1,983	1,799	51,955
Hematología Banco Sangre	1,401	2,159	2,488	2,575	3,424	1,650	1,927	7,664	2,070	1,971	1,919	1,139	30,387
Pruebas Especiales	5,178	4,875	5,291	7,113	5,088	4,314	4,963	4,604	4,255	4,975	4,370	2,866	57,892
Química Sanguínea Emergencia	2551	1254	1,888	2,811	2,441	1,764	1,989	1,214	1,355	7,449	8,797	9,558	43,071
Química Sanguínea Lab. Central	22,951	18,714	20,369	22,937	20,043	19,405	22,365	21,208	16,781	15,174	13,379	11,606	224,932
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, y cloro	175	189	175	222	150	170	262	300	150	1,464	1,605	2,130	6,992
PT, PTP	1780	1,416	1,484	2,008	1,910	1,615	1,938	1,931	1,669	2,378	2,515	1,875	22,519
Bacteriología	155	183	165	55	204	155	211	186	162	159	110	173	1,918
Uroanálisis	2,375	2,049	2,361	2,288	2,174	1,929	1,881	1,946	1,634	1,864	2,127	1,287	23,915
Serología Laboratorio Central	2,375	2,488	2,886	2,642	2,600	2,340	2,504	2,269	2,170	2,362	2,482	1,921	29,039
Coprológico	740	673	785	697	679	626	628	617	437	990	1,256	307	8,435

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO	
	MESES													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
	45,020	38,460	45,608	50,936	45,339	40,278	45,495	48,498	35,319	43,341	43,102	37,538	518,934	
	IMÁGENES													
Rayos X	4666	4771	5,026	5,012	4,408	4,709	4,950	5,741	5,078	4,917	5,415	5,355	60,048	
Sonografía	1139	1159	1,108	1,134	1,258	1,111	1,253	1,364	1,108	1,165	1,182	991	13,972	
Tomografía	874	973	1,118	1,103	798	928	1,062	1,027	765	398	520	11	9,577	
Resonancia	151	281	341	335	376	355	360	330	240	320	296	131	3,516	
Estudios Especiales	11	21	23	14	0	0	0	0	0	0	0	0	69	
	6,841	7,205	7,616	7,598	6,840	7,103	7,625	8,462	7,191	6,800	7,413	6,488	87,182	
	LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA													
Biopsia	307	244	203	207	218	212	283	217	184	234	218	164	2,691	
Biopsia por congelación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Citología	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Necropsia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	307	244	203	209	218	212	283	217	184	234	218	164	2,693	
	FARMACIA (Despacho Recetas)													
Recetas Emergencia	6,717	6,272	7,060	6,387	6,542	6,552	6,928	6,643	6,233	6,668	6,200	6,636	78,838	
Recetas Hospitalización	7,113	6,930	7,496	7,448	7,674	6,333	5,783	6,570	6,673	6,782	7,497	7,734	84,033	
Recetas Quirófanos	567	483	508	583	576	539	597	523	472	585	573	467	6,473	
Recetas Curas y Ostomía	855	833	920	789	906	955	938	961	745	0	823	734	9,459	
Reducciones y Yesos	787	633	716	672	592	665	621	657	628	666	678	634	7,949	
Hemodiálisis	944	928	1,066	1,059	1,081	1,007	987	941	979	1,089	980	810	11,871	
Imágenes	78	102	115	127	85	85	77	61	34	20	11	9	804	
TOTAL	17,061	16,181	17,881	17,065	17,456	16,136	15,931	16,356	15,764	15,790	16,751	17,024	199,427	
	ACUMULADOS GENERALES													
TOTAL DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	5,599	5,206	5,607	5,588	5,513	5,241	5,539	5,338	4,845	4,237	6,227	5,052	63,992	
TOTAL INGRESOS	670	629	621	665	691	617	776	595	541	510	599	587	7,501	
TOTAL EGRESOS	551	506	535	548	566	507	647	523	442	443	527	524	6,319	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	2	5	4	4	3	4	3	2	4	1	1	3	36	
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	3	5	6	3	9	7	7	2	4	14	11	1	72	
TOTAL DÍAS ESTANCIAS	3,347	3,512	3,780	3,514	3,816	3,600	4,010	3,582	3,449	3,110	3,798	3,612	43,130	
TOTAL CONSULTAS	8,424	8,310	8,734	8,090	8,462	7,712	7,801	8,129	7,689	7,537	8,488	6,843	96,219	
TOTAL DE CONSULTAS 1era. VEZ	2,323	2,088	2,342	2,169	2,573	1,868	1,790	2,244	2,112	2,242	2,322	1,693	25,766	
TOTAL CONSULTAS SUB-SECUENTES	6,101	6,222	6,392	5,921	5,889	5,844	6,011	5,885	5,577	5,295	6,166	5,150	70,453	
TOTAL INTERCONSULTAS	1,322	1,309	1,068	1,437	1,437	1,544	1,301	1,436	1,246	1,086	1,138	1,175	15,499	
TOTAL DE CIRUGÍAS	1,125	1,009	841	1,123	861	892	955	826	778	786	797	799	10,792	
TOTAL PROCEDIMIENTOS REHABILITACIÓN	2,750	2,959	2,904	3,027	3,236	3,288	3,422	3,037	2,778	3,550	2,877	2,309	36,137	
TOTAL EXTRANJEROS ASISTIDOS	39	26	32	36	24	25	28	20	13	23	29	28	323	

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL.

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).
Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

2. Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2018.

GERENCIAS Y SERVICIOS	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	4,526	2,298	51%	3,173	3,815	120%	27,224	27,805	102%
Ortopedia	0	2,211	-	0	3,815	-	24,323	25,713	106%
Unidad Artroscopia	0	46	-	0	0	-	0	1,428	-
Unidad Reconstrucción	0	41	-	0	0	-	2,901	664	23%
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES	4,163	2,921	70%	3,539	3,468	98%	18,273	21,641	118%
Cirugía General	2,920	2,112	72%	1,721	2,259	131%	6,091	10,055	165%
Urología	243	34	14%	94	0	0%	2,707	2,675	99%
Cirugía Bariátrica	0	22	-	94	0	0%	0	0	-
Unidad de Quemados	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Plástica	243	22	9%	125	70	56%	483	940	195%
Oftalmología	0	0	-	1,128	49	4%	1,934	1,688	87%
Otorrinolaringología	0	0	-	0	0	-	2,707	495	18%
Cirugía Vascular	183	134	73%	118	212	180%	2,707	3,750	139%
Cirugía Torácica	209	25	12%	71	128	180%	967	545	56%
Cirugía Coloproctología	0	163	-	188	168	89%	677	1,493	221%
Cirugía Laparoscópica	365	409	112%	0	582	-	0	0	-
NEUROCIRUGÍA	973	873	90%	282	274	97%	1,805	3,467	192%
MAXILO FACIAL	243	201	83%	470	33	7%	2,707	2,397	89%
MEDICINA INTERNA	122	132	108%				56,920	29,019	51%
Medicina Interna	0	78	-				22,560	11,119	49%
Infectología	122	54	44%				1,410	751	53%
Gastroenterología							5,640	3,548	63%
Medicina Familiar							4,512	2,429	54%
Neurología							1,880	1,070	57%
Nutrición							2,820	1,767	63%
Nefrología							1,805	1,554	86%
Neumología							6,768	2,617	39%
Cardiología							4,512	2,077	46%
Hematología							3,384	1,262	37%
Salud Mental							1,629	825	51%
Psicoterapia				680	681	100%			
ANESTESIOLOGÍA				7,464	7,667	103%	6,580	4,488	68%
UCI 3era. PLANTA	456	405	89%						
UCI 4ta. PLANTA	284	322	113%						
UCI NEUROCIRUGÍA	284	321	113%						
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN							6,345	7,382	116%
TOTAL	11,051	7,501	68%	7,464	7,667	103%	119,854	96,219	80%
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	9,490	0	0%						
EMERGENCIAS							59,238	63,992	108%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

3. Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2018.

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	35,475	36,137	101.9%
LABORATORIO CLÍNICO			
Hematología Emergencia	14,392	17,879	124.2%
Hematología Laboratorio Central	86,492	51,955	60.1%
Hematología Banco Sangre	63,628	30,387	47.8%
Pruebas Especiales	68,872	57,892	84.1%
Química Sanguínea Emergencia	31,054	43,071	138.7%
Química Sanguínea Lab. Central	350,970	224,932	64.1%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	3,395	6,992	206.0%
PP, PTT y Fibrinógeno	23,376	22,519	96.3%
Bacteriología	15,650	1,918	12.3%
Uroanálisis	33,308	23,915	71.8%
Coprológico	10,229	8,435	82.5%
Serología	37,982	29,039	76.5%
TOTAL	739,349	518,934	70.2%
IMÁGENES			
Rayos X	89,346	60,048	67.2%
Sonografía	18,967	13,972	73.7%
Tomografía	8,232	9,577	116.3%
Resonancia	988	3,516	355.9%
Estudios Especiales	251	69	27.5%
TOTAL	117,785	87,182	74.0%
LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA			
Biopsia	2,339	2,691	115.1%
Citología	21	2	9.6%
TOTAL	2,360	2,693	114.1%
FARMACIA			
Recetas Emergencia	35,543	78,838	221.8%
Recetas Hospitalización	143,664	84,033	58.5%
Recetas Quirófanos	4,478	6,473	144.5%
Recetas Curas y Ostomía	9,367	9,459	101.0%
Reducciones y Yesos	9,820	7,949	80.9%
Hemodiálisis	14,006	11,871	84.8%
Imágenes	401	804	200.4%
TOTAL	217,280	199,427	91.8%

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
MISCELÁNEOS			
Curas y Otomías	10,408	10,353	99.5%
Curas Emergencia	8,406	8,567	101.9%
Suturas	6,661	1,309	19.7%
Reducción y Enyesado	9,820	7,454	75.9%
Hemodiálisis	14,006	12,127	86.6%
Ecocardiograma	1,516	1,599	105.5%
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	15,419	11,162	72.4%
Evaluaciones Cardiovasculares	14,174	26,978	190.3%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

4. Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2018 y Variación con relación a la meta establecida para el 2018 y el año 2017.

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2018	RESULTADOS 2018	METAS 2018	Actividades 2017	VARIACIÓN CON RELACIÓN A LAS METAS 2018	VARIACIÓN CON RELACIÓN AL AÑO 2017
ACTIVIDADES	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia		
Emergencias	63,992	59,238	63,722	108%	100.4%
Ingresos	7,501	11,051	8,421	68%	89%
Consultas	96,219	119,854	89,330	80%	108%
Interconsultas	15,499	20,242	17,584	77%	88%
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	26,978	14,174	16,294	190%	166%
Psicoterapia	0	680	0	0%	-
Procedimientos Quirúrgicos (Emergencia y Programados)	10,792	7,464	10,534	145%	102%
Lab. Clínicos	518,934	739,349	544,595	70%	95%
Estudios Imágenes	87,182	117,785	94,678	74%	92%
Ecocardiogramas	1,599	1,516	1,233	105%	130%
Estudios Anatomía Patológica	2,693	2,360	2,576	114%	105%
Recetas Despachadas Farmacia	199,427	217,280	213,794	92%	93%
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	36,137	35,475	33,629	102%	107%
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	119	131	134	91%	89%
Suturas	1,309	6,661	4,393	20%	30%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	7,454	9,820	8,997	76%	83%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	248	273	520	91%	48%
Curas Emergencia	8,567	8,406	8,443	102%	101%
Curas y Otomías	10,353	10,408	10,121	99%	102%
Hemodiálisis	12,127	14,006	12,363	87%	98%
Espirometrías	1,758		1,494	-	118%
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	11,162	15,419	12,756	72%	88%
Procedimientos Anestesiología	6,030	7,464	6,946	81%	87%
Otros Procedimientos Anestésicos	0	3,531	510	0%	0%
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	351	386	456	91%	77%
TOTAL	1,127,112	1,422,971	1,163,523	79%	97%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

5. Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2017, Total Actividades Estimadas para el 2018, Total Actividades Realizadas 2018, Porcentaje de Crecimiento Estimado para el 2018 con Relación al 2017, Crecimiento Alcanzado 2018.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS Y ESTIMADAS	META DE CRECIMIENTO ESTIMADA Y LOGRADA CON RELACIÓN AL 2017.	VARIACIÓN EN EL 2018 CON RELACIÓN AL 2017
2017 (Producido)	1,163,523	22.3% Crecimiento estimado para 2018, en relación al 2017.	-3%
2018 (Estimado)	1,422,971	El Cumplimiento % del crecimiento a lo esperado fue de -14%	
2018 (Producido)	1,127,112	79% Cumplimiento con relación a la Meta Estimada de las actividades para el 2018.	

6. Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación General, por Gerencias, por mes, Año 2018.

GERENCIA / SERVICIO	Estancias Promedios											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ORTOPEDIA	8.0	9.0	12.7	9.8	10.6	13.4	10.3	11.1	12.4	10.6	11.0	10.1
CIRUGÍA GENERAL	4.4	4.7	3.9	4.2	3.7	4.4	3.6	4.5	5.3	4.7	4.5	4.7
Urología	3.0	1.5	3.3	9.3	28.0	2.3	-	9.5	-	3.3	4.7	1.0
Cirugía Plástica	4.0	4.0	4.0	3.5	1.0	-	8.0	1.0	5.3	2.5	-	34.0
Cirugía Vascular	7.9	5.2	7.3	4.3	6.1	6.5	3.3	2.5	5.7	4.5	6.9	6.8
Cirugía Torácica	45.0	20.0	7.0	-	-	-	-	-	-	0.0	-	3.0
Cirugía Laparoscópica	2.6	2.7	3.0	3.3	3.0	3.0	2.7	1.4	3.0	2.4	2.6	2.7
NEUROCIRUGÍA	9.4	12.3	8.6	8.6	8.7	8.1	7.9	7.5	10.5	9.1	8.6	7.5
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	16.3	11.0	12.0	10.6	7.0	5.8	21.5	13.8	7.5	12.6	-	22.8
INFECTOLOGÍA	27.3	-	41.0	44.3	49.0	2.8	25.5	-	38.7	38.0	64.0	136.0
MAXILOFACIAL	6.8	4.6	5.1	4.2	5.3	6.6	8.5	9.4	6.2	14.1	9.3	6.5
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	4.7	7.6	5.7	5.4	5.0	5.3	4.4	6.2	5.5	6.6	5.9	6.9
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	4.0	4.1	4.0	5.1	5.0	3.9	3.7	3.8	4.3	4.6	3.2	3.8
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	5.5	5.6	6.3	5.6	5.9	3.5	6.3	6.5	7.6	5.9	5.7	6.1
Cirugía Coloproctología	3.5	4.4	2.8	2.1	3.7	3.5	3.1	1.4	1.9	2.2	9.0	1.7
PROMEDIO POR MES	7.0	5.5	8.4	8.8	10.9	5.3	8.4	6.1	8.8	9.3	11.3	16.9
Estancia Promedio por Cuatrimestre	1er. Cuatrimestre	7.4	2do. Cuatrimestres	7.7	3er. Cuatrimestre	11.6	Promedio General 8.9					

Fuente: Gerencia estadística, Admisión y Archivo HTNAL

7. Tabla Comportamiento índice ocupación, por GERENCIAS, general, por mes, Año 2018

GERENCIA / SERVICIO	Tasa de Ocupación (%)											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ORTOPEDIA	56.3	73.4	85.6	72.6	94.3	94.9	86.9	78.5	82.3	62.6	87.6	77.4
CIRUGÍA GENERAL	100.3	96.6	76.1	104.2	91.7	82.8	94.1	92.9	97.9	71.4	98.1	102.7
Urología	19.4	5.4	16.1	61.7	45.2	11.7	0.0	61.3	0.0	21.0	23.3	1.6
Cirugía Plástica	6.5	7.1	12.9	23.3	3.2	6.7	25.8	1.6	26.7	8.1	10.0	54.8
Cirugía Vascular	102.2	79.8	54.8	47.8	59.1	80.0	53.8	21.5	18.9	48.4	68.9	44.1
Cirugía Torácica	145.2	285.7	271.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	29.0
NEUROCIRUGÍA	97.0	137.3	108.9	101.9	89.3	104.4	113.1	84.5	96.7	95.6	114.6	101.6
INFECTOLOGÍA	52.9	55.7	79.4	88.7	94.8	7.3	65.8	94.2	77.3	73.5	85.3	87.7
MAXILOFACIAL	217.7	162.5	132.3	90.0	77.4	186.7	204.8	137.1	123.3	159.7	155.0	137.1
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	58.1	73.5	59.9	74.8	48.4	48.1	74.7	73.7	44.3	54.4	50.5	41.5
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	70.3	99.3	104.5	74.7	74.2	68.0	91.6	91.6	85.3	82.6	72.0	77.4
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	68.7	62.8	52.1	53.3	46.1	38.6	78.3	93.1	72.4	62.2	53.8	45.2
Cirugía Coloproctología	33.9	71.4	71.0	48.3	88.7	93.3	59.7	32.3	48.3	53.2	15.0	16.1
Oftalmología	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
PROMEDIO POR MES	79.1	93.1	86.5	70.1	67.7	68.5	79.1	71.9	64.4	66.1	65.7	62.8
	PROMEDIO GENERAL HOSPITAL											
Estancia Promedio por Cuatrimestre	1er. Cuatrimestre	82.2	2do. Cuatrimestre	71.8	3er. Cuatrimestre	64.7	72.9					

8. Tabla Comportamiento mortalidad, por Gerencias, General, por Mes, Año 2018.

GERENCIA / SERVICIO	Total Antes 48 horas	Total Después 48 horas	Tasa Mortalidad Neta	Tasa de Mortalidad Bruta	Tasa Mortalidad General	Total Defunciones	Tasa Mortalidad Neta
EMERGENCIA GRAL.	237	9	4.4%	9.4%	0.36%	246	0.01%
ORTOPEDIA Y ESPECIALIDADES	0	14				14	0.83%
CIRUGÍA Y ESP.	11	14				25	0.51%
NEUROCIRUGÍA	1	2				3	0.29%
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	0	0				0	0.00%
MAXILOFACIAL	1	1				2	0.62%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era. (UCI INTERMEDIO)	2	30				32	8.06%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	32	103				135	38.58%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	32	106				138	40.15%
ANESTESIOLOGÍA	0	0				0	0.00%
UNIDAD HEMODIÁLISIS	1	0				1	0.01%
TOTAL	317	279				596	
TOTAL INGRESOS	7,501	COMPORTAMIENTO TASAS MORTALIDADES POR CUATRIMESTRE					
TOTAL EGRESOS	6,319	Tasa Mortalidad Neta Tasa Mortalidad Bruta Tasa Mortalidad General Total Defunciones Cuatrimestre					
TOTAL EMERGENCIAS	63,992	1er C 1er C 1er C 1er C					
TOTAL CONSULTAS	96,219	4.6% 10.7% 0.4% 229					
		2do C 2do C 2do C 2do C					
		4.5% 9.1% 0.4% 203					
		3er C 3er C 3er C 3er C					
		4.1% 8.5% 0.3% 164					
		MUERTES ESPERADAS MUERTES PRODUCIDAS ÍNDICE MORTALIDAD					
		600 596 0.99					

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

9. Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en salud, por servicios y mes, año 2018.

GERENCIA / SERVICIO	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	4	3	9	3	7	7	4	1	2	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	0	2.98%	0.0%
Cirugía General	10	5	3	6	5	3	3	1	2	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	2.41%	0.0%
Neurocirugía	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0.87%	0.0%
UCI Adultos. 3era.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.27%	0.0%
UCI Adultos. 4ta.	3	1	5	3	3	3	5	2	4	6	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	16.85%	0.0%
UCI Neurocirugía	8	2	5	2	6	5	9	1	5	4	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	0	20.83%	0.0%
TOTAL	26	13	22	15	21	19	22	7	13	17	13	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	206	0	3.26%	0.00%

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

TASA DE INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE

TASA INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE	1er. Cuatrimestre	3.6%	2do. Cuatrimestre	3.1%	3er. Cuatrimestre	3.2%

10. Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2018.

GERENCIA / SERVICIO	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL SUSPENDIDAS	% CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS SUSPENDIDAS
ORTOPEDIA	4,651	836	18.0%
CIRUGÍA GENERAL	2,310	51	2.2%
CIRUGÍA LAPAROSCOPIA	582	0	0.0%
CIRUGÍA COLOPROCTOLOGÍA	171	3	1.8%
CIRUGÍA TORÁCICA	128	0	0.0%
NEUROCIRUGÍA	279	5	1.8%
MAXILOFACIAL	39	6	15.4%
CIRUGÍA PLÁSTICA	72	2	2.8%
OFTALMOLOGÍA	50	1	2.0%
CIRUGÍA VASCULAR	213	1	0.5%
UROLOGÍA	77	0	0.0%
TOTAL	8,572	905	10.6%

ÍNDICE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR CUATRIMESTRE

1er. Cuatrimestre	10.5%		2do. Cuatrimestre	11.9%		3er. Cuatrimestre	9.0%

11. Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2018.

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	Porcentaje
CONDICIONES PROPIAS DE LOS USUARIOS	376	41.55%
HTA	223	24.64%
HEMATOCRITO BAJO	33	3.65%
PACIENTE COMIÓ	26	2.87%
GLICEMIA ELEVADA	14	1.55%
NEUMOLOGÍA	13	1.44%
FRACTURA CONSOLIDADA	9	0.99%
CRISIS BRONCOESPASMO	8	0.88%
FAMILIARES REUSARON	8	0.88%
PACIENTE SE NEGÓ	6	0.66%
FALTAN EVALUACIONES	6	0.66%
INFECCIÓN	5	0.55%
GRIPE	3	0.33%
DIÁLISIS	3	0.33%
FLICTENA	3	0.33%
FIEBRE	2	0.22%
PACIENTE SUPURADO	2	0.22%
ANEMIA	1	0.11%
GRIPE	1	0.11%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	1	0.11%
DOLOR DE CABEZA	1	0.11%
SANGRADO VAGINAL	1	0.11%
OSTEOPOROSIS MUY MARCADA	1	0.11%
HERIDA FX	1	0.11%
TOMO MEDICAMENTO	1	0.11%
DOLOR	1	0.11%
CREATININA	1	0.11%
LIQUIDO AMARILLENTO	1	0.11%
GLICEMIA BAJA	1	0.11%
LOGÍSTICA DE PROGRAMACIÓN, INSTALACIONES, EQUIPOS, INSUMOS Y PERSONAL	414	45.75%
NO SE INGRESO	138	15.25%
TIEMPO QUIRÓFANO	118	13.04%
PACIENTE NO VINO	54	5.97%
BRAZO EN C	41	4.53%
CAMBIO DE MATERIAL	37	4.09%
MATERIAL EQUIVOCADO	4	0.44%
FALTA MATERIAL	3	0.33%

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	Porcentaje
MEDICO DE LICENCIA	3	0.33%
NO APROBADA POR ANESTESIA	2	0.22%
MEDICINA INTERNA	2	0.22%
ASA 5	2	0.22%
MEDICO NO DE ACUERDO CON EL PLAN	2	0.22%
HISTORIA CLÍNICA NO LLENA PARA SUERO	1	0.11%
PLAN CONTINGENCIA	1	0.11%
SE SOLICITO ESTUDIO	1	0.11%
SE INGRESO EN SALA	1	0.11%
ENDOCRINOLOGÍA	1	0.11%
BANDEJA ESTÉRIL	1	0.11%
QUIRÓFANO DESHABILITADO	1	0.11%
PROBLEMAS DE SUERO	1	0.11%
CASAS COMERCIALES	67	7.40%
CASA COMERCIAL	67	7.40%
LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	37	4.09%
ANÁLISIS VENCIDOS	19	2.10%
FALTA SANGRE	18	1.99%
ARS	11	1.22%
ARS NO AUTORIZO	9	0.99%
SEGURO NO AUTORIZO PROCEDIMIENTO	2	0.22%
Total General	905	100.00%

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL

Nota de Análisis sobre las causas de Cirugías Suspendidas:

En el año 2018 se suspendieron **905** cirugías programada, representando el **10.6%**, del total de cirugías programadas, en el año 2017 se suspendieron **673**, siendo el índice de cirugía programada suspendida de un **8.7%**; **observando** estos resultados el resultado del año 2018 de este indicador la variación fue de un **Incremento del 34%** (**232** cirugía suspendidas más), con relación al año 2017.

Las principales causas de suspensión de cirugías programadas se debieron básicamente a factores relacionadas con La **logística de programación, instalaciones, equipos, insumos y personal** deben también mejorar pues el **46%**, lo que denota el no cumplimiento de los procesos establecidos para que el usuario llegue al bloque quirúrgico para ser asistido.

Las segundas causas de suspensión de cirugías programadas se debieron básicamente a factores relacionadas con **condiciones de los usuarios**, lo cual represento el **42%** del total de las cirugías suspendidas, pero dentro de esta hay una causa que llama notablemente la atención, es el caso de la “**Hipertensión**” la cual represento el **25%**, 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 prequirúrgico**, 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 más 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 4%, y el paciente comió 3%** y, también causa controlable si se realizara una adecuada valoración de la preparación prequirúrgica del usuario, pues de seguro este no se programará para cirugía si se detecta adecuadamente que tiene un hematocrito bajo o se le informa adecuadamente que no debe comer.

Otro aspecto que se debe controlar para que no ocurra con una frecuencia del **7.4%** 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.

Como podemos ver todas estas causas que determinaron la suspensión de **905** cirugías electivas durante el año 2018, 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 la producción del bloque quirúrgico, 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.

12. Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2018.

INDICADORES	METAS GENERALES 2018	RESULTADOS GENERALES 2018	Nivel Cumplimiento
EFICIENCIA			
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	88.5%	110.6%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80%	73.6%	92.0%
Promedio de Estadía	5	8.9	22.2%
Presión de Urgencias	20%	39.9%	-99.7%
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	73.6%	92.0%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	11%	94.4%
% Desempeño Técnico	90%		0.0%
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	56%	62.0%
Índice de Rotación de Camas	48	45	94.7%
CALIDAD			
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.50%	0.36%	128.9%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8.0%	9.4%	82.1%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5.00%	4.4%	111.7%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	3.3%	134.8%
% Cumplimiento Procesos.	90%		0.0%
% Cumplimiento Protocolos.	90%		0.0%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.0%	199.1%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.6%	188.6%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	1.1%	177.2%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
PRODUCCIÓN			
Total Hospitalización.	11,051	7,501	67.9%
Total Consultas Hospital.	119,854	96,219	80.3%
Total Cirugías Electivas Programadas	7,464	7,667	102.7%
Total Emergencias	59,238	63,992	108.0%
SATISFACCIÓN			
% Satisfacción de los Usuarios Externos.	90%	85.3%	95.0%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	55%	69.0%

13. Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia por Gerencia Año 2018.

Periodo 01 Enero – 31 Diciembre 2018

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

Estadía Hospitalaria:

I. Cirugía General y Especialidades

A. Hospitalización

Solo 28 camas asignadas.

Hospitalización mayor 15 días, pacientes con patología no pertenecientes a la cartera del hospital ejemplo: úlceras infectadas, Insuficiencia renal.

Ocupación de las camas asignadas por pacientes de ortopedia, e infectología por 14. 15 y 30 días para cumplimiento de esquema de antibioterapia.

➤ UROLOGÍA.

Solo ingreso paciente electivos

Los paciente derivados por traumas son ingresados por cirugía general y se interconsultaran con urología.

➤ CIRUGIA PLÁSTICA.

Solo ingresos electivos

Tuvimos una colaboradora de licencia pos parto por 4 meses.

Solo contamos con dos cirujanos plásticos.

➤ CIRUGIA VASCULAR

El 30 % de esos pacientes son ingresados por otro departamento por traumas múltiples e interconsultados con cirugía vascular.

➤ CIRUGÍA TORACICA

El 75 % de la hospitalización es realizada por cirugía general u ortopedia, e interconsultas

Sus ingresos por pacientes son electivos.

➤ ORTOPEDIA

Falta de camas

Larga estancia hospitalaria de pacientes infectados.

Falta de brazo en C

Renuncia de personal

Falta de Ortopedistas especializados en cadera y reemplazo articulares, reconstrucción ósea, artroscopias, pelvis y acetábulo.

Casas comerciales

Cambio de plan quirúrgico

Retraso en completar las evaluaciones pre-quirúrgicas por los demás departamentos.

B. Procedimientos

Urología : No hay datos asentados adecuadamente en los libros.

Cirugía Bariátrica: Fue suspendida por las autoridades en 2017-2018

Cirugía plástica: Salida por licencia de post- natal de (4 meses) solamente contamos con dos colaboradores.

Oftalmología: No cuenta con instrumentos ni materiales para cirugía.

Coloproctología: 89 % y solo contamos con una sola Coloproctóloga

ANESTESIOLOGÍA:

La cuota para cirugías era de **7,464**, fueron realizadas **6,442**, en el mismo orden las suspensiones tuvieron un total de 450 casos de los cuales los más relevantes son: suspensión por hipertensión arterial 110 casos, por casa comercial 94 y por tiempo quirúrgico 57, de dichas suspensiones nos podríamos adjudicar tres casos, en los cuales dos pacientes no pudieron realizarse intubaciones endotraqueales por no contar con los dispositivos necesarios para la misma, y en el otro caso no se pudo bloquear por que la paciente presentaba obesidad mórbida más lordosis y escoliosis, además no cooperación de la usuaria, la tasa de suspensión anual es de un 15%, cabe destacar que por anestesia es solo un 3%.

C. Consulta Externa

OTORRINO:

Solo cuenta con una colaboradora, la misma estuvo de licencia en 2018 pre –post natal por 4 meses.

CIRUGÍA TORACICA:

No contábamos con cirujano especialista, Por 45 días estaba no estaba en cobertura la consulta. Para el 2018 no teníamos metas establecidas para cumplir.

ANESTESIOLOGÍA:

En el 2018 la cuota para consultar fue **6,580** de usuarios, de los cuales realizamos **5,022** pacientes, solo los que fueron facturados estuvieron evaluados en su totalidad y los demás realizados vía emergencia por lo que no se le realiza evaluación pre-quirúrgica, además las consultas subsecuentes o los pacientes dirigidos sin facturar los anestesiólogos no lo reportaban, por tal razón se tomó, conducta en la misma, por este motivo no llega al totalidad.

II. Imágenes

Tomógrafo: Desde el 23 de mayo 2018 no contamos con el medio de contraste oral para realizar los estudios contrastados de abdomen y pelvis.

En el mes de agosto 2018, el equipo empezó a presentar fallos en su funcionamiento, por lo que nos vimos en la obligación de suspender la facturación de servicios ambulatorios y así preservar el servicio solo para la emergencia y hospitalización.

Finalmente el equipo se dañó, quedando fuera de servicio por completo, desde el 27 de noviembre por falta de tubo de rayos X y Tarjeta display retomando el funcionamiento del mismo el día 16-03-

2019, a partir del cual brindamos este servicio sólo para los pacientes de emergencia y hospitalización.

Rayos X: Desde el mes de junio no contamos con la cantidad de Chasis suficientes de tamaño 14x17 para realizar los estudios convencionales y las pruebas especiales como urografía excretora y fluoroscopia de las vías digestivas porque que no contábamos con el medio de contraste oral.

Sonografía: Teníamos un déficit de personal en esa área solo estaba laborando un medico por tanda, para recibir los pacientes de emergencia, hospitalización, cuidados intensivos y ambulatorios, lo cual nos limitaba tener un mayor rendimiento de productividad.

Laboratorio clínico

Cuando el sistema informático se caía no teníamos otra forma de facturar.

Falta de empleados

Falla equipos.

Equipos fuera de servicios: El equipo de química y el de hematología, duraron mas de 5 meses fuera de servicio.

No contabamos con los controles de las maquinas.

Maxilofacial

Asignación inadecuada de recursos humanos:

Disminución numero de colaboradores con titulación de cirujano maxilofacial.

Personal de apoyo (odontologos) de licencias y permisos.

Incertidumbre laboral

Distribución del trabajo no equitativa

Subregistro de datos.

Objetivos no logrables en el tiempo.

14. Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - diciembre 2018.

No.	CIE -10	CAUSAS CONSULTA EXTERNA	CANTIDAD	%
1	T14.2	FRACTURAS	5,301	5.5%
2	R10.1	DISPEPSIA	3,770	3.9%
3	M54.5	LUMBALGIA	3,415	3.5%
4	K49.9	HERNIA	3,309	3.4%
5	T14.9	TRAUMAS	2,992	3.1%
6	I87.2	INSUFICIENCIA VENOSA	2,924	3.0%
7	K80.2	COLELITIASIS	2,501	2.6%
8	T14.9	LESIÓN	2,233	2.3%
9	M19.9	ARTROSIS	2,145	2.2%
10	I10	HTA	1,975	2.1%
Otras consultas			65,654	68.2%
Fuente: Sistema de consulta			TOTAL ==>	96,219 100.0%

15. Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2018.

No.	CIE -10	CAUSAS ASISTENCIA EMERGENCIA	CANTIDAD	%
1	T14.9	TRAUMAS	17,407	27.2%
2	R51	CEFALEA	3,777	5.9%
3	T14.9	HERIDAS	3,648	5.7%
4	T14.2	FRACTURAS	3,491	5.5%
5	R52.9	DOLOR	3,231	5.0%
6	M54.5	LUMBALGIA	2,427	3.8%
7	M25.5	ARTRALGIA	2,377	3.7%
8	N23	CÓLICO NEFRÍTICO	1,344	2.1%
9	T30.0	QUEMADURAS	1,198	1.9%
10	I10	CRISIS HIPERTENSIVA	1,034	1.6%
Otras Emergencias			24,058	37.6%
Fuente: Sistema Emergencia de HTNAL			TOTAL ==>	63,992 100.0%

16. Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2018.

No.	CIE- 10	CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN	CANTIDAD	%
1	T14.2	FRACTURAS	1,794	23.9%
2	T14.9	TRAUMAS	704	9.4%
3	K80.2	COLELITIASIS	638	8.5%
4	K49.9	HERNIA	525	7.0%
5	R10.0	ABDOMEN AGUDO	218	2.9%
6	T14.9	HERIDAS	199	2.7%
7	K64.9	HEMORROIDES	132	1.8%
8	T14.0	HEMATOMA	122	1.6%
9	M19.9	ARTROSIS	98	1.3%
10	M17.9	GONARTROSIS	43	0.6%
OTROS MOTIVOS			3,028	40.4%
TOTAL ==>			7,501	100.0%

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

17. Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2018.

No.	CIE - 9	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CANTIDAD	%
1	78.1	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA (RAFI)	1,345	12.5%
2	U51.9	CURAS	1,005	9.3%
3	T81.3	REPARACIÓN	936	8.7%
4	51.2	COLECISTECTOMÍA	843	7.8%
5	86.22	LAVADO QUIRÚRGICO	763	7.1%
6	Ncoc53.9	HERNIORRAFÍA	659	6.1%
7	B3.7	EXERÉSIS	431	4.0%
8	54.1-CIE-9	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	403	3.7%
9	B3.10c	RETIRO MOS	370	3.4%
10	K.35	APENDICETOMÍA	356	3.3%
Otros Procedimientos			3,681	34.1%
TOTAL ==>			10,792	100.0%

Fuente: Libro de Registro Procedimientos Quirúrgicos HTNAL

18. Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2018.

No.	CIE 10	CAUSAS MORTALIDAD	CANTIDAD	%
1	121.9	INFARTO AGUDO	73	11.6%
2	T14.9	TRAUMAS	63	10.0%
3	I63	MUERTE CEFÁLICA	66	10.4%
4	R27.8	FALLA MULTIORGÁNICA	66	10.4%
5	785.52	SHOCK SÉPTICO	30	4.7%
6	T14.9	POLITRAUMATIZADOS	25	4.0%
7	436-CIE-9	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	20	3.2%
8	J81	EDEMA CEREBRAL	18	2.8%
9	R09.2	PARO CARDIO RESPIRATORIO	16	2.5%
10	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	15	2.4%
OTROS			240	38.0%
TOTAL ==>			632	100.0%

Fuente: Actas de Defunción HTNAL

19. Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2018. (EPI-1)

Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI-1/2000).

Código CIE-10	Síndromes, Enfermedades y Eventos	CASOS POR GRUPOS DE EDAD Y						CASOS SEMANAS			Variación con relación año previo
		Ignorado	< 1	1-abr	may-14	15-64	> 64	Total esta semana	Total acumulado año actual	Total acumulado año previo	
H10	Conjuntivitis		0	0	0	1		1	53	202	-149
A09	Diarrea aguda (diarrea debida a parasitosis, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardias is, cólera)		0	0	0	6	3	9	384	507	-123
R50/A90/A01/A2.9/B54	Enfermedad febril (dengue clásico, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, leptospirosis, malaria)		0	0	0	0	0	0	2	5	-3
A39.4/B05/B06	Enfermedad febril eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, meningococcemia)		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	0	0	0	1	-1
J00/J02	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias altas (virosis o gripe, IRA, faringoamigdalitis)		0	0	0	19	0	19	992	915	77
A36/A37/J10-J18/J20/J21	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias bajas (IRA grave, bronquitis, bronquiolitis, bronconeumonía, neumonía)		0	0	0	4	0	4	118	116	2
A05.9	Enfermedad transmitida por alimento (infección e intoxicación alimentaria, ciguatera)		0	0	0	5	0	5	176	176	0
Y 40-Y59	Eventos adversos por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (incluye los asociados a vacunación y otros productos)		0	0	0	2	0	2	76	55	21
X40-X41/T36-50/T51-T65	Intoxicación aguda por sustancias químicas (plaguicidas, metales pesados, alcohol, otros)		0	0	0	8	0	8	274	295	-21
R10.2	ITS: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, abscesotuboovarico, etc)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
N89.8	ITS: Flujo vaginal (vaginitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
R36	ITS: Secreción uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
N48.5 / N76.5 / N76.6	ITS: Úlcera Genital (sífilis, chancroide, herpes, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B15 - B17/A95	Hepatitis vírica aguda o síndrome febril icterico (hepatitis A, B, C, fiebre amarilla)		0	0	0	3		3	106	89	17
S00-T14/T20-T32	Lesiones por causas externas (heridas, contusiones, traumas, quemaduras)		0	0	0	290	18	308	11,722	11,766	-44
W54/ W55	Mordedura o agresión animal (rabia humana)		0	0	0	3	2	5	53	48	5
A39.0/G00//	Meningitis (meningitis por meningococo, haemofilus, neumococo, tuberculosa, encefalitis, meningoencefalitis, otras)		0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0
A15 -	Tosedor crónico (síntomático respiratorio 2 semanas, tuberculosis pulmonar)		0	0	0	0	0	0	8	12	-4
B01.9	Varicela		0	0	0	0	0	0	0	0	0
EVENTOS VITALES		Ignorado	< 1	1-abr	may-14	15-64	> 64	Total esta semana	Total acumulado año actual	Total acumulado año previo	Variación con relación año previo
Muertes totales			0	0	0	8	2	10	634	571	63
Muertes de mujeres en edad reproductiva (10-49 años)					0	0		0	39	35	4
Muerte materna					0	0		0	0	0	0
Nacidos vivos								0	0	0	0
Nacidos muertos								0	0	0	0
POBLACIÓN ATENDIDA			0	0	1	1,791	424	2,216	144,163	137,745	6,418

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).
Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

20. Informe de la vigilancia, prevención y control de la infección intrahospitalaria (IIH). Hospital Traumatológico Dr Ney Arias Lora, Santo Domingo Norte, República Dominicana.

Comportamiento Histórico Tasa IAAS Según Mes y Año periodo 2010-2018

Historico de los Casos de las Infecciones Asociadas a la atención sanitaria

MES	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	No EGRESOS	No. CASOS	TASA %	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA	No EGRESOS	No. CASOS	TASA
ENERO	hospital cerrado			262	2	0,76	270	7	2,59	186	10	5,38	539	22	4,08	585	24	4,10	456	7	1,54	618	22	3,56	551	26	4,72
FEBRERO				290	1	0,34	311	3	0,96	219	6	2,74	449	13	2,90	612	33	5,39	518	18	3,47	563	23	4,09	506	13	2,57
MARZO				352	4	1,14	391	8	2,05	289	6	2,08	513	26	5,07	616	26	4,22	556	23	4,14	743	23	3,10	535	22	4,11
ABRIL				214	1	0,47	359	7	1,95	302	8	2,65	521	17	3,26	620	27	4,35	545	23	4,22	549	29	5,28	548	15	2,74
MAYO				265	6	2,26	285	11	3,86	348	4	1,15	501	11	2,20	714	33	4,62	533	28	5,25	668	27	4,04	566	21	3,71
JUNIO				250	4	1,60	596	6	1,01	360	13	3,61	495	30	6,06	557	36	6,46	527	17	3,23	631	15	2,38	507	19	3,75
JULIO				321	0	0,00	291	1	0,34	385	10	2,60	641	17	2,65	606	30	4,95	491	25	5,09	619	26	4,20	647	22	3,40
AGOSTO				287	2	0,70	278	6	2,16	410	6	1,46	620	13	2,10	607	16	2,64	573	14	2,44	638	18	2,82	523	7	1,34
SEPTIEMBRE	0	0	0	372	2	0,54	276	11	3,99	443	19	4,29	602	21	3,49	537	25	4,66	646	15	2,32	463	30	6,48	442	13	2,94
OCTUBRE	68	0	0	299	1	0,33	308	13	4,22	563	13	2,31	620	34	5,48	478	26	5,44	689	26	3,77	565	20	3,54	443	17	3,84
NOVIEMBRE	152	2	1,32	450	4	0,89	239	8	3,35	438	12	2,74	567	29	5,11	488	20	4,10	611	24	3,93	548	22	4,01	527	13	2,47
DICIEMBRE	124	3	2,42	292	1	0,34	577	3	0,52	448	17	3,79	670	21	3,13	488	20	4,10	498	14	2,81	503	19	3,78	524	18	3,44
TOTAL	344	5	1,45	3654	28	0,77	4181	84	2,01	4391	124	2,82	6738	254	3,77	6.908	316	4,57	6.643	234	3,52	7.108	274	3,85	6.319	206	3,26

Tasa es igual al número de casos dividido entre el número de egresos por cien.

Tasa estandarizada en los protocolos internos del hospital es un 5% de la tasa de incidencia acumulada.

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

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

Comportamiento Incidencia Acumulada IAAS del Sitio Quirúrgico, por mes y año, periodo 2014-2018

Incidencia Acumulada de la Infección del Sitio Operatorio															
Mes	2014			2015			2016			2017			2018		
	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa
Enero	8	701	1,14	6	1001	0,60	5	1194	0,42	14	859	1,63	14	1125	1,24
Febrero	8	588	1,36	11	843	1,30	5	1063	0,47	15	901	1,66	9	1009	0,89
Marzo	5	801	0,62	10	1191	0,84	11	938	1,17	15	1027	1,46	12	841	1,43
Abril	8	777	1,03	10	970	1,03	0	1074	0,00	11	695	1,58	9	1123	0,80
Mayo	6	500	1,20	17	882	1,93	11	1097	1,00	16	892	1,79	12	861	1,39
Junio	14	651	2,15	10	688	1,45	13	664	1,96	12	827	1,45	10	892	1,12
Julio	7	1122	0,62	16	852	1,88	20	731	2,74	11	851	1,29	8	955	0,84
Agosto	6	998	0,60	10	685	1,46	11	680	1,62	13	830	1,57	2	826	0,24
Septiembre	11	893	1,23	6	688	0,87	3	1112	0,27	19	722	2,63	4	778	0,51
Octubre	18	891	2,02	5	778	0,64	16	957	1,67	11	924	1,19	6	786	0,76
Noviembre	11	886	1,24	11	785	1,40	18	799	2,25	15	1061	1,41	3	797	0,38
Diciembre	6	914	0,66	6	484	1,24	9	634	1,42	11	816	1,35	5	799	0,63
Totales	108	9722	1,11	118	9847	1,20	122	10943	1,11	163	10405	1,57	94	10792	0,87

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

* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

Comportamiento Incidencia Acumulada IAAS Según Gerencia, por mes y año, periodo 2014-2018

Incidencia Acumulada de las Infecciones por Gerencias 2014-2018															
Gerencias	2014			2015			2016			2017			2018		
	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	No. Cx.	Tasa
Ortopedia	56	1852	3,02	87	2114	4,12	83	1996	4,16	90	3408	2,64	48	3943	1,22
Cirugía	60	1962	3,06	54	2363	2,29	52	2552	2,04	69	3759	1,84	45	3555	1,27
Neurocirugía	4	1232	0,32	8	1099	0,73	7	816	0,86	4	376	1,06	6	339	1,77
Tasa General	120	5046	2,38	149	5576	2,67	142	5364	2,65	163	7543	2,16	99	7837	1,26

Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio Gerencia Ortopedia, por mes, Periodo 2016-2018

Mes	Año, No. Casos, No. Cirugía y Tasa								
	2016			2017			2018		
	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa
Enero	2	239	0,84	6	239	2,51	4	303	1,32
Febrero	2	264	0,76	10	272	3,68	3	321	0,93
Marzo	4	243	1,65	14	258	5,43	9	214	4,21
Abril	0	305	0,00	5	241	2,07	3	352	0,85
Mayo	6	269	2,23	8	279	2,87	7	393	1,78
Junio	7	305	2,30	7	278	2,52	7	435	1,61
Julio	12	297	4,04	5	277	1,81	4	330	1,21
Agosto	6	283	2,12	3	267	1,12	1	360	0,28
Septiembre	1	329	0,30	11	201	5,47	2	340	0,59
Octubre	11	271	4,06	6	384	1,56	3	327	0,92
Noviembre	12	279	4,30	10	395	2,53	2	310	0,65
Diciembre	6	210	2,86	5	317	1,58	3	258	1,16
Totales	69	3294	2,09	90	3408	2,64	48	3943	1,22

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

* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

**Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio Gerencia
Cirugía General y Especialidades, por mes, Periodo 2016-2018**

Mes	Año, No. Casos, No. Cirugía y Tasa								
	2016			2017			2018		
	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa
Enero	1	180	0,56	8	387	2,07	10	404	2,48
Febrero	3	207	1,45	5	406	1,23	5	315	1,59
Marzo	6	250	2,40	1	450	0,22	3	238	1,26
Abril	0	251	0,00	6	239	2,51	6	336	1,79
Mayo	3	310	0,97	8	297	2,69	5	283	1,77
Junio	4	197	2,03	5	313	1,60	3	259	1,16
Julio	6	247	2,43	4	319	1,25	3	352	0,85
Agosto	3	224	1,34	9	314	2,87	1	286	0,35
Septiembre	2	328	0,61	7	251	2,79	2	233	0,86
Octubre	5	397	1,26	5	263	1,90	3	261	1,15
Noviembre	4	360	1,11	5	286	1,75	2	273	0,73
Diciembre	2	195	1,03	6	234	2,56	2	315	0,63
Totales	39	3146	1,24	69	3759	1,84	45	3555	1,27

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

* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

**Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio Gerencia
Neurocirugía y Especialidades, por mes, Periodo 2016-2018**

Mes	Año, No. Casos, No. Cirugía y Tasa								
	2016			2017			2018		
	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa	No Casos	No Cx	Tasa
Enero	2	38	5,26	0	40	0,00	0	40	0,00
Febrero	0	40	0,00	0	43	0,00	1	22	4,55
Marzo	1	34	2,94	0	37	0,00	0	23	0,00
Abril	0	39	0,00	0	24	0,00	1	29	3,45
Mayo	0	38	0,00	0	34	0,00	0	25	0,00
Junio	2	37	5,41	0	29	0,00	1	19	5,26
Julio	2	38	5,26	2	25	8,00	1	26	3,85
Agosto	1	48	2,08	1	31	3,23	0	23	0,00
Septiembre	0	44	0,00	1	26	3,85	0	33	0,00
Octubre	0	36	0,00	0	25	0,00	1	31	3,23
Noviembre	1	47	2,13	0	31	0,00	1	32	3,13
Diciembre	1	37	2,70	0	31	0,00	0	36	0,00
Totales	10	476	2,10	4	376	1,06	6	339	1,77

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

* Tasas por 100 egresos hospitalarios.

10 principales Microorganismos Intrahospitalarios, identificados en IIH Enero-Diciembre, 2018.

Microorganismos	Frecuencia	Porcentajes
1-Pseudomona aeruginosa	41	17,23%
2-Klebsiella pneumoniae	38	15,97%
3-Echerichia coli	23	9,66%
4- Staphylococcus aureus	17	7,14%
5- Enterobacter cloacae	14	5,88%
6-Acinetobacter baumannii	8	3,36%
7-Proteus mirabilis	6	2,52%
8-Serratia marcescens	4	1,68%
9- B. cepacea	3	1,26%
10- Stenotrophomonas	2	0,84%
No crecimiento	74	31,09%

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

Microorganismos identificados en IIH del Sitio Operatorio, Enero-Diciembre, 2018.

Microorganismos	Frecuencia	Porcentajes
Pseudomona aeruginosa	14	12,73%
Echerichia coli	12	10,91%
Klebsiella pneumoniae	9	8,18%
Staphylococcus aureus	7	6,36%
Enterobacter cloacae	4	3,64%
Acinetobacter baumannii	4	2,64%
No realizado	43	39,09%

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

21. 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 periodos anteriores, fueron realizadas las encuestas de satisfacción a usuarios en las áreas de Hospitalización, Laboratorio Clínico, Imágenes, Consulta Externa, Medicina Física y Rehabilitación y Emergencia.

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 encuestados sintió que se **le trato con respeto**.

El 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **manera en que el personal del hospital le informó sobre alguna duda**.

El 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **claridad de la información y el manejo de trámites de pago**.

Con relación al derecho a la privacidad del paciente el 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho.

98.6% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho por **la agilidad que muestra el medico en la consulta**.

El 98.5% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **limpieza de áreas de espera y consultorios**.

El 97.1% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **capacidad, amabilidad, y disposición del personal en los puntos de atención**.

El 97.1% de los usuarios **el médico le atendió en horario programado**.

El 97.1% de los usuarios entrevistados considera adecuados los **carteles, letreros y señalización del área de consulta para orientar a los pacientes y sus familiares**.

El 97.1% de los entrevistados encontró **el servicio requerido**.

El 97.1% de los usuarios entrevistados **volvería al hospital**.

El 97.1% de los encuestados **recomendarían el hospital**

Al 94.2% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada**.

A Mejorar:

44.1% **No conoce el nombre de la enfermera**.

El **tiempo de espera para obtener una cita**, fue mayor de 96 hora en un 45.6%.

22.1% considera que **debe mejorar las facilidades para conseguir citas**.

34.8% considera **de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera ser asistido**.

26.5% responde afirmativamente a la pregunta de si le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir autorización

19.1% considera los servicios sanitarios No cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal.

29.4% No conoce el nombre del médico

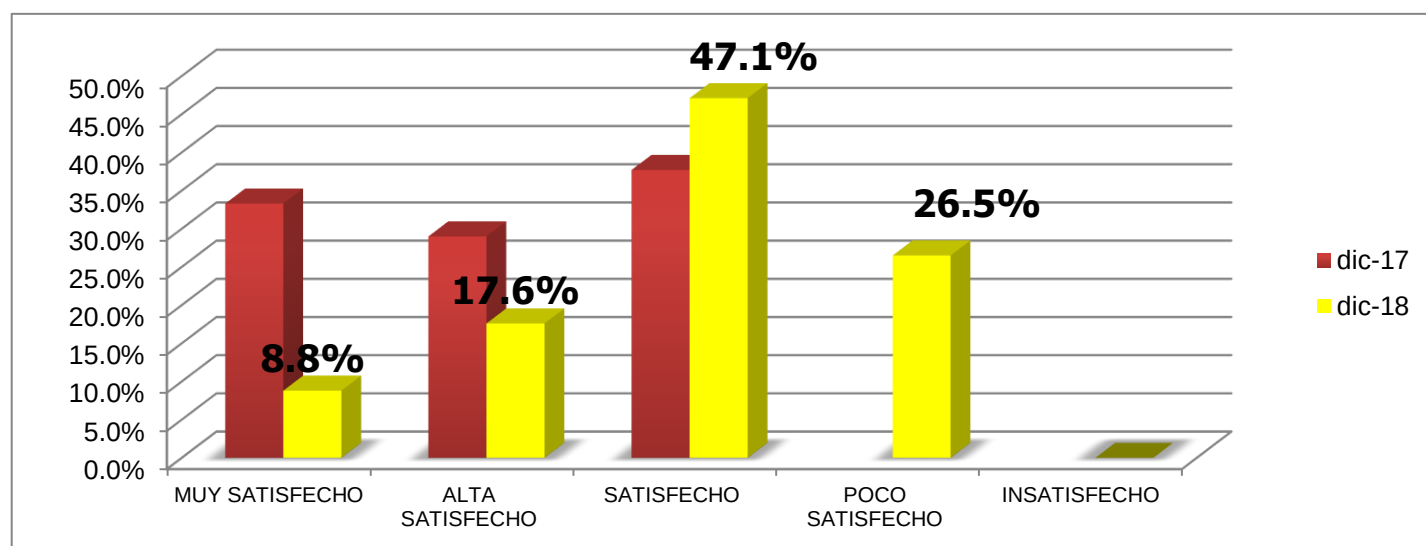
26.5% No reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades

23.5% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención

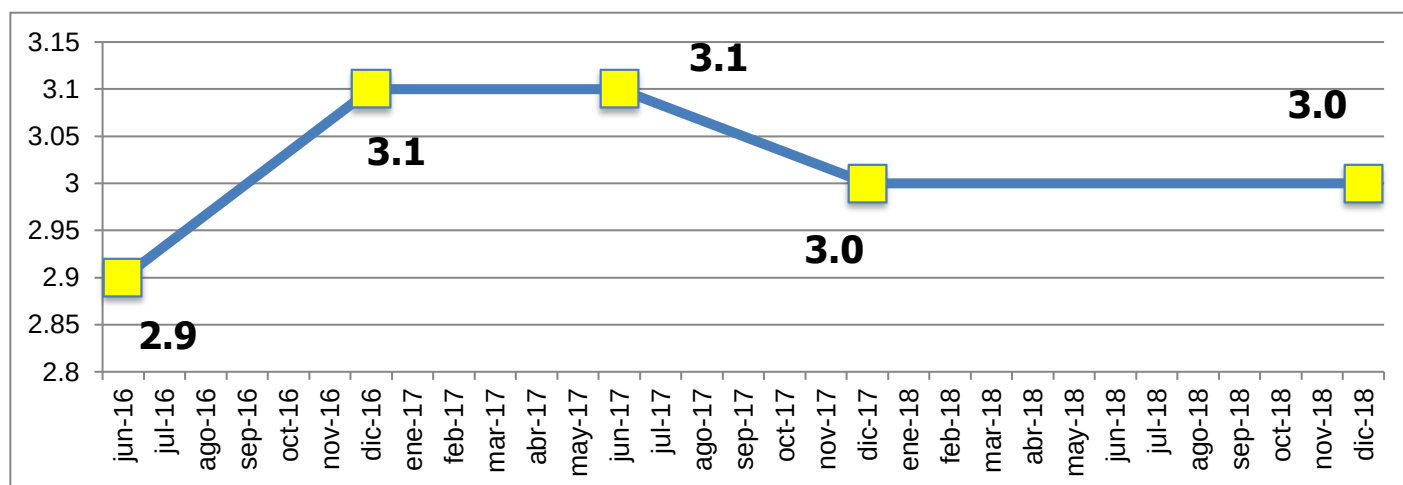
Nivel General de Satisfacción Consulta Externa:

El nivel general de satisfacción de los usuarios en el área de consulta externa es el siguiente: el 47.1% satisfechos, 26.5% poco satisfecho, 8.8% muy satisfechos y 17.6% altamente satisfechos.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción Consulta Externa



En el interés de corroborar este resultados, a continuación presentamos la Escala Sumatoria de Likert, que mide actitudes o predisposiciones individuales, mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Y encontramos que en términos generales el área de consulta externa nos refleja un índice de 3 que se encuentra en una escala de satisfacción de Satisfechos.

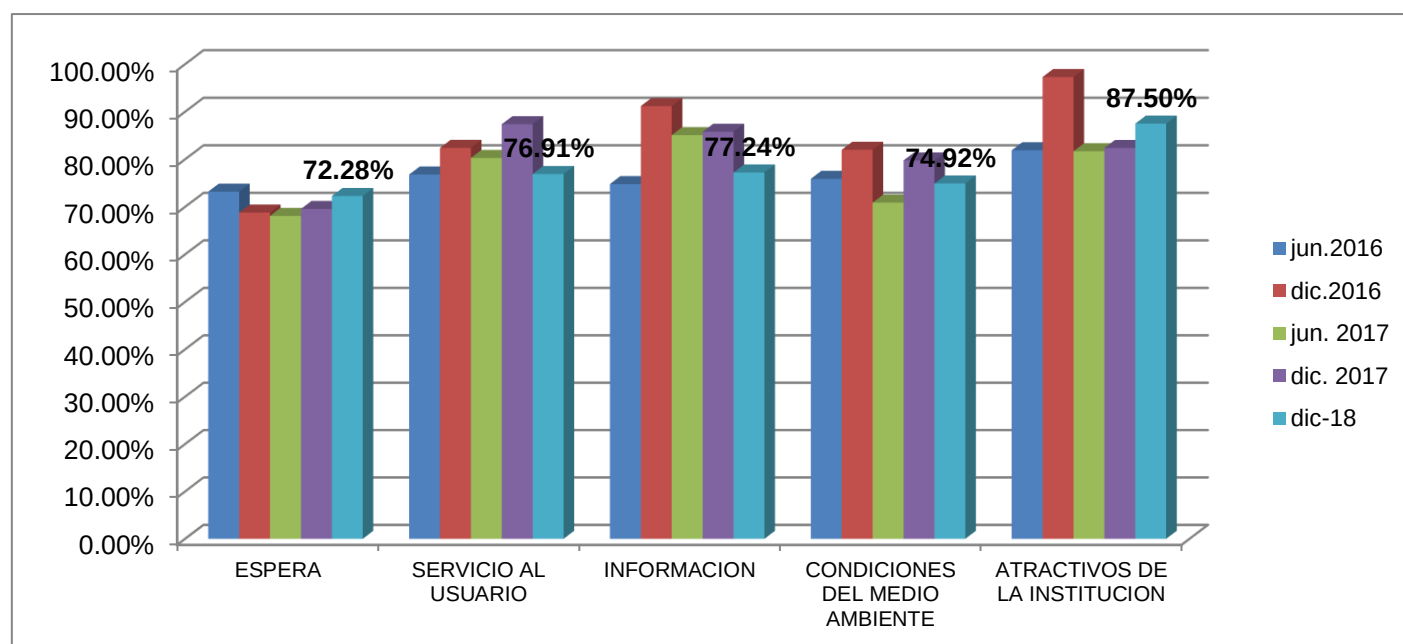


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **Atractivos de la Institución** con 87.50%, seguido de **Información** con 77.24% y **Servicio de atención al usuario** que obtuvo un 76.91%.

La sección **Condiciones del Medio Ambiente** obtuvo un 74.92%, El menor puntaje fue obtenido por la sección **Espera** con 72.28%.

Gráfico: Atractivos de la Institución



Aspectos Positivos

- Los servicios de consulta.
- Como tratan a los pacientes.
- Los doctores.
- La atención del personal.
- El espacio y los médicos.
- El aire y que atienden bien.
- La máquina de comida.
- Por el buen trato.
- La atención del personal.
- Todo muy bien porque me siento muy bien.
- La higiene.
- Todo.
- La atención y la comodidad.
- Todo está bien.
- Higiene.
- Buena climatización
- Trato Humanizado.
- La atención.
- La forma de atender a los pacientes.

- Buen servicio.
- El trato que le brindan.
- Higiene buen servicio.
- El servicio.
- Las atenciones médicas.

Aspectos Negativos

- Caminar.
- La cita tarda mucho tiempo.
- Los seguridad son muy odiosos.
- Nada.
- La espera.
- Que dan los tickets temprano.
- Lo único que no me gusta fue que el aire estaba muy frio y cuando me opere no me dieron comida.
- La espera.
- Favor abrir la cafetería.
- Favor poner películas en la televisión.
- No dan comida.
- Que ponen el mismo video y no dan comida.
- Los programas de la televisión y las citas.
- Los anuncios de la televisión.
- El personal de seguridad.

Emergencia

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

Positivos:

- Con las **informaciones brindadas sobre el funcionamiento del área** el 100% respondió que afirmativamente.
- El 98.5% se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con los **trámites administrativos para recibir atención y con las explicaciones sobre dolencia y uso de medicamentos.**
- **97.1%** se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la **disponibilidad de equipos** en el área de emergencia.
- **95.6%** se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la **disponibilidad de medicamentos** en el área de emergencia.
- 95.5% **recomendaría** el hospital
- **94.2%** se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la **disponibilidad de insumos** en el área de emergencia.
- 92.6% de los encuestados percibió que **se le trato con respeto.**
- 92.6% de los encuestados le parecen adecuados los **carteles, letreros y señalización** del área de emergencia.
- 91.2% **encontró el servicio** requerido
- 91.2% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el **trato recibido por el personal de seguridad**
- El 91% se siente entre satisfecho a muy satisfecho en **sentido general** con los **servicios** que ofrece el hospital y 88.1% con la **imagen** que proyecta el hospital.
- 91.1% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la **amabilidad y respeto del personal de enfermería.**
- El 89.7% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la **limpieza de las áreas de espera y los consultorios.**
- El 89.7% se siente entre satisfecho a muy satisfecho con el **interés y agilidad que muestra el médico** por su atención le hizo sentir.
- 89.6% **volvería** de nuevo al hospital.

A tomar en cuenta:

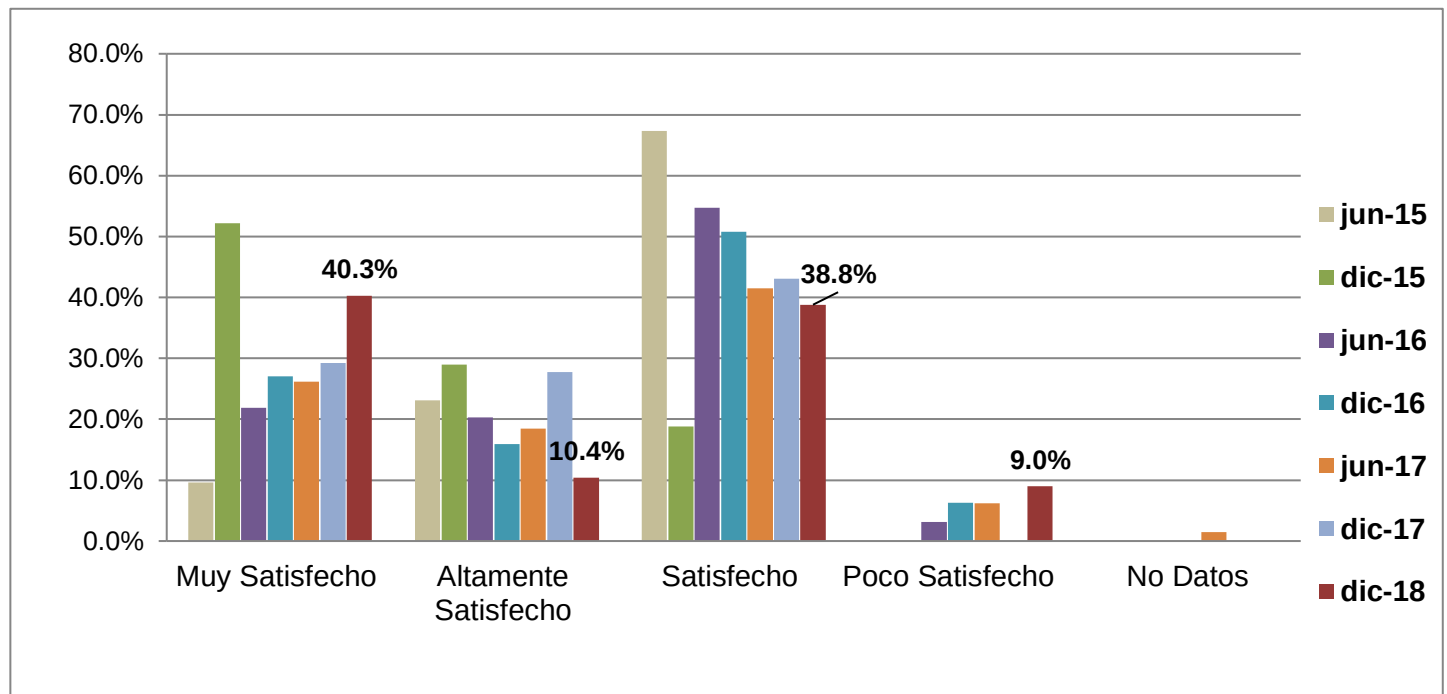
- **80.9% No conoce el nombre de la enfermera.**
- **26.5%** de los encuestados **No conoce el nombre del médico que le atendió.**
- **29.2%** de los entrevistado respondió que No, a la pregunta de que si **los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios.**
- **33.8%** de los entrevistados respondió que No a la pregunta, si durante la consulta o examen **hablo con el medico en privado**, sin que otras personas (usuarios, personal de limpieza) pudieran escuchar.
- **14.7%** de los encuestados en el área de emergencia dijo que se **le ha sido realizado algún padecimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir su autorización.**
- **45.5%** considera de **mucho a exagerado el tiempo de espera** para ser egresado del área.

- **42.6% no conoce o le informaron alguna manera de expresar queja o problema a las autoridades**
- **39.7%** considera debe mejorar el **tiempo de espera para recibir atención y el tiempo de espera para cirugía.**
- **36.8%** considera debe mejorar las **facilidades para conseguir citas médicas.**
- **29.5% considera de mucho a exagerado el tiempo de espera para recibir atención.**
- **29.4%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la **disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios**, 29.4% no encontró los insumos de higiene necesarios.
- **27.9%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las **camas/camillas.**
- **23.5% no se le permitió participar** en las decisiones sobre tratamiento y/o realización de procedimientos.
- **23.6%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la **disponibilidad de asientos** en el área.
- **22.1%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con el **respeto a la privacidad.**
- **19.1%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la **ubicación de los puntos de atención al usuario** en el área de emergencia.
- **17.6%** de los entrevistados considera **no recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.**
- **16.2%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con los **sonidos o ruidos y la intensidad de estos**

Nivel General de Satisfacción Emergencia

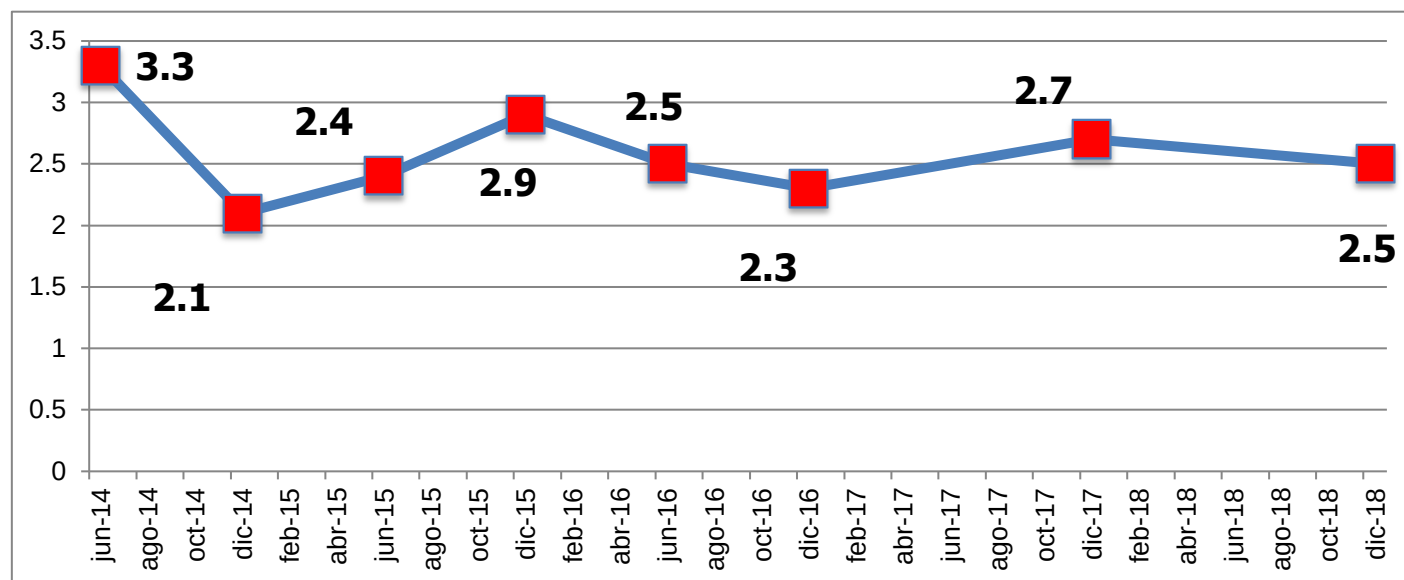
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de emergencia se encuentran satisfecho el **40.3%** muy satisfecho, **38.8%** satisfecho, **10.4%** altamente satisfecho. **9%** poco satisfechos.

Gráfico: Resumen de satisfacción



La escala de Likert, nos refleja un índice de **2.5**, que se encuentra en una escala de satisfacción de **pocos satisfechos**, con marcada tendencia a **satisfecho**.

Gráfico: Escala de Likert

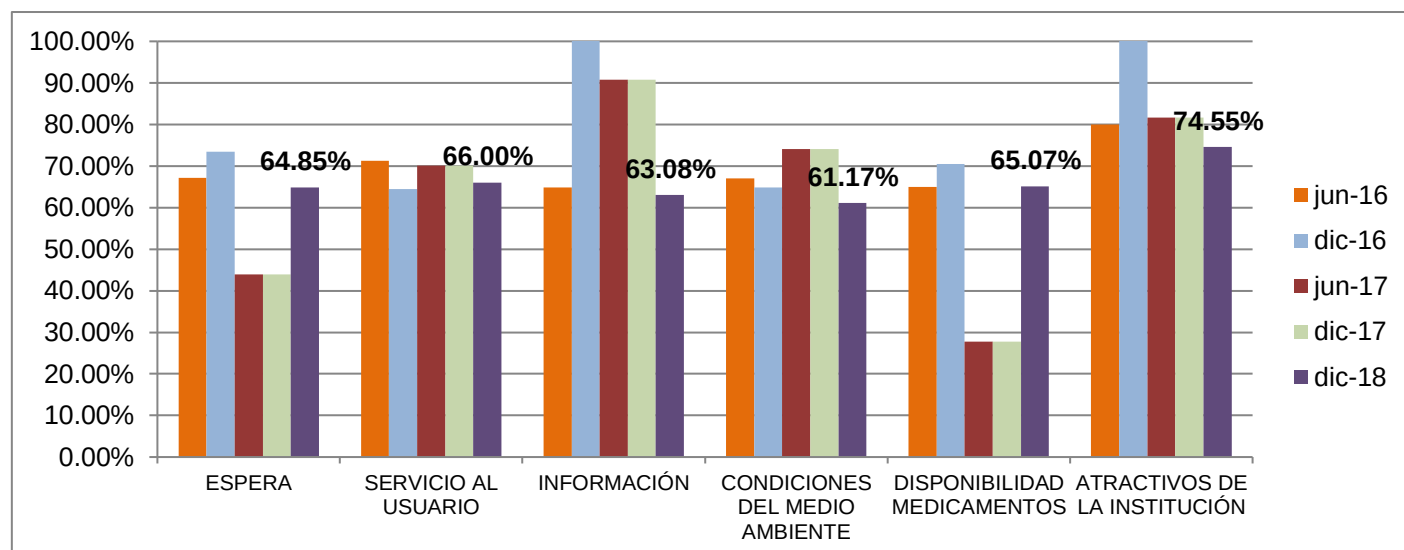


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **atractivos de la institución** con 74.5%, seguido de **servicio al usuario, trato y accesibilidad** con 66% y **disponibilidad de medicamentos** con 65.0%.

La sección relacionada con la **espera** obtuvo un 64.8% e **información** con un 63.0%. La sección menos valorada corresponde a **condiciones del medio ambiente, confort e higiene** con 61.1%.

Gráfico: Comportamiento Nivel de Satisfacción por Área



Aspectos Positivos

- Los doctores
- El trato social.
- Los equipos.
- Todo muy bien.
- Gente agradable.
- Los médicos son muy atentos.
- La atención de los médicos.
- Por el trato y la rapidez.
- Toda la atención médica.
- La temperatura.
- El trato que ha recibido.
- La higiene.
- La asistencia y los doctores.
- Que tratan bien.
- Me gusta la atención brindada en el área de consulta.
- La calidad del hospital y la humanización.
- La temperatura y la capacidad de los médicos.
- La capacidad de los médicos.
- La Higiene y buena atención.
- La temperatura y dan buena información.
- El trato del médico sentí que fue gentil.
- Por el momento todo está bien.
- La temperatura.
- La amabilidad de los médicos y la chica de información.
- Tienen buen manejo y buen servicio.
- El servicio muy organizado.
- La temperatura.
- El aire.
- Las enfermeras y los doctores.
- La atención brindada y la higiene.

Aspectos Negativos

- Las enfermeras.
- Que los doctores son muy odiosos.
- El trato de algunas enfermeras.
- Los servicios.
- Los seguros no dan información correcta y no cubre casi.
- El comportamiento de algunas enfermeras.
- El trato de la seguridad.
- Por la distancia que hay.
- Las enfermeras son malas.
- Deberían de dar más medicamentos para el dolor.
- Solo que el área de emergencia está muy fría.
- La asistencia cuando llego a emergencia.
- El conflicto por falta del personal entre los compañeros.
- Tiempo de espera para hacer atendido y la higiene.

- El tiempo de espera en emergencia.
- Temperatura muy fría.
- La espera para ser evaluado.
- La espera en la facturación.
- No hay suficiente cama y hay que estar parado.
- Para la de alta hay que durar mucho tiempo y el personal médico es muy poco.
- La espera para el especialista para bajar es mucho tiempo y los baños no cuentan con los insumos necesarios.
- Que no tienen silla.
- El tiempo de espera para la salida que se dura más para salir que el tiempo que durar atendiéndolo.
- La espera para la de alta.
- El tiempo de espera para recibir la atención.
- Que no tienen neverita para el agua.
- No me gusta la atención que brindan.
- Porque tengo 5 días interna y no me atienden.

Observaciones, Comentarios y/o Sugerencias

- ✓ Las enfermeras deben tener mejor atención con los pacientes (no todas).
- ✓ Se siente incómodo con las camillas y muy enojado porque no hay sabanas buenas.
- ✓ Los doctores deben trabajar más rápido.
- ✓ Le gustó mucho los servicios.
- ✓ Las camillas deben de tener sabanas.
- ✓ Muy bien todo
- ✓ Tardaron mucho para encontrar una camilla.
- ✓ El paciente se accidento en Bonao y decidió que lo trasladaran a este centro.
- ✓ Que pongan sillas en los cubículos.
- ✓ Yo sugiero más avanzada.
- ✓ Poner sillas para los familiares.
- ✓ Yo sugiero una neverita en emergencia.
- ✓ Poner silla de ruedas.

Hospitalización:

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

Positivos:

- El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía General y especialidades **volverían al hospital** si se le presentara un problema de salud.
- El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía general y especialidades **recomendaría el hospital**.
- El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía General y especialidades **percibieron que fueron tratados con respeto**.
- El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía general y especialidades **se siente de muy satisfecho a satisfecho con la imagen del hospital**.
- 100% cirugía y neurocirugía y 96% ortopedia, recomendarían el hospital
- 100% cirugía, 100% ortopedia y 94.1% Neurocirugía, dice que los alimentos servidos durante su ingreso en el área se le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica.
- 100% ortopedia, 96% cirugía y 94.1% se encuentran de muy satisfechos a satisfechos con la información brindada por el personal de admisión, ticket, facturación.
- 100% cirugía, neurocirugía y ortopedia, se sienten de muy satisfecho a satisfecho con el interés que muestra el medico sobre su dolencia.
- 100% ortopedia, 96% cirugía, y 88.2% en neurocirugía dice que se le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento.

A mejorar en las tres principales áreas de hospitalización.

- 76% de los usuarios del área de ortopedia, 44% cirugía y especialidades y 11.8% neurocirugía, NO conoce el **nombre de la enfermera** que le atendió.
- 40% de los entrevistados en el área de ortopedia, 24% cirugía y 5% neurocirugía NO conoce el **nombre del médico**.
- **16%** de los entrevistados en cirugía, dijeron que los servicios sanitarios con contaron con los insumos necesarios para su higiene personal.

Nivel General de Satisfacción en Hospitalización:

Ortopedia: 48% Altamente satisfecho, 36% satisfecho 8% muy satisfecho y 8% poco satisfecho.

Neurocirugía: 70.6% satisfecho, 17.6% altamente satisfecho, 11.8% muy satisfecho.

Cirugía General y Especialidades: 44% satisfecho, 32% altamente satisfecho, 12% muy satisfecho y poco satisfecho respectivamente.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción.

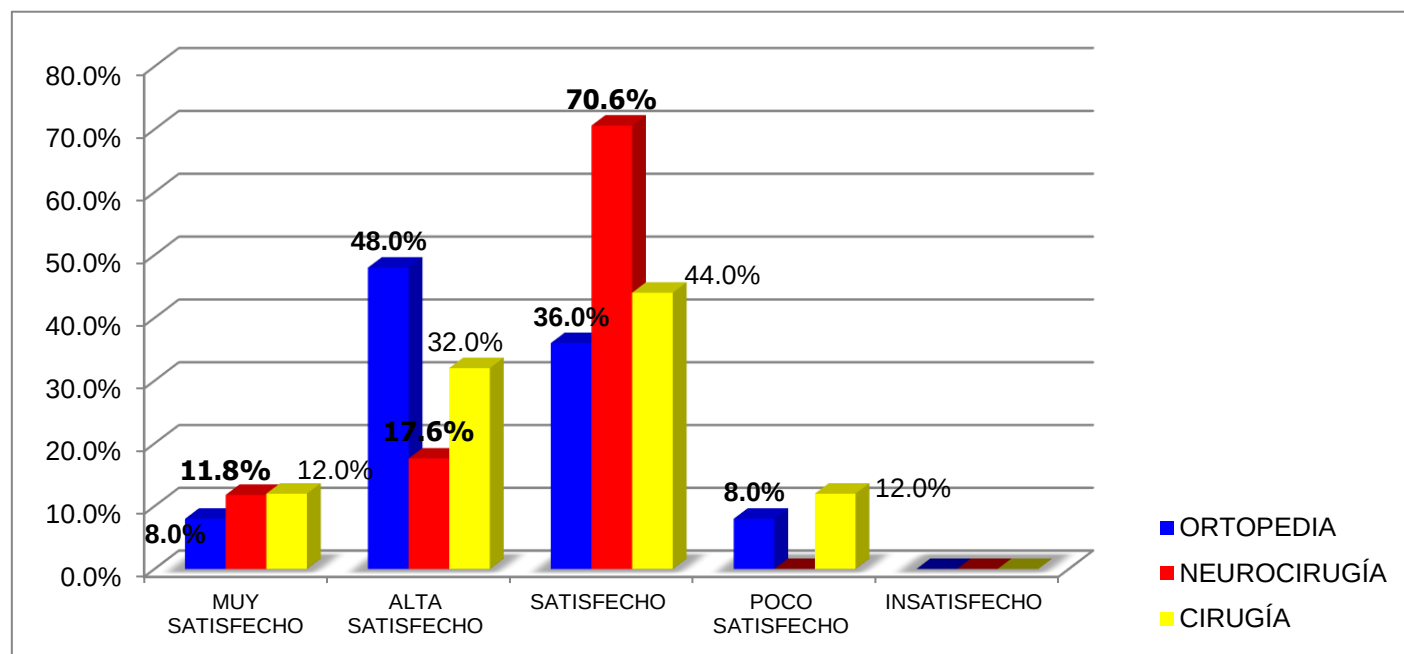
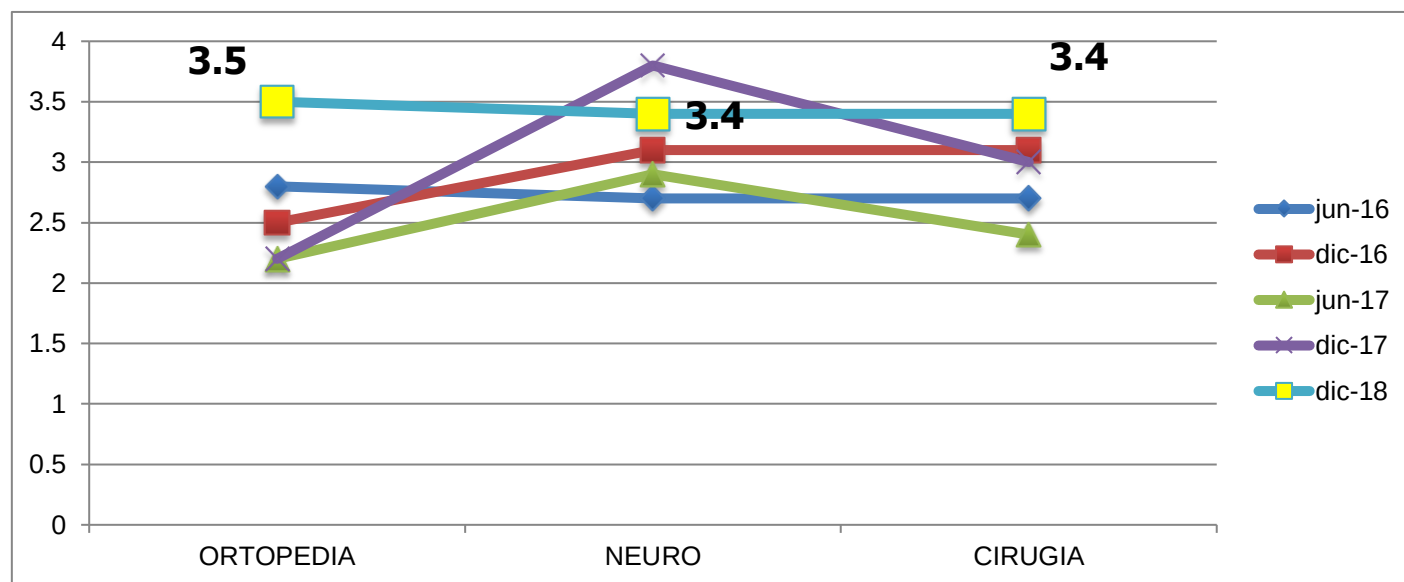


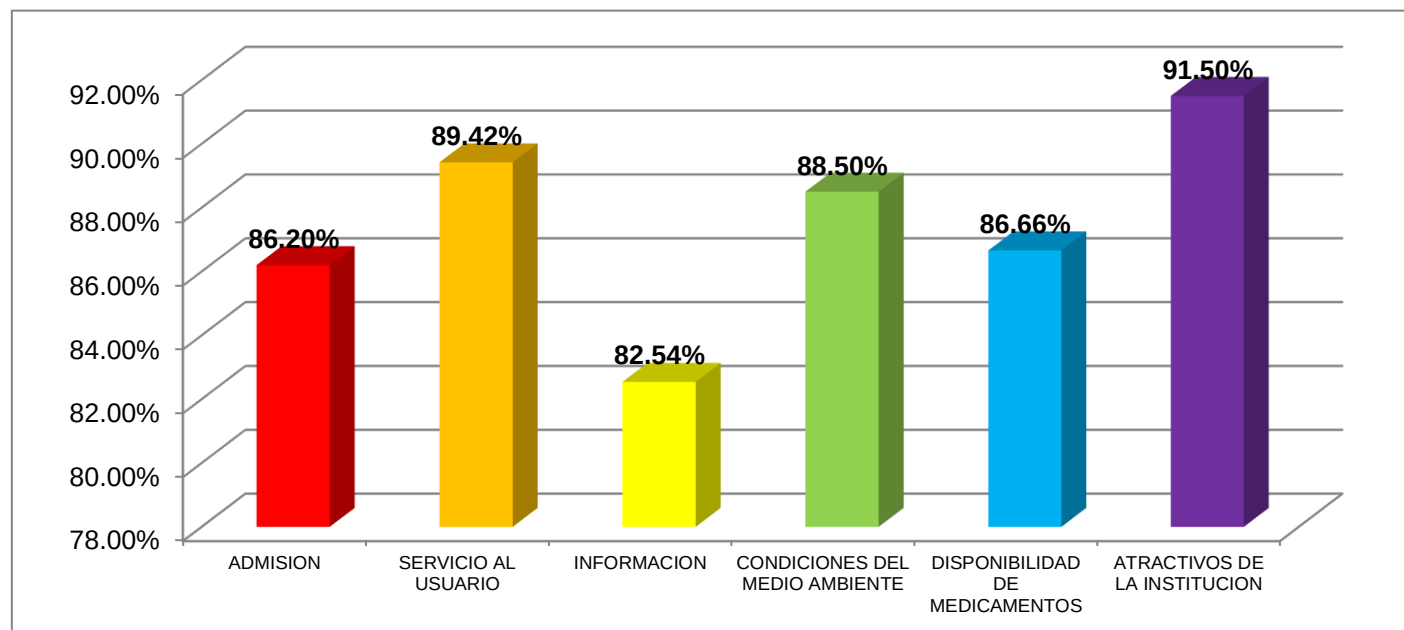
Gráfico: Comportamiento Histórico Índice de Likert



El mayor grado de Aspectos destacados donde los usuarios presentan satisfacción.

En hospitalización de Ortopedia el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **atractivos de la institución** con 91.50%, seguido por **Servicio social** con un 89.42%, **medio ambiente, confort e higiene** con un 88.50%, **Disponibilidad de medicamentos** con un 86.66%. La sección **admisión** obtuvo un 86.20% y la sección de **Información** con un 82.54%.

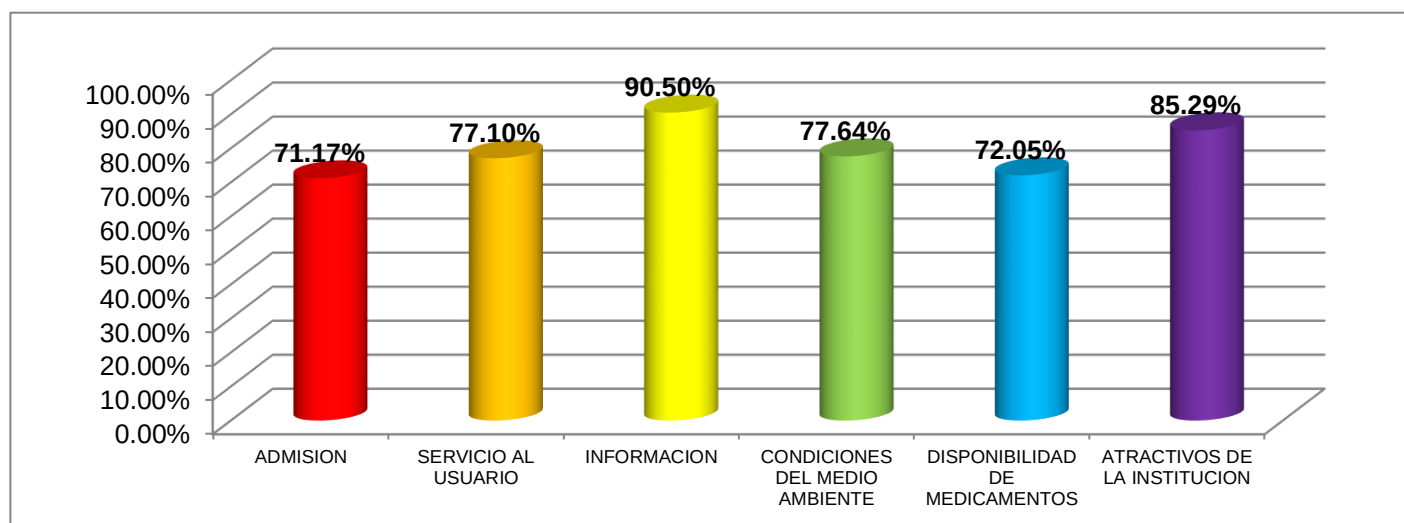
Gráfico No. 38: ORTOPEDIA



En hospitalización de Neurocirugía el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada **información** con 90.50%, seguido por **Atractivos de la institución** con 85.29%, **medio ambiente, confort e higiene** con un 77.64%, **servicio al usuario** un 77.10%. La sección **Disponibilidad de medicamentos** con 72.05%.

Las sección menos valorada fuer **admisión** con 71.17%.

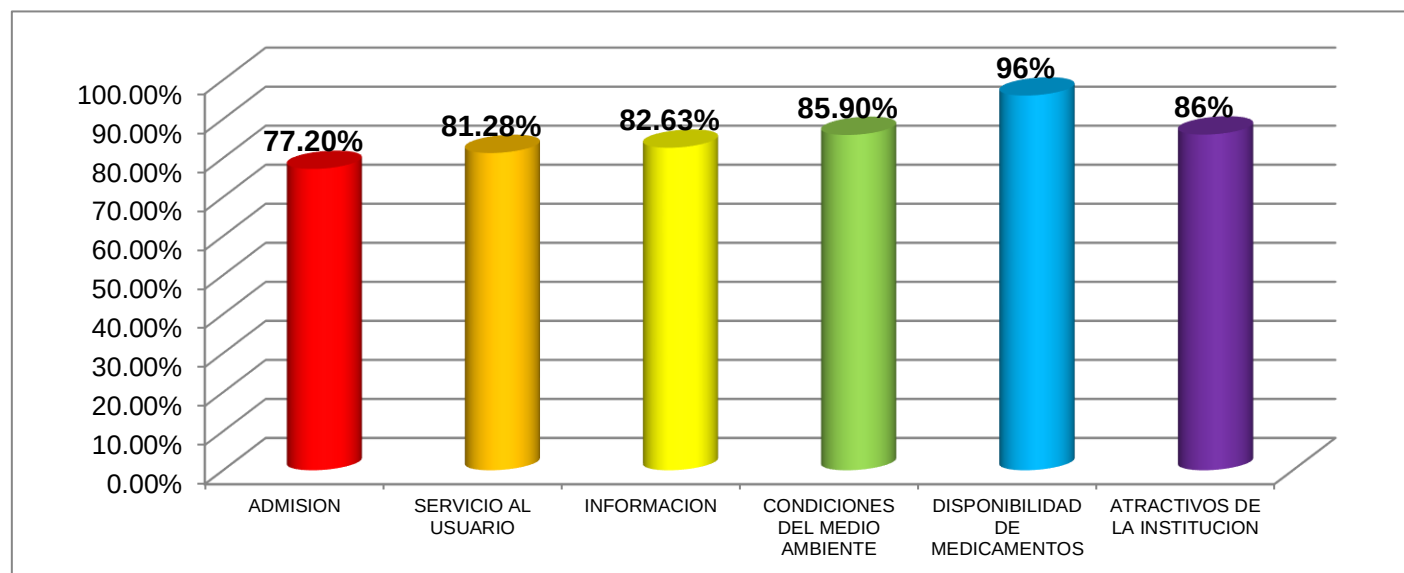
Gráfico No. 39: NEUROCIRUGÍA



En hospitalización de Cirugía el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **Disponibilidad de medicamentos** con 96%, seguido por **atractivos de la institución** con 86%, **medio ambiente, confort e higiene** con un 85.90%, la sección **información** obtuvo un 82.63% y **Servicio Al Usuario** con un 81.28%.

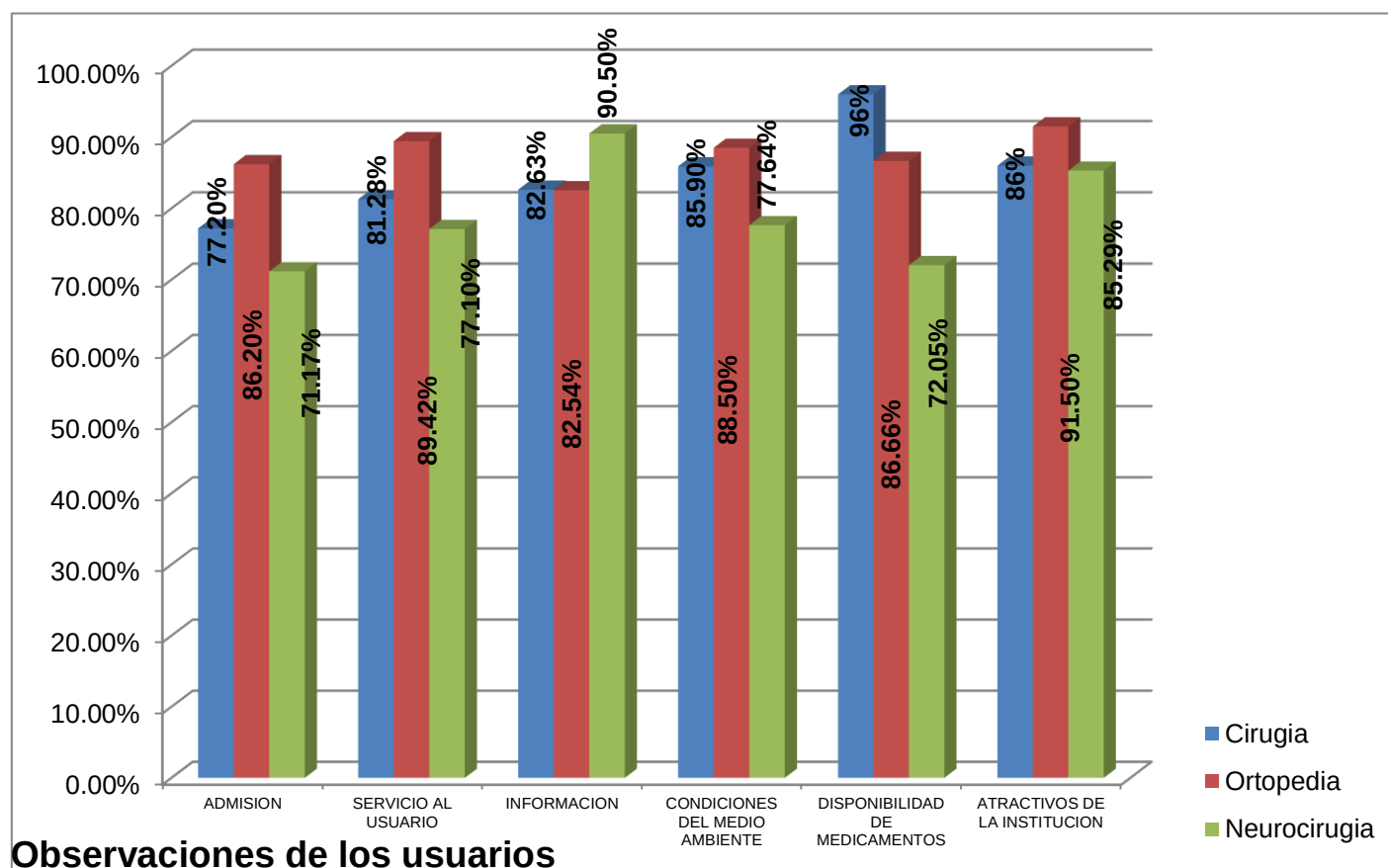
Las sección menos valoradas fue **Admisión** con un 77.20%.

Gráfico No. 40: Cirugía General y Especialidades



Las secciones menos valoradas fueron **disponibilidad de medicamentos** con 64.4% y **Admisión** con 61.7%.

Gráfico No. 41: Comportamiento Comparativo Nivel de Satisfacción por Área.



Observaciones de los usuarios

➤ Positivas

CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	NEUROCIRUGÍA	ORTOPEDIA
Buen servicio de los doctores, Las enfermera y la higiene.	La atención de los médicos siempre tuvo pendiente al paciente y la higiene.	Todo bien.
La higiene y la temperatura.	La atención, la limpieza y los médicos.	No hay quejas
El trato, la atención de los doctores y las enfermeras.	La atención, el trato y la limpieza.	Todo bien excelente
El trato, la comida y la higiene.		Todo bueno.
La atención, los servicios y el trato de los médicos.		No hay quejas
Las atenciones y excelente médico.		La limpieza del área y las enfermeras son amables.
Todo le gusto.		No hay quejas
El aire y las atenciones.		La atención muy bien y la limpieza muy bien.
Las atenciones.		La limpieza del área y atención muy buena.
La comodidad.		Eficientes, buena comida y médicos.
La higiene y el servicio.		Personal médico, limpieza y atención al usuario
Buen manejo y excelente personal.		Todo bien.
El trato recibido por el personal		Todo está bien no hay nada que hablar.
La higiene, la temperatura y la atención.		Todo bien.
Higiene y temperatura.		Las atenciones son muy buena.
		El trato es bueno y la atención con los pacientes.
		Excelente trato.
		Buena atención.
		Buena atención médica y buen trato del personal.
		Buen servicio, comodidad y buena comida.
		Buen trato del personal médico y administrativo y excelente trabajo de las enfermeras.

➤ **Negativas**

CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	NEUROCIRUGÍA	ORTOPEDIA
No hay televisión.	La comida	Los equipos dañados.
Duraron mucho en la emergencia.		Asientos en mal estado y poco.
Que no hay cafetería.		No hay televisión ni teléfono.
		Que no le dan comida al acompañante.
		La comida es muy poca.
		Falta una televisión.

Laboratorio Clínico:

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

Positivos:

100% fue atendido en el horario programado

Al 100% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada.**

El 100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con **las informaciones brindadas por el personal de admisión y el personal de facturación.**

El 100% encontró el **servicio requerido**

El 100% de los encuestados sintió que se **le trato con respeto.**

El 100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con **la rapidez en la atención.**

El 98.5% de los entrevistado dijo sentirse de muy satisfecho a satisfecho con **relación a los trámites administrativos.**

98.5% conoce alguna manera de **expresar quejas o sugerencias a las autoridades.**

El 100% de los usuarios entrevistados **volvería al hospital y lo recomendaría.**

El 100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **imagen del hospital.**

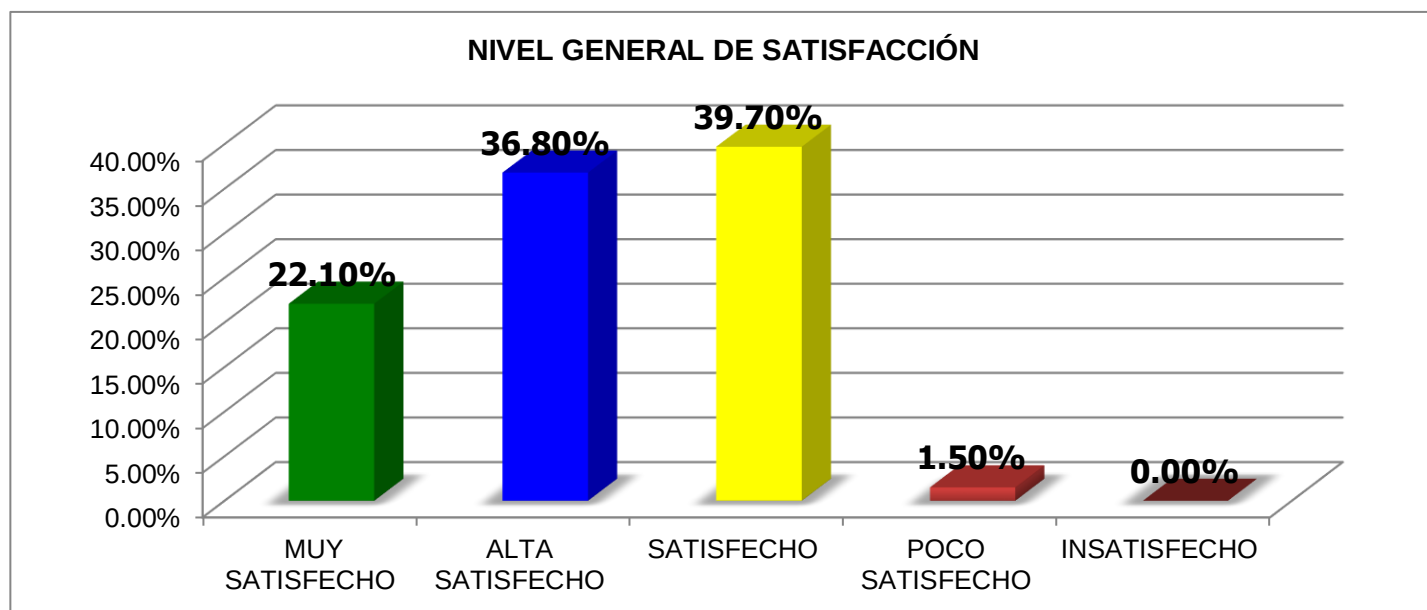
A Mejorar:

20.6% dice que se le ha realizado algún **procedimiento sin autorización**

Nivel General de Satisfacción Laboratorio Clínico

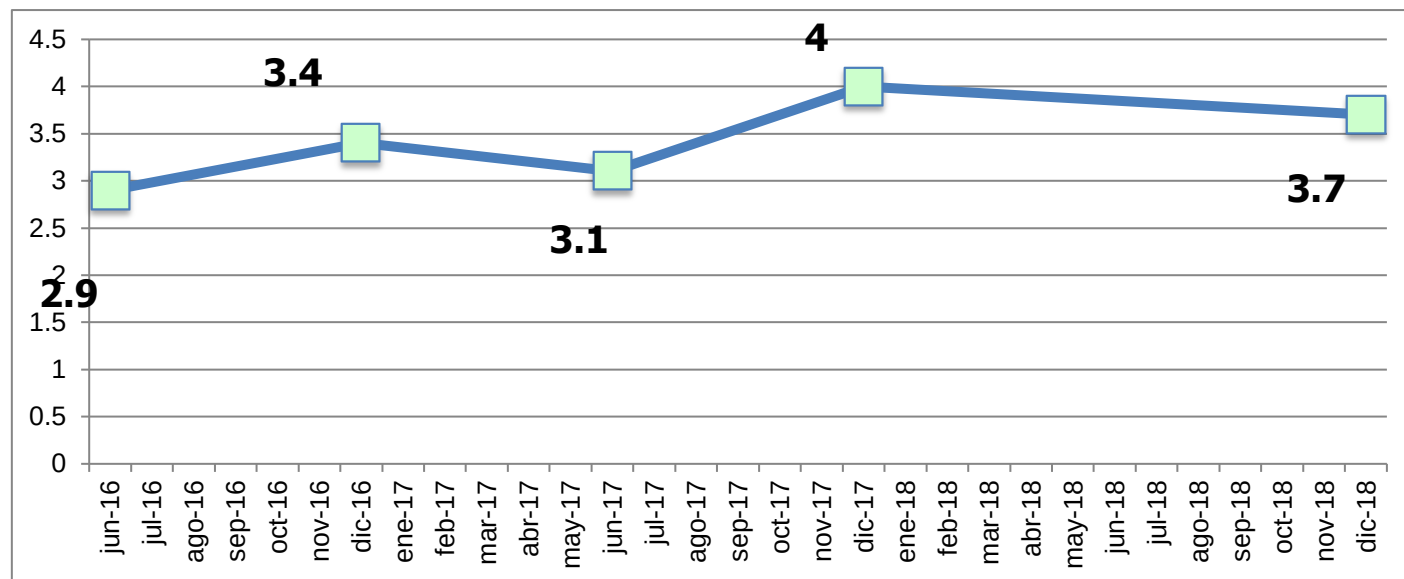
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Laboratorio Clínico es el siguiente: 55.9% muy satisfechos, 25% altamente satisfechos y 19.1% satisfecho.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción Laboratorio Clínico



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 Laboratorio Clínico nos da un **índice de 3.7** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Satisfecho con tendencia a Altamente satisfechos**.

Gráfico: Escala de Likert

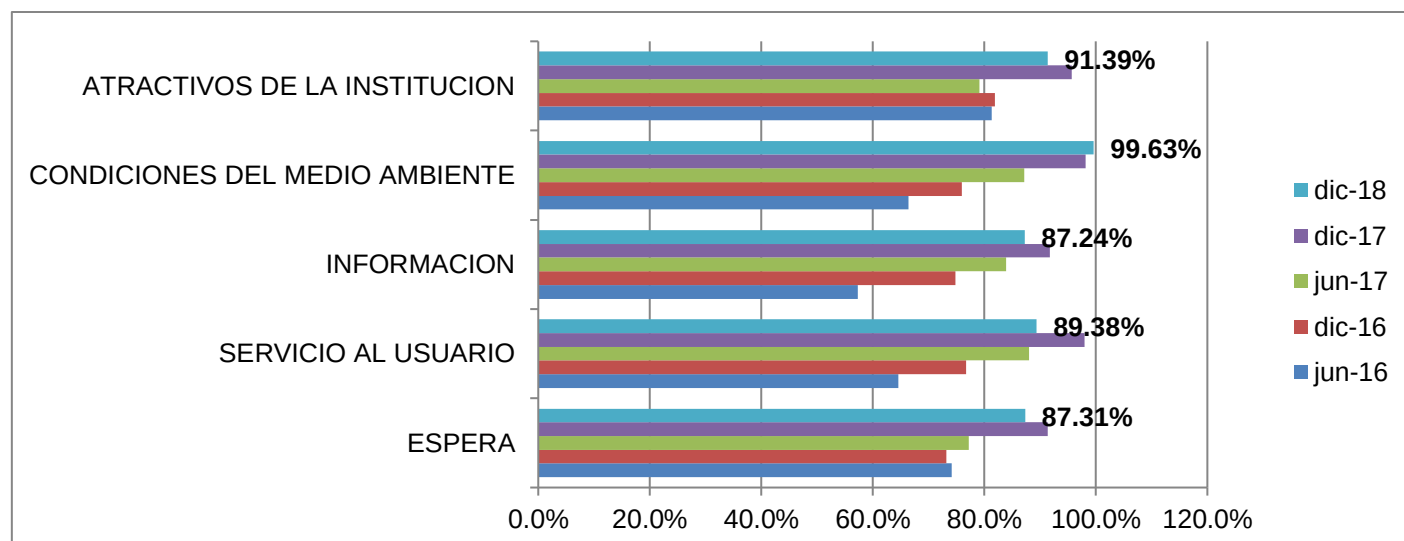


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **Condiciones del Medio Ambiente** con un 99.6% seguido de **Atractivos de la Institución** con 91.3%.

Servicio al Usuario, trato y accesibilidad obtuvo 89.3% e **Información** con un 87.2%. El menor puntaje fue obtenido por la sección **Espera** con 87.3%.

Gráfico: Atractivos de la Institución



Aspectos Positivos

- Excelente servicio.
- Excelente atención.
- Por la atención y la calidad de los servicios.
- El servicio.
- La atención hacia el paciente.
- La limpieza y la rapidez.
- Excelente humanización.
- Muy buenos médicos y el personal muy servicial.
- Me gusta el trato recibido por el personal.
- Las atenciones y los médicos.
- Las atenciones, la limpieza y el orden.
- Todo bien.
- Buen aire, las atenciones y el ambiente.
- Muy atentos.
- La rapidez y buenos médicos.
- La atención, la higiene y el orden.
- El trato que le dan a la persona, el servicio que brindan y la organización.
- La higiene y el servicio.
- Como la atienden, todo limpio y en orden.
- Bien agradecida de los servicios que le han brindado.
- La higiene y la atención al cliente.
- La limpieza, el trato y el orden.
- La higiene en las áreas y servicios al usuario.
- Hay muchos especialistas y no tengo que esperar mucho para ser atendido.
- Excelente servicio.
- Excelente servicio y humanización.

A Mejorar

- El baño no tenía papel.
- Mejorar el tiempo de espera de entrega de resultado.
- Que los tickets de facturación no lo den tan temprano.
- Deben mejorar el parqueo.
- Mejorar el área del comedor y habilitar un área para los usuarios.
- Programar otro horario para dar los tickets porque es muy temprano.
- Que el personal de facturación no use audífono en su área de trabajo ya que no escucha cuando le preguntan alguna información.
- Solo entrega análisis una persona.
- El trato, la limpieza y no son puntuales.
- El ascensor y más sillas de ruedas.
- Mal organización a la hora de entregar los tickets.
- Todo bien.
- Cuando vino por emergencia no le brindaron el servicio requerido (es su única inconformidad).
- Los baños a veces un poco inadecuado y a veces no tienen papel.
- La llegada del médico a consulta y también la falta asiento en la consulta.

Imágenes:

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 98.5% **lo recomendaría**.

El 92.7% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **capacidad, amabilidad, y disposición del personal en los puntos de atención**.

El 91.2% de los usuarios que demandaron el servicio de imágenes se siente de satisfecho a muy satisfecho con los **horarios de atención**.

97% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las **informaciones brindadas por el personal de admisión y facturación**

Al 94.1% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada**.

El 98.5% de los encuestados sintió que se **le trato con respeto**.

Con relación al derecho a la privacidad del paciente el 97% se siente de muy satisfecho a satisfecho.

El 86.8% de los usuarios **se le atendió en horario programado**.

A Mejorar:

El **tiempo de espera para obtener una cita**, fue mayor de 96 hora en un 51.6%.

42% considera **de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera para recibir una cita**.

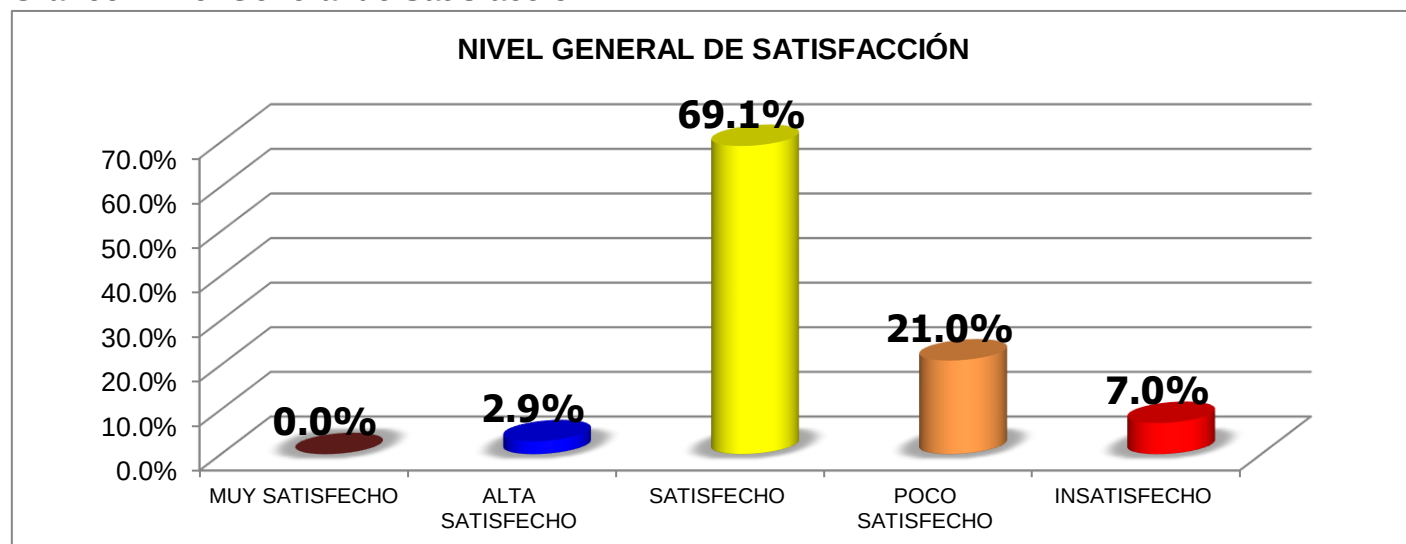
29.4% considera de mucho a exagerado **el tiempo de espera para ser atendido**.

26.5% no **reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades**

Nivel General de Satisfacción Imágenes

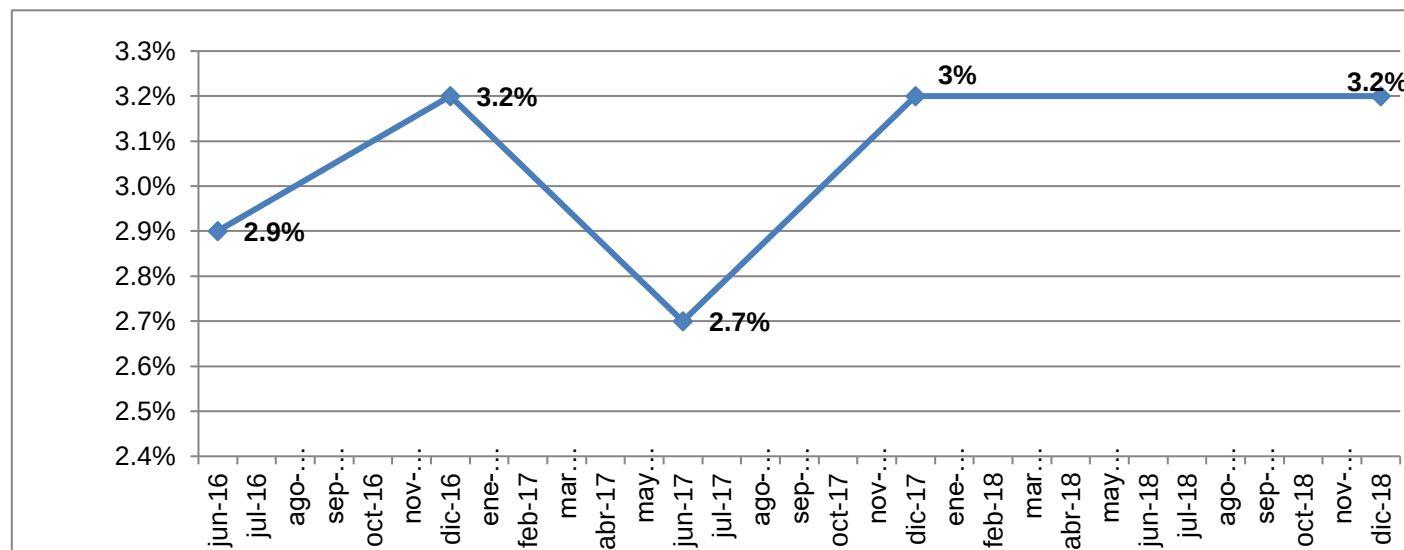
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Imágenes es el siguiente: 69.1% satisfechos, 21% poco satisfechos y 7% insatisfechos. 2.9% altamente satisfecho.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción



En el interés de corroborar este resultados, a continuación presentamos la Escala Sumatoria de Likert, que mide actitudes o predisposiciones individuales, mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Y encontramos que en términos generales el área de imágenes nos refleja un **índice de 3.2** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Satisfechos**.

Gráfico: Likert Comparativo

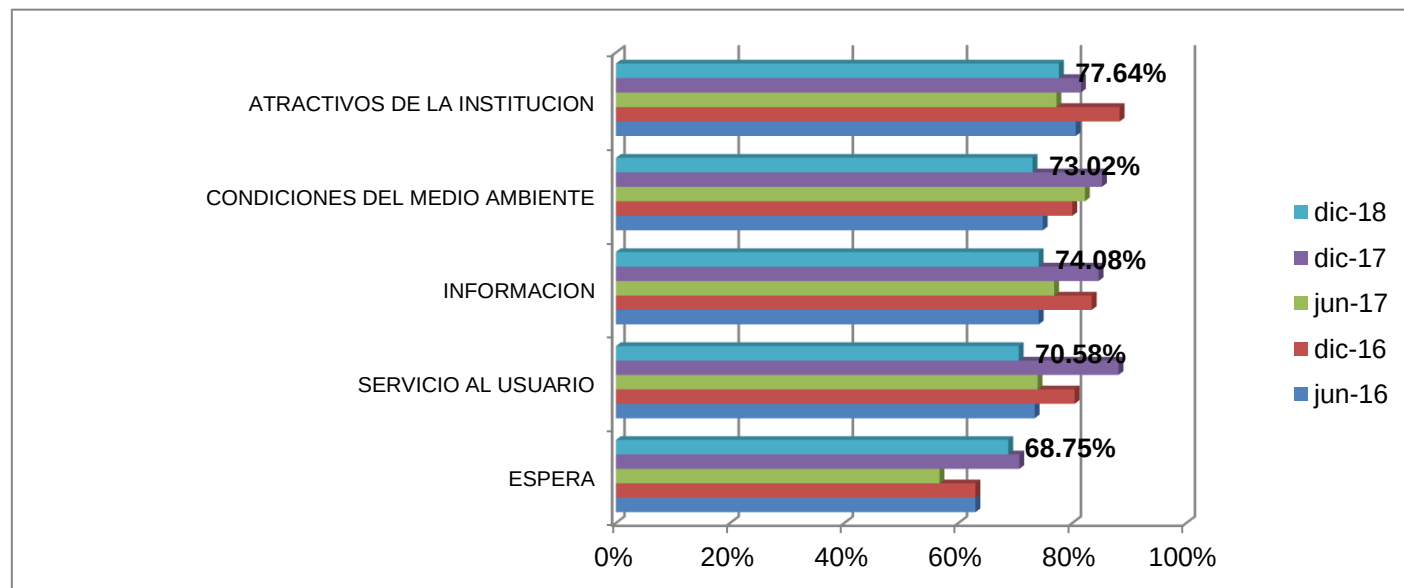


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para **Atractivos de la Institución** con un **77.64%**, seguido por **Información** con un **74.08%**, seguido de la sección **Condiciones del Medio Ambiente** con un **73.02%** y **Servicio al Usuario** con un **70.58%**.

El menor puntaje fue obtenido por la sección **Espera** con **68.75%**.

Gráfico: Atractivos de la Institución



Aspectos Positivos

- La atención que le dan de atención al usuario, el trato y la limpieza.
- El trato de la enfermera y los médicos.
- La limpieza, el trato y el orden que ponen.
- La atención y la higiene.
- La atención, la limpieza y el respeto hacia la persona.
- La atención y la limpieza.
- Los doctores.
- La atención, la higiene y el buen trato de los trabajadores.
- Los médicos son eficientes, las enfermeras y la higiene.
- El parquecito que le hicieron para comer el personal.
- La higiene y la temperatura
- Algunos son complacientes y excelente servicio.
- Está muy agradecido con el hospital.
- La limpieza, el trato y la higiene.
- La higiene y la temperatura.
- La atención, tienen buenos médicos y la limpieza.
- El servicio y la estructura bastante organizada.
- La limpieza, la organización y la iluminación.
- Buen servicio y el trato humanizado.
- La atención del personal y los médicos bien capacitados.
- La temperatura, las manitos limpia y la tranquilidad.
- El orden, la gerencia de atención al usuario y la atención.
- Le gusta todo siempre lo han tratado bien gracias al hospital no ha perdió su pierna.
- Las atenciones y el trato de los médicos.
- La higiene y la temperatura.
- La temperatura y la higiene.
- Lo atienden bien, el trato y la limpieza.
- La limpieza y la facturación de imagen.
- La forma en que le atienden.
- Todo le gusta.
- Todo en general.
- El aire y los médicos.
- El aire, la cafetería y la atención al cliente.
- Los empleados son eficientes.
- La higiene y la atención.
- El servicio me gusta todo.
- El aire y la higiene.
- El tiempo en la atención.
- El servicio que ofrecen.
- El área de cura y medicina general.
- La limpieza.

Aspectos Negativos

- El costo lo que tuvo que pagar.
- La comida es mala, el pago es más alto y no tiene seguridad.
- El personal.
- Que tengan a muletas para los pacientes.
- El tiempo de espera para la cirugía.
- No tiene cafetería.
- Las citas están muy lejos.
- Se tardan mucho para atender.
- La cita está muy lejos.
- El proceso es muy lento, pasa mucha hambre.
- Muy fría la temperatura.
- La seguridad.
- Nada.
- El tiempo de espera.
- El personal de admisión.
- La seguridad.
- Que duran mucho los doctores.
- La tardanza en la atención.
- La cita.
- El tiempo que duran para facturar.
- La máquina que roba.
- El tiempo.
- Algunos de atención al usuario.
- El ruido de las personas.
- El tiempo.
- El horario de las citas.

Medicina Física y Rehabilitación:

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

Positivos:

El 100% de los encuestados **recomendaría el hospital.**

El 95.5% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **capacidad, amabilidad, y disposición del personal en los puntos de atención.**

El 94% de los usuarios que demandaron el servicio de Medicina Física y Rehabilitación se siente de satisfecho a muy satisfecho con los **horarios de consulta.**

95.5% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho por **la agilidad que muestra el medico en la consulta.**

El 97% de los encuestados sintió que se **le trato con respeto.**

El 89.6% de los usuarios **se le atendió en horario programado.**

Al 92.5% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada.**

El 92.5% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con **la rapidez en la atención.**

El 98.5% de los entrevistados encontró **el servicio requerido.**

El 98.5% de los usuarios expresaron sentirse de muy satisfecho a satisfecho Con **la imagen que proyecta el hospital.**

A Mejorar:

El **tiempo de espera para obtener una cita**, fue mayor de 96 hora en un 35.8%.

16.4% **No conoce el nombre del técnico que le asistió.**

26.9% considera de mucho a exagerado el tiempo de espera para recibir atención.

14.9% dice le fueron realizados procedimientos sin informarle en que consiste este

28.4% considera **debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.**

28.4% considera **debe mejorar el horario de atención.**

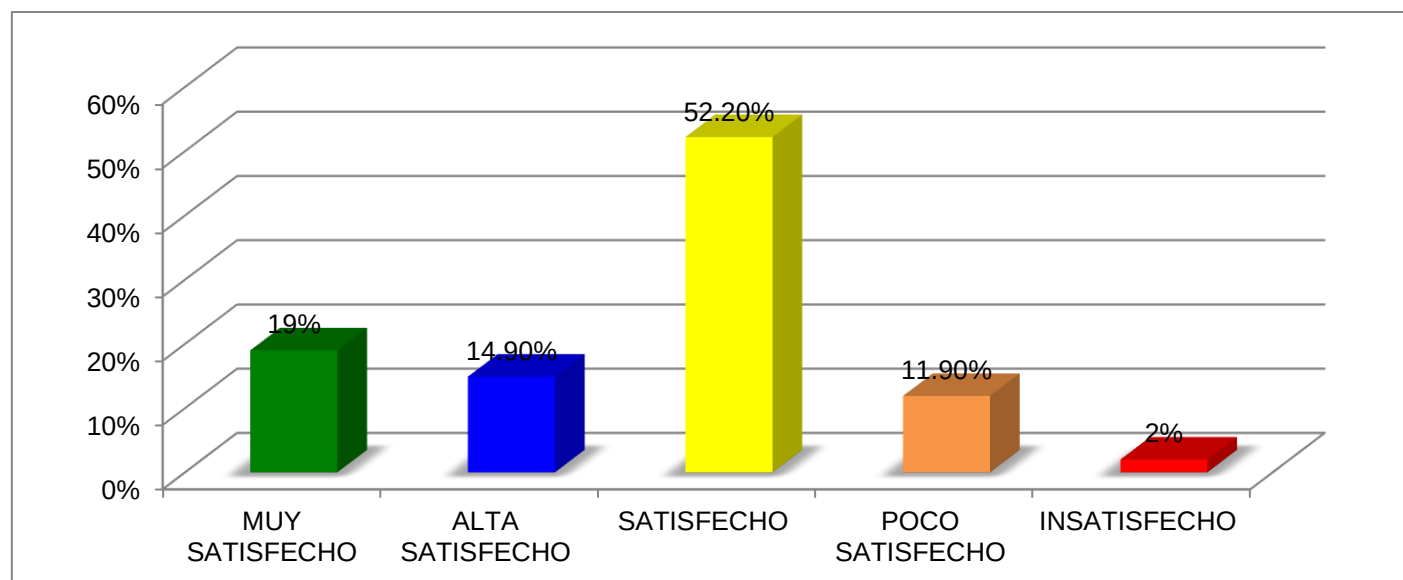
28.4% considera **debe mejorar los trámites de admisión y pago y la capacidad de los médicos.**

20.9% considera **debe mejorar los trámites de admisión y pago**

Nivel General de Satisfacción Medicina Física y Rehabilitación

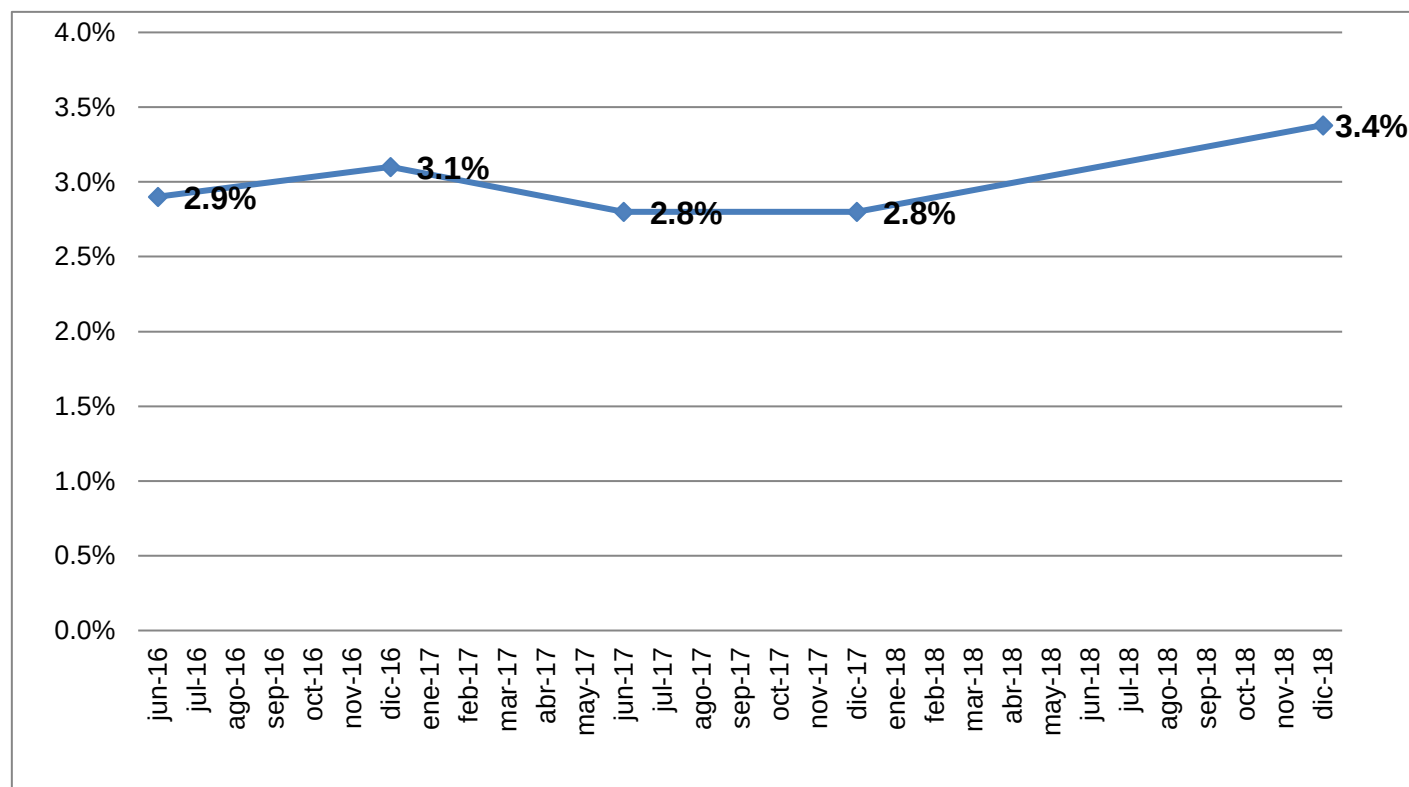
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Medicina Física y Rehabilitación es el siguiente: 52% satisfecho, 19% muy satisfecho, 14.9% altamente satisfecho, 11.9% poco satisfecho y 2% insatisfechos.

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 Medicina Física y Realización nos refleja un **índice de 3.4** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Satisfechos**.

Gráfico: Likert comparativo

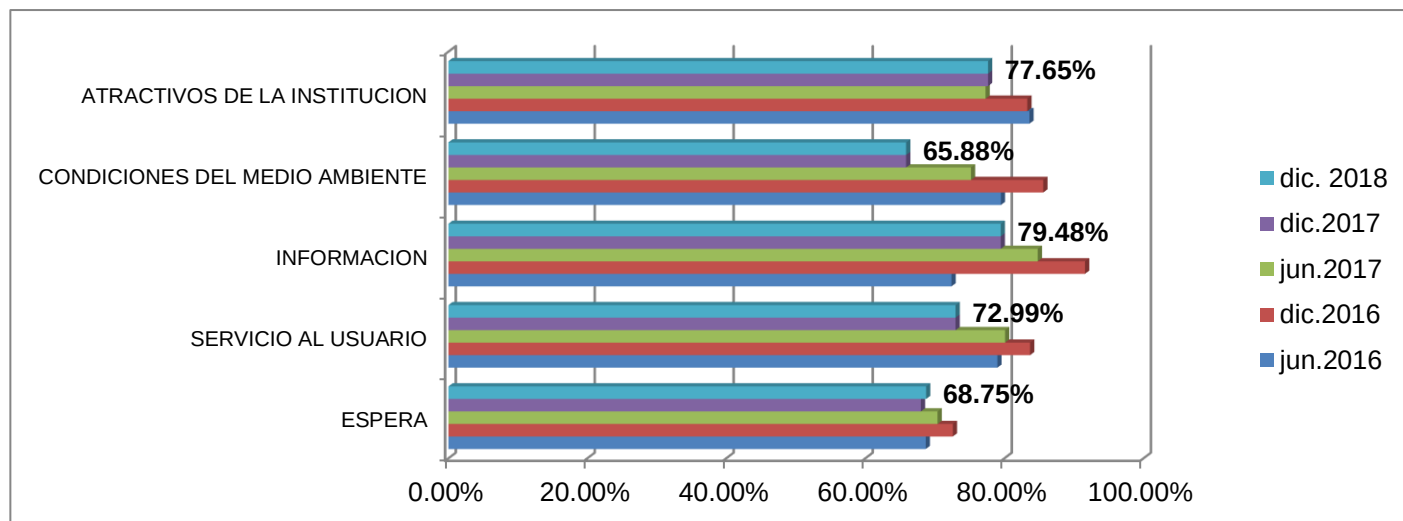


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección Información con 79.99%, seguido de Atractivos de la Institución con 77.65%, Servicio al Usuario obtuvo un 72.99%.

La sección Espera obtuvo un 68.75%, El menor puntaje fue obtenido por la sección Condiciones del Medio Ambiente con 65.88%.

Gráfico: Atractivos de la Institución



Aspectos Positivos

- La Higiene.
- Son educados.
- Son Respetuosos, la higiene y cubre el seguro.
- Las atenciones, los médicos y el personal.
- Como tratan y la rapidez en el servicio.
- El servicio que le brindan.
- La atención y la higiene.
- El aire y las atenciones.
- La higiene, son servicial y atentos.
- Los médicos, los laboratorios Y las terapias.
- Tienen los médicos que busca.
- Todo le gusta.
- Es limpio y son amables.
- La amabilidad del personal.
- Me gusta todo.
- Todo bien.
- La atención.
- Los consultorios, los doctores, y el aire me gusta todo.
- La atención que recibo.
- La higiene, el trato Y me gusta todo.
- La atención.
- Todo.
- La limpieza y la atención que brindan.

- Las atenciones y la limpieza.
- Como lo atienden y siempre está limpio.
- Las atenciones no tienen que ir a otro hospital.
- Siempre encuentran los que buscan.
- Que no tienen que pagar nada.
- La ubicación, la higiene y las atenciones.
- Todo le gusta.
- Buenos médicos y el buen personal.
- El personal del hospital está bien capacitado.
- El trato que recibe.
- El personal.
- Las enfermeras y todo.
- Es un hospital de primera 5 estrellas.
- La atención.
- Muy bien todo.
- El orden y la atención.
- Todo.
- La atención, todo bien.
- Son amables y no tienen que pagar.
- La limpieza y el orden.
- Las atenciones y los colaboradores.

Aspectos Negativos

- Los tickets.
- La facturación.
- La organización de los tickets.
- El tiempo de las citas y el horario.
- La hora de los tickets.
- Pocos asientos.
- Tienen que poner otro facturador.
- Que nunca hay papel en los baños, ni lavan los zafacones sucios.
- Que no hay nada en el baño.
- El desorden.
- Las citas.
- Tiene que llegar muy temprano para una consulta de la tarde.
- Tiene que venir muy temprano y los asientos.
- Abrir la cafetería.
- Las citas tardan mucho, aun teniendo la cita en la tarde debe llegar muy temprano.
- Ojo con los asientos.
- Por las tardanzas de las citas.
- La higiene del baño.
- Que yo quería que me atendieran bien.
- Esperar y los doctores duran mucho.
- Las citas que la ponen muy tarde.
- Hace mucho frio.
- Hay pocos facturadores.

ii. Encuesta Usuarios Internos:

Las percepciones sobre los diversos aspectos evaluados por los usuarios encuestados fueron las siguientes:

Positivo:

- 100% considera que la institución cumple con los fundamentos.
- 98.4% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la manera en que se cumplen los procesos y protocolos.
- 96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por las autoridades y con las facilidades para entrevistarse con su superior inmediato.
- 96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la capacitación en cuanto a como debe realizar su trabajo en la institución.
- 96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la capacitación para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.
- 96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa de la institución
- 96.9% considera que la institución contribuye con la comunidad y el medioambiente
- 96.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de control de las autoridades y gerentes con el conflicto de interés.
- 95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de áreas de trabajo.
- 95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones contenidas en los manuales de protocolo y procedimiento.
- 95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad de género.
- 95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el ejemplo a seguir que es la institución.
- 93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el control del ruido y el tamaño de las áreas de trabajo.
- 93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos y accesorios para proteger su integridad.
- 93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma en que son atendidas o solucionadas sus necesidades.
- 89.1% considera que además de su trabajo, puede desempeñar otras funciones.
- 96.9% al entrar a la institución se le informó sobre la misión, visión y valores de la institución.

A Mejorar:

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

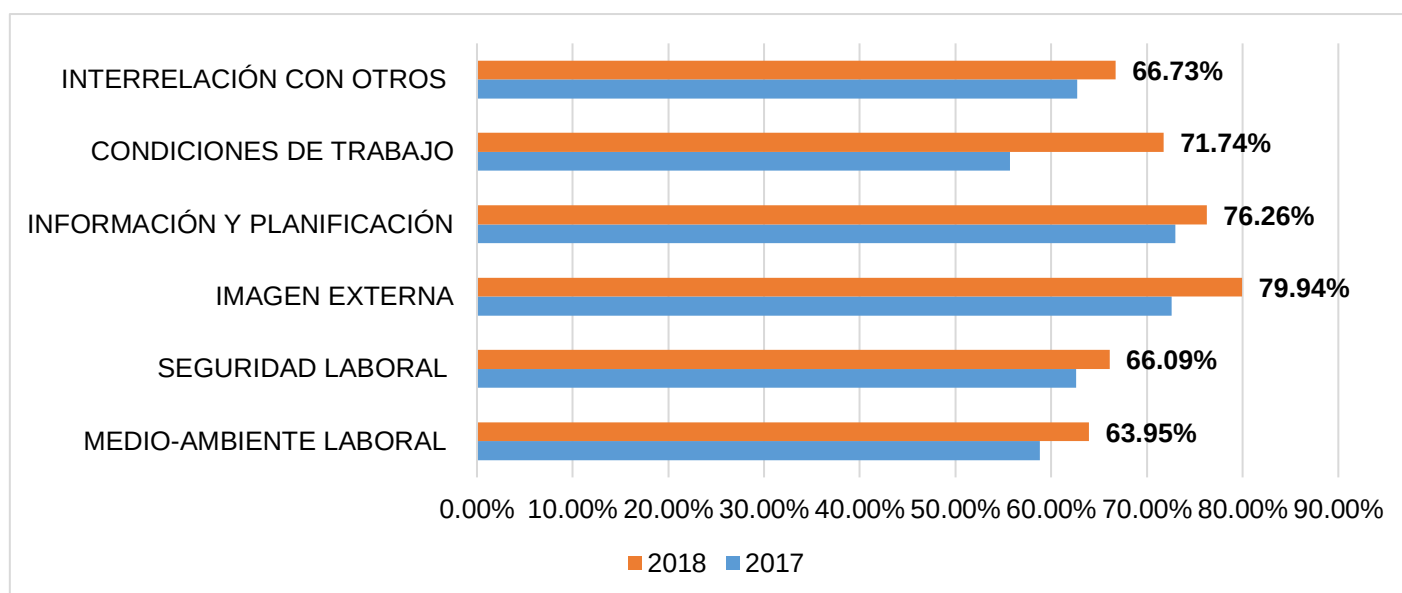
- 53.1% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.
- 43.8% no dispone de facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.
- 45.3% dice que No se realiza actividades de recreación con el equipo de trabajo.
- 32.8% considera que la carga de trabajo de su área No está distribuida equitativamente.
- 15.6% no conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.
- 28.1% se encuentran de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.
- 35.9% no tiene identificada área de descanso.
- 15.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.
- 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.
- 21.9% no conoce la existencia de un plan de capacitación.
- 25% dice que no ha sido objeto de incentivos o reconocimientos.
- 23.4% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes.
- 23.4% no conoce la existencia de un plan de emergencia/evacuación.
- 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.
- 18.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la comodidad y ergonomía del mobiliario.
- 20.3% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar sus pertenencias.
- 17.2% considera que el plan de capacitación no toma en cuenta sus necesidades.
- 15.6% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las comodidades para la ingesta/preparación de alimentos.

Aspectos destacados donde los trabajadores presentan el mayor grado de satisfacción

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para las secciones relacionadas con **imagen externa** con **79.9%** e **Información y Planificación** con **76.2%** y **condiciones de trabajo y desempeño de funciones**, con **71.4%**.

Los aspectos relacionados con **interrelación con otros**, obtuvieron 66.7% y **seguridad laboral** con 66%.

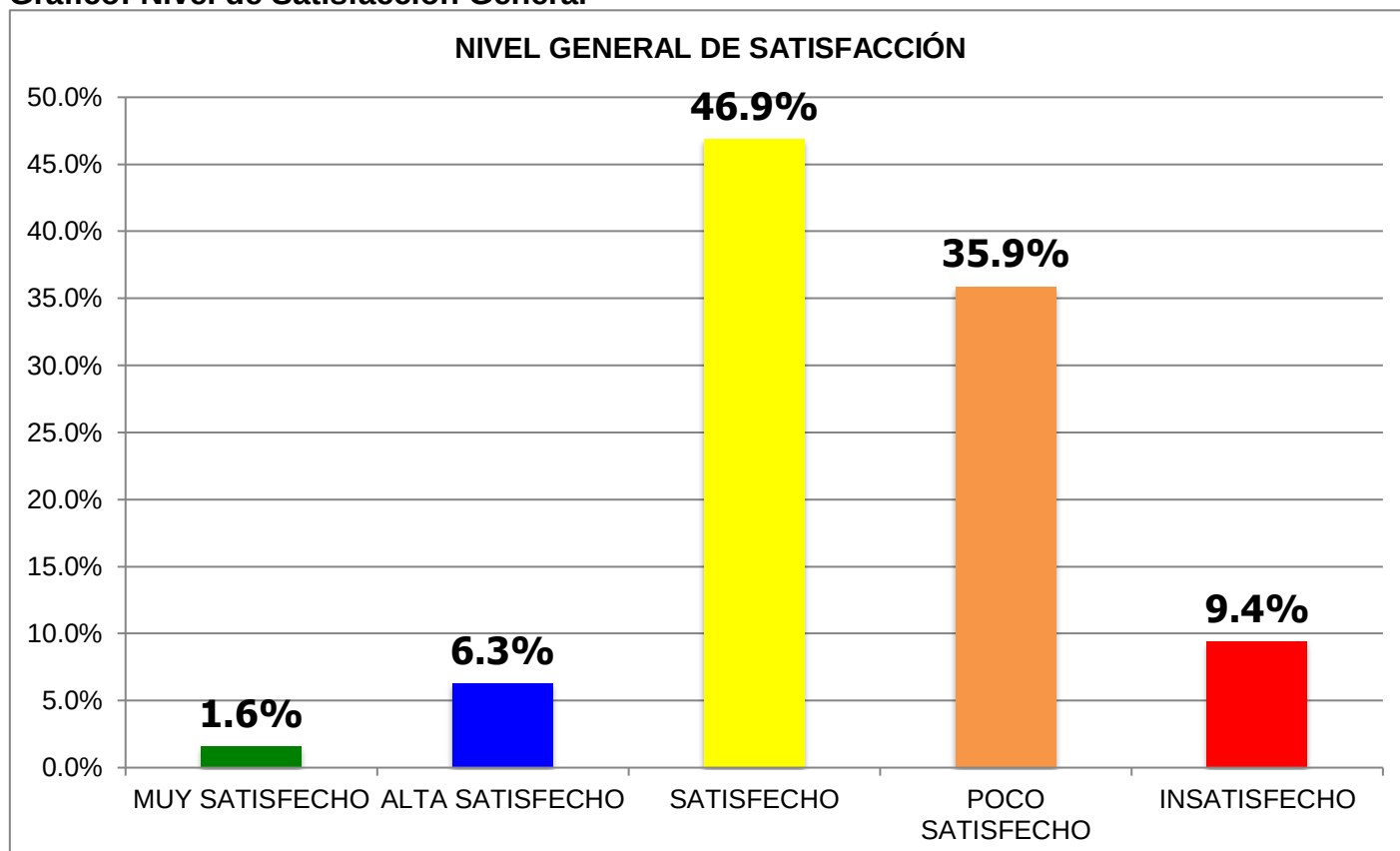
El nivel mas bajo de valoración fue obtenido en la sección **medio ambiente confort e higiene** con 63.9%.



Nivel de Satisfacción General:

El **46.9%** satisfecho, **9.4%** insatisfecho, poco satisfecho **35.9%** y **6.3%** de los trabajadores se encuentra altamente satisfecho, muy satisfechos **1.6%**.

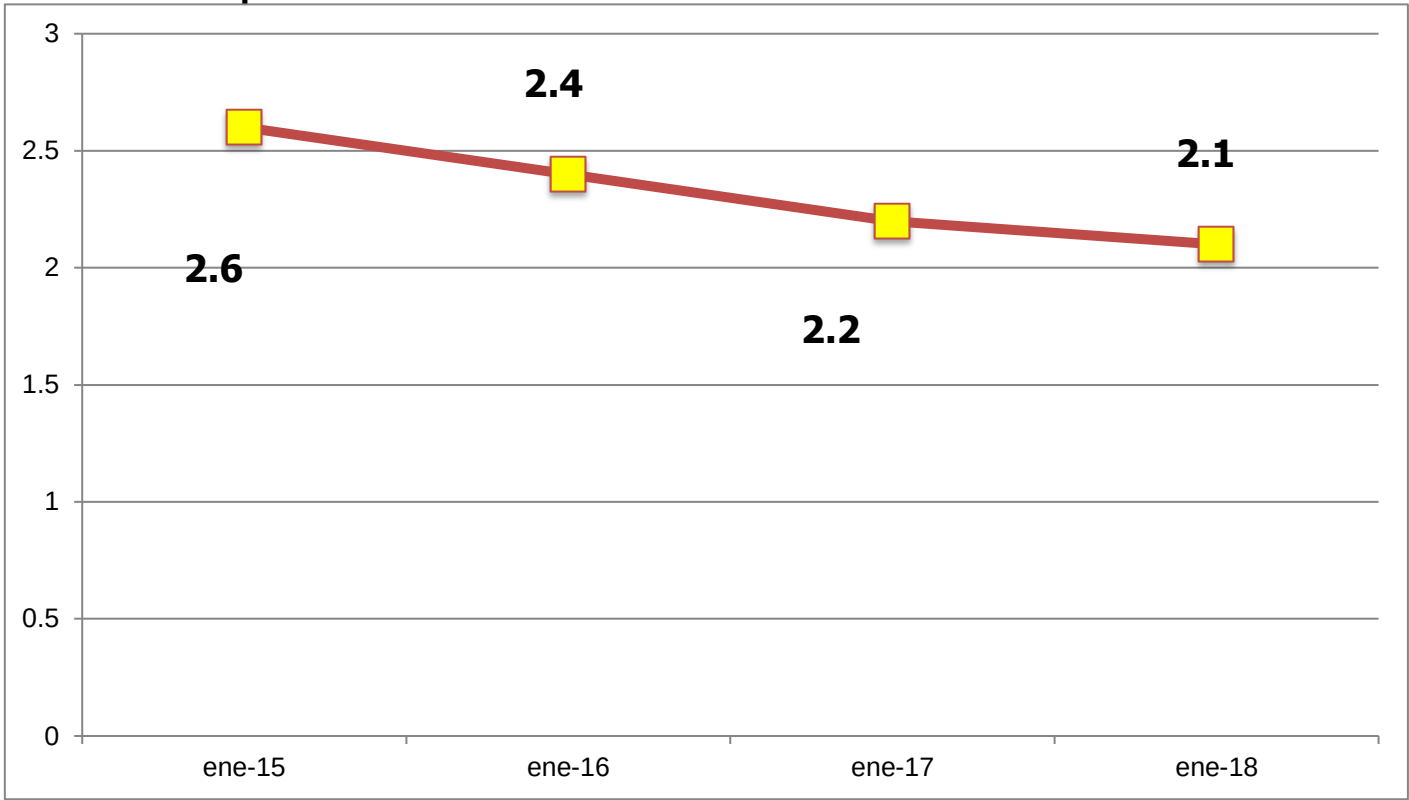
Gráfico: Nivel de Satisfacción General



Analizando la escala de Likert la cual es una tabla de ponderación de actitudes o predisposiciones individuales encontramos que en términos generales el total de la población encuestada nos da un **índice de 2.1**, lo cual indica en la escala que en sentido general los entrevistados se encuentran:

Poco satisfecho.

Gráfico: Comportamiento Histórico Índice Likert.



Nota: Para mayores detalles de las informaciones de los diferentes aspectos evaluados consultar documento Informe Encuesta Satisfacción Usuario Internos enero 2019.

22. Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones Recibidas por la Gerencia de Atención al usuario.

Tabla.

CUATRIMESTRE

ENERO-ABRIL

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
ENERO	9	9	0	3	3	
FEBRERO	5	3	2	3	0	2 QNP, pero trabajadas, se sostuvo reunión con la Dra. Lía para mejorar la entrega de resultados en imágenes (el 14/2/2018).
MARZO	6	6	0	1	4	
ABRIL	4	3	1	1	0	1 QNP, teléfono equivocado, por lo que no pudimos aclarar la queja, y no hace referencia a nadie en particular.
Total	24	21	3	8	7	

CUATRIMESTRE

MAYO-AGOSTO

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
MAYO	13	12	1	0	4	QNP no tenía teléfono para investigar la misma...Anónima.
JUNIO	2	2	0	0	0	
JULIO	8	7	1	0	0	QNP porque lo solicitado ya está en proceso.
AGOSTO	8	6	2	0	1	QNP pero trabajadas con las Gerencias correspondientes.
Total	31	27	4	0	5	

CUATRIMESTRE SEPTIEMBRE-

DICIEMBRE

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
SEPTIEMBRE	9	8	1	1	1	1 QNP no pudimos aclarar la queja, y no hace referencia a nadie en particular.
OCTUBRE	5	3	3	1	1	
NOVIEMBRE	7	7	0	1	2	
DICIEMBRE	0	0	0	1	2	
Total	21	18	4	4	6	

Leyenda QNP: queja no procesada. Promedio de Quejas: $66/12 = 5.5$ Promedio Quejas Presenciales: $40/12 = 3.3$ (presenciales y buzones) (Presenciales)

AÑO 2018	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS
	76	66	12	18
		87%		

Fuente: Gerencia Atención al Usuario.

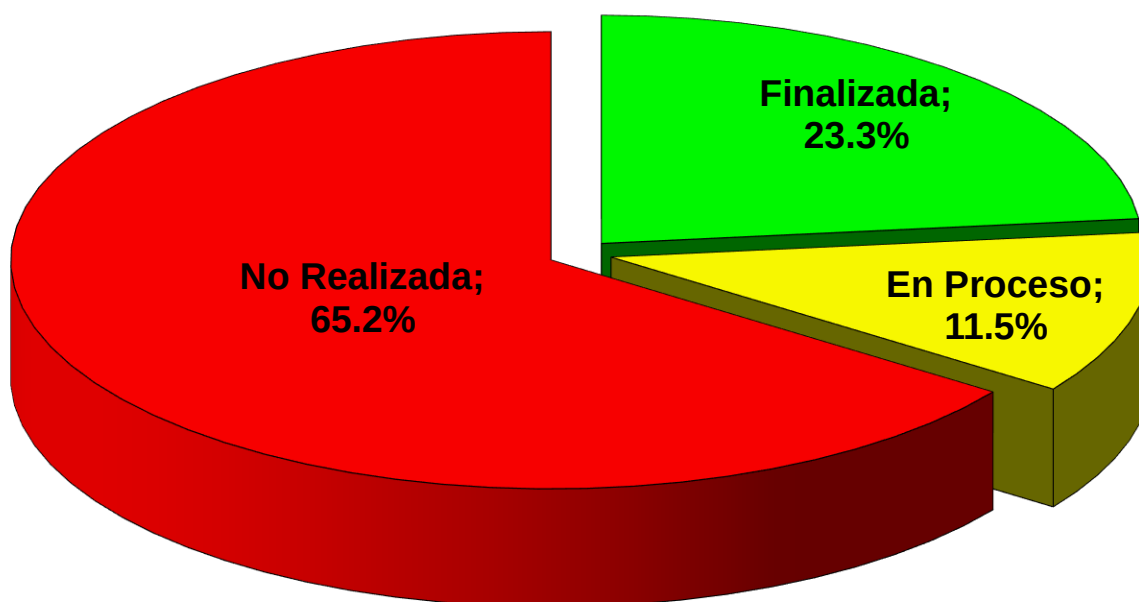
23. Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.

Tabla - Nivel ejecución Plan Inversión 2018 según Conceptos.

CONCEPTOS	Finalizada	En Proceso	No Realizada
Equipos y Otros	26%	12%	63%
Infraestructuras	14%	8%	78%
Recursos Humanos	21%	17%	62%
Capacitación	22%	11%	67%

Gráfico-

NIVEL ACUMULADO DE EJECUCION DEL PLAN GENERAL DE INVERSION HOSPITAL "DR. NEY ARIAS LORA" 2018



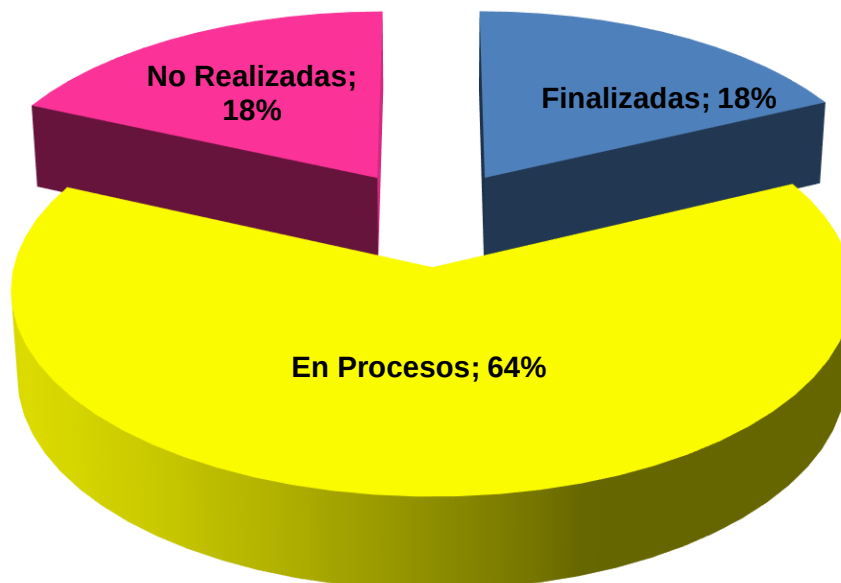
Comentario: El hecho por el cual el **Plan de Inversión** solo se cumpliera el **23.3%** de manera general, se debió, principalmente a las limitantes económicas que enfrentó el hospital durante todo el año 2018, con un cumplimiento a pena del **56%** de presupuesto de ingreso proyectado.

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

24. 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 2018



Gráfico

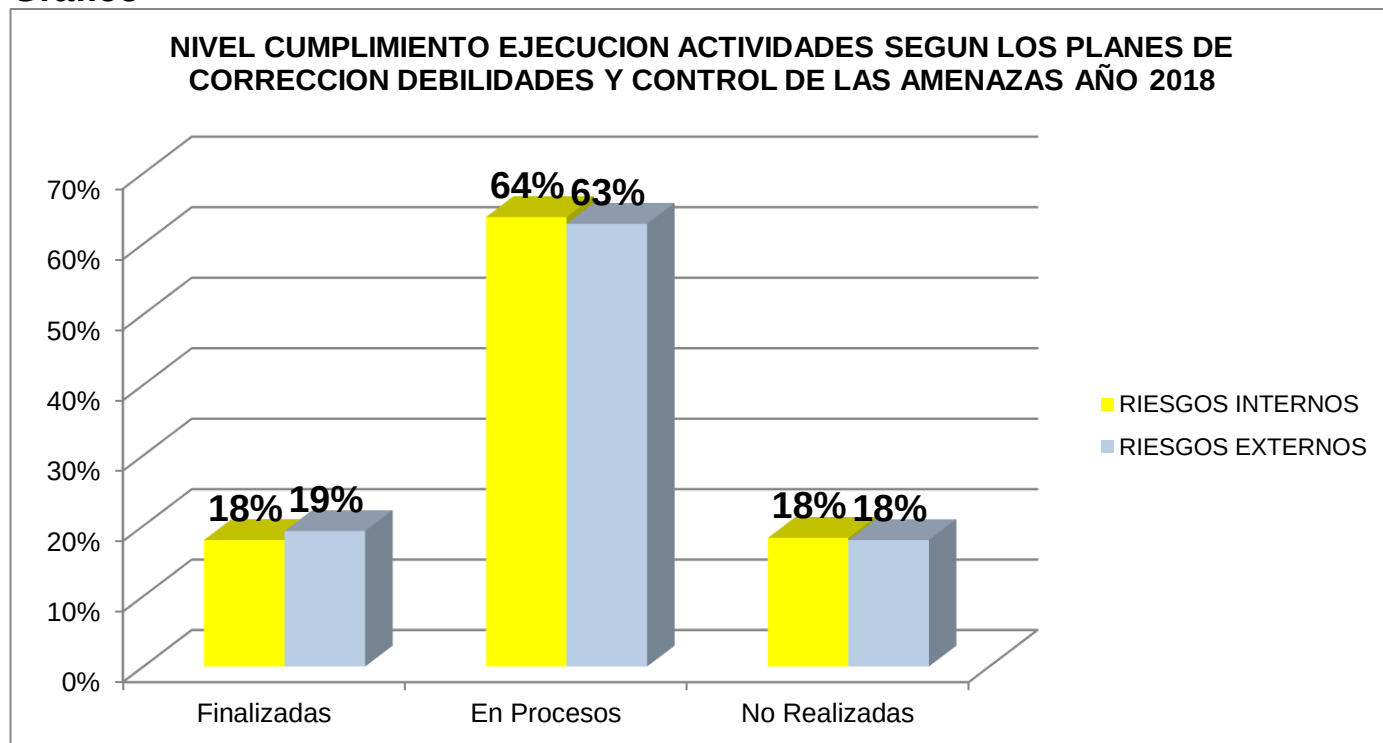
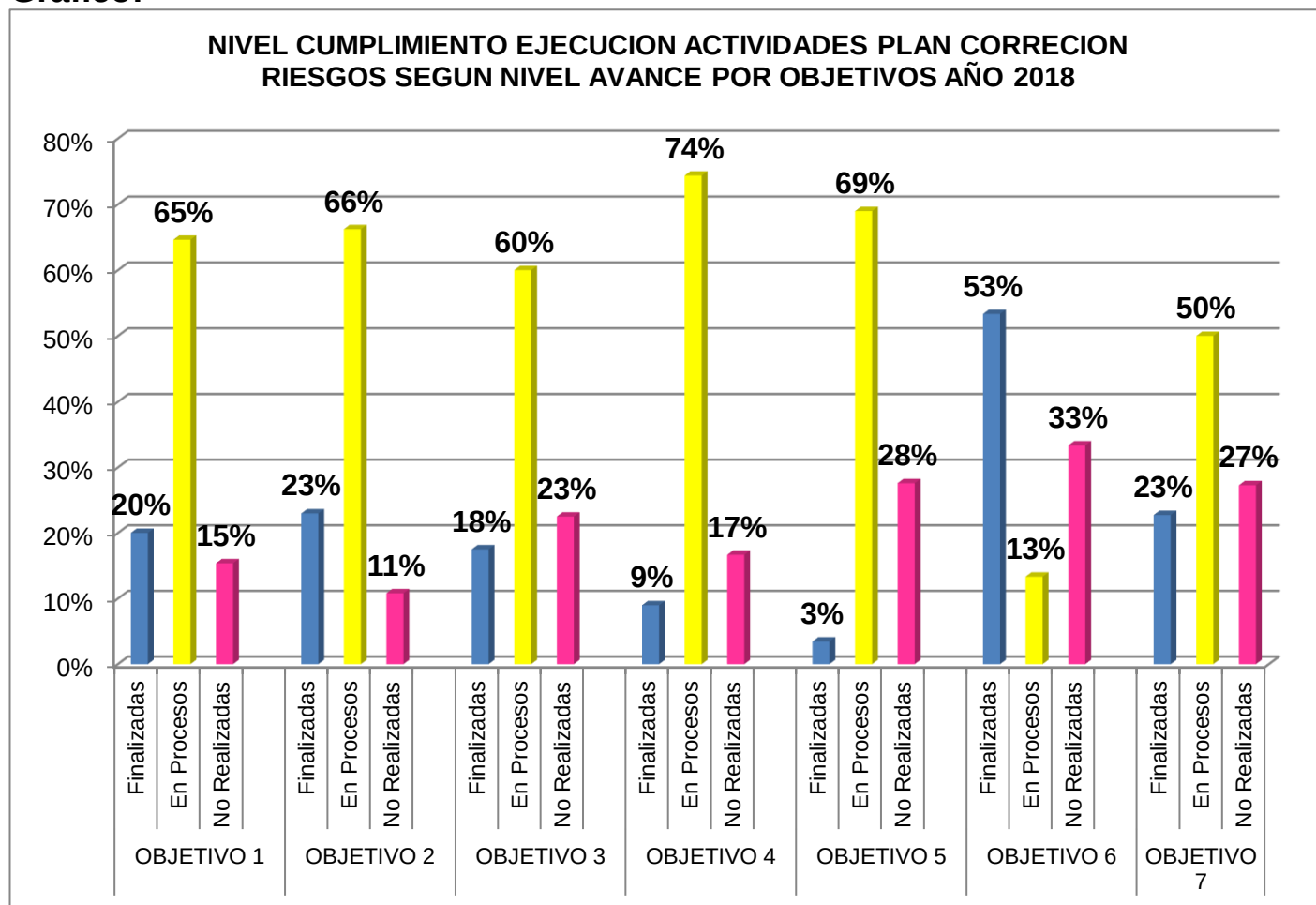


Gráfico:



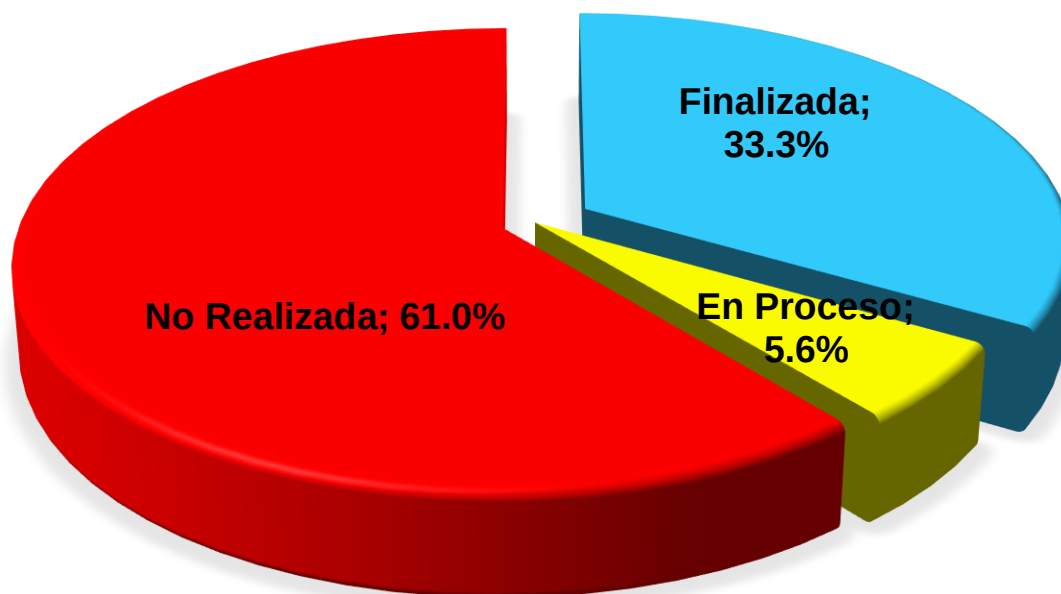
Comentario:

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 garantizarán mejorar cada día los resultados obtenidos en el hospital, pero sobre todo es importante saber que, la gran mayoría de las actividades no requieren de gran inversión de recursos, lo cual es importante a tomar en cuenta para exigir el cumplimiento de las actividades establecidas.

25. Comportamiento Nivel Cumplimiento Ejecución Plan Capacitación y Educación Continuada.

Grafico

NIVEL EJECUCION PLAN DE CAPACITACION Y EDUCACION CONTINUADA, HTNAL; POA 2018



26. Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2018.

TIPO ACTIVIDAD	TOTAL
CHARLAS EN LA COMUNIDAD	7
CHARLAS EN EL HOSPITAL	2
TOTAL	9
PARTICIPANTES EN LA COMUNIDAD	697
VISITAS DOMICILIARIAS	284
TEMAS DE LAS CHARLAS:	CANTIDAD
✓ Violencia intrafamiliar	2
✓ Bulling en las Escuelas	4
✓ Prevención de Accidentes	2
✓ Donación de Sangre	1
USUARIOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL	ACUMULADO
USUARIOS EVALUADOS	1,616
DESCUENTO Y EXONERACIONES OTORGADOS	RD\$ 25,485,882

27. Tabla: Informe Financiero Año 2018.

i.Ingresos Según Fuentes:

INGRESOS OPERACIONALES	TOTAL	
APORTES DIRECTOS DE LOS USUARIOS	RD\$ 41,147,849.99	10.0%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD PUBLICA (SENASA)	RD\$ 241,385,809.21	58.5%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD P PRIVADAS (ARS's Privadas)	RD\$ 128,371,109.85	31.1%
SERVICIOS Y OTROS INGRESOS OPERACIONALES	RD\$ 1,691,391.11	0.4%
SOBRANTES DE CAJEROS	RD\$ 4,767.84	0.0%
OTRAS FUENTES	RD\$ -	0.0%
TOTAL	RD\$ 412,600,928.00	50.0%
INGRESOS NO OPERACIONALES		
APORTES DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)	RD\$ 410,407,655.13	99.5%
APORTES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	RD\$ -	
TOTAL APORTES DE INSTITUCIONES PUBLICAS	RD\$ -	
APORTES DE INSTITUCIONES PRIVADAS	RD\$ -	
DONACIONES	RD\$ -	
OTRAS FUENTES	RD\$ 2,010,251.34	0.5%
TOTAL	RD\$ 412,417,906.47	50.0%
OTROS INGRESOS		
REVISTA	RD\$ -	
DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$ -	
TOTAL DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$ -	
TOTAL	RD\$ -	
TOTAL INGRESOS GENERALES	RD\$ 825,018,834.47	100.0%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL.

ii. Costos y Gastos Según Renglones Año 2018:

Código Presupuestario			Descripción Gasto por Cuenta	MONTOS ACUMULADOS		%
2			Egresos			
2	1		SERVICIOS PERSONALES	RD\$ 530,234,559.91		67.7%
2	1	1	Remuneraciones	RD\$ 441,635,780.31		83.3%
2	1	2	Sobresueldos	RD\$ 25,223,476.20		4.8%
2	1	3	Dietas y Gastos de Representación	RD\$ -		0.0%
2	1	4	Gratificaciones y Bonificaciones	RD\$ 374,400.00		0.1%
2	1	5	Contribuciones a la Seguridad Social y Riesgo Laboral	RD\$ 63,000,903.40		11.9%
2	2		SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$ 28,584,913.29		3.7%
2	2	1	Servicios Básicos	RD\$ 6,514,899.99		22.8%
2	2	2	Publicidad Impresión y Encuadernación	RD\$ 99,506.80		0.3%
2	2	3	Viáticos	RD\$ -		0.0%
2	2	4	Transporte y Almacenaje	RD\$ 518,039.05		1.8%
2	2	5	Alquileres y Rentas	RD\$ 26,918.00		0.1%
2	2	6	Seguros	RD\$ 2,633,369.15		9.2%
2	2	7	Servicios de Conservación, Reparaciones Menores e Instalaciones Temporales	RD\$ 6,098,998.38		21.3%
2	2	8	Otros Servicios No Personales	RD\$ 12,693,181.92		44.4%
2	3		MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$ 216,572,368.45		27.7%
2	3	1	Alimentos y Productos Agroforestales	RD\$ 10,398,717.60		4.8%
2	3	2	Textiles y Vestuarios	RD\$ 927,685.91		0.4%
2	3	3	Productos de Papel, Cartón e Impresos	RD\$ 6,323,748.28		2.9%
2	3	4	Productos Farmacéuticos	RD\$ 87,410,875.53		40.4%
2	3	5	Productos de Cuero, Caucho y Plásticos	RD\$ 2,520,433.18		1.2%
2	3	6	Productos de Minerales, Metálicos y No Metálicos	RD\$ 2,692,278.88		1.2%
2	3	7	Combustibles, Lubricantes, Productos Químicos y Conexos	RD\$ 41,662,145.68		19.2%
2	3	8	Gastos a ser Asignados Durante el Ejercicio (ART. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$ -		0.0%
2	3	9	Productos y Útiles Varios	RD\$ 64,636,483.39		29.8%
2	6		BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$ 7,632,489.92		1.0%
2	6	1	Mobiliario Y Equipo	RD\$ 2,338,675.32		30.6%
2	6	2	Mobiliario y Equipo Educacional y Recreativo	RD\$ 100,000.00		1.3%
2	6	3	Equipo e Instrumental, Científico Y Laboratorio	RD\$ 3,297,840.01		43.2%
2	6	4	Vehículos y Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	RD\$ -		0.0%
2	6	5	Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas	RD\$ 1,538,696.89		20.2%
2	6	6	Activos Biológicos Cultivables	RD\$ -		0.0%
2	6	7	Bienes Inmuebles	RD\$ -		0.0%
2	6	8	Bienes Intangibles	RD\$ 99,096.40		1.3%
2	6	9	Equipos De Defensa Y Seguridad	RD\$ 258,181.30		3.4%
2	7		OBRAS	RD\$ -		0.0%
2	7	1	Obras En Edificaciones	RD\$ -		-
2	7	2	Infraestructura	RD\$ -		-
2	7	3	Construcciones En Bienes Concesionados	RD\$ -		-
2	7	4	Gastos a Ser Asignados Durante el Ejercicio para Inversión (Art. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$ -		-
Total de Egresos				RD\$ 783,024,331.57		100.0%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL

iii. Análisis Resultados Informe Financiero año 2018.

Ingresos:

El Hospital Traumatológico “Dr. Ney Arias Lora” (HTNAL), evidenció durante el año 2018 en términos generales un **POBRE desempeño** en relación a los ingresos esperados y un uso **ADECUADO** de los sus recursos ingresados.

Según los ingresos estimados proyectados para el año 2018 en base a la capacidad productiva del hospital, este presento un cumplimiento **del 56%**, se esperaban ingresos por un monto de **RD\$ 1,468,582,460.84**, se obtuvieron ingresos por **RD\$ 825,018,834.47**, lo que demuestra un desempeño **POBRE** en la captación de ingresos, esto principalmente debido al desempeño de unidades productivas como hospitalización con un cumplimiento del **68%** de lo esperado y en consultas de solo el **80%**. Se puede observar el comportamiento más detallado en la siguiente tabla.

COMPORTAMIENTO INGRESOS GENERALES Y NIVEL DE CUMPLIMIENTO SEGÚN METAS ESPERADA POR CUATRIMESTRE 2018

TOTAL INGRESOS PROYECTADOS	Esperado 1er Cuatrimestre	Resultados 1er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 1er. Cuatrimestre
RD\$ 1,468,582,460.84	RD\$ 489,527,486.95	RD\$ 249,842,156.02	51%

Esperado 2do. Cuatrimestre	Resultados 2do. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 2do. Cuatrimestre
RD\$ 489,527,486.95	RD\$ 275,746,077.91	56%

Esperado 3er Cuatrimestre	Resultados 3er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
RD\$ 489,527,486.95	RD\$ 299,430,600.54	61%

Ingresos Resultado Final	Nivel Cumplimiento Final
RD\$ 825,018,834.47	56%

Cumplimiento 1er. Cuatrimestre	Cumplimiento 2do. Cuatrimestre	Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
51.04%	56.33%	61.17%

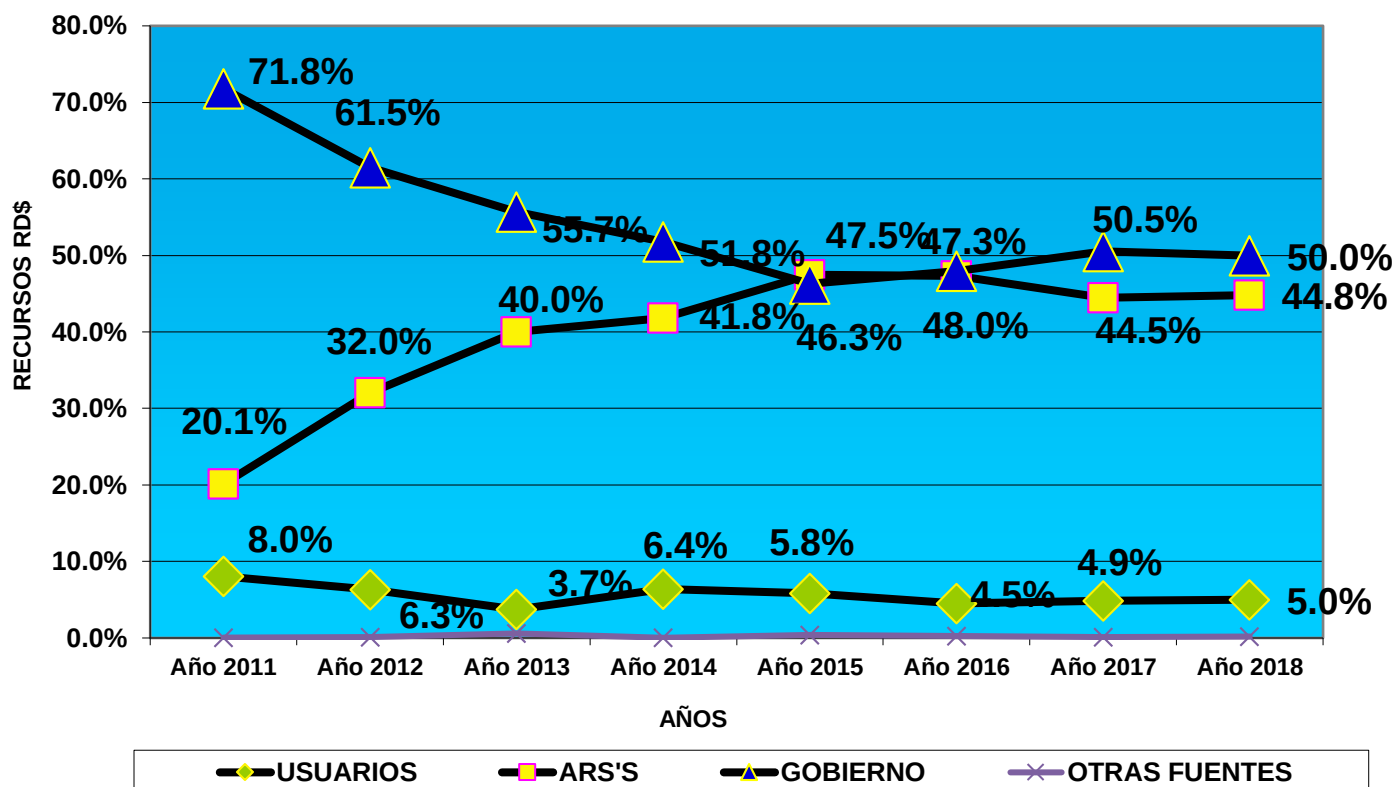
El hospital alcanzó por concepto de ingresos generales de diferentes fuentes en el año 2018, un monto total de **RD\$ 825,018,834.47**, representando esto un incremento de un **1%** (**RD\$ 818,132,519.93**), con relación a los ingresos obtenidos en el año 2017.

La fuente principal de los aportes Operacionales recibidos correspondió al **Pago de las Aseguradoras de Riesgos de Salud** (pago ARS), aportando un monto de **RD\$369,756,919.06** representando esta fuente el **44.8%**, un **1.7%** mas que el año 2017 (RD\$363,736,193.27), de los ingresos totales.

La otra fuente principal de los aportes recibidos correspondió al **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, aportó un monto de **RD\$412,417,906.47** representando esta fuente el **50%**, de los ingresos totales en el año 2018, un **-0.2%** menos que el año 2017, de los ingresos totales con **RD\$413,316,985.07**.

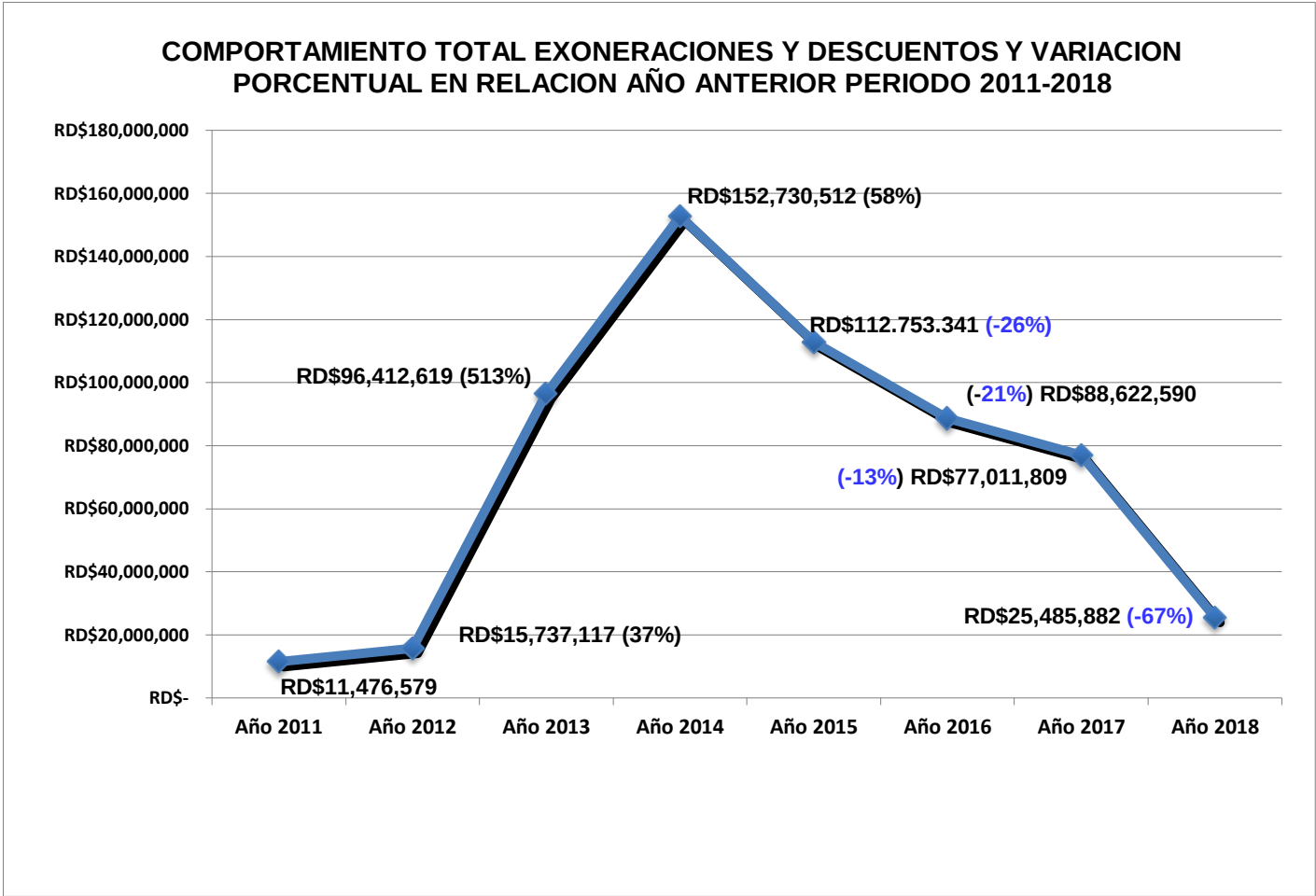
Así mismo otro renglón que aportó en el año 2018 el **4.9%** (**RD\$41,147,849.99**) de los ingresos fueron los **Aportes Directos de los Usuarios**, representando esto un incremento del **2.7%** (**RD\$40,070,705.89**) en este renglón en relación al año 2017, esto debido principalmente a que el MSP, 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, exoneraciones y acuerdos de pagos un total de RD\$ 25,485,882.

**COMPORTAMIENTO PORCENTUAL SEGUN FUENTES FINANCIAMIENTO
POR AÑOS 2011-2018**



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\$ 25,485,882**, lo cual en términos generales representó **el 3%** del total de los ingresos en la institución, que fue de **RD\$ 825,018,834.47**, pesos y **el 6%** de los aportes suministrados por el MSP. En términos relativos en este renglón se produjo una reducción del **-67%** con relación al monto otorgado en el 2017 en descuentos y exoneraciones que ascendió a **RD\$77,011,809**; este 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 podrá ir reduciendo paulatinamente y el hospital ya no tendrá la necesidad de realizar exoneraciones y descuentos.

Gráfico:

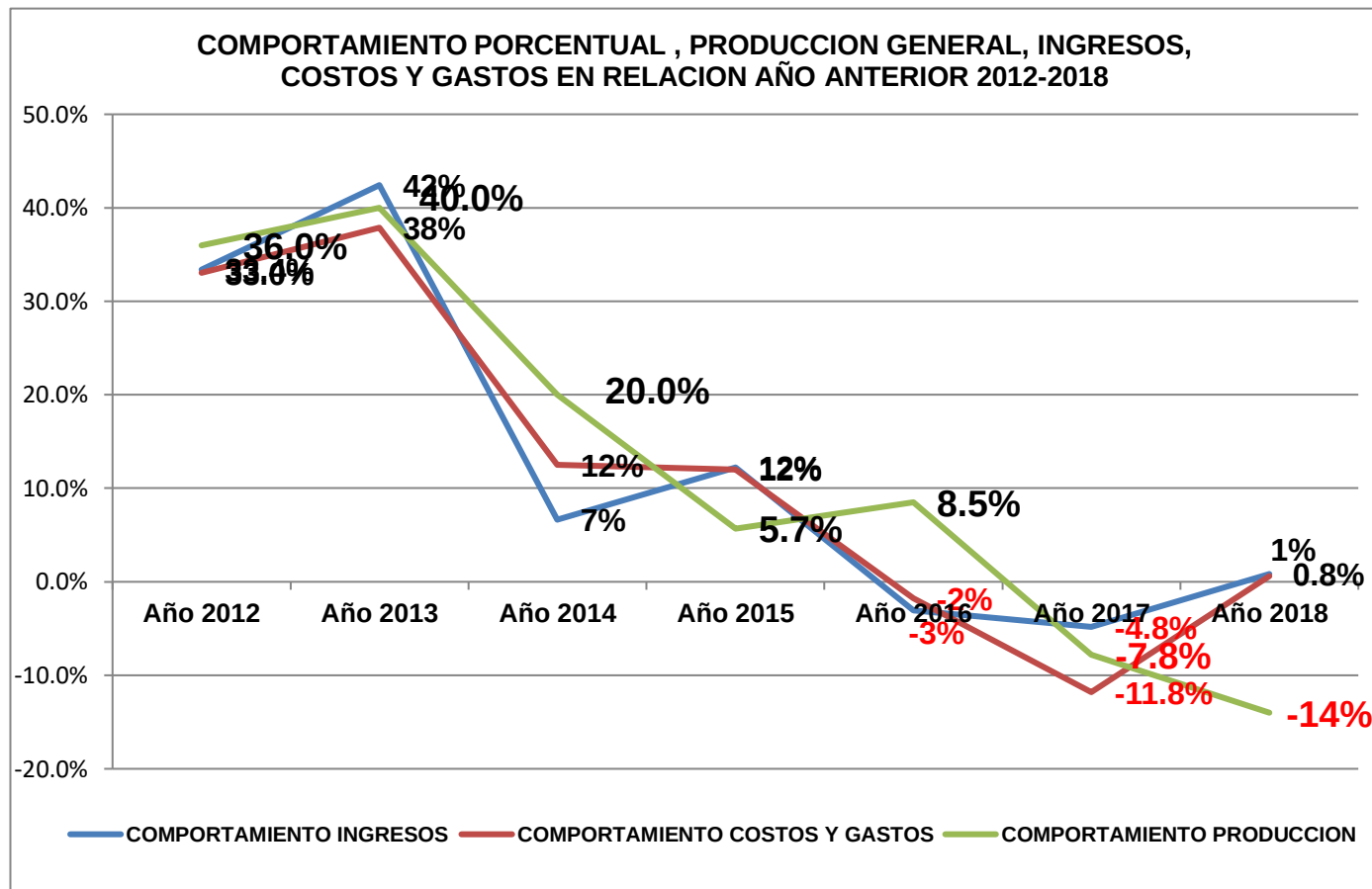


Costos y Gastos:

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 2018, 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\$837,092,002.68	57.00%	67.72%	81.2%
			RD\$530,234,559.91	
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$57,274,715.97	3.90%	3.65%	106.4%
			RD\$28,584,913.29	
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$514,003,861.29	35.00%	27.66%	121.0%
			RD\$216,572,368.45	
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$58,743,298.43	4.00%	0.97%	175.6%
			RD\$7,632,489.92	
OBRAS	RD\$1,468,582.46	0.10%	0.00%	200.0%
			RD\$0.00	
TOTAL	RD\$1,468,582,460.84	100.00%	RD\$783,024,331.57	

El total de costos y gastos para realizar la producción hospitalaria durante el año 2018 fue **RD\$783,024,331.57** lo cual representó **un aumento** del **0.6%** del gasto con relación a los **RD\$778,264,695.35**, gastado en el 2017.



De manera desagregada los **Gastos personales y otros gastos personales** representaron el **67.7% (RD\$ 530,234,559.91)**, esto representó una **disminución del 2%** de la proporción del gasto en relación al 2017, que fue de **RD\$ 542,626,211.75**; la nómina presento un incremento del **2.9%** más de colaboradores.

Del total de costos y gastos en **Materiales y Suministros** representaron el **27.7% (216,572,368.47)**, un incremento del **12%** a pesar de reducirse la producción en un **14%** con relación al año 2017. En el 2017 los **Materiales y Suministros** representó del gasto total el **25% (RD\$193,449,215.66)**.

Los **gastos no personales** (telefonía, agua, basura, publicidad, alquileres, mantenimiento, combustibles y lubricantes) representaron del total del gasto **3.7% (28,584,913.29)**, esto representó una **disminución del 16%** de la proporción del gasto en relación al 2017, que fue de **RD\$34,026,662.22** siendo el **4.4%** del total de los costos y gastos.

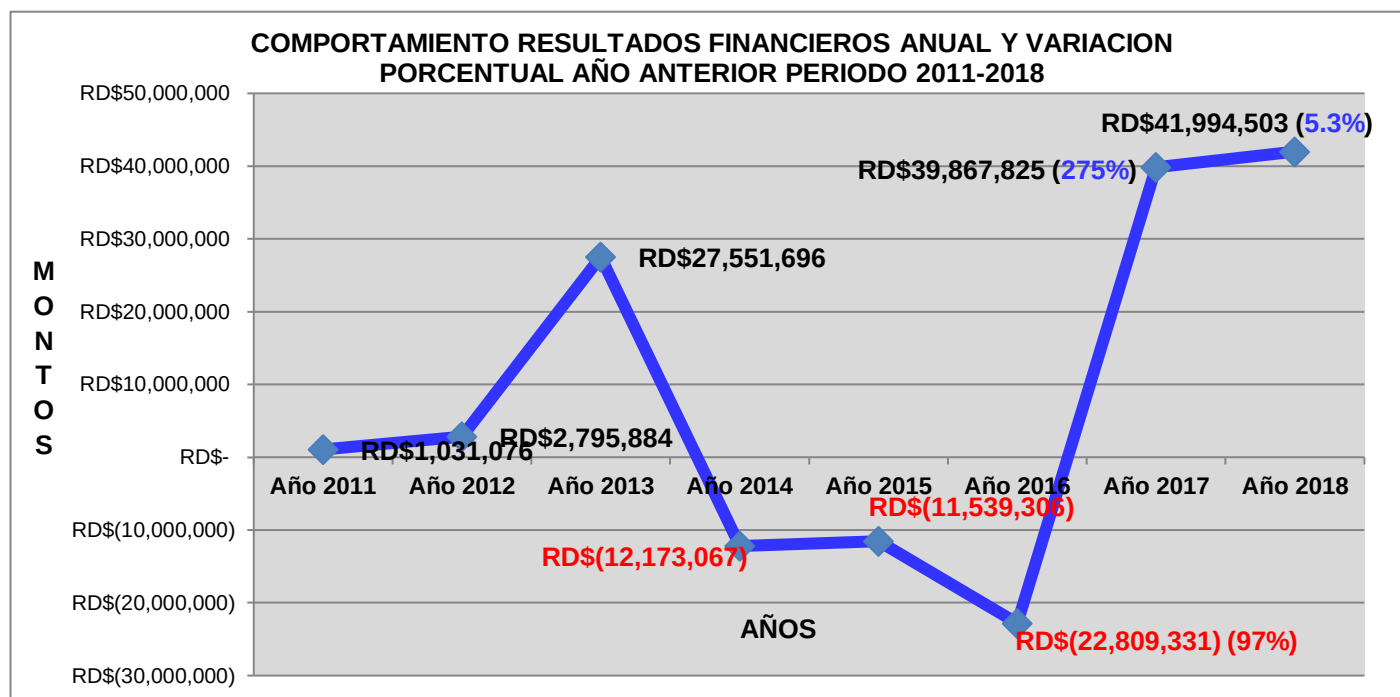
Los Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles, representaron del total del gasto **1.0%** (RD\$7,632,489.92), esto representó una disminución del **6.3%** de la proporción del gasto en relación al 2017, que fue de **RD\$8,162,605.72** siendo el **1%** del total de los costos y gastos.

Resultados Flujo de Caja del Periodo:

En relación al **Resultado del Periodo** con ingresos de unos **RD\$825,018,834.47**, menos los costos y gastos de **RD\$783,024,331.57**, obtenemos un resultado de **RD\$41,994,502.90**. Esto representó un incremento de los beneficios del **5.3%**, en relación al resultado del año 2017 (**RD\$39,867,824.58**).

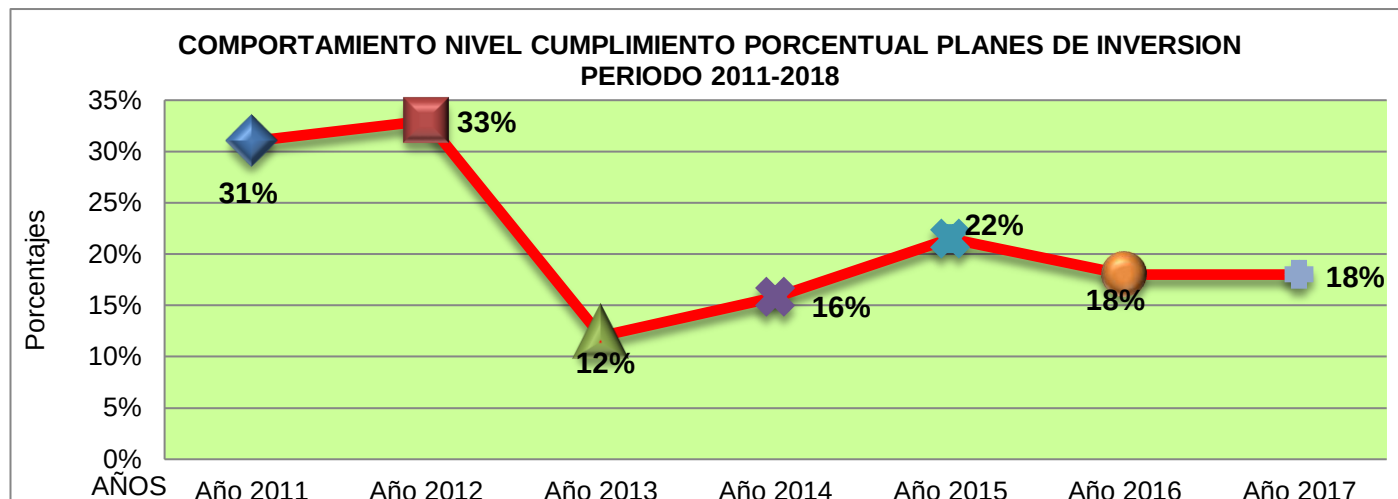
CONCEPTOS	1er. CUATRIMESTRE	2do. CUATRIMESTRE	3er. CUATRIMESTRE	GENERAL
TOTAL INGRESOS	RD\$249,842,156.02	RD\$275,746,077.91	RD\$299,430,600.54	RD\$825,018,834.47
TOTAL EGRESOS	RD\$232,267,640.30	RD\$261,834,190.62	RD\$288,922,500.65	RD\$783,024,331.57
RESULTADOS	RD\$17,574,515.72	RD\$13,911,887.29	RD\$10,508,099.89	RD\$41,994,502.90
Margen de Beneficios o Perdidas	7.03%	5.05%	3.51%	5.09%

Gráfico:



Cabe señalar que este resultado es debido posiblemente a que el **Plan de Inversión** se ejecutó en tan solo un **23.3%**.

Gráfico:

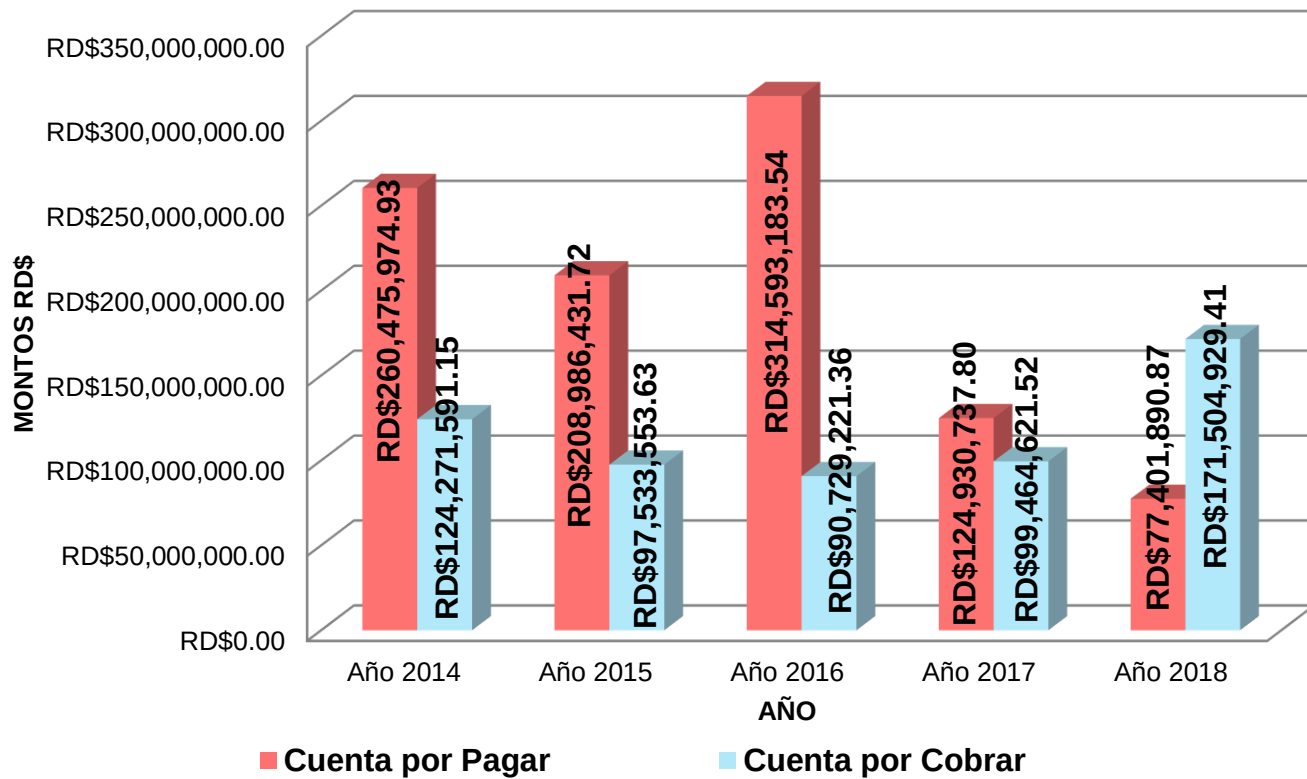


En relación a las cuentas por cobrar y pagar al cierre del período fiscal encontramos el siguiente resultado:

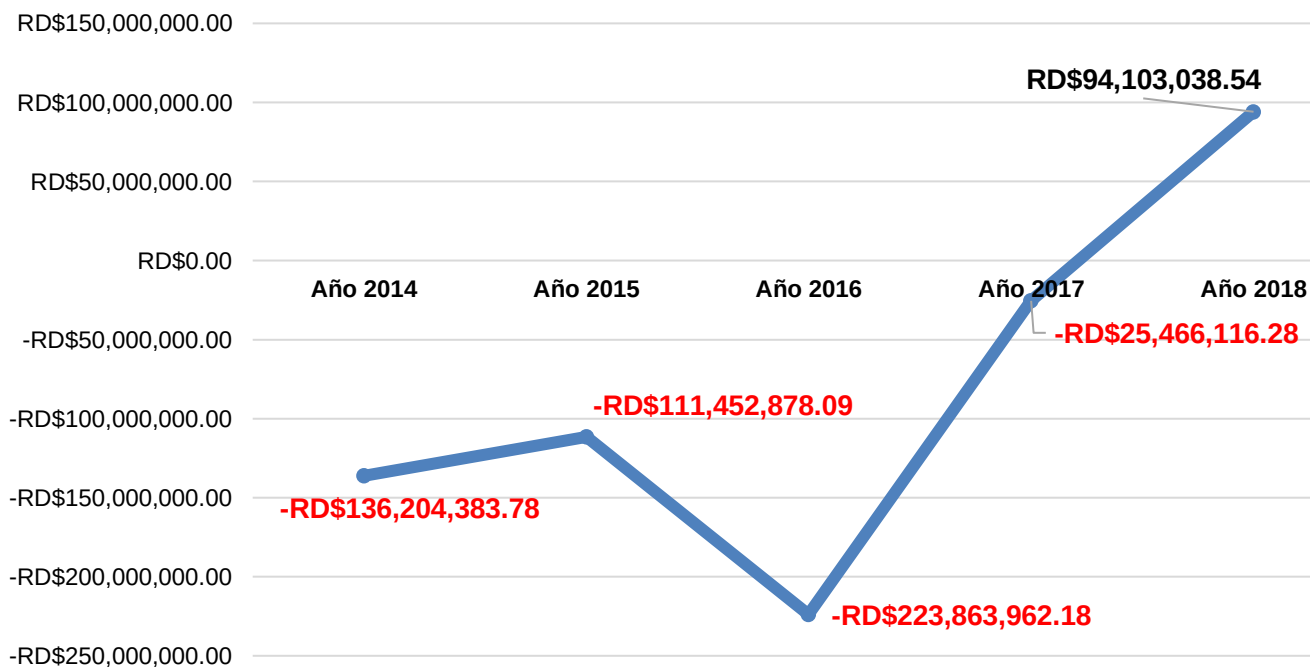
DESCRIPCIÓN	TOTAL DEL AÑO 2018
CUENTAS POR COBRAR	RD\$171,504,929.41
CUENTAS POR PAGAR	RD\$77,401,890.87
BALANCE	RD\$94,103,038.54

Estos nos arroja un balance de **RD\$ 94,103,038.54**, que daría como resultado positivo, en el supuesto que logran cobrar el 100% de las cuentas por cobrar, en relación al balance de cuentas por cobrar y cuentas por pagar del año 2017 que fue de **(-RD\$ 25,466,116.28)**, esto significó **un resultado positivo de las cuentas por cobrar frente a las cuentas por pagar del 470%, con relación al año 2017.**

COMPORTAMIENTO CUENTAS POR PAGAR Y POR COBRAR POR AÑO, PERIODO 2014-2018; HTNAL

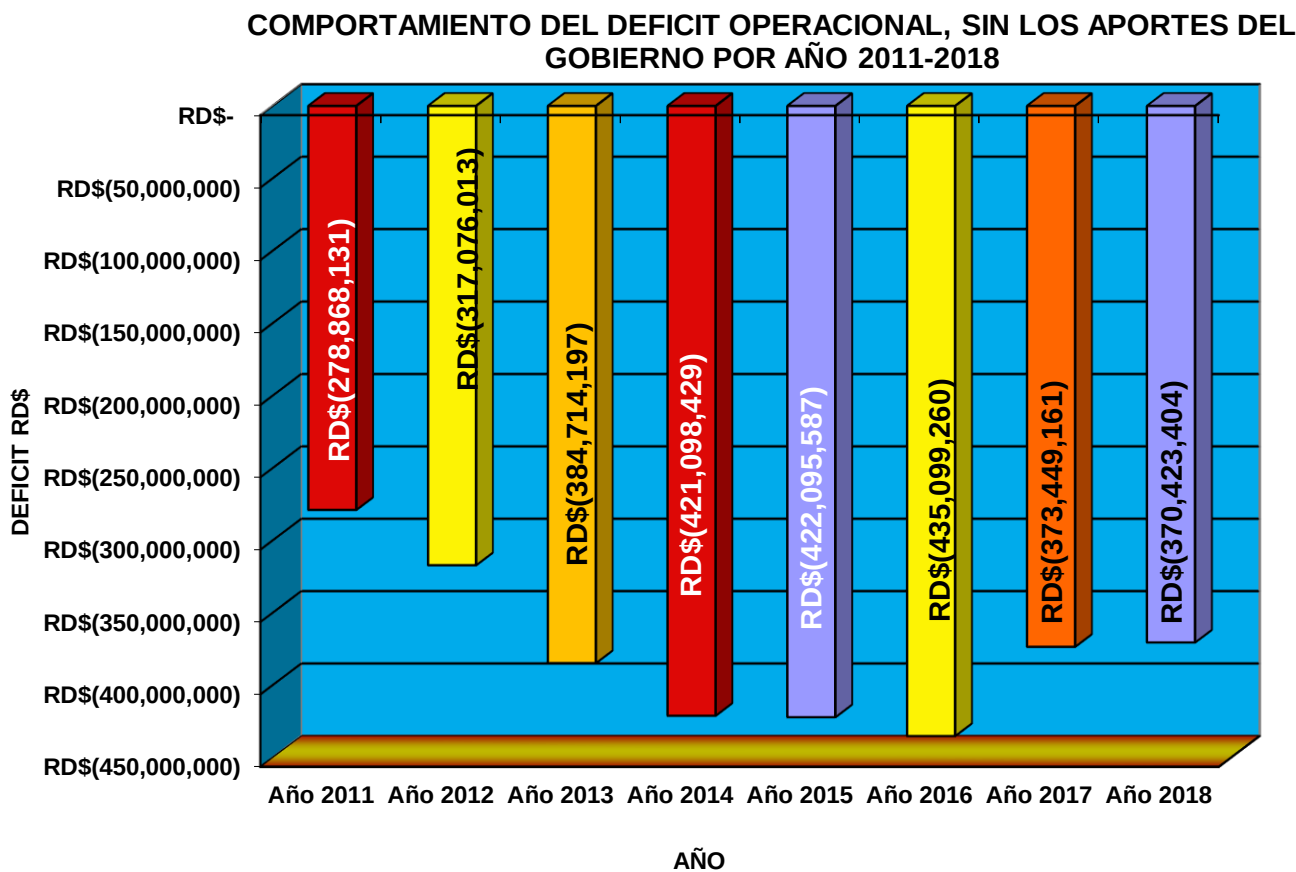


COMPORTAMIENTO HISTORICO BALANCE CUENTA POR COBRAR Y CUENTA POR PAGAR; PERIODO 2014-2018; HTNAL



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\$ 370,423,404) 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 el HTNAL, puede calificarse como **pobre desempeño**, debido a los resultados productivos y de ingresos económicos esperados y logrados el año 2018.



4. SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL **2019 (POA 2019)**



**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 las 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 Ley General de Salud (LGS) y Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (LSS).	§ Apoyo técnico y capacitación INFOTEP, organismos internacionales (OS, BM, BID, FUA, USAD).	47) 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 RR.HH..	§ Disponibilidad de educación continua del personal a través del Instituto Nacional de Administración Pública (ANA)	48) 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 RR.HH. del Sistema Nacional de Salud.	§ Abundante personal técnico calificado en el sector salud.	49) 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.	4) Falta de actualización de los contratos con las ARS	§ Capacidad de intercambios con hospitales del exterior.	50) Alto índice de Glosas por los auditores de las ARS

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Buenas relaciones con los medios de comunicación.		§ Acuerdos con otras instituciones para capacitación de recursos humanos.	@ Recursos Humanos
	El personal ya sabe de los cambios que se están generando en el sector salud.	@ Recursos Humanos:	@ Educación Continua y Capacitación.	51) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.
	Contamos con el Consejo de Administración Hospitalaria, colegiado.	5) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	§ Existen instituciones, empresas y personas expertas en capacitación de los diversos temas para fortalecer el nivel de formación técnico del personal.	@ Resultados:
	@ Recursos Humanos:	6) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	Acuerdos con nuevas universidades.	52) 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.	7) 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).	@ Estandarización y Seguridad:	@ Logística y Calidad Productos:
	§ Único centro con servicios de Emergenciología, cirugía general, ortopedia, neurocirugía y maxilofacial del país con atención profesionalizada de enfermería y especialidades médicas en emergencia las 24 horas.	8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	§ Existen instituciones y empresas expertas en el acompañamiento para la formulación de los manuales de procedimiento.	53) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.
	§ Sistema establecido de selección y contratación del personal.	9) Personal no cuenta con uniforme.	§ Auditoria medica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS.	54) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.
	§ En la mayoría de los casos, personal calificado y seleccionado en base a perfiles técnicos de los cargos.	10) El personal requiere conocer los cambios en las leyes, normativas, reglamentaciones y disposiciones que se están generando en el sector salud.	Acercamiento con la comunidad.	55) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.
	§ Funciones y responsabilidades de los cargos definidos.	11) Falta de seguimiento a evaluación periódica de desempeño técnico del personal.	Sistema de regulación del Servicio Nacional de Salud para el traslado de pacientes	56) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Planes de incentivos y premio a la calidad del mérito.	12) Falta de seguimiento al Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	Acuerdos bilaterales con hospitales de segundo nivel para el intercambio de servicios	57) Ilíquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.
	§ Monitoreo de la entrega de guardia de personal del servicio.	13) Falta de identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	Acuerdo con hospitales del interior del país para la coordinación del traslado del paciente en condiciones seguras y la capacitación del personal	58) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911
	§ Contamos con un buen equipo de planificación y asesoría.	14) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.		59) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo
	§ Personal de laboratorio certificado.	@ Educación Continua y Capacitación:		60) Pagos parciales o semi-glosas de las ARS
	Poseemos definidas las funciones y responsabilidades de los nuevos cargos y unidades que se han creado.	15) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.		61) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo
	La modalidad de distribución de los incentivos satisface a los usuarios internos.	16) No se aprovechan los servicios de capacitación del Instituto Nacional de Administración Pública (ANA), INFOTEP, otras instituciones.		62) Productos de mala calidad proporcionados por PROMESE-CAL
	@ Educación Continua y Capacitación:	Logística de Medicamentos e Insumos		
	§ Contamos con un Plan de Capacitación y educación Continua, formulado en base a necesidades identificadas en cada Gerencia.	17) Adquisición de algunos insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias		
	Conferencias audiovisuales a los usuarios.	18) Falta un sistema de control en la devolución de los medicamentos.		
	La entrega de guardia son educativas, ya que se incorporan informaciones académicas.	@ Estandarización y Seguridad:		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	@ Estandarización y Seguridad:	19) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de subregistros y mala interpretación de los datos.		
	§ Servicios estandarizados a través de la utilización de procesos y protocolos de actuación en todas las áreas.	20) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes		
	Contamos con nuevos protocolos de actuación emitidos por el MSP	21) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.		
	§ Auditoria médica interna de concurrencia y externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS's privadas.	22) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.		
	§ Comité de infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CIAAS)	23) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)		
	§ Sistema de administración y contabilidad con controles adecuados.	24) Algunos software a instalar en la institución no estarán con sus licencias oficiales, (están en proceso, dependen del Ministerio de Salud)		
	§ Atenciones de enfermería directa realizadas por personal profesional.	25) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.		
	§ Contamos con el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	26) Larga lista de espera para consultas y cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas		
	§ Vigilancia epidemiológica de forma continua y búsqueda activa de casos objetos de vigilancia.	27) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.		
	Manejo adecuado de los desechos intrahospitalarios, se realiza la clasificación de desechos adecuadamente.	28) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.		
	Comité de Bioética y Mortalidad.	29) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Somos el único hospital de América Latina HemoCardio Protegido.	30) No existe Comité de discusión evitabilidad Mortalidad.		
	Servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	31) Manejo inadecuado de los desechos hospitalarios, no se realiza la clasificación adecuadamente y manejo en el área de deposito.		
	Iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.	32) Falta de actualización de los protocolos existentes		
	Señalización en la vía pública.	33) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.		
	Plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	@ Análisis y Tomas de Decisiones:		
	Comité de infecciones asociadas a la atención de salud (CIAAS).	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de algunos médicos en el sistema del área de consulta		
	@ Logística de medicamentos e insumos:	35) Asignación de diferentes números de récord a un mismo paciente.		
	§ Farmacia interna con dispensación de medicamentos sistema unidosis para garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento de los usuarios.	36) Personal de enfermería (auxiliares de transporte) poseen escasa capacitación sobre traslado de paciente.		
	§ Reposición continúa de stock de medicamentos.	37) Ausencia en las áreas quirúrgicas de los registros de las cirugías y procedimientos en formato digital (puede ser en Excel)		
	Adquisición de insumos y materiales de buena calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.	38) Aumento tasa de Infecciones Intrahospitalaria en las UCIs		
	@ Análisis y Toma de Decisiones:	@ Monitoreo y Evaluación:		
	§ Contamos con el Consejo de Administración Hospitalaria (CAH), nivel colegiado de análisis y toma de decisiones.	39) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.		
	§ Cumplimiento de las disposiciones, acciones y	40) Ejecución parcial del plan de capacitación		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	actividades definidas en el CAH.			
	§ Acceso a informaciones actualizadas y oportunas para la toma de decisiones.	41) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.		
	Habilitación para prestar servicios a las ARS privado	42) Ausencia del software de gestión financiera.		
	@ Resultados Indicadores Calidad:	43) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.		
	§ Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.	44) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.		
	Bajo Nivel de Reingresos Programados.	45) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria		
	@ Monitoreo y Evaluación:	46) Alto índice de infección en UCI.		
	§ 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 Compras			
	§ Acceso a informaciones actualizadas y oportunas para la toma de decisiones.			
	La gerencia de estadística toma los datos de las fuentes primarias donde se registran las informaciones			
	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 control de seguridad para el acceso diferentes áreas restringidas.			
	Espacio físico para los auditores externos de las ARS's.			

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) Mal funcionamiento de la Unidad prequirúrgica que fue creada para agilizar los procesos de los usuarios que van a cirugía electiva.	§ Apoyo técnico y capacitación INFOTEP y/o empresas especializadas en capacitaciones en atención al usuario.	88) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.
	§ Apertura de otros servicios.		§ Buena imagen ante la población.	
	§ Oportunidades de capacitación a nivel nacional/internacional	Área Consulta Externa:	§ Apoyo aval universitario, empresas extranjeras.	@ Legales:
	Atención personalizada en los servicios de ambulancia	2) El 29.4% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	Aprovechar los convenios con las universidades para capacitar al personal	89) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.
	Monitoreo y Evaluación:	3) El 25.5% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	§ Acuerdo con fundaciones sin fines de lucro y del gobierno.	90) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.
	§ Realización de encuestas de satisfacción de usuarios externos e internos.	4) El nombre de la enfermera , solo es conocido por el 55.9% de los entrevistados.	Oportunidades de capacitación a nivel nacional e internacional	91) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable
	Responsabilidad y Control:	5) El 26.5% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.		92) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar
	§ Contamos con la Gerencia de Atención al Usuario.	6) 34.8% considera de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera ser asistido.		
	§ Laboratorio de Emergencia en el 1 ^{er} nivel (24 hrs)	7) 26.5% responde afirmativamente a la pregunta de si le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir autorización		
	Satisfacción Usuarios Externos:	8) 19.1% considera los servicios sanitarios No cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal.		
		9) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	ÁREA CONSULTA EXTERNA:	10) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial		
	El 100% de los encuestados sintió que se le trato con respeto.	11) El Hospital no cuenta con áreas de espera con la capacidad necesaria para acompañantes de los usuarios de los diferentes servicios		
	El 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la manera en que el personal del hospital le informó sobre alguna duda.	12) Falta de espacio físico en las salas de espera.		
	El 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la claridad de la información y el manejo de trámites de pago.	13) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.		
	Con relación al derecho a la privacidad del paciente el 100% se siente de muy satisfecho a satisfecho.	14) Suspensión de consulta el mismo día por los médicos y sin sustitución		
	98.6% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho por la agilidad que muestra el medico en la consulta.	15) Reprogramación de pacientes por parte de planificación y coordinación de algunos gerentes médicos (congreso, permiso, licencias y vacaciones).		
	El 98.5% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la limpieza de áreas de espera y consultorios.	16) No poseemos un plan de contingencia para dar respuesta a la caída de los sistemas de las ARS.		
	El 97.1% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la capacidad, amabilidad, y disposición del personal en los puntos de atención.	Área Hospitalización:		
	El 97.1% de los usuarios el médico le atendió en horario programado.	17) Incoherencia en la información sobre la alimentación de los pacientes (En la mañana una cosa y en la tarde otra)		
	El 97.1% de los usuarios entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización del área de consulta para orientar a los pacientes y sus familiares.	18) El 16.4% de los usuarios del área de cirugía y especialidades dijo que no, al preguntarle si dispuso de los insumos necesarios (papel, jabón, servilletas) para su higiene personal.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	El 97.1% de los entrevistados encontró el servicio requerido.	19) A la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución en el área de Neurocirugía 92.3% de los usuarios respondieron negativamente, en Ortopedia el 42.1% y en cirugía el 82.4%.		
	El 97.1% de los usuarios entrevistados volvería al hospital.	20) 11.8% de los encuestados de neurocirugía, el 76% de Ortopedia y el 44% de cirugía dicen no conocer el nombre de la enfermera que le atendió		
	El 97.1% de los encuestados recomendarían el hospital	21) Al cuestionarlos sobre si conoce el nombre de médico que le atendió, en neurocirugía un 5% contesto negativamente, en cirugía 24% y en ortopedia 40% .		
	Al 94.2% de los usuarios se le atendió respetando la programación y el orden de llegada.	22) Solo 53.8% de los usuarios de neurocirugía, 52.9% cirugía y el 42.1% de ortopedia respondió afirmativamente a la pregunta de si se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización.		
	ÁREA EMERGENCIA:	23) A la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento el 29.4%, 21.1% de ortopedia y 15.4% neurocirugía dijeron que no.		
	Con las informaciones brindadas sobre el funcionamiento del área el 100% respondió que afirmativamente.	24) El 15.8% de los usuarios de ortopedia se encuentran poco satisfechos con la manera en que el personal del hospital le informó (aclaró) a los usuarios entrevistados alguna duda		
	El 98.5% se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con los trámites administrativos para recibir atención y con las explicaciones sobre dolencia y uso de medicamentos.	Área Emergencia:		
	97.1% se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de equipos en el área de emergencia.	25) Escasa disponibilidad de equipos modernos y las áreas de Emergencia. (deterioro continuo de los equipos y no sustitución)		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	95.6% se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos en el área de emergencia.	26) El 80.9% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.		
	95.5% recomendaría el hospital.	27) El 26.5% NO conoce el nombre del médico que le atendió		
	94.2% se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de insumos en el área de emergencia.	28) 36.8% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas		
	92.6% de los encuestados percibió que se le trato con respeto .	29) El 29.5% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.		
	92.6% de los encuestados le parecen adecuados los carteles, letreros y señalización del área de emergencia.	30) El 39.7 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.		
	91.2% encontró el servicio requerido.	31) 42.6% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.		
	91.2% se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato recibido por el personal de seguridad .	32) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.		
	El 91% se siente entre satisfecho a muy satisfecho en sentido general con los servicios que ofrece el hospital y 88.1% con la imagen que proyecta el hospital.	33) El 45.5% esperó desde hora y media a mas de tres horas para ser egresado del área		
	91.1% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería .	34) El 29.2% respondió negativamente a la pregunta de si los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas).		
	El 89.7% de los usuarios se sintió entre satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de las áreas de espera y los consultorios .	35) El 33.8% respondió negativamente a la pregunta ¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar?		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	El 89.7% se siente entre satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico por su atención le hizo sentir.	36) Actitud poca colaborativa y centrada en el paciente del personal de avanzada del área de emergencia y en la entrada principal.		
	89.6% volvería de nuevo al hospital.	37) Reducido espacio en el área de emergencia		
	ÁREA HOSPITALIZACIÓN:	38) 14.7% de los encuestados en el área de emergencia dijo que se le ha sido realizado algún padecimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir su autorización.		
	El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía General y especialidades volverían al hospital si se le presentara un problema de salud.	39) 23.5% no se le permitió participar en las decisiones sobre tratamiento y/o realización de procedimientos.		
	El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía general y especialidades recomendaría el hospital .	40) 23.6% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de asientos en el área.		
	El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía General y especialidades percibieron que fueron tratados con respeto .	41) 22.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con el respeto a la privacidad .		
	El 100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía y Cirugía general y especialidades se siente de muy satisfecho a satisfecho con la imagen del hospital .	42) 19.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la ubicación de los puntos de atención al usuario en el área de emergencia.		
	100% cirugía y neurocirugía y 96% ortopedia, recomendarían el hospital	43) 17.6% de los entrevistados considera no recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado .		
	100% cirugía, 100% ortopedia y 94.1% Neurocirugía, dice que los alimentos servidos durante su ingreso en el área se le entregaron a	44) 16.2% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con los sonidos o ruidos y la intensidad de estos		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	temperatura adecuada y de manera higiénica. 100% ortopedia, 96% cirugía y 94.1% se encuentran de muy satisfechos a satisfechos con la información brindada por el personal de admisión, ticket, facturación. 100% cirugía, neurocirugía y ortopedia, se sienten de muy satisfecho a satisfecho con el interés que muestra el medico sobre su dolencia. 100% ortopedia, 96% cirugía, y 88.2% en neurocirugía dice que se le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento.			
	Usuarios Internos:	Usuarios Internos:		
		45) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.		
		46) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 25%		
	Usuarios Internos:	47) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 53% .		
	100% considera que la institución cumple con los fundamentos.	48) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 22% .		
	98.4% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la manera en que se cumplen los procesos y protocolos.	49) 36% No tiene identificada área de descanso.		
	96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por las autoridades y con las facilidades para entrevistarse con su superior inmediato.	50) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 15.6%		
	96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la capacitación en cuanto a como debe realizar su trabajo en la institución.	51) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 43.8%		
	96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la capacitación para llevar a cabo las funciones del plan de emergencia.	52) No dispone de facilidades para la educación continuada 15.6% ; 17.2% Considera que el Plan no toma en cuenta sus necesidades. 21.9% No conoce la existencia de un Plan de Capacitación.		
	96.9% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa de la institución	53) 15.6% No conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	96.9% considera que la institución contribuye con la comunidad y el medioambiente	54) El 44% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.		
	96.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de control de las autoridades y gerentes con el conflicto de interés.	55) El 32.8% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)		
	95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la limpieza de áreas de trabajo.	56) El 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo		
	95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones contenidas en los manuales de protocolo y procedimiento.	57) El 43.8% refiere no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo		
	95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad de género.	58) El 13.7% están poco satisfechos e insatisfecho con la limpieza de las áreas de trabajo		
	95.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el ejemplo a seguir que es la institución.	59) El 15.6% se encuentran de poco satisfechos a insatisfechos con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena		
	93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el control del ruido y el tamaño de las áreas de trabajo.	60) El 18.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con relación a la comodidad y ergonomía del mobiliario (silla, otros) utilizado para proteger su salud al realizar su trabajo.		
	93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos y accesorios para proteger su integridad.	61) 28.1% se encuentran de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.		
	93.7% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma en que son atendidas o solucionadas sus necesidades.	62) 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.		
	89.1% considera que además de su trabajo, puede desempeñar otras funciones.	63) 23.4% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	96.9% al entrar a la institución se le informó sobre la misión, visión y valores de la institución.	64) 23.4% no conoce la existencia de un plan de emergencia/evacuación.		
	Servicio de citas vía WhatsApp	65) 20.3% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar sus pertenencias.		
	Servicio de Transporte a empleados	66) La exigencia de un uniforme a los gerentes administrativos igual a los auxiliares.		
	Concursos internos para promociones en plazas vacantes por la Subdirección de RH	Responsabilidad y Control:		
	Promoción de servicios vía Redes Sociales por la gerencia de relaciones pública	67) No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas.		
	Servicio al usuario y social 24hr	68) Falta de Telecable en TVs de las salas de esperas.		
	Servicio de dietoterapia	69) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.		
		70) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.		
		71) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.		
		72) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.		
		73) Falta de cortesía de algunos colaboradores		
		74) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.		
		75) Falta de batas para personal médico.		
		76) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades		
		78) Falta amabilidad y poca capacidad resolutive de algunas secretarías y/o asistentes de gerencias médicas		
		79) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).		
		80) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
		81) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre- quirúrgica, violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes		
		82) Comedor común compartido con usuarios externos		
		83) El 57.6% de las quejas recibidas en atención al usuario hacen referencia a maltrato, falta de amabilidad y cortesía por parte de los colaboradores		
		84) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)		
		85) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.		
		86) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes		
		87) No existe identificación de la cartera de servicio en cada área del hospital.		
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:
		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.	32) 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	33) 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 subdirección 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.	
	§ Calculo de productividad en base a capacidad instalada.	5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura de los manuales de proceso y manual de organización.	@ Factores Logística e Información:	34) Los llamados a huelga de los gremios profesionales. 35) Sobredemanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ 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.	36) 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.	37) 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.	38) 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, etc.)	8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	§ Acceso de grandes bibliotecas virtuales de información en salud y gestión hospitalaria.	39) 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.	40) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.
	§ Existencia de una subdirección de planificación (incluye la gerencia de monitoreo y evaluación)	10) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	§ Oferta de capacitación en el área médica gerencial por instituciones universitarias nacionales e internacionales.	41) 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) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	Venta internacional de nuestros servicios especializados	
	§ Capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	13) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad		
		14) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.		
	§ Dirección general con experiencia en hospital en trauma y en modelo	15) No seguimiento por parte de algunas gerencias para el		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	de gestión de hospital del futuro.	cumplimiento del uniforme establecido.		
	Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado.	16) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.		
	Poseemos stock mínimo establecido para áreas vulnerables.	17) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.		
	Compromiso de la mayoría de los gerentes con la institución	18) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.		
	@ Factores Logística e Información:	19) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal		
	§ Procesos generales definidos.	20) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)		
	§ Sistema estructurado el sistema de monitoreo y control del comportamiento de las variables e indicadores en los aspectos establecidos en la institución relacionados con calidad, satisfacción, eficiencia, desempeño técnico, producción.	21) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia		
	§ Existencia de una Gerencia de Activo Fijos.	22) Mala logística para negociar con las ARS		
	§ Existencia de una Gerencia de Estadísticas.	23) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro		
	§ Posibilidad de contratar personal y empresas por servicios prestados.	24) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.		
	§ Capacidad resolutive de la Gerencia de Informática para replicar los conocimientos de los diferentes softwares y soporte técnico.	25) No utilización de facilidades tecnológicas para realizar educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.		
	§ Discusión de casos clínicos importantes.	26) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.		
	Cumplimiento de los procesos en la adquisición de insumos.	27) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.		
	Organización de récord clínico físico del paciente.	28) Uniforme para parte del personal.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
		29) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan		
		30) Obsolescencia de equipos de hardware.		
		31) Finalización de las implementaciones de sistemas clínicos y contratos de mantenimiento, lo que determina luego un pobre desempeño de los sistemas porque el personal de TIC no se empoderan de los sistemas instalados.		
4. Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad.	@ Capacidad Instalada y Resolutiva:	@ Capacidad Instalada y Resolutiva:	@ Captura del Mercado:	@ Factores del Mercado:
	§ El centro de salud más grande de 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.	1) Falta de equipamientos e insumos de algunos servicios.	§ Implementación de la Ley de Seguridad Social.	53) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.
	Contamos con Banco de Sangre.	2) Subutilización de la capacidad instalada.	§ Convenios con Aseguradoras Riegos de Salud (ARS).	54) 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.	55) 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 áreas de consulta externa (29 consultorios), hospitalización (133 camas), Unidades de Cuidados Intensivos, 2 Unidades (14 camas), UCI Intermedio (5 camas) emergencias, Triage y reanimación, cirugías (10 quirófanos), medicina física y rehabilitación, imágenes	4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo.	§ En el área no existe un servicio integrado de cirugía, trauma y rehabilitación.	56) Debilidad de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	(tomógrafos, resonancia magnética, rayos x, ecocardiogramas, sonógrafos), laboratorio clínico y banco de sangre, laboratorio de anatomía patológica y morgue.			
	@ Captura del Mercado		Instalación del Sistema de Emergencias 911	57) Inseguridad ciudadana del sector.
	§ Centro de salud con la mayor capacidad resolutive en traumatología , cirugía, neurocirugía y de rehabilitación del área de influencia.	@ Captura del Mercado:	§ Posibilidad de venta de servicios especializados a otras instituciones.	58) Inestabilidad económica
	§ Personal con alta calificación técnica.	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.	59) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.
	§ Asistencia de personal de salud especializado 24/7.	6) El acceso Oeste- Este/ Este-Oeste 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.	60) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.
	§ Enfoque de integralidad en los servicios.	7) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	§ Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los demás centros hospitalarios.	61) El aumento de precio de los productos alimentarios, medicamentos e insumos.
	§ Existencia de una Gerencia de Relaciones Públicas y Comunicación.	8) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	§ Ofertar servicios con precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios.	@ Factores Competitivos:
	§ Relaciones adecuadas con los diferentes medios de comunicación.	@ Factores Competitivos:	§ El continuo aumento de la demanda de cirugía ambulatoria y otros servicios ambulatorios.	62) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.
	§ Posicionamiento publicitario en las redes sociales.	9) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	§ Acuerdos interinstitucionales con otros proveedores para la venta y compra de servicios.	
	§ Adecuado trato a los usuarios.	10) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	§ Factores Económicos / financieros:	@ Factores Medioambientales:

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Asistencia centrada en las necesidades y problemas de los usuarios.	11) Tardanza en la entrega de resultados de imágenes (RX, resonancia, entre otros) falta de actualización de equipos resonancia magnética actualizado, baja calidad de los estudio radiográfico	Informatizar la farmacia intrahospitalaria	63) El país se encuentra en la ruta de huracanes.
	§ Garantía de calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas.	12) Poco acceso a tecnología de punta		64) Fallas geológicas y movimientos telúricos.
	§ Infraestructura hospitalaria adecuada	13) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).		65) 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.
	§ Ubicación geográfica en Santo Domingo Norte.	@ Disponibilidad de Recursos:	§ Precio de los servicios accesibles a la población general.	@ Factores de demanda de los servicios:
	§ Rapidez de atención a los usuarios.	14) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas para realizar su trabajo	§ Autogestión financiera.	66) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)
	§ Costo de los servicios de acuerdo a la capacidad de pago del usuario.	15) 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.	67) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.
	§ Institución de salud del área que tiene procesos asistenciales claramente establecidos.	16) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.		68) Las 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)
	§ Adecuada capacidad resolutoria del laboratorio clínico, banco de sangre.	17) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	@ Factores Competitivos:	69) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.
	§ Climatización de todas las áreas.	18) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios		70) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos
	§ Hospital con salas de hospitalización que garantizan la privacidad del usuario.	§ Baja Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:	§ Amplia cartera de servicios especializados y subespecialidades.	71) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.
	§ Área de Triage exclusiva en emergencia, que permite categorizar e identificar al usuario y	19) Presión de Urgencias =40%	§ Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, reduciendo el precio de adquisición.	72) El aumento del número de pacientes nacionales y

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	atenderlo en función de criterios fisiológicos y no de acuerdo al orden de llegada.			extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.
	§ Capacidad de ampliación de la oferta de servicios.	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:	§ Convenios de cooperación con instituciones internacionales.	73) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.
	Somos el único hospital con unidad de hemodiálisis en el municipio Santo Domingo Norte.	20) % Cirugías Electivas Suspendidas = 11%	§ Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales.	74) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda
	§ Red de tecnología de la información.	21) Hospitalización: 68%	§ Contar con unidad de video conferencia que permite el contacto con otras instituciones, nacionales e internacionales.	75) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.
	§ Planta de manejo de residuos hospitalarios.	22) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	§ Implementación de Tele-cirugía en el hospital, a través del Quirófano inteligente.	76) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital
	§ Alta capacidad resolutive en el aspecto quirúrgico al poseer 10 quirófanos exclusivamente para traumatología neurocirugía, maxilofacial y cirugía general y otras especialidades quirúrgicas.	23) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	§ Formación de especialistas.	77) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos
	§ Atención de enfermería profesionalizada.	24) 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.	78) Presión mediática con desvinculación del personal
	§ Traslado de usuarios por auxiliares de enfermería capacitados en técnicas de traslado.	25) Falta de expediente electrónico.	@ Factores Económicos / Financieros:	
	§ Servicio permanente de energía eléctrica.	26) La subutilización de los quirófanos existentes.	§ Posibilidad de incremento de la subvención económica del MSP.	
	Registro de la marca HTNAL.	27) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	§ Convenios de ventas de servicios a las ARS's.	
	@ Producción:	28) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	§ Apoyo técnico y de recursos de instituciones del estado (Despacho Primera Dama, MAP, ANA, otros).	
	§ Horario extendido de: Consultas, imagenología, cirugías electivas, laboratorio y banco de sangre.	29) El no cumplimiento del horario establecido de consulta.	§ Precios de los servicios accesibles a la población general.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Buen reconocimiento de la marca.	30) 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.	
	§ Facilidades de contratación de servicios con terceros.	31) 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.	
	Posibilidad de Renegociación de los servicios con ARS privadas y pública.	32) 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 prehospitalaria.	
	§ Asignación presupuestaria por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	33) 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:	
	Contamos con servicios integrados de cirugía, neurocirugía, trauma y rehabilitación.	34) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	§ Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno.	
	Capacidad para ofertar procedimiento cirugía endoscópica, artroscópico, cirugía mínimamente invasivo	35) 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.	
	Capacidad gerencial en todas las áreas.	36) 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.	
	Ampliación de la capacidad productiva, área de Imágenes, hospitalización, etc.	37) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	§ Aumento del mercado con el paso de los servidores públicos al Régimen Contributivo de SENASA.	
	Uso eficiente de las áreas de especialidades quirúrgicas.	39+8) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	§ Inclusión por parte de SENASA de 1,300,000 de personas al régimen subsidiado en los próximos 4 años	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	@ Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:	39) 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.	
	§ Rendimiento Consulta Externa = 110.6 %	40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	§ 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.	
	Consulta = 80%	41) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	§ La incorporación de Seguros Internacionales y desarrollo de un plan de posicionamiento que permita captar importantes recursos por la venta de servicios.	
	§ Tasa Utilización Quirófanos= 74%	42) 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.	§ La firma de convenios con empresas nacionales y multinacionales instaladas en el país.	
	Tasa Ocupación = 74%	43) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	§ 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).	
	Promedio Estadía=	Equipos e Infraestructura	Cooperación interinstitucional con otra dependencias del Estado y con las Fuerzas Armadas en la disponibilidad de RR.HH.	
	Cirugías Electivas: 103%	44) Limitada cantidad de parqueo.	Demanda no satisfecha en los servicios endovascular periférico y cardiaco y la instalación de otras áreas de imágenes.	
	Aplicación de los Controles establecidos para el uso de vehículos	Capacidad instalada	Ofrecer servicio a los pacientes que senasa incluirá en el régimen subsidiado	
	§ Monitoreo y control de gastos presupuestarios.	45) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	Demanda insatisfecha de procedimientos ambulatorios que da la oportunidad de crear la unidad de cirugía ambulatoria	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Cálculo de producción en base a capacidad instalada, enfocado a sacar el mayor provecho.	46) Escasa Actualización de los inventarios de insumos		
	§ Adecuados controles internos de los activos fijos.	47) No existe sistema informático específico para triage		
	Se realizan análisis y control de costos.	Sistemas de Información		
	§ Protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas.	48) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.		
	§ Toma de decisiones en base a análisis de las informaciones y datos.	49) Cantidad de flotas que están asignadas a personas que no pertenecen a la institución ilimitadas (abiertas) y no.		
	§ Capacidad de personal de acuerdo a perfiles técnicos.	50) Falta de números telefónicos y cambio de género al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.		
	§ Dotación de oficinas.	51) No oportunidad de las informaciones de análisis y control de costos.		
	§ Existencia de la marca HTNAL	52) Falta de conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica.		
	§ Convenio con ARS			
	§ Servicio integrado de cirugía, neurotrauma y rehabilitación.			
	§ Acuerdo con varias instituciones (UNIBE, INFOTEP, UNPHU, INTEC, UASD, UCSD, UFHEC Etc.)			
	§ Oferta de servicios sin costo a los usuarios de escaso recursos económicos.			
	Alta presencia de médicos con especialidades y subespecialidades			
	§ 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			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	potencial institucional (compra, reducción de costos, recursos disponibles).			
5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.	@ Logística:	@ Logística:	@ Seguridad y cuidados de los recursos:	@ Disponibilidad de recursos:
	Se han identificado otras fuentes de ingreso	1) Ausencia de un software financiero.	§ Existen las Normas Básicas de Control Internos (NOBACI).	18) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).
	§ Facilidades para los servicios de facturación y cobro a usuarios asegurados			19) Retraso en el pago de las ARS's.
	§ Facturación 24 horas en emergencia.	@ Control:	@ Gestión y Control Recursos Económicos.	20) Crisis financiera internacional y nacional.
	@ Control:	2) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	§ Oferta de sistemas informáticos que facilitan la gestión y control adecuado de los recursos económicos.	21) Aumento de la prima del dólar.
	Existe una unidad Control y auditoría de activos fijos	3) 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)	22) Congelamiento de cuenta del Hospital.
	§ Realización de auditoría externas.	4) Escaso control de costo de los procedimientos	implementación de una Farmacia Externa, abierta al público.	23) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.
	Realización de compras a través del portal	5) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	Adquirir e instalar nuevos equipos en el área de imágenes	24) Devaluación del peso.
	Reporte al MSP del monto de los pacientes exonerado mensual.	6) Existencia parcial de un plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	Aumentar el horario para pruebas ambulatorias en el área de laboratorio clínico e imágenes.	25) Alto costo de combustibles.
	@ Facilidades de gestión:	7) Facturación previa a la utilización de servicios de servicios ambulatorios que sobrepasa la capacidad de respuesta.	Renegociar tarifarios de procedimientos con las ARS públicas y privadas	26) Limitados créditos en el mercado para el hospital.
	§ Estructura gerencial y administrativa descentralizada.	@ Monitoreo y Evaluación:	Unidades productivas con servicios de Nasofibrolaringoscopia, fibro-broncoscopia, anoscopia, endoscopia y colonoscopia.	27) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Control eficiente del presupuesto de la nómina.	8) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estratégicas (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)		@ Medio Ambiente:
	§ Centralización de la cuenta bancaria al área de contabilidad, que permite un mejor control administrativo y financiero.	9) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.		28) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.
	§ Subvención del Ministerio de Salud Pública.	10) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.		29) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.
	§ Venta de servicios privados.	11) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.		30) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.
	§ Venta de servicios a las ARS's públicas y privadas	12) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.		31) Acumulación de basura
	§ Venta de servicios y acuerdos con otras instituciones.	13) Deficiencia de equipos en el área de imágenes		32) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.
	§ Manejo descentralizado de los recursos económicos.	14) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico		33) Alquiler/ préstamos de salones (vídeo conferencia, salón de actos).
	§ Unidades de negocio (laboratorio, imágenes, cafetería, maquina dispensadora de alimentos).	15) Escaso control de las cuentas por cobrar		34) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.
	§ Plan Estratégico de Desarrollo.	16) No se realizan analisis de costo.		
	§ Formulación del presupuesto general del hospital.	17) Deficiente control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.		
	Se están realizando algunas actividades relacionadas con la renegociación de tarifas con las diferentes ARS.			
	Apertura de la cafetería como fuente de ingreso			
	Contamos con asistencia técnica de instituciones del estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	económicos, (contraloría, tesorería, MAP, Compras y contrataciones, entre otras)			
	Contrato con empresa para recogida de desechos			
	En proceso construcción depósito para manejo de desechos			
	@ Monitoreo y Evaluación:			
	§ Monitoreo periódico de la ejecución presupuestaria.			
	§ Presupuesto elaborado antes del inicio de operaciones y actualización oportuna.			
	§ Evaluación periódica de la productividad de las gerencias.			
	Cumplimiento parcial de las NOBACI.			
6. Formalizar y Mantener una fuerte relación con la comunidad.	@ Relación con Líderes Comunitario:	@ Relación con Líderes 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) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	Funcionamiento 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 Pública de la comunidad	6) 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 de salud, escolares y sociales de la comunidad	2) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	§ 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.	7) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Líderes comunitarios conocen el sistema de organización y gestión del hospital.	@ Rendición de cuentas:	Buena valoración de la comunidad debido a la implementación de estrategias en los medios de comunicación	8) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.
	Involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)		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.	9) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.
	@ Rendición de cuentas:	3) 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	Ofertar el servicio a otros centros de salud el manejo de desechos hospitalarios	10) 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.
	Los líderes comunitarios conocen el sistema de organización y gestión del hospital.	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:	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.	11) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.
	Involucramiento de personas de la comunidad en actividades sociales, educativas y asistenciales del hospital.	4) 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.	El SENASA acepta los usuarios identificados en el Ney y los incorpora al Sistema de Seguridad Social.	
	§ 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.	5) No funcionamiento del equipo de esterilización de desechos, para evitar la contaminación del medio ambiente.	Apertura del Hospitales General y Especialidades Dr. Nelson Astacio para la delimitación de los servicios, enfocándonos más directamente en traumatología, cirugía y rehabilitación, sirviendo de soporte a la Salud Pública de la comunidad	
	§ Disminución de manera sostenida la proporción de pago de bolsillos de los usuarios.			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Tener líderes comunitarios sirviendo de enlace entre el Hospital y la comunidad.			
	§ Realización de Operativos Médicos-Quirúrgicos.			
	§ 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.			
	§ Firma de acuerdos interinstitucionales para beneficiar usuarios de escasos recursos de la comunidad.			
	§ Adquisición de Equipo de Esterilización de desechos, evitando la contaminación del Medio Ambiente.			
	§ La comunidad tiene acceso a las informaciones y actividades realizadas en el hospital a través de la página web y publicidad.			
	Página web institucional actualizada			
	Promovemos 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).			
	Se presentan los planes y resultados de las metas de estos a los representantes de la comunidad.			
	Se imparten talleres y cursos a los grupos sociales de la comunidad, para dar a conocer la funcionalidad de la institución.			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:			
	Existencia de un plan de emergencia y desastres enfocado a la mitigación inmediata del evento ocurrido en la comunidad.			
	Buena valoración de la comunidad debido a la implementación de estrategias en los medios de comunicación			
	Debido a la implementación del sistema integrado 9-1-1 el hospital fue escogido como centro principal de referencia en trauma a nivel nacional lo cual aumentara los ingresos y la aceptación de la población.			
	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.			
7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	@ Ofertas Servicios:	@ Satisfacción de los usuarios:	@ Difusión de Información:	@ Difusión de Información:
	§ 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	§ Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Debilidades).	§ Disponibilidad de diversos medios que no representan grandes costos para difundir noticias positivas del hospital (Messenger, BB chat, Redes Sociales otras).	18) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.
	Especialistas altamente capacitados	1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	§ Realización de operativos médicos en las comunidades aledañas.	19) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Servicios de subespecialidades	2) Alto número de cirugías electivas suspendidas.	§ Capacidad para realizar actividades de educación comunitaria para seguir aumentando la credibilidad en la población.	20) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.
	Resultados Indicadores seguridad y Calidad:	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:
	§ Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.	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.	21) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital
	§ Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria.	@ 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...)	22) Ausencia de semáforo frente al Hospital
	@ Satisfacción de los usuarios:	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.	23) Alto índice de criminalidad en la zona
	§ Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Fortaleza).	6) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	Utilizar la tecnología, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.	
	Aceptación (cobertura) de casi todas las Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS).	7) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de informática.	Participar en galardones a la calidad aumenta la credibilidad de los pacientes en el Hospital y afianza la misma en la población y en los demás centros hospitalarios.	
	@ Difusión de Información:	8) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	Emitir las recetas digitales.	
	§ Poseemos las informaciones principales del hospital en nuestra página web.	9) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.		
	§ Poseemos un eficiente equipo técnico en relaciones públicas y comunicación.	10) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Buenas relaciones con los medios de comunicación.	11) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.		
	§ Descuentos y exoneraciones del pago a los usuarios de escaso recursos, esto trae como consecuencia un mayor flujo de pacientes y una mayor popularidad.	12) Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes poco confiables.		
	§ 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).	13) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.		
		14) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos		
	§ 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.	15) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.		
	§ No tenemos competencia en los servicios brindados en el municipio Sto. Dgo. Norte.	16) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.		
	Contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.	17) El hospital asume el costo de elaboración de la revista		
	Manejo efectivo de las redes sociales			
	Wi-Fi república digital			
	Tenemos un plan de contingencia ante las eventualidades de electricidad			
	Paso peatonal seguro para todos los usuarios 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	RIESGOS INTERNOS		
	Factores de Gobierno y Legales:		
	1) Desconocimiento del personal de salud de la Ley General de Salud (LGS) y Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (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 RR.HH..	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 RR.HH. 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.
	4) Falta de actualización de los contratos con las ARS	Perdida de recursos económicos. No contar con los recursos económicos para gestionar adecuadamente el hospital. Descredito del Hospital y sus funcionarios.	No se importantiza por parte de las autoridades la realización de las gestiones para actualizar y adecuar los tarifarios de los servicios que se brinda a la ARS.
	Recursos Humanos:		
	5) 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.
	6) 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. No existe una escala salarial en la institución.
	7) 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.
	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	10) El personal requiere conocer los cambios en las leyes, normativas, reglamentaciones y disposiciones que se están generando en el sector salud.	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.
	11) Falta de seguimiento a evaluación periódica de desempeño técnico del personal.	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. Otorgar incentivos perversos. Desmotivación del personal con mejor desempeño de sus funciones.	Las autoridades no importanizan la necesidad de este control, para garantizar el buen cumplimiento de la funciones y responsabilidades de los cargos
	12) Falta de seguimiento al Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	Perdida de recursos económicos. Bajo desempeño del personal. Incremento de los gastos de nómina. Pobre resultados económicos. Desmotivación del personal con mejor desempeño de sus funciones.	No se cuenta con un comité de control de licencia medica. No se evalúan los indicadores de gestión de personal, por ende no se formulan planes para mejorar estos.
	13) Falta de identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	Insatisfacción de los usuarios. Pueden ocurrir suplantación de funciones por personal que no pertenece al hospital. Descredito del hospital.	No se exige el cumplimiento de las normativas de identidad corporativa del hospital. El Hospital no facilita la identificación oportuna de su personal. Los gerentes no realizan una adecuada supervisión de su personal cumplan con las normativas generales del hospital.
	14) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.	No se aprovechan las facilidades económicas que una cooperativa puede brindar a los empleados.	Escasa cultura del cooperativismo de los empleados. Pobre motivación de los empleados para dirigir la junta directiva de la cooperativa.
	Educación Continua y Capacitación:		
	15) 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 Subdirecciones 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.
	16) No se aprovechan los servicios de capacitación del Instituto Nacional de Administración Pública (ANA), INFOTEP, otras instituciones.	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.	La Subdirección de recursos humanos y Académica no realizan las gestiones para aprovechar las facilidades de formación con que cuentan estas instituciones.
	Logística de Medicamentos e Insumos		
	17) Adquisición de algunos insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias	Riesgo de que el usuario se complique su condición o muera, perdida de recursos para la institución, descredito publico, incumplimiento con las metas de calidad y seguridad de la atención e insatisfacción de los usuarios. Perdida de recursos. mayor estadía 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.
	18) Falta un sistema de control en la devolución de los medicamentos.	Perdida de recursos. Sustracciones de recursos del hospital. Alto costo de los servicios ofrecidos.	No se realiza un adecuado control de los recursos del hospital por parte de las unidades de control y gerentes de los servicios.
	Estandarización y Seguridad:		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	19) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de subregistros y mala interpretación de los datos.	La mala calidad, la falta de oportunidad y los subregistros 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.
	20) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes	Perdida de tiempo en el traslado oportuno y adecuado de los usuarios. Riesgos de complicaciones y muertes de los usuarios externos. Descredito del hospital.	No se cuenta con un adecuado plan de mantenimiento y reparaciones de las ambulancias que poseía el hospital. No cuenta con una cuenta de costos para la depreciación de los activos de la institución. No cuenta con los recursos necesarios para la compra de una ambulancia.
	21) 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. Alto costo de la atención.	Ausencia de un Plan de Mantenimiento Preventivo. Falta de un Software que facilite la programación y la gestión del mantenimiento preventivo.
	22) 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. Desconfianza del personal asistencial de los resultados de estudios de laboratorios e imágenes.	Ausencia de un programa de calibración y chequeos de los equipos y sistema que requieren ser calibrados.
	23) 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.
	24) 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.
	25) 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. Subutilización 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.
	26) Larga lista de espera para consultas y cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de los servicios. No contar con los recursos necesarios para cumplir con los compromisos económicos del hospital.	No se realiza un adecuado control de los recursos del hospital por parte de las unidades de control y gerentes de los servicios.
	27) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.	Mala calidad y subregistros de las informaciones. Glosas por falta de información. Mal manejo y tratamiento de los usuarios. Descredito del hospital.	Las autoridades del hospital no han importanzado garantizar un buen sistema de registro de las informaciones clínicas. Parte del personal se resiste a usar adecuadamente lo que poseen de sistema de registros clínicos.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	28) 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.
	29) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.	Mala calidad e inseguridad de la atención. Altos costos de producción. Perdida de recursos. Descredito del Hospital.	Los gerentes no realizan una adecuada supervisión del cumplimiento de las disposiciones y normativas del hospital. No se aplican sanciones al personal gerencial y operativo del hospital.
	30) No existe Comité de discusión evitabilidad Mortalidad.	Mala calidad e inseguridad de la atención. Ocurrencia de muertes por la misma causas. Riesgo de complicaciones y muertes de otros usuarios. Perdida de recursos. Descredito del Hospital.	Las autoridades no importanizan las funciones que desarrolla el comité de discusión de evitabilidad de mortalidad en el hospital. Las Instituciones externa que deben supervisar y velar por el cumplimiento de este comité no realizan de manera adecuada sus funciones.
	31) Manejo inadecuado de los desechos hospitalarios, no se realiza la clasificación adecuadamente y manejo en el área de deposito.	Riesgo de contaminación del medio ambiente. Riesgo de ser sancionado por el Ministerio de Medio Ambiente. Descredito del hospital. Repudio de la comunidad.	Las autoridades no importanizan el impacto negativo que puede provocar los desechos del hospital en el medio ambiente y la comunidad. Personal de limpieza no cuenta con los insumos para garantizar la clasificación adecuada de los desechos.
	32) Falta de actualización de los protocolos existentes	Mala calidad e inseguridad de la atención. Altos costos de producción. Perdida de recursos. Descredito del Hospital.	Los gerentes no realizan una adecuada supervisión del cumplimiento de las disposiciones y normativas del hospital. No se aplican sanciones al personal gerencial y operativo del hospital.
	33) 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:			
	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de algunos médicos en el sistema del área de consulta	La mala calidad, la falta de oportunidad y los subregistros 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.
	35) Asignación de diferentes números de récord a un mismo paciente.	Puede producir un mal análisis de las condiciones del usuario 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. Escasa supervisión de los gerentes.
	36) Personal de enfermería (auxiliares de transporte) poseen escasa capacitación sobre traslado de paciente.	Insatisfacción de los usuarios. Riesgos de caídas y traumas a los usuarios externos. Descredito del hospital.	El personal contratado para estos fines no posee el perfil técnico del cargo. No se realizan capacitaciones sobre el buen desempeño de sus funciones.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	37) Ausencia en las áreas quirúrgicas de los registros de las cirugías y procedimientos en formato digital (puede ser en Excel)	Subregistros pueden determinar que en la institución no cuente con informaciones y datos adecuados, lo cual puede producir un mal análisis de las situaciones y por ende una mala toma de decisiones lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención.	No contar con sistemas automatizados adecuados de registros de informaciones estadísticas del hospital.
	38) Aumento tasa de Infecciones Intrahospitalaria en las UCIs	Riesgos de morbilidades, complicaciones y muertes de los usuarios. Descredito y mala fama del hospital.	No cuenta y/o no aplican con los controles necesarios para evitar la IAAS. No cuenta con los insumos y productos de calidad y necesarios para la limpieza y cuidado de los usuarios. No se analizan y desarrollan planes para el control adecuado de las IAAS.
	Monitoreo y Evaluación:		
	39) 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). No implementación de las NOBACI.
	40) 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 Subdirecciones 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.
	41) 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. La institución no mejora, ni se desarrolla a pesar de la voluntad de las autoridades.	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.
	42) Ausencia del software de gestión financiera.	La mala calidad, la falta de oportunidad y los subregistros pueden determinar que en la institución no cuente con informaciones y datos adecuados, lo cual puede producir un mal análisis de las situaciones y por ende una mala toma de decisiones lo cual puede afectar la calidad y seguridad de la atención. No poseer los controles necesarios para la adecuada gestión de los recursos del hospital. Perdida y sustracciones de recursos.	Las autoridades tampoco han mostrados mucho interés en la adquisición de adecuado sistema de gestión financiero.
	43) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	Conflictos entre los usuarios externos y los trabajadores al momento de utilizar los escasos parqueos disponibles.	No contar con la cantidad suficientes de parqueos. No designación de un área exclusiva para los parqueos de los trabajadores y usuarios.
	44) 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.
	45) 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			supervisión que debe realiza. No existe un régimen de consecuencia para el personal que es reincidente de los errores o dejadez.
	46) 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:		
	47) 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.
	48) 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.
	49) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención.	No contar con los recursos necesarios para realizar una adecuada gestión, lo cual afectaría la calidad, seguridad de la atención y satisfacción de los usuarios.	Escasa valorización de los resultados positivos del hospital.
	50) 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 auditoria no realiza revisiones de forma prospectiva. No se aplican sanciones al personal que no realiza de manera adecuada su desempeño técnico.
	Recursos Humanos		
	51) 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. Maltrato al personal. No contar con los recursos económicos para mejorar salarios e incentivos.
	Resultados:		
	52) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.	Desconfianzas y descréditos del hospital. 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:		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	53) 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.
	54) 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.
	55) 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.
	56) 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.
	57) 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.
	58) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911	Trastornos en la logística y procesos asistenciales en el hospital. Sobredemanda del servicio de emergencia y los demás servicios. Insatisfacción de los usuarios. Disminución de la calidad y cuidados de todos los usuarios en el área de emergencia. Conflictos entre los colaboradores, usuarios y familiares. descuento del Hospital	El personal del 911 no cumple con los protocolos y procesos establecidos para el traslado de los usuarios a los hospitales.
	59) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo	Riesgos de incrementar la flora microbiana del hospital, lo que puede incrementar los casos de IAAS. Aumento de los costos de producción. Los indicadores de calidad pueden verse afectados negativamente. Descuento del hospital y mala fama.	No se realiza un adecuado gestión de traslado de estos usuarios al hospital. No existe una normativa que establezca como realizar estos traslados, además de la responsabilidad financiera en la asistencia a estos usuarios.
	60) Pagos parciales o semi-glosas 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 auditoria no realiza revisiones de forma prospectiva. No se aplican sanciones al personal que no realiza de manera adecuada su desempeño técnico.
	61) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo	Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	No se realizan controles y análisis de consumos de este tipo de casos. No se presentan esta situaciones a los financiadores del usuario.
	62) Productos de mala calidad proporcionados por PROMESE-CAL	Riesgos de complicaciones y muertes de los usuarios. Mayor estadía de los usuarios en el hospital. Aumento de los costos de producción del hospital. Perdida de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios. Descuento del hospital.	PROMESE-CAL no posee controles adecuados para verificar la calidad y especificaciones de las concentraciones de los medicamentos de sus proveedores. La obligatoriedad de realizar compras a PROMESE.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS		
	USUARIOS EXTERNO		
	1) Mal funcionamiento de la Unidad prequirúrgica que fue creada para agilizar los procesos de los usuarios que van a cirugía electiva.	Incomodidad para los usuarios. Insatisfacción. Descredito de la Institución.	Escasa supervisión de la gestión de la unidad por parte de los gerentes responsables. Incumplimiento del personal de los procesos y protocolos de la unidad. Incumplimiento de las funciones y responsabilidades del personal de la unidad.
	Área Consulta Externa:		
	2) El 29.4% 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 25.5% 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 nombre de la enfermera, solo es conocido por el 55.9% 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.
	5) El 26.5% 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.
	6) 34.8% considera de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera ser asistido.	Insatisfacción a los usuarios. Incumplimiento de Horario. Incumplimiento de Protocolos y procesos. Perdida de tiempo de los usuarios. Incumplimiento de las metas de producción. Perdida de Recursos. Aumentos de los costos	No se realizan auditoria de procesos y tiempos de ejecución de las actividades. No se analizan las necesidades e insatisfacciones de los usuarios. No se ejecutan los planes de mejorías formulados.
	7) 26.5% responde afirmativamente a la pregunta de si le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir autorización	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal. Errores en las atenciones.	Personal de salud, no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explicita que deben explicarles a los usuarios sobre los cuidados que recibirán durante la asistencia que recibirán en el hospital. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	8) 19.1% considera los servicios sanitarios No cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal.	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	La gerencia de limpieza y supervisores no realizan una adecuada supervisión de la limpieza y dispensación de insumos en los baños.
	9) 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. Perdida de tiempo de los usuarios. Incumplimiento de las metas de producción. Perdida de Recursos. Aumentos de los costos	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No se aplican sanciones al personal reincidente en las faltas a sus desempeño técnico.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	10) 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. Descrédito 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.
	11) 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. Descrédito del Hospital	No se considero en la construcción de la infraestructura. No hay un lugar para adecuarlo para área de espera.
	12) Falta de espacio físico en las salas de espera.	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito 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.
	13) 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. Descrédito 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.
	14) Suspensión de consulta el mismo día por los médicos y sin sustitución	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito 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.
	15) Reprogramación de pacientes por parte de planificación y coordinación de algunos gerentes médicos (congreso, permiso, licencias y vacaciones).	Insatisfacción a los usuarios. Pérdida de tiempo. Desesperación de los usuarios. Conflictos entre el personal y los usuarios externos. Descrédito del hospital.	No se realiza una adecuada programación con un tiempo previo adecuados de los eventos. No se informa de manera oportuna a atención a los usuarios sobre la modificación de la agenda del personal.
	16) No poseemos un plan de contingencia para dar respuesta a la caída de los sistemas de las ARS.	Insatisfacción a los usuarios. Pérdida de tiempo. Desesperación de los usuarios. Conflictos entre el personal y los usuarios externos. Descrédito del hospital.	Las ARS no cuenta con adecuados sistemas tecnológicos y/o de reparado para prevenir la ocurrencia de estas situaciones.
	Área Hospitalización:		
	17) Incoherencia en la información sobre la alimentación de los pacientes (En la mañana una cosa y en la tarde otra)	Complicaciones en el estado de salud de los usuarios. Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	No existe una adecuada logística para la solicitud de los alimentos. No se han realizado esfuerzos para corregir dicha situación.
	18) El 16.4% de los usuarios del área de cirugía y especialidades dijo que no, al preguntarle si dispuso de los insumos necesarios (papel, jabón, servilletas) para su higiene personal.	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	La gerencia de limpieza y supervisores no realizan una adecuada supervisión de la limpieza y dispensación de insumos en los baños. El hospital no cuenta con los recursos para adquirir de manera oportuna los insumos necesarios.
	19) A la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución en el área de Neurocirugía 92.3% de los usuarios respondieron negativamente, en Ortopedia el 42.1% y en cirugía el 82.4%.	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	No se le esta informando de manera adecuada a los usuarios las diversas formas y facilidades que cuenta el hospital para expresar sus quejas e insatisfacciones.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	20) 11.8% de los encuestados de neurocirugía, el 76% de Ortopedia y el 44% de cirugía dicen no conocer el nombre de la enfermera que le atendió	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	Personal de Enfermería no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explícita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario. Escasa Supervisión al Personal operativo.
	21) Al cuestionarlos sobre si conoce el nombre de médico que le atendió, en neurocirugía un 5% contesto negativamente, en cirugía 24% y en ortopedia 40%.	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	Personal Medico, no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explícita que deben mostrar respeto e interés por los usuarios cuando están siendo asistidos. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	22) Solo 53.8% de los usuarios de neurocirugía, 52.9% cirugía y el 42.1% de ortopedia respondió afirmativamente a la pregunta de si se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización.	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 explícita que deben explicarles a los usuarios sobre los cuidados que recibirán durante su estadía en el hospital. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	23) A la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento el 29.4%, 21.1% de ortopedia y 15.4% neurocirugía dijeron que no.	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 explícita que deben hacer participe a los usuarios de sus tratamientos. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	24) El 15.8% de los usuarios de ortopedia se encuentran poco satisfechos con la manera en que el personal del hospital le informó (aclaró) a los usuarios entrevistados alguna duda	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	Personal del hospital, no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explícita que deben manifestar siempre amabilidad al momento de ofrecer las explicaciones a los usuarios. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	Área Emergencia:		
	25) Escasa disponibilidad de equipos modernos y las áreas de Emergencia. (deterioro continuo de los equipos y no sustitución)	Insatisfacción en los usuarios; desventaja frente a la competencia que si ofrece estas facilidades para los usuarios y familiares. Altos costos de la atención. Perdidas de recursos. Descrédito del hospital.	El hospital no cuenta con los recursos económicos para garantizar la compra de equipos modernos. No se ejecuta un Plan adecuado de mantenimiento preventivo. Las autoridades y gerentes no importanizan el mantenimiento preventivo de los equipos y sistemas del hospital.
	26) El 80.9% 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 explícita que lo primero que debe hacer es que se debe presentar al usuario. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	27) El 26.5% 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.
	28) 36.8% 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.
	29) El 29.5% 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 TRIAJE en la emergencia.
	30) El 39.7 % 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.
	31) 42.6% 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.
	32) 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.
	33) El 45.5% esperó desde hora y media a mas de tres horas para ser egresado del área	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	Retraso en la entrega oportuna de laboratorios y estudios de imágenes. No se le informa a los usuarios sobre los tramites y procedimientos que se deben realizar para la realización de los procedimientos en el área.
	34) El 29.2% respondió negativamente a la pregunta de si los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas).	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	La gerencia de limpieza y supervisores no realizan una adecuada supervisión de la limpieza y dispensación de insumos en los baños. El hospital no cuenta con los recursos para adquirir de manera oportuna los insumos necesarios.
	35) El 33.8% respondió negativamente a la pregunta ¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar?	Insatisfacción a los usuarios. Descredito del Hospital	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para garantizar el derecho a la privacidad de los usuarios. Escasa supervisión gerencial en el área. No aplicación de sanciones al personal que viole los derechos de los usuarios.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	36) Actitud poca colaborativa y centrada en el paciente del personal de avanzada del área de emergencia y en la entrada principal.	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	Personal de Enfermería no cumple con el protocolo, ni los procesos asistenciales, ya que esta establecido de manera explícita que deben realizar las gestiones necesarias para asistir oportunamente a los usuarios que llegan al hospital por parte de los auxiliares de avanzada. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes y supervisores del área.
	37) Reducido espacio en el área de emergencia	Insatisfacción a los usuarios. Descrédito del Hospital	No se considero en la construcción de la infraestructura espacios acorde con la demanda y oferta del área de emergencia. Sobre demanda del servicio por parte del sistema 911 de la población.
	38) 14.7% de los encuestados en el área de emergencia dijo que se le ha sido realizado algún padecimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir su autorización.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para garantizar el derecho de los usuarios y cumplimiento de los protocolos asistenciales. Escasa supervisión gerencial en el área. No aplicación de sanciones al personal que viole los derechos de los usuarios.
	39) 23.5% no se le permitió participar en las decisiones sobre tratamiento y/o realización de procedimientos.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para garantizar el derecho de los usuarios y cumplimiento de los protocolos asistenciales. Escasa supervisión gerencial en el área. No aplicación de sanciones al personal que viole los derechos de los usuarios.
	40) 23.6% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de asientos en el área.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se considero en la construcción de la infraestructura espacios acorde con la demanda y oferta del área de emergencia. Sobre demanda del servicio por parte del sistema 911 de la población.
	41) 22.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con el respeto a la privacidad.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para garantizar el derecho a la privacidad de los usuarios. Escasa supervisión gerencial en el área. No aplicación de sanciones al personal que viole los derechos de los usuarios.
	42) 19.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la ubicación de los puntos de atención al usuario en el área de emergencia.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital	No se considero en la construcción de la infraestructura las áreas que le faciliten el acceso a los usuarios, tampoco fue considerados los flujos de desplazamientos operativos de un hospital.
	43) 17.6% de los entrevistados considera no recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	El personal medico en el área de emergencia no realiza adecuadamente las labores para garantizar el derecho de los usuarios y cumplimiento de los protocolos asistenciales. Escasa supervisión gerencial en el área. No aplicación de sanciones al personal que viole los derechos de los usuarios.
	44) 16.2% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con los sonidos o ruidos y la intensidad de estos	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital	El personal en el área de emergencia no sienten ninguna preocupación por la contaminación sónica del área. No se cuenta con suficientes letreros para indicar que en el área se debe guardar silencio.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	USUARIOS INTERNO		
	45) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	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.
	46) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 25%	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.
	47) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 53%.	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.
	48) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 22%.	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.
	49) 36% No tiene identificada área de descanso.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Personal no se siente valorado. Riesgos de incremento de errores en el desempeño del personal. Descredito del Hospital	Las autoridades, gerentes operativos no han importantizado que existan espacios para el personal descansar.
	50) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 15.6%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	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.
	51) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 43.8%	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Las Autoridades no han importantizado 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. El Hospital no cuenta con los recursos necesarios para la compra o dar facilidades para la adquisición de uniformes.
	52) No dispone de facilidades para la educación continuada 15.6%; 17.2% Considera que el Plan no toma en cuenta sus necesidades. 21.9% No conoce la existencia de un Plan de Capacitación.	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 Sub-dirección 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	53) 15.6% No conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	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. Las autoridades no importanizan este tipo de evaluaciones en la institución.
	54) El 44% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Riesgo de llevar gérmenes a otras instituciones y sus hogares, lo cual puede causar infecciones cruzadas y/o infecciones en sus familiares. 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.
	55) El 32.8% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Los Gerentes operativos no realizan análisis de la carga laboral de sus empleados, para detectar y corregir estas inconformidades de su personal operativo.
	56) El 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Las autoridades no identifican y ejecutan detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
	57) El 43.8% refiere no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Las autoridades no identifican y ejecutan detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
	58) El 13.7% están poco satisfechos e insatisfecho con la limpieza de las áreas de trabajo	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	La gerencia de limpieza y supervisores no realizan una adecuada supervisión de la limpieza y dispensación de insumos en los baños. El hospital no cuenta con los recursos para adquirir de manera oportuna los insumos necesarios.
	59) El 15.6% se encuentran de poco satisfechos a insatisfechos con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Las autoridades no identifican y ejecutan detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
	60) El 18.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con relación a la comodidad y ergonomía del mobiliario (silla, otros) utilizado para proteger su salud al realizar su trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital. Mayor nivel de lesiones en el trabajo. Aumento de licencias medicas. Aumento de los costos.	Las autoridades no identifican y ejecutan detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
	61) 28.1% se encuentran de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital. Mayor nivel de riesgos de lesiones en el trabajo. Aumento de licencias medicas. Aumento de los costos.	No se ha realizado un levantamiento de necesidades de colocar las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.
	62) 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.	Violación de la cadena de mando. Conflictos en el personal. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital.	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No se realizan las actividades de inducción del personal, no se entrega los manuales de organización al personal.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	63) 23.4% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital.	Los gerentes no realizan adecuadas evaluaciones de desempeños del personal. NO realizan reuniones con el personal para evaluar el desempeño de las gerencias y servicios y escuchar el parecer del personal operativo.
	64) 23.4% no conoce la existencia de un plan de emergencia/evacuación.	Riesgo de que ocurran mayor cantidad de lesiones y muertes durante una emergencia en el hospital. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital.	Las autoridades no han importanzado el impacto que posee para el personal y los usuarios externo que el hospital cuenta con un plan de emergencia y evacuación durante un desastres. El Plan no se ha socializado con todo el personal. No se realizan simulacro del plan de Evacuación.
	65) 20.3% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar sus pertenencias.	Perdidas de pertenencias del personal. Conflictos entre el personal. Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital.	Las autoridades no identifican y ejecutan detalles y estrategias que motiven a los colaboradores a visualizar que su institución siempre trata de brindarles facilidades, para que se sientan mejor.
	66) La exigencia de un uniforme a los gerentes administrativos igual a los auxiliares.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Descredito del Hospital	Las Autoridades 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. El Hospital no cuenta con los recursos necesarios para la compra o dar facilidades para la adquisición de uniformes.
	Responsabilidad y Control:		
	67) 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.
	68) 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 importanzan 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.
	69) 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.
	70) 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.
	71) 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.
	72) 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. No se aplican sanciones al

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			personal reincidente en las faltas a sus desempeño técnico.
	73) 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.
	74) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital y su personal.	Se contrata personal violando los procesos de entrevista y selección establecidos. Presión del Nivel Político.
	75) Falta de batas para personal médico.	Mala imagen corporativa del hospital. Escasa identificación del personal con su institución. Promoción de otros centros de salud en el hospital.	No se da seguimiento a las necesidades del personal. No se importantiza la imagen corporativa del hospital. Los gerentes no realizan el control establecido sobre las normas que debe cumplir el personal.
	76) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades	Escaso compromiso de los colaboradores. No reciben las informaciones y datos para mejorar el desempeño. Escaso cumplimiento de las normas sobre faltas que están establecidas.	No se aplica régimen de consecuencias.
	78) Falta amabilidad y poca capacidad resolutive de algunas secretarias y/o asistentes de gerencias médicas	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos.	Escasa supervisión de la gestión de la unidad por parte de los gerentes responsables. Incumplimiento del personal de los procesos y protocolos de la unidad. Incumplimiento de la funciones y responsabilidades del personal de la unidad.
	79) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos.	No se toma en cuenta las opiniones de los usuarios. No se identifican con las necesidades de los usuarios.
	80) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED	Mala calidad de la información. Insatisfacción de los usuarios.	No se actualiza el sistema por falta de pago al proveedor.
	81) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre-quirúrgica, violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos.	Personal interno viola los procesos establecidos en el hospital para favorecer usuarios.
	82) Comedor común compartido con usuarios externos	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos.	Comedor compartido para todos los usuarios del hospital.
	83) El 57.6% de las quejas recibidas en atención al usuario hacen referencia a maltrato, falta de amabilidad y cortesía por parte de los colaboradores	Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos.	Escasa supervisión de la gestión de la unidad por parte de los gerentes responsables. Incumplimiento del personal de los procesos y protocolos de la unidad. Incumplimiento de la funciones y responsabilidades del personal de la unidad.
	84) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)	Mala calidad de la información. Insatisfacción de los usuarios.	Escasa supervisión de la gestión de la unidad por parte de los gerentes responsables. Incumplimiento del personal de los procesos y protocolos de la unidad. Incumplimiento de la funciones y responsabilidades del personal de la unidad.
	85) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.	Mala calidad de la información. Insatisfacción de los usuarios.	Escasa supervisión de la gestión de la unidad por parte de los gerentes responsables. Incumplimiento del personal de los procesos y protocolos de la unidad. Incumplimiento de la funciones y responsabilidades del personal de la unidad.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	86) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes	Conflictos entre prestamistas, vendedores y el personal del hospital. Riñas, lesiones físicas, escándalos públicos en el hospital.	Violación de las normativas establecidas en el hospital. Personal de seguridad no realiza un adecuado control y vigilancia.
	87) No existe identificación de la cartera de servicio en cada área del hospital.	Desconocimientos de las ofertas de servicios en la gerencia donde son asistidos. Pérdidas de oportunidades.	No se encuentra publicado en las áreas de espera la cartera de servicios de la unidad asistencial.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Resultados:		
	88) 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:		
	89) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	Pérdida 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.
	90) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.	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.
	91) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	Pérdida 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.
	92) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar	Sobredemanda de los servicios. Tratarnos 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
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. Maltrato al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal.
	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. Maltrato al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se despiden los gerentes con bajo desempeño.
	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.
	4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	Pérdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión. Falta de recursos para prestar los servicios a los usuarios.	No se realiza de manera sistematizada el seguimiento a las cuentas por cobrar. Falta de generación de un informe constante a las principales autoridades del centro sobre la situación relacionada a las cuentas por cobrar. No se realiza una adecuada evaluación por parte de servicio social. Usuarios desconocen que existe la gerencia de servicio social.
	5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura 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. No se realizan reuniones periódicas para evaluar el desempeño de los procesos y los resultados de la satisfacción de los usuarios.
	@ Factores Logística e Información:		
	7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	Mala calidad de información y datos, subregistro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Pérdidas de recursos. Pérdidas de informaciones de los usuarios.	Las autoridades no muestran interés para adquirir adecuado 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. Maltrato al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los procesos establecido para la operatividad del hospital. No se evalúa periódicamente los procesos por parte de los responsables de estos.
	9) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	Desconocimiento de las disposiciones emanadas de los niveles gerenciales superiores. Conflictos.	No se ha definido una política sobre las maneras de empoderar a las

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
		insatisfacción. Problemas de logística y administrativos.	instancias necesaria sobre las informaciones que deben ser divulgadas.
	10) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	Desconocimiento de nivel de cumplimiento de las metas y objetivos de las gerencias que componen las subdirecciones. Perdida de tiempo para tomar medidas para corregir las dificultades encontradas en las gerencias.	Los subdirectores no establecen un programa de rendición de cuenta para que los gerentes que pertenecen a dicha subdirección rindan informes y presenten planes de intervención y medidas para corregir las dificultades presentadas.
	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) 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. Perdida de recursos. Limitación para ofrecer servicios integrales. Insatisfacción de los usuarios. Descredito 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.
	13) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	Subregistro de informaciones. Dificultades para el análisis adecuado de situaciones. Perdida 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.
	14) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.	No se cuenta con informaciones actualizadas. Desconocimiento de informaciones importantes. Perdida de oportunidades. Perdida 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.
	15) No seguimiento por parte de algunas 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 Subdirección de recursos humanos no realizan el control debido sobre los aspectos de la imagen corporativa del hospital.
	16) 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. Perdida de recursos. Descredito 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.
	17) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.	No se aprovecha adecuadamente la tecnología con que cuenta el hospital. Insatisfacción de los usuarios. El hospital no cumple con las normativas NORTIC de la OPTIC. El hospital posee una pobre valoración de la transparencia gubernamental.	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. Las autoridades no importanizan este aspecto tecnológico.
	18) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	19) 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. Pérdida de usuarios. Pérdida 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.
	20) 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 pública no exigen el cumplimiento de la normativa de imagen corporativa que posee el hospital.
	21) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	Bajo desempeño. Insatisfacción de los usuarios. Pérdida de recursos. malos resultados en los indicadores de producción, calidad, eficiencia, desempeño técnico. Mala imagen del hospital. Descredito del hospital.	Existen incapacidad por parte de los subdirectores para supervisar adecuadamente su personal gerencial. No aplican régimen de consecuencia para el personal que no cumple con sus funciones.
	22) Mala logística para negociar con las ARS	Pérdida 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 médico para realizar las negociaciones con las ARS. No toman en cuenta los análisis de costo que se realizan en el hospital.
	23) 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 pública 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.
	24) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.	No se toman adecuadas decisiones en base al análisis de las informaciones. Pérdida de recursos. Mala calidad e inseguridad de la atención. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital.	Los gerentes no cuentan con adecuada formación gerencial que le permita utilizar las informaciones para analizarla y tomar adecuadas decisiones. No se ha importanizado por parte de las autoridades esta función de rendición de cuenta en base a informes estadísticos.
	25) No utilización de facilidades tecnológicas para realizar educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	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. Pérdida de usuarios. Pérdida de recursos.	Las autoridades y gerentes no importanizan y tampoco gestionan este tipo de intervenciones para beneficio del hospital y su personal.
	26) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.	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. Pérdida de usuarios. Pérdida de recursos.	Las autoridades y gerentes no importanizan y tampoco gestionan que se aprovechen esta tecnología para beneficio del hospital y su personal.
	27) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.	No contar con informaciones de calidad y oportuna, lo cual puede repercutir negativamente en las tomas de decisiones para la asistencia de los usuarios y gestión de los servicios. Descredito del hospital. Alto costo de la atención.	Adquisición de un sistema de registro no estaba totalmente desarrollado. Retraso para dar respuestas de la empresa que desarrolla el software.
	28) Uniforme para parte del personal.	Los usuarios no identifican adecuadamente a los colaboradores; mayor inversión económica de los colaboradores para realizar sus labores en el hospital. Baja identificación con la institución. Uso de uniformes de otras instituciones en el hospital. Pobre imagen corporativa del 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.
	29) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan	No contar con informaciones de calidad y oportuna, lo cual puede repercutir negativamente en las tomas de decisiones para la asistencia de los usuarios y gestión de los servicios. Descredito del hospital. Alto costo de la atención.	No se han establecidos los informes necesarios que requieren los gerentes. Los gerentes no importanizan los datos e informaciones necesarios para analizar y tomar decisiones para

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			mantener o mejorar situaciones en sus unidades.
	30) Obsolescencia de equipos de hardware.	Mal funcionamiento de los sistemas. Pérdida de tiempo. Insatisfacción de los usuarios. Descredito de los sistemas. No uso del sistema. Subregistros de informaciones y datos. Violación de controles y procesos.	No se cuenta con un Plan de acción progresivo para ir actualizando los equipos informáticos del hospital.
	31) Finalización de las implementaciones de sistemas clínicos y contratos de mantenimiento, lo que determina luego un pobre desempeño de los sistemas porque el personal de TIC no se empoderan de los sistemas instalados.	Descredito de los sistemas informáticos por parte de los usuarios operativos, lo cual hace que no se utilicen adecuadamente los recursos informáticos. Escasa sostenibilidad en el tiempo y uso de los softwares adquiridos por el hospital. Pérdida de recursos, esfuerzo y tiempo por parte del hospital y su personal. No aprovechamiento adecuado de los softwares.	Pobre desempeño de las funciones del gerente de informática. Poco compromiso del personal operativo de la gerencia. No se realiza evaluación de desempeño del gerente y su personal por parte de la Subdirección de planificación.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Planificación-Control:		
	32) 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. Pérdida 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.
	33) 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 necesarios 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:		
	34) 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.
	35) Sobredemanda 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.
	36) 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.
	37) 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 priorizan las informaciones suministradas por la unidad de costos.
	38) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contra referencia, 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.
	39) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	40) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	Sobre demanda. Riesgo de mala practica en la atención de los usuarios. Descredito 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.
	41) 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.
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 las gerencias.
	2) Subutilización 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. Utilización de áreas productivas (habitaciones) para habilitarlas como oficina, lo cual disminuye la capacidad resolutiva del hospital.	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 y construcción 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.	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.
	6) El acceso Oeste- Este/ Este-Oeste 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			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 desatentos, condiciones climáticas.
	Factores Competitivos:		
	9) Parques 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 imágenes (RX, resonancia, entre otros) falta de actualización de equipos resonancia magnética actualizado, baja calidad de los estudio radiográfico	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.
	12) Poco acceso a tecnología de punta	Disminución de la competitividad del hospital en el mercado. Disminución de la demanda. Descredito del hospital. Pérdida de recursos.	El Hospital nunca ha elaborado un plan de actualización tecnológica. El hospital no cuenta con recursos para renovar su tecnología. El hospital no cuenta con una cuenta especializadas para actualización de sus equipos y sistemas.
	13) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).	No se crea la cultura de cumplimiento de objetivos y metas de planes, protocolos, procesos, eficiencia. Hospital escasamente valorado en el ámbito del Benchmarking.	Las autoridades han descuidado el interés de participar en dicho premio. Deterioro del sistema de gestión implementado en el hospital.
	Disponibilidad de Recursos:		
	14) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas 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.
	15) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	Sobre carga de trabajo. 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	16) 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. Aumento de los costos de 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. No se elabora planes de mantenimientos preventivos.
	17) 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 por parte del hospital. No se cuenta con un Plan de Actualización tecnológica del Hospital.
	18) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	Riesgo de contaminación del medio ambiente. Descredito del hospital.	No se ha realizado una evaluación que determine la factibilidad de poseer de manera individual una planta de tratamiento de desechos.
	Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:		
	19) Presión de Urgencias =40%	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. Sobre carga de trabajo del personal. Desmotivación del personal.	El sistema 911 no cumple con los procesos operativos para identificar la disponibilidad de espacio para asistir los usuarios que estos trasladan al hospital. Muchos usuarios asistidos en emergencia que no son verdaderas emergencias. Escasa conciencia de la población de lo que es una unidad de emergencia hospitalaria.
	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:		
	20) % Cirugías Electivas Suspendidas = 11%	Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada. Baja Producción. Alto costos de producción. Perdidas de recursos.	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) Hospitalización: 68%	Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada. Baja Producción. Alto costos de producción. Perdidas de recursos.	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.
	22) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	23) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	Bajo aprovechamiento de la capacidad instalada. Baja Producción. Alto costos de producción. Perdidas de recursos.	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.
	24) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Perdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	Las autoridades y gerentes no importanizan este tipo de actividad gerencial. No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se le exige al gerente de mantenimiento la formulación de este plan.
	25) Falta de expediente electrónico.	Mala calidad de información y datos, subregistro, 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. Adquisición de software clínicos con pobre desempeño técnico o de respuestas poco oportuna por parte de la empresa proveedora del software.
	26) 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.
	27) 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.
	28) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	Insatisfacción y desmotivación de los colaboradores usuarios. Descréditos del Hospital. Aumento de los gastos de los colaboradores.	Las autoridades no importaniza 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.
	29) El no cumplimiento del horario establecido 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 RR.HH.. Afección del pluriempleo del personal correspondiente. O que exista poca promoción de que se oferta el horario de la tarde.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	30) 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	Barreras de accesos a los servicios. Baja producción. Aumentos de los costos. Escaso desarrollo del hospital. Pérdida 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 más eficientes a las demandas de los servicios ofrecidos. No se aplican sanciones al personal gerencia y operativo.
	31) 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.	Pérdidas 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 establecidos para la operatividad del hospital. No se aplican sanciones al personal gerencia y operativo.
	32) 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. Subutilización de la capacidad instalada. Baja captación de recursos de fuentes privadas de financiamientos.	Las autoridades no han importanzado este tipo de gestiones. No contar con un plan de mercadeo y publicitario del hospital.
	33) 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.	Pérdidas 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.
	34) 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. No se aplican sanciones al personal gerencial y operativo.
	35) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	La mala calidad, la falta de oportunidad y los subregistros 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.	Las autoridades no muestran interés para la adquisición de los softwares que apoyen y hagan la gestión del hospital más eficiente y con mayor nivel de control.
	36) 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.
	37) 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 más común en el hospital. Retraso de entrega de los productos por los proveedores. Procesos administrativos por ley muy largos y lentos para las adquisiciones.
	39+8) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	Las autoridades no muestran interés en este tipo de actividad gerencial para el hospital. No se cuenta con un plan maestro de mantenimiento preventivo. No se ejecuta el Plan de Mantenimiento Preventivo.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	39) 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.
	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.	Sobre especialización de los servicios. 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) 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.
	42) 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.	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 realizados las modificaciones recomendadas en la evaluación de seguridad de la infraestructura del hospital.
	43) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	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.
	Equipos e Infraestructura		
	44) Limitada cantidad 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.
	Capacidad instalada		
	45) 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.
	46) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	Pérdida de recursos. Trastornos en la logística de medicamentos e insumos del hospital. No se sabe con que cuenta el hospital lo que produce que se adquieran productos, medicamentos e insumos que el hospital posee y/o que se agoten las existencias lo cual produce que los usuarios externos duren mayor tiempo hospitalizado y/o que tenga un mayor riesgo de complicaciones y muertes. Alto costo de la atención. Descredito del hospital.	Las autoridades y gerentes no importanizan este tipo de actividad gerencial. Las instituciones externas que deben velar y exigir este tipo de controles de los recursos no realizan sus funciones.
	47) No existe sistema informático específico para triaje	Pobre valoración de la prioridad de asistencia en los usuarios. Riesgos de complicaciones y muertes en sala de espera. Mala calidad de la atención. Descredito del hospital.	No se cuenta con un sistema que permita de manera estructurada realizar de manera adecuada una evaluación adecuada de los usuarios a su llegada a la emergencia. El área de Triage es utilizado para asistir los usuarios.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	Sistemas de Información		
	48) 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 ellos 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.
	49) Cantidad de flotas que están asignadas a personas que no pertenecen a la institución ilimitadas (abiertas) y no.	Uso indebido de los recursos del hospital. Perdida de recursos.	Las autoridades anteriores tenían poco control de los recursos del hospital. Las autoridades anteriores facilitaban este tipo de acciones. Las instituciones externas que deben velar y exigir este tipo de controles de los recursos no realizan sus funciones.
	50) Falta de números telefónicos y cambio de género al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.	Dificultad para contactar usuarios y/o familiares.	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 capacidad técnica. No se aplican sanciones al personal gerencial y operativo por este tipo de comportamiento.
	51) No oportunidad de las informaciones de análisis y control de costos.	Alto costos de la atención. Mala toma de decisiones. Perdida de recursos económicos. El hospital no cuenta con recursos económicos suficientes para garantizar una adecuada gestión y desarrollo.	El personal de la unidad de costo no esta de manera continua en el hospital.
	52) Falta de conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica.	Mala calidad e inseguridad de las atenciones. Escaso control y uso inadecuado de los recursos. No cumplimiento de los protocolos de actuación. Altos costos de las atenciones. Perdidas de recursos.	Las autoridades no importanizan la importancia de la conformación de estos comités.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Factores del Mercado:		
	53) 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.
	54) 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.
	55) 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. 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	56) Debilidad 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.
	57) 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. Pérdida del clima laboral.
	58) 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.
	59) 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.
	60) 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.
	61) El aumento de precio de los productos alimentarios, 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:		
	62) 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:		
	63) 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.
	64) 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.
	65) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	Factores de demanda de los servicios:		
	66) 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.
	67) 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.
	68) Las 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.
	69) 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.
	70) 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.
	71) 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.
	72) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	Pérdidas de recursos económicos. No contar con los recursos necesarios para cumplir con la programación de producción del hospital. Descredito 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.
	73) 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.
	74) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	75) 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 copago, ni exigir el pago a los usuarios que no tienen la posibilidad de pagar por su atención.
	76) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital	Perdidas de recursos. Altos costos de la producción 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 no cumplen con los procesos y normativas de compras establecidas. No funcionamiento del comité de compras. Escaso control de las instituciones externas encargada de supervisar y controlar este tipo de procedimiento gerencial en los hospitales.
	77) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos	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.	Abusos de drogas, alcohol. Incumplimiento de las leyes de tránsito. Sistemas 911 tiene como principal centro de traslado de usuarios al hospital.
	78) Presión mediática con desvinculación del personal	Poseer personal que han incurrido en falta graves. Malas calidad de la atención. Perdida de recursos. Descredito del hospital. Desmotivación del personal.	Presión política. Miedo de las autoridades a tomar decisiones.
Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS		
	Logística:		
	1) 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 auditorias. Descréditos de las autoridades.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad.
	Control:		
	2) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	No contar con los controles necesarios para garantizar el buen uso de los recursos de la institución. No entrega del presupuesto al hospital, determinado por la contraloría general de la republica. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades.	Escasa importancia por parte de las autoridades y gerentes sobre el conocimiento y cumplimiento de las NOBACI.
	3) Múltiples áreas de almacén.	Perdida de recursos. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorias externas. Descréditos de las autoridades.	No contar con un adecuado mecanismo de control de gestión de almacén.
	4) 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.
	5) 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.
	6) Existencia parcial de un 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	7) Facturación previa a la utilización de servicios de servicios ambulatorios que sobrepasa la capacidad de respuesta.	Insatisfacción de los usuarios. Descrédito del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Pérdidas de recursos.	No cumplen con las utilización de las capacidades establecidas. Retraso en el tiempo para iniciar las labores asistenciales.
	Monitoreo y Evaluación:		
	8) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estratégicas (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 las unidades de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos. No cumplimiento de los protocolos de atención. Falta del comité de terapéutica y farmacia del hospital.
	9) 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.
	10) 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.
	11) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.	Pérdida de recursos. No se puede tener un registro contable actualizado de los activos del hospital. No se puede desarrollar un adecuado informe de depreciación de los activos del hospital.	Las autoridades no han valorizado e importanzado el servicio de activos fijos. Tampoco exigen que cuando esta este funcionando realice de manera adecuada sus funciones.
	12) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.	Pérdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Descrédito del hospital. Disminución de la demanda.	Las autoridades no han analizado e importanzado el volumen económico que pueden aportar estas unidades al hospital.
	13) Deficiencia de equipos en el área de imágenes	Pérdida de recursos. Altos costos de producción en la gerencias. No se oferta una atención integral a los usuarios. Insatisfacción de los usuarios. Aumento de la estadías de los usuarios hospitalizados. Retraso de los procedimientos quirúrgicos. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Descrédito del hospital y sus autoridades.	No se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo de los equipos. El hospital no cuenta con recursos económicos.
	14) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico	Mala calidad de la atención. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Aumento de la estadías de los usuarios hospitalizados. Retraso de los procedimientos quirúrgicos. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Descrédito del hospital y sus autoridades.	Laboratorio no cuenta con insumos de calidad y de manera oportuna. Las autoridades anteriores mostraban poco interés en resolver este tipo de situaciones en el laboratorio.
	15) Escaso control de las cuentas por cobrar	Pérdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para pagar los compromisos financieros del hospital. Descrédito del hospital.	No realizan las gestiones necesarias para mejorar el índice de cobro del hospital. Un alto % de los usuarios deudores no cuentan con los recursos necesarios para pagar sus deudas.
	16) No se realizan analisis de costo.	Pérdidas de recursos económicos. Balance negativo a como se produce y como se vende. No contar con los recursos necesarios para pagar los compromisos financieros del hospital. Descrédito del hospital. No poseer informaciones adecuadas para negociar con las ARS.	Las autoridades y gerentes no importanzan esta acción gerencial en el hospital.
	17) Deficiente control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	Pérdida de recursos. No se puede tener un registro contable actualizado de los activos del hospital. No se puede desarrollar un adecuado informe de depreciación de los activos del hospital.	Las autoridades no han valorizado e importanzado el servicio de activos fijos. Tampoco exigen que cuando esta este funcionando realice de manera adecuada sus funciones.
	RIESGOS EXTERNOS		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	Disponibilidad de recursos:		
	18) 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.
	19) 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.
	20) 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.
	21) 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.
	22) 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.
	23) 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.
	24) 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.
	25) Alto costo de combustibles.	Incrementos de los costos de producción. Pérdida 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.
	26) 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. Descrédito 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.
	27) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.	Pérdida 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 acápito de penalización para cobrar el daño ocasionado a la infraestructura, mobiliario y/o sistema del área en cuestión.
	Medio Ambiente:		
	28) 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. Pérdida de recursos. Baja producción.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones.
	29) 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. Descrédito 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	30) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.	Arrabalización del entorno. Mala imagen corporativa del hospital. Disminución de la demanda. Descrédito del hospital.	El hospital no cuenta con un área para facilitar la estadía de manera adecuada, segura y cómoda a los familiares y acompañante de los usuarios que están en el área de hospitalización y emergencias.
	31) Acumulación de basura	Arrabalización del entorno. Mala imagen corporativa del hospital. Disminución de la demanda. Descrédito del hospital.	No se realiza una oportuna limpieza del área. No se facilita zafacones suficientes en las áreas donde están la personas esperando y donde se dispensan alimentos. No se cuenta con anuncios continuos para las personas dispongan de manera adecuada de los desperdicios en las áreas de esperas y donde se expende los alimentos.
	32) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.	Inconformidad de los colaboradores. Conflictos en el hospital. Insatisfacción de los colaboradores. Bajo desempeño.	desconocimiento del MAP de la características y complejidades de la gestión de los recursos humanos en el hospital.
	33) Alquiler/ préstamos de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital.	No existe control ni normas de uso de las instalaciones. No existe normas de responsabilidad para los usuarios de los salones.
	34) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.	Perdidas de recursos económicos. Balance negativo a como se produce y como se vende. No contar con los recursos necesarios para pagar los compromisos financieros del hospital. Descrédito del hospital. No poseer informaciones adecuadas para negociar con las ARS.	Escasa la oferta de capacitaciones en el mercado educacional sobre formación de especialistas de contabilidad de costos hospitalarios.
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) 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.
	2) 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 importanzado por las autoridades el funcionamiento adecuado de la oficina de libre acceso a la información.
	@ Rendición de cuentas:		
	3) 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	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.
	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:		

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	4) 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. Descrédito 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.
	5) No funcionamiento del equipo de esterilización de desechos, para evitar la contaminación del medio ambiente.	Insatisfacción de los usuarios y la comunidad. Descrédito del Hospital. Riesgo de ser sancionado por el Ministerio de Medio ambiente.	Las autoridades anteriores realizaron la inversión del sistema pero no demostraban interés en su uso. Deterioro del equipo. Las instituciones externas encargada de supervisar y fiscalizar el uso de los recursos de los hospitales no hacen su trabajo de manera adecuada.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:		
	6) 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 iniciativas 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.
	7) 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.
	8) 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. Maltrato al personal y usuarios. Pérdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de toda índole.	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
	9) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	Pérdida de recursos. Dificultades para afrontar los compromisos financieros. Descrédito 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.
	10) 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. Descrédito 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.
	11) 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. Descrédito 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS		
	Satisfacción de los usuarios:		
	Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Debilidades).		
	1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	Disminución de usuarios. Descrédito 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. Sobredemanda de los servicios de emergencias por parte del sistema 911. Problema en la logística de los procesos operativos en la gerencia de emergencia.
	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. Descrédito 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:		
	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 necesarias 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) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de 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.
	8) 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.
	9) 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. Insatisfacción de los usuarios.	Falta de recursos económicos para la compra de equipos. Mal uso de los equipos existentes. El personal no cumple con las funciones y responsabilidades del cargo. Pobre supervisan del personal en el área. No aplicación de sanciones al personal gerencial y operativo.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
	10) 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. Descrédito 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.
	11) 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. Descrédito 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.
	12) Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes poco confiables.	Mala calidad de la atención. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Aumento de la estadías de los usuarios hospitalizados. Retraso de los procedimientos quirúrgicos. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Descrédito del hospital y sus autoridades.	Laboratorio no cuenta con insumos de calidad y de manera oportuna. Gerencia de imágenes no cuenta con los equipos necesarios. Las autoridades anteriores mostraban poco interés en resolver este tipo de situaciones en el laboratorio e imágenes. Escasa supervisión de los gerentes de las áreas. No se aplican sanciones al personal gerencia y operativo del área.
	13) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.	Mala calidad de la atención. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Aumento de la estadías de los usuarios hospitalizados. Retraso de los procedimientos quirúrgicos. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Disminución de la demanda. Pérdida de recursos. Altos costos de producción de la atención. Descrédito del hospital y sus autoridades.	No se ha definido nunca un plan de actualización tecnológica del hospital. El hospital no cuenta con los recursos necesarios para la adquisición de las tecnologías. No se cuenta con una cuenta especializada de ahorro de depreciación de los equipos y sistema del hospital, para luego garantizar su adquisición cuando estos estén depreciados.
	14) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos	Escasa información para tomar decisiones adecuadas. No se puede definir planes adecuados de intervención por falta de información.	Los gerentes no analizan las dificultades existente para tomar las decisiones necesarias para corregir las dificultades. Escasa capacidades técnicas de los gerentes.
	15) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	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.	El hospital no cuenta con los recursos necesarios para la adquisición de mas asientos y/o las área son limitadas para colocar mas asientos.
	16) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	Mala comunicación. Pérdida de tiempo. Mala comunicación. Insatisfacción de los usuarios.	No se ha realizado la actualización del sistema de telefonía del hospital. Hospital no cuenta con los recursos para actualizar la plataforma telefónica.
	17) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	Pérdida de recursos. Limitaciones para producir y reproducir la revista.	No se han realizados las gestiones necesarias para buscar instituciones y empresas que faciliten la producción de las revista del hospital.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Difusión de Información:		
	18) 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	Factores de Riesgo	
		Impacto	Probabilidad
			los resultados establecidos en el hospital.
	19) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	Insatisfacción. Descredito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital. No cumplir con los resultados establecidos en el hospital.
	20) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	Descredito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. 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:		
	21) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital	Perdida de recursos. Descredito del personal y el hospital.	No contar y/o no cumplir con los protocolos y/o procesos de actuación. Escasa supervisión de los gerentes sobre las actuaciones de su personal operativo.
	22) Ausencia de 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 por parte de las autoridades del hospital.
	23) Alto índice de criminalidad en la zona	Riesgo de asaltos y agresiones a los colaboradores y usuarios externos. Disminución de las demanda de los servicios. Perdida de recursos. Descredito del hospital.	Las autoridades policiales encargado de vigilar y controlar los delincuentes no realizan de manera efectiva su trabajo.

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

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

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	RIESGOS INTERNOS					
	Factores de Gobierno y Legales:					
	1) Desconocimiento del personal de salud de la Ley General de Salud (LGS) y Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (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 RR.HH..	2	2	4	2	Medio
	3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud.	2	2	4	2	Medio
	4) Falta de actualización de los contratos con las ARS	2	2	4	2	Medio
	0					
	Recursos Humanos:					
	5) Asignación de algún personal sin conocimientos técnicos en algunas áreas.	3	2	6	3	Alto
	6) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	2	2	4	2	Medio
	7) 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
	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
	10) El personal requiere conocer los cambios en las leyes, normativas, reglamentaciones y disposiciones que se están generando en el sector salud.	2	2	4	2	Medio
	11) Falta de seguimiento a evaluación periódica de desempeño técnico del personal.	3	3	9	3	Alto
	12) Falta de seguimiento al Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	3	3	9	3	Alto
	13) Falta de identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	14) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.	1	1	1	1	Bajo
	Educación Continua y Capacitación:					

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	15) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	2	3	6	3	Alto
	16) No se aprovechan los servicios de capacitación del Instituto Nacional de Administración Pública (ANA), INFOTEP, otras instituciones.	2	2	4	2	Medio
	Logística de Medicamentos e Insumos					
	17) Adquisición de algunos insumos y materiales de mala calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias	3	3	9	3	Alto
	18) Falta un sistema de control en la devolución de los medicamentos.	3	3	9	3	Alto
	Estandarización y Seguridad:					
	19) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de subregistros y mala interpretación de los datos.	3	3	9	3	Alto
	20) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes	2	2	4	2	Medio
	21) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
	22) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
	23) 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
	24) 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
	25) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.	3	3	9	3	Alto
	26) Larga lista de espera para consultas y cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas	3	3	9	3	Alto
	27) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.	2	2	4	2	Medio
	28) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.	2	2	4	2	Medio
	29) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.	3	3	9	3	Alto
	30) No existe Comité de discusión evitabilidad Mortalidad.	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	31) Manejo inadecuado de los desechos hospitalarios, no se realiza la clasificación adecuadamente y manejo en el área de deposito.	3	3	9	3	Alto
	32) Falta de actualización de los protocolos existentes	3	3	9	3	Alto
	33) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	2	2	4	2	Medio
	Análisis y Tomas de Decisiones:					
	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de algunos médicos en el sistema del área de consulta	3	3	9	3	Alto
	35) Asignación de diferentes números de récord a un mismo paciente.	3	3	9	3	Alto
	36) Personal de enfermería (auxiliares de transporte) poseen escasa capacitación sobre traslado de paciente.	3	3	9	3	Alto
	37) Ausencia en las áreas quirúrgicas de los registros de las cirugías y procedimientos en formato digital (puede ser en Excel)	2	2	4	2	Medio
	38) Aumento tasa de Infecciones Intrahospitalaria en las UCIs	3	3	9	3	Alto
	Monitoreo y Evaluación:					
	39) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	3	3	9	3	Alto
	40) Ejecución parcial del plan de capacitación	2	2	4	2	Medio
	41) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.	3	3	9	3	Alto
	42) Ausencia del software de gestión financiera.	2	2	4	2	Medio
	43) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	1	1	1	1	Bajo
	44) Inadecuado seguimiento al manejo de los desechos hospitalarios.	3	3	9	3	Alto
	45) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoría	3	3	9	3	Alto
	46) Alto índice de infección en UCI.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Factores de Gobierno y Legales:					
	47) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	3	2	6	3	Alto
	48) Volver a centralizar la gestión del hospital.	3	1	3	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	49) 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
	50) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	3	3	9	3	Alto
	Recursos Humanos					
	51) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	3	1	3	2	Medio
	Resultados:					
	52) 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:					
	53) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	3	1	3	2	Medio
	54) 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
	55) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.	3	1	3	2	Medio
	56) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	2	2	4	2	Medio
	57) Ilíquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.	3	2	6	3	Alto
	58) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911	3	3	9	3	Alto
	59) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo	3	3	9	3	Alto
	60) Pagos parciales o semi-glosas de las ARS	3	3	9	3	Alto
	61) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo	3	3	9	3	Alto
	62) Productos de mala calidad proporcionados por PROMESE-CAL	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS					
	USUARIOS EXTERNO					
	1) Mal funcionamiento de la Unidad prequirúrgica que fue creada para agilizar los procesos de los usuarios que van a cirugía electiva.	3	3	9	3	Alto
	Área Consulta Externa:					
	2) El 29.4% NO conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
	3) El 25.5% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	3	2	6	3	Alto
	4) El nombre de la enfermera, solo es conocido por el 55.9% de los entrevistados.	1	2	2	1	Bajo
	5) El 26.5% NO reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades.	2	2	4	2	Medio
	6) 34.8% considera de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera ser asistido.	2	2	4	2	Medio
	7) 26.5% responde afirmativamente a la pregunta de si le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir autorización	3	3	9	3	Alto
	8) 19.1% considera los servicios sanitarios No cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal.	3	3	9	3	Alto
	9) Falta de supervisión de parte de algunos gerentes médicos en el área de consulta	2	3	6	3	Alto
	10) Incumplimiento de algunas personas del horario de atención en consulta por el personal asistencial	2	2	4	2	Medio
	11) 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
	12) Falta de espacio físico en las salas de espera.	2	2	4	2	Medio
	13) Algunos médicos no están realizando las citas subsecuentes a los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	14) Suspensión de consulta el mismo día por los médicos y sin sustitución	3	3	9	3	Alto
	15) Reprogramación de pacientes por parte de planificación y coordinación de algunos gerentes médicos (congreso, permiso, licencias y vacaciones).	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	16) No poseemos un plan de contingencia para dar respuesta a la caída de los sistemas de las ARS.	3	3	9	3	Alto
	Área Hospitalización:					
	17) Incoherencia en la información sobre la alimentación de los pacientes (En la mañana una cosa y en la tarde otra)	3	3	9	3	Alto
	18) El 16.4% de los usuarios del área de cirugía y especialidades dijo que no, al preguntarle si dispuso de los insumos necesarios (papel, jabón, servilletas) para su higiene personal.	3	2	6	3	Alto
	19) A la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución en el área de Neurocirugía 92.3% de los usuarios respondieron negativamente, en Ortopedia el 42.1% y en cirugía el 82.4%.	2	2	4	2	Medio
	20) 11.8% de los encuestados de neurocirugía, el 76% de Ortopedia y el 44% de cirugía dicen no conocer el nombre de la enfermera que le atendió	2	2	4	2	Medio
	21) Al cuestionarlos sobre si conoce el nombre de médico que le atendió, en neurocirugía un 5% contesto negativamente, en cirugía 24% y en ortopedia 40%.	1	2	2	1	Bajo
	22) Solo 53.8% de los usuarios de neurocirugía, 52.9% cirugía y el 42.1% de ortopedia respondió afirmativamente a la pregunta de si se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización.	2	2	4	2	Medio
	23) A la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento el 29.4%, 21.1% de ortopedia y 15.4% neurocirugía dijeron que no.	2	2	4	2	Medio
	24) El 15.8% de los usuarios de ortopedia se encuentran poco satisfechos con la manera en que el personal del hospital le informó (aclaró) a los usuarios entrevistados alguna duda	3	2	6	3	Alto
	Área Emergencia:					
	25) Escasa disponibilidad de equipos modernos y las áreas de Emergencia. (deterioro continuo de los equipos y no sustitución)	2	3			
	26) El 80.9% NO conoce el nombre de la enfermera que le atendió.	3	2	6	3	Alto
	27) El 26.5% NO conoce el nombre del médico que le atendió	2	2	4	2	Medio
	28) 36.8% considera que se deben mejorar las facilidades para conseguir citas	2	1	2	1	Bajo

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	29) El 29.5% considera demasiado el tiempo de espera para recibir atención.	3	2	6	3	Alto
	30) El 39.7 % considera de demasiado a exagerado el tiempo de espera para cirugía.	2	2	4	2	Medio
	31) 42.6% 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
	32) Ausencia de personal para realizar cita los fines de semana y días feriados.	2	2	4	2	Medio
	33) El 45.5% esperó desde hora y media a mas de tres horas para ser egresado del área	2	2	4	2	Medio
	34) El 29.2% respondió negativamente a la pregunta de si los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas).	3	3	9	3	Alto
	35) El 33.8% respondió negativamente a la pregunta ¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar?	3	3	9	3	Alto
	36) Actitud poca colaborativa y centrada en el paciente del personal de avanzada del área de emergencia y en la entrada principal.	3	3	9	3	Alto
	37) Reducido espacio en el área de emergencia	2	2	4	2	Medio
	38) 14.7% de los encuestados en el área de emergencia dijo que se le ha sido realizado algún padecimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir su autorización.	2	2	4	2	Medio
	39) 23.5% no se le permitió participar en las decisiones sobre tratamiento y/o realización de procedimientos.	3	3	9	3	Alto
	40) 23.6% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de asientos en el área.	2	2	4	2	Medio
	41) 22.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con el respeto a la privacidad.	3	3	9	3	Alto
	42) 19.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la ubicación de los puntos de atención al usuario en el área de emergencia.	2	2	4	2	Medio
	43) 17.6% de los entrevistados considera no recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.	3	3	9	3	Alto
	44) 16.2% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con los sonidos o ruidos y la intensidad de estos	2	2	4	2	Medio
	USUARIOS INTERNO					
	45) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	2	2	4	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	46) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 25%	2	1	2	1	Bajo
	47) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 53%.	2	1	2	1	Bajo
	48) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 22%.	3	2	6	3	Alto
	49) 36% No tiene identificada área de descanso.	3	2	6	3	Alto
	50) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 15.6%	3	2	6	3	Alto
	51) No dispone de vestuarios para realizar labores en la institución 43.8%	2	2	4	2	Medio
	52) No dispone de facilidades para la educación continuada 15.6%; 17.2% Considera que el Plan no toma en cuenta sus necesidades. 21.9% No conoce la existencia de un Plan de Capacitación.	2	2	4	2	Medio
	53) 15.6% No conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	3	2	6	3	Alto
	54) El 44% no cuenta con facilidades para la adquisición o lavado del vestuario.	2	2	4	2	Medio
	55) El 32.8% considera que la carga de trabajo en su área no está distribuida equitativamente (bien repartida)	3	3	9	3	Alto
	56) El 22.9% No cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo	2	2	4	2	Medio
	57) El 43.8% refiere no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo	2	2	4	2	Medio
	58) El 13.7% están poco satisfechos e insatisfecho con la limpieza de las áreas de trabajo	3	3	9	3	Alto
	59) El 15.6% se encuentran de poco satisfechos a insatisfechos con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena	2	2	4	2	Medio
	60) El 18.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con relación a la comodidad y ergonomía del mobiliario (silla, otros) utilizado para proteger su salud al realizar su trabajo.	2	2	4	2	Medio
	61) 28.1% se encuentran de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.	3	3	9	3	Alto
	62) 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.	2	2	4	2	Medio
	63) 23.4% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes.	2	2	4	2	Medio
	64) 23.4% no conoce la existencia de un plan de emergencia/evacuación.	3	3	9	3	Alto
	65) 20.3% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar sus pertenencias.	2	2	4	2	Medio
	66) La exigencia de un uniforme a los gerentes administrativos igual a los auxiliares.	3	3	9	3	Alto
	Responsabilidad y Control:					
	67) 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
	68) Falta de Telecable en TVs de las salas de esperas.	2	2	4	2	Medio
	69) 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

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	70) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.	2	2	4	2	Medio
	71) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	2	2	4	2	Medio
	72) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.	3	2	6	3	Alto
	73) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	2	4	2	Medio
	74) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.	3	3	9	3	Alto
	75) Falta de batas para personal médico.	2	2	4	2	Medio
	76) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades	3	3	9	3	Alto
	78) Falta amabilidad y poca capacidad resolutoria de algunas secretarías y/o asistentes de gerencias médicas	2	2	4	2	Medio
	79) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).	2	2	4	2	Medio
	80) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED	3	3	9	3	Alto
	81) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre- quirúrgica, violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes	3	3	9	3	Alto
	82) Comedor común compartido con usuarios externos	2	2	4	2	Medio
	83) El 57.6% de las quejas recibidas en atención al usuario hacen referencia a maltrato, falta de amabilidad y cortesía por parte de los colaboradores	3	3	9	3	Alto
	84) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)	3	3	9	3	Alto
	85) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.	3	3	9	3	Alto
	86) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes	3	3	9	3	Alto
	87) No existe identificación de la cartera de servicio en cada área del hospital.	2	2	4	2	Medio
	RIESGOS EXTERNOS					
	Resultados:					
	88) 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:					
	89) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	2	2	4	2	Medio
	90) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.	3	2	6	3	Alto
	91) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	2	2	4	2	Medio
	92) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar	3	2	6	3	Alto
	0					

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
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 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 subdirecciones correspondientes.	3	2	6	3	Alto
	11) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	3	2	6	3	Alto
	12) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias para el cumplimiento de las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	3	3	9	3	Alto
	13) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	3	2	6	3	Alto
	14) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.	2	2	4	2	Medio
	15) No seguimiento por parte de algunas gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.	3	3	9	3	Alto
	16) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	2	2	4	2	Medio
	17) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.	2	2	4	2	Medio
	18) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	2	2	4	2	Medio
	19) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	3	2	6	3	Alto
	20) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	2	2	4	2	Medio
	21) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	3	9	3	Alto
	22) Mala logística para negociar con las ARS	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	23) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	2	3	6	3	Alto
	24) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.	3	3	9	3	Alto
	25) No utilización de facilidades tecnológicas para realizar educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	2	2	4	2	Medio
	26) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.	2	2	4	2	Medio
	27) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.	2	3	6	3	Alto
	28) Uniforme para parte del personal.	2	2	4	2	Medio
	29) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan	3	3	9	3	Alto
	30) Obsolescencia de equipos de hardware.	3	3	9	3	Alto
	31) Finalización de las implementaciones de sistemas clínicos y contratos de mantenimiento, lo que determina luego un pobre desempeño de los sistemas porque el personal de TIC no se empoderan de los sistemas instalados.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Planificación-Control:					
	32) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.	2	2	4	2	Medio
	33) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	2	2	4	2	Medio
	Factores Logística e Información:					
	34) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	2	1	2	1	Bajo
	35) Sobredemanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	2	2	4	2	Medio
	36) Campaña de descrédito del hospital.	3	2	6	3	Alto
	37) 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
	38) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	3	3	9	3	Alto
	39) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.	3	3	9	3	Alto
	40) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	3	3	9	3	Alto
	41) 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

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	RIESGOS INTERNOS					
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) Subutilización 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.	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/ Este-Oeste 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) Parques 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 imágenes (RX, resonancia, entre otros) falta de actualización de equipos resonancia magnética actualizado, baja calidad de los estudio radiográfico	3	3	9	3	Alto
	12) Poco acceso a tecnología de punta	2	2	4	2	Medio
	13) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).	2	2	4	2	Medio
	Disponibilidad de Recursos:					
	14) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas para realizar su trabajo	3	2	6	3	Alto
	15) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	3	2	6	3	Alto
	16) 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
	17) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	2	2	4	2	Medio
	18) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	2	2	4	2	Medio
	Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:					
	19) Presión de Urgencias =40%	3	2	6	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:					
	20) % Cirugías Electivas Suspendidas = 11%	2	2	4	2	Medio
	21) Hospitalización: 68%	3	2	6	3	Alto
	22) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	3	3	9	3	Alto
	23) Alto % de cirugías electivas suspendidas.	2	2	4	2	Medio
	24) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	3	2	6	3	Alto
	25) Falta de expediente electrónico.	3	2	6	3	Alto
	26) La subutilización de los quirófanos existentes.	3	3	9	3	Alto
	27) No habilitación de manera adecuada de las habitaciones (tv. Closet, etc.)	3	2	6	3	Alto
	28) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	3	3	9	3	Alto
	29) El no cumplimiento del horario establecido de consulta.	2	3	6	3	Alto
	30) 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
	31) 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
	32) 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
	33) 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
	34) Bajo cumplimiento de algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones.	3	3	9	3	Alto
	35) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	3	3	9	3	Alto
	36) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	3	3	9	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	37) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	2	2	4	2	Medio
	39+8) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	3	3	9	3	Alto
	39) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	2	2	4	2	Medio
	40) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	2	2	4	2	Medio
	41) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	3	3	9	3	Alto
	42) 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.	3	3	9	3	Alto
	43) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	3	3	9	3	Alto
	Equipos e Infraestructura					
	44) Limitada cantidad de parqueo.	2	3	6	3	Alto
	Capacidad instalada					
	45) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	3	3	9	3	Alto
	46) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	2	2	4	2	Medio
	47) No existe sistema informático específico para triage	3	3	9	3	Alto
	Sistemas de Información					
	48) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	3	3	9	3	Alto
	49) Cantidad de flotas que están asignadas a personas que no pertenecen a la institución ilimitadas (abiertas) y no.	3	3	9	3	Alto
	50) Falta de números telefónicos y cambio de género al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.	3	3	9	3	Alto
	51) No oportunidad de las informaciones de análisis y control de costos.	3	3	9	3	Alto
	52) Falta de conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Factores del Mercado:					
	53) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.	3	2	6	3	Alto
	54) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	2	6	3	Alto
	55) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	3	2	6	3	Alto
	56) Debilidad de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	57) Inseguridad ciudadana del sector.	2	2	4	2	Medio
	58) Inestabilidad económica	2	2	4	2	Medio
	59) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.	1	1	1	1	Bajo
	60) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	2	2	4	2	Medio
	61) El aumento de precio de los productos alimentarios, medicamentos e insumos.	2	2	4	2	Medio
	Factores Competitivos:					
	62) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	2	1	2	1	Bajo
	Factores Medioambientales:					
	63) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	2	2	4	2	Medio
	64) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	2	4	2	Medio
	65) 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
	Factores de demanda de los servicios:					
	66) 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
	67) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.	3	2	6	3	Alto
	68) Las 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
	69) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	3	3	9	3	Alto
	70) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	3	2	6	3	Alto
	71) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	3	2	6	3	Alto
	72) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	2	2	4	2	Medio
	73) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.	3	3	9	3	Alto
	74) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	3	3	9	3	Alto
	75) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.	2	2	4	2	Medio
	76) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital	3	3	9	3	Alto
	77) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos	2	2	4	2	Medio
	78) Presión mediática con desvinculación del personal	2	2	4	2	Medio

Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	RIESGOS INTERNOS					
	Logística:					
	1) Ausencia de un software financiero.	2	2	4	2	Medio
	Control:					
	2) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	3	2	6	3	Alto
	3) Múltiples áreas de almacén.	3	2	6	3	Alto
	4) Escaso control de costo de los procedimientos	3	3	9	3	Alto
	5) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	3	9	3	Alto
	6) Existencia parcial de un plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	3	3	9	3	Alto
	7) Facturación previa a la utilización de servicios de servicios ambulatorios que sobrepasa la capacidad de respuesta.	2	2	4	2	Medio
	Monitoreo y Evaluación:					
	8) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	3	2	6	3	Alto
	9) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
	10) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	3	3	9	3	Alto
	11) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.	3	3	9	3	Alto
	12) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.	3	3	9	3	Alto
	13) Deficiencia de equipos en el área de imágenes	3	3	9	3	Alto
	14) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico	3	3	9	3	Alto
	15) Escaso control de las cuentas por cobrar	3	3	9	3	Alto
	16) No se realizan analisis de costo.	3	3	9	3	Alto
	17) Deficiente control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Disponibilidad de recursos:					
	18) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	3	2	6	3	Alto
	19) Retraso en el pago de las ARS's.	3	2	6	3	Alto
	20) Crisis financiera internacional y nacional.	2	2	4	2	Medio
	21) Aumento de la prima del dólar.	2	2	4	2	Medio
	22) Congelamiento de cuenta del Hospital.	2	2	4	2	Medio
	23) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.	3	2	6	3	Alto
	24) Devaluación del peso.	2	2	4	2	Medio
	25) Alto costo de combustibles.	2	2	4	2	Medio
	26) Limitados créditos en el mercado para el hospital.	3	2	6	3	Alto
	27) Deterioro de los salones cuando se rentan a otras instituciones.	2	2	4	2	Medio
	Medio Ambiente:					
	28) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	2	2	4	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	29) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	3	9	3	Alto
	30) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.	2	2	4	2	Medio
	31) Acumulación de basura	3	3	9	3	Alto
	32) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.	2	2	4	2	Medio
	33) Alquiler/ préstamos de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	2	2	4	2	Medio
	34) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.	2	2	4	2	Medio
	0					
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) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	3	2	6	3	Alto
	2) La Oficina de Libre Acceso a la Información no está funcionando completamente	3	3	9	3	Alto
	@ Rendición de cuentas:					
	3) 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:					
	4) 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
	5) No funcionamiento del equipo de esterilización de desechos, para evitar la contaminación del medio ambiente.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:					
	6) 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
	7) 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
	8) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	2	2	4	2	Medio
	9) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	3	3	9	3	Alto
	10) 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
	11) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	2	2	4	2	Medio

Objetivos (Metas)	Riesgos	Evaluación del Riesgo				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS					
	Satisfacción de los usuarios:					
	Ver 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) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de informática.	3	3	9	3	Alto
	8) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	2	2	4	2	Medio
	9) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	3	3	9	3	Alto
	10) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	2	2	4	2	Medio
	11) 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
	12) Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes poco confiables.	3	3	9	3	Alto
	13) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	14) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos	3	3	9	3	Alto
	15) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	2	2	4	2	Medio
	16) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	3	3	9	3	Alto
	17) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	2	2	4	2	Medio
	RIESGOS EXTERNOS					
	Difusión de Información:					
	18) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	3	2	6	3	Alto
	19) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	3	3	9	3	Alto
	20) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	2	2	4	2	Medio
	Aspectos Legales:					
	21) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital.	3	2	6	3	Alto
	22) Ausencia de semáforo frente al Hospital	3	3	9	3	Alto
	23) Alto índice de criminalidad en la zona	3	2	6	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 2019.

Objetivos Específico	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)			
Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos	RIESGOS INTERNOS										
	Factores de Gobierno y Legales:										
	1) Desconocimiento del personal de salud de la Ley General de Salud (LGS) y Ley que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (LSS).	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochures, talleres). Aprovisionar de ejemplares de la LGS y LSS a los RR.HH. 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 RR.HH..	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochures, talleres). Aprovisionar de ejemplares de la Ley 41-08 a los RR.HH. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de la ley.	Unidad Asesoría Legal				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Ley en pagina Web.	
	3) Desconocimiento del decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RR.HH. del Sistema Nacional de Salud.	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochures, talleres). Aprovisionar de ejemplares del Decreto a los	Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría Legal Sub- Dirección Gestión				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Decreto en pagina Web.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				RR.HH.. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica del Decreto	Recursos Humanos Gerencia Educación Continua Gerencia Tecnología de la información.						
	4) Falta de actualización de los contratos con las ARS	2	Medio	Realizar análisis con los gerentes de los tarifarios actuales del hospital. Establecer propuesta para discutir con los representantes de las ARS. Realizar contactos con las ARS que están contratadas con el hospital. Realizar reunión y realizar el planteamiento de la revisión de los tarifarios de los servicios que le ofrece el hospital a esta. Definir comisiones para realizar el análisis de los tarifarios. Realizar análisis y propuesta. Presentar informe. Tomar decisiones por parte de los gerentes de las instituciones.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Unidad de costos. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Convocatoria a los gerentes. Informe de los gerentes. Comunicación ARS. Informe reunión con ARS. Informe de decisiones tomadas	% de tarifarios ARS revisados y actualizados.	
	0										
	Recursos Humanos:										

Objetivos Específico	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)			
	5) 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	% de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo.	
	6) 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. Realizar la inversión. Definir la escala salarial del Hospital. Cumplir con la escala salarial.	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	
	7) 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.				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.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
					Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.						
	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. Valoración Propuesta. Selección propuesta. Contratación Software. Configuración e implementación del Software. Uso adecuado del Software.	Dirección General. Recursos Humanos. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia Tecnología información				Comunicación solicitud presentación software. Informe de evaluación. Orden de compra.		
	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.	
	10) El personal requiere conocer los cambios en las leyes, normativas, reglamentaciones y disposiciones que se	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochures, talleres).	Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leves	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	están generando en el sector salud.			Aprovisionar de ejemplares de la LGS y LSS a los RR.HH. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital la versión electrónica de ambas leyes.	Legal Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos Gerencia Educación Continua Gerencia Tecnología de la información.					Entregadas. Leyes en pagina Web.	
	11) Falta de seguimiento a evaluación periódica de desempeño técnico del personal.	3	Alto	Retomar el Instrumento de evaluación de desempeño que se inicio en el hospital. Realizar la capacitación al personal para realizar las evaluaciones. Realizar las evaluaciones. Presentar informe de evaluación. Implementar plan de mejora para el personal con dificultad en el desempeño.	Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos Gerencia Educación Continua Sub-Dirección de Planificación. Gerencias				Comunicación presentación instrumento. Informe de participantes en el encuentro. Informe de evaluación. Plan de intervención para el personal.	% de desempeño general del personal.	
	12) Falta de seguimiento al Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	3	Alto	Conformar el Comité de licencias laborales. Estructura una matriz para recolectar las informaciones de las acciones de personal. Analizar las informaciones de acciones de personal. Definir planes de intervención cuando algún indicador esta fuera de lo normal.	Dirección General. Sub-Dirección Recursos Humanos. Sub-Dirección de Planificación.	Se realiza parcialmente. Se analizan las licencias y vacaciones.			Comunicación informando sobre la conformación del comité de licencias laborales. Acta informe del comité. Matriz de registro de acciones de personal. Informe de análisis de los indicadores de acciones de personal. Planes de intervención.	Comité licencias laborales conformado.	

Objetivos Específico	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)			
									Informe ejecución planes intervención.		
	13) Falta de identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	2	Medio	Realizar encuentros de Sensibilización a los médicos y enfermería sobre la importancia de hablar y escuchar a los pacientes y familiares. Aplicar sanciones al personal que maltrate a los usuarios y/o familiares y/o mejorar el nivel de supervisión de los gerentes, subdirectores y supervisores del personal.	Subdirección Medica. Gerencias clínicas - quirúrgica y enfermería.				Informe de actividades de sensibilización realizada. Informe de sanciones aplicadas.	% de usuarios satisfechos con el trato recibido por los médicos y enfermeras	
	14) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.	1	Bajo	Coordinar encuentro con las autoridades de IDECOOP, para solicitar apoyo para la reactivación y/o reorganización de la cooperativa y el diseño de un plan para elegir la directiva y realizar encuentro de promoción y sensibilización del personal para que participe en la cooperativa.	Personal interesado				Comunicación solicitando encuentro con las autoridades de IDECOOP	Directiva conformada. Listado participantes encuentro de sensibilización.	
	Educación Continua y Capacitación:										

Objetivos Específico	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)
	15) 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	
	16) No se aprovechan los servicios de capacitación del Instituto Nacional de Administración Pública (ANA), INFOTEP, otras instituciones.	2	Medio	Con el plan de capacitación y educación continua del hospital y la oferta de cursos y capacitaciones que poseen estas instituciones, realizar solicitud y cotización para cubrir parte del programa de capacitación y educación continuada del hospital. evaluar propuestas. contratar los servicios. realizar las capacitaciones. evaluar impacto de las formaciones recibidas.	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia Educación y Capacitación Continua. Sub- Dirección Académica. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				Plan de capacitación y educación continua del hospital. Comunicación solicitando cursos. Informe de los cursos realizados.	% cumplimiento Plan capacitación y educación continua del periodo.	
	Logística de Medicamentos e Insumos										
	17) Adquisición de algunos insumos y materiales de mala calidad de productos	3	Alto	Definir las características técnicas de los insumos y materiales que se	Gerencia de compras. Gerentes. Comité de Compras				Manual de Especificaciones técnicas de los principales productos	% de productos que cumplen con las especificaciones técnicas	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
	solicitados por las diferentes gerencias			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.					adquiridos por el hospital. Listado de proveedores certificados por el Hospital. Informes del comité de compras.	establecidas. % de compras que cumplen con el proceso administrativo de compras.	
	18) Falta un sistema de control en la devolución de los medicamentos.	3	Alto	Cumplir con los procesos administrativos y asistenciales establecidos. Mejorar el nivel de supervisión del personal operativo. Aplicar sanciones al personal que incumpla con las normativas y procesos establecidos.	Subdirección Medica. Gerencias clínicas - quirúrgica y enfermería. Gerencia de farmacia. Gerencia de Facturación.				Informe de cumplimiento de los procesos ligado a las dispensación y aplicación de medicamentos. Informe de sanciones aplicadas.		
	Estandarización y Seguridad:										
	19) Ausencia de sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información financiera, que garantice la ocurrencia mínima de subregistros y mala interpretación de los datos.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS 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	
	20) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes	2	Medio	Evaluar la posibilidad de reparación de la ambulancia que	Director General. Subdirector Financiero.				Informe de evaluación de la ambulancia actual. Informe	Índice de Actividades Realizadas	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				posee el hospital. Realizar análisis de disponibilidad para la adquisición de una ambulancia.	Subdirector Medico.				de disponibilidad económica.		
	21) 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. Adquirir e implementar software de gestión de mantenimiento preventivo para facilitar la formulación y ejecución del Plan.	Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Gerentes de las Diversas Gerencias del Hospital.				Plan de Mantenimiento Formulado. Cotización del software. Informe de implementación.	Índice de cumplimiento de las actividades programadas.	
	22) 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.	Subdirección 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.	
	23) 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.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones.	

Objetivos Específico	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)			
				Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. Instalar los equipos.	Mantenimiento. Gerencia de Compras.						
	24) 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.				Informe Lista de necesidades de Licencias. Ordenes de compras.	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones de Licencias.	
	25) Esterilizador de desechos biomédicos no se está utilizando de manera sistemática.	3	Alto	Reparar equipo. Iniciar la utilización del equipo.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Limpieza.				Equipo en Funcionamiento.	Equipo Utilizándose	
	26) Larga lista de espera para consultas y cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas	3	Alto	Realizar análisis de las situaciones que determinan que la ocurrencia de las largas listas de espera. Formular un plan de intervención. Ejecutar Plan. Realizar informe de avances e impactos del Plan.	Subdirección Medica. Gerente servicios clínicos quirúrgicos.				Informe de análisis. Documento del Plan. Informe de ejecución e impactos logrados	% disminución lista de espera para consulta y cirugías electivas.	

Objetivos Específico	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)
	27) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.	2	Medio	Evaluar la posibilidad de adquirir un sistema de gestión clínica. Definir las características técnicas de dicho sistema. Conocer las ofertas del mercado. Valorar propuestas. Seleccionar producto. Configurar sistema. Capacitar personal. Poner en funcionamiento el sistema.	Dirección General. Subdirector Medico: Gerente Tecnología de la información.				Informe de posibilidad de adquisición de software. Documento características técnicas del software. Informe de propuesta recibidas. Informe de avance de la implementación.	Poseer un adecuado sistema de gestión clínica.	
	28) 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.	
	29) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.	3	Alto	Realizar una evaluación, revisión y actualización y/o creación de los protocolos. Capacitar el personal en la aplicación y cumplimiento de los protocolos. Mejorar el nivel de supervisión de los gerentes y supervisores. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con lo establecido en los protocolos.	Subdirección Planificación. Subdirección medica. Gerentes Clínicos quirúrgicos, Enfermería, Farmacia, laboratorio, imágenes.				Comunicación explicando metodología de revisión protocolos. Informe capacitación. Informe evaluación cumplimiento protocolos.	% cumplimiento general de los protocolos de actuación.	
	30) No existe Comité de discusión evitabilidad Mortalidad.	3	Alto	Conformación comité de discusión evitabilidad mortalidad.	Dirección General. Comité Discusión Evitabilidad				Informe de acta de reuniones. Planes de intervención.	Índice de mortalidad intrahospitalaria.	

Objetivos Específico	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)
				Funcionamiento del Comité. Informe de las actividades realizadas. Formulación de planes de intervenciones.	Mortalidad Hospitalaria.				Informe de ejecución de planes.		
	31) Manejo inadecuado de los desechos hospitalarios, no se realiza la clasificación adecuadamente y manejo en el área de deposito.	3	Alto	Realizar capacitación del personal para realizar la adecuada clasificación de los desechos hospitalarios a nivel del área de deposito de los desechos. Mejorar el nivel de supervisión del personal operativo en el área.	Sub-Dirección servicios Generales. Gerencia de Limpieza. Gerencia Epidemiologia				Informe de capacitación realizada. Informe de evaluación de la adecuada disposición y clasificación de los desechos en el deposito.		
	32) Falta de actualización de los protocolos existentes	3	Alto	Realizar una evaluación, revisión y actualización y/o creación de los protocolos. Capacitar el personal en la aplicación y cumplimiento de los protocolos. Mejorar el nivel de supervisión de los gerentes y supervisores. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con lo establecido en los protocolos.	Subdirección Planificación. Subdirección medica. Gerentes Clínicos quirúrgicos, Enfermería, Farmacia, laboratorio, imágenes.				Comunicación explicando metodología de revisión protocolos. Informe capacitación. Informe evaluación cumplimiento protocolos.	% cumplimiento general de los protocolos de actuación.	
	33) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	2	Medio	Involucrar el personal operativo en la identificación de las necesidades de capacitación y educación continuada.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de Capacitaciones Realizadas.	% cumplimiento Plan de Capacitación por Gerencia, según programa de capacitación	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
				Cumplir con el Programa de Capacitaciones establecidas por las gerencias en el POA Anual.						establecido en el POA anual.	
	Análisis y Tomas de Decisiones:										
	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de algunos médicos en el sistema del área de consulta	3	Alto	Evaluar las situación de porque no se registran de manera adecuada los reingresos. Definir plan de intervención. Ejecutar plan de intervención. Evaluar impacto del Plan.	Subdirección Planificación. Subdirección Medica. Gerencia de Estadísticas. Gerencia Epidemiologia.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		
	35) Asignación de diferentes números de récord a un mismo paciente.	3	Alto	Evaluar las situación de porque se le crea un nuevo récord a los usuarios que ya poseen récord en el hospital . Definir plan de intervención. Ejecutar plan de intervención. Evaluar impacto del Plan.	Subdirección Planificación. Subdirección Medica. Gerencia de Estadísticas. Gerencia Epidemiologia.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		
	36) Personal de enfermería (auxiliares de transporte) poseen escasa capacitación sobre traslado de paciente.	3	Alto	Formular un programa de capacitación técnica para los Auxiliares de Avanzadas. Ejecutar programa de capacitación. Evaluar el nivel de conocimiento luego de recibir la capacitación.	Gerente de Enfermería. Subdirección académica.				Documento programa de capacitación. Listado participantes. Informe resultados evaluación post curso de capacitación.		

Objetivos Específico	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)
	37) Ausencia en las áreas quirúrgicas de los registros de las cirugías y procedimientos en formato digital (puede ser en Excel)	2	Medio	Identificar las dificultades que poseen los médicos para realizar el adecuado registro de las informaciones. Definir e Implementar plan. Ejecutar plan. Informe avance y resultados logrados.	Subdirección Planificación. Subdirector medico. Gerentes Servicios quirúrgicos. Gerencia de Estadísticas.				Informe evaluación situación. Informe de implementación medidas.		
	38) Aumento tasa de Infecciones Intrahospitalaria en las UCIs	3	Alto	Realizar un análisis de las posibles debilidades que posee el hospital por la 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. Medir el impacto de las intervenciones realizadas. Mantener una vigilancia activa sobre las violaciones de los controles establecidos para prevenir las IAAS.	Gerencia de epidemiología. Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Medica. Gerente UCIs. Subdirección servicios generales. Gerente Enfermería.				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.	% IAAS en las UCI	
	Monitoreo y Evaluación:										
	39) 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.	

Objetivos Específico	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)			
	40) 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.	% nivel cumplimiento Plan según lo programado.	
	41) Ausencia de comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de amenazas.	3	Alto	Conformar el Comité de seguimiento.	Dirección General.				Documento Oficial de Conformación del Comité.	Acta de actuación e informe del Comité.	
	42) Ausencia del software de gestión financiera.	2	Medio	Solicitar entrevista, realizar reunión con las autoridades del área del SNS 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	
	43) 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 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	

Objetivos Específico	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)			
	44) 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.	No se ha hecho formalmente de un plan correctivo			Informe de evaluación de la situación. Plan de intervención elaborado.	Informe Nivel Ejecución Plan de Intervención.	
	45) Alto Índice de Glosas a pesar de contar con personal de auditoria	3	Alto	Cambiar la manera de realizar las auditoria del récord 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 récord clínico. Informe de sanciones aplicadas al personal reincidente.	% de expedientes glosados por áreas y de manera general en el hospital.	

Objetivos Específico	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)	
	46) Alto índice de infección en UCI.	3	Alto	Realizar un análisis de las posibles debilidades que posee el hospital por la 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. Medir el impacto de las intervenciones realizadas. Mantener una vigilancia activa sobre las violaciones de los controles establecidos para prevenir las IAAS.	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.	% IAAS en las UCI		
	RIESGOS EXTERNOS											
	Factores de Gobierno y Legales:											
	47) 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. 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.		

Objetivos Específico	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)
	48) Volver a centralizar la gestión del hospital.	2	Medio	Definir programa encuentro con líderes y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección General: Servicio de Comunicación y Relaciones Publicas.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
	49) 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.	
	50) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	3	Alto	Cambiar la manera de realizar las auditoria del récord 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 récord clínico. Informe de sanciones aplicadas al personal reincidente.	% de expedientes glosados por áreas y de manera general en el hospital.	
	Recursos Humanos										

Objetivos Específico	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)			
	51) 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:										
	52) 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 Públicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	Logística y Calidad Productos:										
	53) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Compras.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	54) 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.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específico	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)			
					Gerencia de Compras.						
	55) 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 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.	
	56) 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.		
	57) Iliquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.	3	Alto	Gestionar de manera adecuada y eficientes las cuentas por cobrar a las ARS. 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.	

Objetivos Específico	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)
	58) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911	3	Alto	Coordinar con la Dirección de Área la logística que se debe agotar para trasladar los pacientes al Hospital. Elaborar comunicación a las instituciones que de manera regular refieren los usuarios al hospital y al sistema 911, informándoles de la logística que debe ser cumplida para enviar y recibir los usuarios referidos al hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Documento sobre la logística. Comunicación a los centros de salud y 911	% de usuarios referidos que cumplen con la logística establecida	
	59) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo	3	Alto	Coordinar con la Dirección de Área la logística que se debe agotar para trasladar los pacientes al Hospital. Elaborar comunicación a las instituciones que de manera regular refieren los usuarios al hospital y al sistema 911, informándoles de la logística que debe ser cumplida para enviar y recibir los usuarios referidos al hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Documento sobre la logística. Comunicación a los centros de salud y 911	% de usuarios referidos que cumplen con la logística establecida	
	60) Pagos parciales o semi-glosas de las ARS	3	Alto	Gestionar de manera adecuada y eficientes las cuentas por cobrar a las ARS. Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan.	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” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Especifico	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)			
				(Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)							
	61) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo	3	Alto	Gestionar con las ARS el pago de los consumos de sus afiliados en el hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica.				Informe documentado de las solicitudes	% de usuarios que siendo tratado en el hospital han agotado su cobertura.	
	62) Productos de mala calidad proporcionados por PROMESE-CAL	3	Alto	Solicitar a PROMESE-CAL y demás proveedores de fármacos el certificado de registro sanitario del producto y la Documentación de la química, farmacéutica y biológica de los medicamentos que son adquiridos por el hospital.	Dirección General				Copia Comunicación enviada a PROMESE-CAL y demás proveedores. Certificados registros sanitarios y documentación de la química farmacéutica de los medicamentos adquiridos en el hospital.	% de productos farmacéuticos adquiridos que poseen la documentación en el hospital.	

Objetivos Específico	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)			
Alcanzar y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	RIESGOS INTERNOS										
	USUARIOS EXTERNO										
	1) Mal funcionamiento de la Unidad prequirúrgica que fue creada para agilizar los procesos de los usuarios que van a cirugía electiva.	3	Alto	Evaluar la situación de porque no funciona de manera adecuada la unidad. Definir plan de intervención. Ejecutar plan de intervención. Evaluar impacto del Plan.	Subdirección Planificación. Subdirección Medica. Gerencia de Estadísticas. Gerencia Epidemiología.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		
	Área Consulta Externa:										
	2) El 29.4% 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. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste.	
	3) El 25.5% 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	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.	

Objetivos Específico	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)			
				mejorar las dificultades identificadas. Ejecutar dichas actividades. Supervisar y rendir informe de ejecución de las actividades del Plan realizadas.							
	4) El nombre de la enfermera, solo es conocido por el 55.9% 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.	
	5) El 26.5% 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. Diseñar, imprimir y colocar afiches indicando las formas de expresar quejas en el hospital.	Gerencia atención al usuario. Auxiliares atención al usuario.				Informe de actividades relacionadas a esta informaciones realizadas	% de usuario que conocen las diferentes maneras de expresar quejas.	
	6) 34.8% considera de mucho, demasiado a exagerado el tiempo de espera ser asistido.	2	Medio	Realizar auditoria del proceso asistencial en el área para determinar cuales son las dificultades que determinan que los usuarios consideren exagerado el tiempo de espera. Presentar	Gerencia Monitoreo y Evaluación. Responsable de los procesos evaluados. Gerentes				Informe de evaluación. Documento del Plan de Mejora. Informe ejecución plan de mejora. Informe evaluación impacto logrado.	% usuarios satisfechos con el tiempo de espera para ser asistidos.	

Objetivos Específico	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)
				resultados de la auditoria. Presentar propuesta del plan mejoría. Implementar plan según cronograma establecido. Evaluar impacto de las medidas ejecutadas.							
	7) 26.5% responde afirmativamente a la pregunta de si le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir autorización	3	Alto	Realizar reuniones con el personal operativo para informar la importancia que tiene brindar las informaciones sobre los procedimientos a realizar y que el usuario este de acuerdo con este. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procedimientos establecidos. Realizar evaluación del cumplimiento de las normativas establecidas.	Todos los gerentes. Personal operativo. Gerencia de Monitoreo y evaluación.				Listados de los participantes en los encuentros de sensibilización y entrenamientos. Informe de sanciones puestas.	% usuarios satisfechos con las informaciones ofrecidas de los procedimientos realizados en su persona.	
	8) 19.1% considera los servicios sanitarios No cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal.	3	Alto	Establecer una ficha de control de limpieza y colocación de insumos en los baños comunes, para los supervisores del servicio de limpieza. Realizar las supervisiones y firmar registro del control. Aplicar sanciones para el personal que no cumpla con el control establecido.	Gerente Limpieza. Supervisores limpieza. Personal operativo limpieza				Documento Ficha Control. Colocación Ficha control baños comunes. Informe de fichas llenas correctamente	% usuarios satisfechos con las limpiezas e insumos en los baños comunes.	

Objetivos Específico	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)			
	9) 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. Aplicar régimen de consecuencias al personal que no cumpla con sus funciones y responsabilidades.	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) 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. Aplicar régimen de consecuencias al personal que no cumpla con sus funciones y responsabilidades.	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.	
	11) 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.	
	12) Falta de espacio físico en las salas de espera.	2	Medio	Identificar área donde se pueden colocar mas asientos, identificar cantidad de asientos faltantes. Cotizar asientos. Evaluar cotización.	Dirección General. Gerencia de mantenimiento. Gerencia de Compra				Informe de levantamiento. Cotizaciones.	% de usuarios sentados en las áreas de espera.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				Generar orden de compra. Adquirir asientos. Colocar asientos en las áreas.							
	13) 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	
	14) Suspensión de consulta el mismo día por los médicos y sin sustitución	3	Alto	Identificar los médicos que suspenden las consultas sin permisos o sin justificación. Presentar informe a los gerentes de estos. Solicitar a los gerentes la supervisión de su personal. Aplicar sanciones a los médicos reincidentes.	Subdirección Medica Gerentes. Personal Medico.				Informe de los médicos que suspenden las consultas. Informe de los gerentes sobre la supervisiones realizadas. Informe de las sanciones aplicadas.	% de usuarios que no reciben consulta por suspensión no programada	
	15) Reprogramación de pacientes por parte de planificación y coordinación de algunos gerentes médicos (congreso, permiso, licencias y vacaciones).	3	Alto	Identificar las dificultades actuales en relación a la reprogramación de citas. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar	Subdirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agenda las citas.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.							
	16) No poseemos un plan de contingencia para dar respuesta a la caída de los sistemas de las ARS.	3	Alto	Evaluar la situación de la caída del sistema de autorización de las ARS. Solicitar reunión con Representante de la ARS. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Subdirección medica,. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Planificación. Gerencia Tecnología Información.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.		
	Área Hospitalización:										
	17) Incoherencia en la información sobre la alimentación de los pacientes (En la mañana una cosa y en la tarde otra)	3	Alto	Identificar las dificultades actuales en relación a la dieta de los usuarios hospitalizados. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Subdirección medica, gerentes. Sub-Dirección Servicios Generales. Sub-Dirección Planificación. Gerencia de Alimentación.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agenda las citas.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				
						DD.MM.AA	Descripción Insumos			Presupuesto (US\$ 000)	DD.MM.AA
	18) El 16.4% de los usuarios del área de cirugía y especialidades dijo que no, al preguntarle si dispuso de los insumos necesarios (papel, jabón, servilletas) para su higiene personal.	3	Alto	Establecer un control periódico de supervisión para los supervisores verifiquen la limpieza y disponibilidad de productos en los baños.	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.	
	19) A la pregunta de si reconoce alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución en el área de Neurocirugía 92.3% de los usuarios respondieron negativamente, en Ortopedia el 42.1% y en cirugía el 82.4%.	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. Diseñar, imprimir y colocar afiches indicando las formas de expresar quejas en el hospital.	Gerencia atención al usuario. Auxiliares atención al usuario.				Informe de actividades relacionadas a esta informaciones realizadas	% de usuario que conocen donde expresar quejas.	
	20) 11.8% de los encuestados de neurocirugía, el 76% de Ortopedia y el 44% de cirugía dicen no conocer el nombre de la enfermera que le atendió	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería se presente con su nombre a los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	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.	
	21) Al cuestionarlos sobre si conoce el nombre de médico que le atendió, en neurocirugía un 5% contesto	1	Bajo	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste.	

Objetivos Específico	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)
	negativamente, en cirugía 24% y en ortopedia 40%.			protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.							
	22) Solo 53.8% de los usuarios de neurocirugía, 52.9% cirugía y el 42.1% de ortopedia respondió afirmativamente a la pregunta de si se le ha informado sobre los cuidados habituales que va a necesitar durante los próximos días posteriores a la hospitalización.	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho sobre las informaciones de sus cuidados.	
	23) A la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento el 29.4%, 21.1% de ortopedia y 15.4% neurocirugía dijeron que no.	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con la participación que tuvo para la elección de su tratamiento.	
	24) El 15.8% de los usuarios de ortopedia se encuentran poco satisfechos con la manera en que el personal del hospital le	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal cumpla con los procesos y protocolos	Gerentes de los servicios				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativos en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las informaciones sobre algunas dudas ofrecidas por el personal.	

Objetivos Específico	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)
	informó (aclaró) a los usuarios entrevistados alguna duda			asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.							
	Área Emergencia:										
	26) El 80.9% 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. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	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.	
	27) El 26.5% 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. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios que conocen el nombre del medico que le asiste.	
	28) 36.8% 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	Subdirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agenda las citas.	

Objetivos Específico	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)
				mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.							
	29) El 29.5% 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.	
	30) El 39.7 % 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.	Subdirección 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.	

Objetivos Específico	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)			
	31) 42.6% NO reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución.	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. Diseñar, imprimir y colocar afiches indicando las formas de expresar quejas en el hospital.	Gerencia atención al usuario. Auxiliares atención al usuario.				Informe de actividades relacionadas a esta informaciones realizadas	% de usuario que conocen las diferentes maneras de expresar quejas.	
	32) 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.	
	33) El 45.5% esperó desde hora y media a mas de tres horas para ser egresado del área	2	Medio	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.	Gerencia de Atención al Usuario. Personal Medico y Enfermería de Emergencia. Subdirección medica. Sub-Dirección Planificación.				Informe de Informaciones Suministradas a los usuarios.	% de Usuarios Satisfechos con el tiempo de espera en Emergencia.	

Objetivos Específico	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)
				Resaltando que los usuarios en emergencia son atendidos no por orden de llegada, si no por la condiciones. Identificar las dificultades actuales en relación a los tiempos de espera en el área. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.							
	34) El 29.2% respondió negativamente a la pregunta de si los servicios sanitarios cuentan con los insumos necesarios para su higiene personal (papel, jabón, servilletas).	3	Alto	Establecer un control periódico de supervisión para los supervisores verifiquen la limpieza y disponibilidad de productos en los baños.	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 del área.	
	35) El 33.8% respondió negativamente a la pregunta ¿durante la consulta o examen hablo con el médico en privado, sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar?	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con la privacidad.	

Objetivos Específico	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)
	36) Actitud poca colaborativa y centrada en el paciente del personal de avanzada del área de emergencia y en la entrada principal.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de avanzada que cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos o maltraten a los usuarios	Gerente Enfermería. Supervisoras de enfermería				Informe de sanciones aplicadas que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las atenciones del personal de avanzada.	
	37) Reducido espacio en el área de emergencia	2	Medio	Identificar las dificultades actuales en relación al espacio en el área de emergencia. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Subdirección medica, gerentes. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección de Planificación.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.		
	38) 14.7% de los encuestados en el área de emergencia dijo que se le ha sido realizado algún padecimiento o intervención sin informarle en que consiste este, o sin pedir su autorización.	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las informaciones sobre los procedimientos realizados.	

Objetivos Específico	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)			
				procesos y protocolos establecidos.							
	39) 23.5% no se le permitió participar en las decisiones sobre tratamiento y/o realización de procedimientos.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las informaciones sobre los procedimientos realizados.	
	40) 23.6% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de asientos en el área.	2	Medio	Evaluar la posibilidad de incorporar mayor cantidad de asiento en el área de espera de emergencia.	Gerencia Mantenimiento. Gerente emergencia.				Informe de evaluación.	% Usuarios satisfechos con la disponibilidad de asientos en el área de espera	
	41) 22.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con el respeto a la privacidad.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con la privacidad.	

Objetivos Específico	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)			
	42) 19.1% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la ubicación de los puntos de atención al usuario en el área de emergencia.	2	Medio	Evaluar específicamente la situación de quejas de los usuarios con relación a la ubicación de los puntos de atención en el área de emergencia. Tomar medidas con relación al resultados de la evaluación.	Gerencia Atención al usuario. Gerente emergencia. Gerencia mantenimiento.				Informe evaluación. Medidas tomadas.	% usuarios satisfechos con la ubicación de los puntos de atención.	
	43) 17.6% de los entrevistados considera no recibió suficiente información sobre su padecimiento o estado.	3	Alto	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal Medico cumpla con los procesos y protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las informaciones sobre su padecimiento ofrecido por el medico..	
	44) 16.2% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con los sonidos o ruidos y la intensidad de estos	2	Medio	Evaluar las principales fuentes de sonidos y ruidos de intensidad alta en el área de emergencia. Establecer plan de acción para controlar dichos sonidos y/o ruidos. Ejecutar plan. Evaluar impacto del plan.	Gerencia Mantenimiento. Gerente emergencia.				Informe de evaluación de los ruidos. Documento Plan de Acción. Informe ejecución plan.	% de usuarios satisfechos con el nivel de sonidos y ruidos en el área de emergencia.	
	USUARIOS INTERNO										

Objetivos Específico	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)			
	45) No ha recibido pago por horas extras con un 100%.	2	Medio	Realizar evaluación de dicha situación. Presentar Informe. Tomar las medidas correctivas correspondientes. Si las leyes laborales en el sector lo contempla.	Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos. Financiera.				Informe de Evaluación. Plan de Medidas Correctivas.	% de Usuarios Satisfechos con el pago de Horas extras.	
	46) No ha recibido incentivos o reconocimiento por su trabajo 25%	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.	
	47) Remuneración no acorde con sus funciones que desempeña 53%.	1	Bajo	Se debería realizar la animalización de los sueldos del personal. 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.	
	48) No Dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo 22%.	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	% de Usuarios Satisfechos por poseer el material e insumos mínimos para realizar su trabajo.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM.AA
	49) 36% No tiene identificada área de descanso.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adecuación de áreas de descanso. Definir Programa de .adecuaciones de las áreas de descanso.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas. Informe de áreas adecuadas para descanso del personal	% de Usuarios Satisfechos por poseer área de descanso.	
	50) No conoce la existencia de parámetros para evaluar el desempeño 15.6%	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 parámetros para evaluación de desempeño.	
	51) No dispones de vestuarios para realizar labores en la institución 43.8%	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.	
	52) No dispone de facilidades para la educación continuada 15.6%; 17.2% Considera que el Plan no toma en cuenta sus necesidades. 21.9% No	2	Medio	Preparar el Plan de Capacitación y Educación Continua del Listado de necesidades establecidas por las	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. Gerencia				Informe de Actividades Realizadas. Informe ejecución Plan de educación	% Cumplimiento Plan capacitación y educación continuada.	

Objetivos Específico	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)
	conoce la existencia de un Plan de Capacitación.			gerencias. contactar las instituciones y/o personal técnico que realizaran las capacitaciones. Solicitar cotizaciones. Evaluar propuestas. Contratar servicios. 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.	Educación y Capacitación Continua. Sub-Dirección Académica. Gerentes de las Diversas Gerencias que conforman el Hospital.				continua y capacitación.		
	53) 15.6% No conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	3	Alto	Definir un instrumento y una metodología estandarizada que facilite las evaluaciones objetivas del desempeño del personal. No dejarse influenciar con técnicos 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.	Dirección General. Subdirecciones Gestión recursos Humanos. Subdirectores. Gerentes				Instrumento y metodología de evaluación de desempeño elaborado, probado y aprobado.	% de Usuarios Satisfechos con la metodología e instrumento de evaluación de desempeño.	

Objetivos Específico	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)
	54) El 44% 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	Este servicio no se realiza porque no se tiene las condiciones ni los equipos necesarios para esto.			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.	
	55) El 32.8% 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.	Subdirectores. Gerentes				Informe de evaluaciones. Informe de medidas tomadas.	% de Usuarios Satisfechos con la distribución de la carga laboral.	
	56) El 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.	Subdirectores. Gerentes				Informe de evaluaciones. Informe de medidas tomadas.	% de Usuarios Satisfechos con las condiciones de trabajos	
	57) El 43.8% refiere no se realizan actividades de recreación con el equipo de trabajo	2	Medio	Definir un Plan e identificar fondos para propiciar los encuentros sociales de cada servicio periódicamente.	Sub-Direcciones Gestión de Recursos Humanos, Académica y Gerentes.				Plan de actividades a desarrollar. Listado de participantes en la reunión de	% de Usuarios Satisfechos con las actividades sociales realizadas en su servicio	

Objetivos Específico	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)
				Realizar encuentro con los Gerentes de servicios para explicarles en que consiste la estrategia y como deben ejecutarla. Facilitar los recursos a los Gerentes de servicios. Realizar los encuentros.					orientación a los Gerentes de servicios. Informa de las actividades celebradas		
	58) El 13.7% están poco satisfechos e insatisfecho con la limpieza de las áreas de trabajo	3	Alto	Establecer un control periódico de supervisión para los supervisores verifiquen la limpieza de las áreas. Realizar periódicamente limpieza de las áreas de gran circulación.	Sub-Director Servicios generales. Gerente de Limpieza. Supervisores de Limpieza.				Normativa establecida. Formularios de control. Reportes de formularios de control.	% de usuarios satisfechos con la limpieza del área.	
	59) El 15.6% se encuentran de poco satisfechos a insatisfechos con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena	2	Medio	Identificar las dificultades actuales en relación al espacio en el área de pantrys. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Subdirección medica, gerentes. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección de Planificación.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de Usuarios Satisfechos por poseer áreas adecuadas de ingesta de alimentos.	
	60) El 18.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con relación a la comodidad y ergonomía del mobiliario (silla, otros) utilizado para proteger su salud al realizar su trabajo.	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades de sillas adecuadas. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por poseer mobiliario adecuado	

Objetivos Específico	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)
				Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	61) 28.1% se encuentran de poco satisfecho a insatisfecho con las informaciones, imágenes y advertencia en relación a los riegos y peligro de su área de trabajo.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades de señalizaciones. Cotizar, evaluar y adquirir. Colocar las informaciones e imágenes de advertencias.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento realizado. Cotizaciones. Orden de compras. Letreros colocados.	% de Usuarios Satisfechos con las informaciones e imágenes de advertencias de riesgos.	
	62) 23.4% no conoce el organigrama de su subdirección o gerencia.	2	Medio	Realizar encuentros de sensibilización relacionados a la organización de los servicios, funciones y responsabilidades de los cargos.	Subdirecciones. Gerentes. Coordinadores. Personal Operativo.				Listado de personal participante en los encuentros de sensibilización por servicios.	% de Usuarios Satisfechos sobre el conocimiento del organigrama general y específico de su servicio.	
	63)23.4% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes.	2	Medio	Realizar las evaluaciones de desempeño y compartirlas con los empleados. Resaltar las cualidades positivas de los trabajadores y establecer planes para mejorar las debilidades en su desempeño.	Subdirecciones. Gerentes. Coordinadores. Personal Operativo.				Informe de evaluaciones de desempeños. Planes de mejoras.	% de Usuarios Satisfechos con la valoración de sus puntos fuertes por parte de su superior.	
	64) 23.4% no conoce la existencia de un plan de emergencia/evacuación.	3	Alto	Formular el Plan de emergencia y desastres y/o presentar el plan a todo el personal. Conformar los comités de emergencia y evacuación de las áreas. Realizar simulacros según la programación establecidas.	Dirección General. Comité de Emergencia.				Documento del Plan. Listado de participantes en el conocimiento del Plan de emergencia y evacuación. Listado de equipos de personas de emergencias y evacuación. Programación de simulacros.	% de Usuarios Satisfechos con el conocimiento del Plan de Emergencia y evacuación.	

Objetivos Específico	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)			
									Informe de simulacros realizados.		
	65) 20.3% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar sus pertenencias.	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades de locker para empleados. 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. Ordenes de compras.	% de Usuarios Satisfechos por poseer facilidades para guardar sus pertenencias.	
	66) La exigencia de un uniforme a los gerentes administrativos igual a los auxiliares.	3	Alto	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.	
	Responsabilidad y Control:										
	67) 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. Ejecutar plan de intervención. Evaluar impacto de las intervenciones.	Subdirecciones. Gerentes				Informe de Encuestas. Plan de Intervención.	Índice de cumplimiento actividades ejecutada, según las programadas.	

Objetivos Específico	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)			
	68) 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.	
	69) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.	2	Medio	Evaluar dificultades presentadas en estas área. Desarrollar un Plan de Intervención para mejorar la situaciones enfrentadas por los usuarios. Ejecutar las actividades, acciones y estrategias definidas en el plan.	Subdirección Planificación. Gerencia de Estadística Admisión y Archivo.				Informe de evaluación de las dificultades. Plan de intervención para mejorar situaciones encontradas.	% de acciones realizadas según plan de intervención.	
	70) 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.	
	71) 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.	
	72) 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 protocolos asistenciales 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 el tiempo para recibir las atenciones	

Objetivos Específico	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)
				derechos de los usuarios.							
	73) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal trate de manera cortés a los usuarios. Aplicar sanciones al personal que maltrate a los usuarios y/o familia y/o compañeros de trabajo.	Gerentes de los servicios Subdirectores				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con el trato recibido.	
	74) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.	3	Alto	Evaluar la posibilidad de movilizar la unidad de evaluación pre quirúrgica para descongestionar el área de consultas.	Subdirector medico. Gerencia mantenimiento.				Informe evaluación. Propuesta de mejora.	% usuarios satisfechos con la ubicación del área de evaluación prequirúrgica	
	75) Falta de batas para personal médico.	2	Medio	Identificar la necesidad y cantidad de bata para los médicos. Definir forma de adquisición de la bata % que pagarían los médicos. Realizar cotización del numero de batas y medidas a adquirir. Adquirir batas. Entregar batas. Vigilar que los médicos usen sus batas.	Gerentes asistenciales. Subdirección Recursos Humanos. Subdirección financiera. Personal Medico				Informe de levantamiento necesidades batas. Acuerdo de pago por parte de los médicos de su cuota. Cotización. Orden de compra.	% de médicos que cuentan con batas del hospital.	

Objetivos Específico	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)			
	76) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades	3	Alto	Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que esta convocado a las reuniones, capacitaciones y actividades a desarrollarse.	Subdirectores. Gerentes				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.		
	78) Falta amabilidad y poca capacidad resolutive de algunas secretarias y/o asistentes de gerencias médicas	2	Medio	Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.	Subdirectores. Gerentes				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.		
	79) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).	2	Medio	Evaluar la posibilidad de ubicar de forma mas accesible y cómodo la caja del área de fisiatría.	Gerente Fisiatría. Gerente mantenimiento. Subdirección Medica				Informe evaluación y propuesta.	% usuarios satisfechos con la ubicación del área de caja de Fisiatría.	
	80) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED	3	Alto	Evaluar dificultades presentadas en el sistema. Explorar la posibilidad de corregir las dificultades con la empresa proveedora. Resolver las situaciones que pudiesen resolverse internamente. Evaluar posibilidad de adquirir otro sistema de registro.	Subdirección medica. Gerencia TIC. Empresa proveedora.				Informe de evaluación dificultades. Propuesta de mejora.	% de usuarios satisfechos con el desempeño del SYSMED	

Objetivos Específico	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)
	81) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre- quirúrgica, violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes	3	Alto	Identificar los colaboradores que realizar dicha mala practica. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.	Subdirectores. Gerentes				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.		
	82) Comedor común compartido con usuarios externos	2	Medio	Realizar encuentro de sensibilización con el personal medico para que sean mas tolerante con las situaciones que se presentan con ellos y los usuarios externos en el área del comedor.	Subdirector medico. Gerentes asistenciales.				Informe de encuentro de sensibilización. Listado de Participantes	% de médicos que se siente satisfechos con compartir el comedor con los usuarios externos.	
	83) El 57.6% de las quejas recibidas en atención al usuario hacen referencia a maltrato, falta de amabilidad y cortesía por parte de los colaboradores	3	Alto	Identificar los colaboradores que realizar dicha mala practica. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.	Gerencia atención al usuario. Subdirectores. Gerentes. Personal operativo.				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.	% usuarios satisfechos con el trato recibido por el personal del hospital.	
	84) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)	3	Alto	Identificar los colaboradores que realizar dicha mala practica. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al	Gerente Estadísticas, admisión y archivo Personal operativo.				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.	% de expediente que cuentan con las informaciones bien registradas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.							
	85) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.	3	Alto	Identificar los colaboradores que realizar dicha mala practica. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.	Gerente Estadísticas, admisión y archivo Personal operativo.				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.	% de expediente que cuentan con las informaciones bien registradas.	
	86) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes	3	Alto	Informe de los colaboradores que no realizan un adecuado control del acceso de esas personas. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que es reiterativo en esta mala practica. Sancionar al personal del hospital que se identifique que esta realizando negocios con estas personas.	Gerente seguridad. Personal de seguridad.				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.		

Objetivos Específico	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)
	87) No existe identificación de la cartera de servicio en cada área del hospital.	2	Medio	Identificar las áreas y lugares donde debe estar publicada la cartera de servicios. Solicitar diseño de arte de los carteles. Cotizar. Evaluar cotización. Ordenes de compras. Colocación de letreros.	Gerente Planificación. Subdirección Financiera.				Informe de levantamiento de necesidades. Cotizaciones. Ordenes de compra.	% de lugares donde debe estar publicada la cartera de servicio.	
	RIESGOS EXTERNOS										
	Resultados:										
	88) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.	2	Medio	Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	0										
	Legales:										
	89) 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. Mantener informado a las autoridades sobre los resultados del hospital.	Dirección General. Subdirectores. Gerentes. Personal Operativo.				Informe de actividades realizadas y sus resultados. Informe presentados a las autoridades.	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
	90) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.	3	Alto	Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros. Mantener una presencia constante en las redes sociales. Monitorear las informaciones del hospital en las redes sociales.	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Públicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	91) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	2	Medio	Informar a SENASA, sobre las dificultades encontradas. Solicitar la mejoría del sistema.	Gerencia Facturación. Gerencia Tecnología Información.				Comunicación enviada a SENASA.		
	92) 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. Tomar las medidas de lugar para controlar la demanda de usuarios producto de estas situaciones.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección Planificación.				Informe de dificultades provocada por la sobredemanda. Plan de acción para enfrentar las situación.		
0											

Objetivos Especifico	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)			
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.	
	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	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.	

Objetivos Específico	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)
				de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	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 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%.	
	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:										

Objetivos Específico	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)			
	7) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS 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	
	8) No cumplimiento y/o damos seguimiento a los procesos establecidos.	3	Alto	Definir instrumento de evaluación de cumplimiento de procesos. Realizar auditorias de Procesos. Presentar plan de intervención para corregir dificultades. Cumplir Plan de Intervención.	Sub-Dirección Planificación. Gerentes.				Instrumento de Evaluación. Informe de Evaluación. Plan de Intervención.	% de Actividades del Plan Programadas y Ejecutadas.	
	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.	
	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.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	11) 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) 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 subdirectores y gerentes sobre el cumplimiento del plan de inversión establecidos por ellos.	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Documento solicitud informe cumplimiento plan de inversión.	% de cumplimiento Plan General de Inversión.	
	13) 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.	
	14) Deficiencia en la Actualización y utilización 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 incorporación oportuna de las informaciones	Subdirección 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.	
	15) No seguimiento por parte de algunas 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. Facilitar uniforme al personal. Sancionar al personal que no cumple con las disposiciones.	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. Informe sanciones aplicadas	% de personal sancionado por esta mala practica.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
	16) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	2	Medio	Comité ejecutivo solicitar informe a los subdirectores y gerentes sobre el cumplimiento de las metas de producción establecidas.	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Documento solicitud informe. Documento propuesta de intervención para corregir los incumplimientos.	% de cumplimiento Plan mejorar el logro de las metas.	
	17) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.	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.	Subdirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información.				Informe de evaluación de la Pagina Web. Informe de Funcionalidades que serán Incorporadas	Funcionalidades incorporadas.	
	18) 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. Subdirectores 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.	
	19) 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. Subdirectores y Gerentes.				Disposición creando el fondo especializado de capacitaciones. Plan de capacitación. Informe evaluación cumplimiento plan.	% de capacitaciones cubierta según la programación establecida.	

Objetivos Específico	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)
	20) 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	
	21) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	Alto	Dirección General debe exigir a los subdirectores que realicen las supervisiones adecuadamente de su personal gerencial. Aplicar régimen de consecuencia para el personal que no cumple con sus funciones y disposiciones establecidas.	Dirección General. Subdirectores. Gerentes.				Comunicación Dirección General. Informe de la Subdirecciones. Informe Gerentes sancionados.		
	22) 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. Subdirector Financiero. Unidad de Costo Gerentes.				Informe de análisis de los tarifarios. Comunicación encuentro revisión tarifarios URSS.		

Objetivos Específico	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)			
	23) 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 manual de imagen corporativa. Aplicar régimen de consecuencia para el personal que no cumple con sus funciones y disposiciones establecidas.	Gerencia de comunicaciones y relaciones publicas. Subdirección recursos Humanos. Gerentes y Subdirectores.				Comunicación solicitud cumplir con la imagen corporativa del hospital. Informe de monitoreo cumplimiento imagen corporativa.	% Personal que viste el uniforme establecido en el hospital.	
	24) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.	3	Alto	Comité ejecutivo debe solicitar informe a los subdirectores y gerentes sobre el cumplimiento de las metas de producción establecidas.	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Documento solicitud informe. Documento propuesta de intervención para corregir los incumplimientos.	% de cumplimiento Plan mejorar el logro de las metas.	
	25) No utilización de facilidades tecnológicas para realizar educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	2	Medio	Realiza evaluación por parte de la gerencia de tecnología de información, y Subdirección Académica. Informe de la situación encontradas. Contactar otras entidades para realizar los acuerdos de video conferencias y telemedicina. Formalizar plan de	Subdirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información. Sub-Dirección Académica.				Informe de evaluación. Informe de contactos realizados y acuerdos logrados. Informe ejecución Plan.	% de actividades de videos conferencias programadas / realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
				intervención, Ejecutar plan de intervención. Evaluar cumplimiento e impacto del Plan.							
	26) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.	2	Medio	Realiza evaluación por parte de la gerencia de tecnología de información, y Subdirección Académica. Informe de la situación encontradas. Formalizar plan de intervención, Ejecutar plan de intervención. Evaluar cumplimiento e impacto del Plan.	Subdirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información. Sub-Dirección Académica.				Informe de evaluación. Informe ejecución Plan.		
	27) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.	3	Alto	Realiza evaluación por parte de la gerencia de tecnología de información, y Subdirección medica y gerentes. Informe de la situación encontradas. Formalizar plan de intervención, Ejecutar plan de intervención. Evaluar cumplimiento e impacto del Plan.	Subdirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información. Sub-Dirección Medica.				Informe de evaluación. Informe ejecución Plan.		
	28) Uniforme para parte del personal.	2	Medio	Identificar las necesidades de Uniforme. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la	Dirección General. Gerentes de las diferentes áreas. Gerencia de Compra.				Informe de Necesidades. Cotización Realizadas	% de Usuarios que informan contar con sus uniformes.	

Objetivos Específico	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)
				adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	29) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan	3	Alto	Establecer los informes necesarios que requieren los gerentes. Los gerentes no importan los datos e informaciones necesarios para analizar y tomar decisiones para mantener o mejorar situaciones en sus unidades.	Subdirección Medica. Subdirección Planificación. Gerencia de estadísticas				Listado de informes a elaborar.		
	30) Obsolescencia de equipos de hardware.	3	Alto	Definir un Plan de acción progresivo para ir actualizando los equipos informáticos del hospital.	Subdirección Planificación. Gerencia TIC. Subdirección Financiera. Dirección General				Documento Plan. Informe ejecución.	% de usuarios internos satisfechos con el desempeño de sus computadores.	
	31) Finalización de las implementaciones de sistemas clínicos y contratos de mantenimiento, lo que determina luego un pobre desempeño de los sistemas porque el personal de TIC no se empoderan de los sistemas instalados.	3	Alto	Realizar evaluación del desempeño del gerente y personal del Tecnología de la información. Realizar un mayor control en la supervisión del personal de informática para el cumplimiento de manera oportuna y calidad de sus funciones. Aplicar sanciones al personal que no cumpla adecuadamente con su desempeño.	Sub-Dirección Planificación. Gerencia de Informática				Informe de encuentro para hablar de la situación con el personal. Informe Evaluación del desempeño. Informe de Sanciones aplicadas al personal.		
	RIESGOS EXTERNOS										

Objetivos Específico	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)			
	Planificación-Control:										
	32) 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.	
	33) 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	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Informe nivel cumplimiento plan de mejora del Hospital. Informe resultados indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia, producción.	% de usuarios satisfechos	

Objetivos Específico	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)			
				desempeño técnico del personal.							
	Factores Logística e Información:										
	34) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	1	Bajo	Mantener Informado al Personal Sobre la modalidad de contratación que poseen con el Hospital. Programa de Sensibilización.	Sub-Dirección Recursos Humanos. Unidad Asesoría Legal.				Informes Actividades Realizadas	% actividades realizadas según la programación.	
	35) Sobredemanda 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.	
	36) 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.	
	37) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en	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.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
	comparación con otras ARS.										
	38) 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		
	39) 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 comunicaciones				Informe supervisión al cumplimiento disposición.	% de personal que usa solo el uniforme del institución.	
	40) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	3	Alto	Formular un Plan de acción que defina las acciones estrategias y actividades necesarias para cuando ocurra una catástrofe natural, el hospital pueda dar una respuesta adecuada a dicha situación. Coordinar la realización de simulacros de emergencia. Realizar los simulacros de emergencia programados.	Gerencia emergencia. Otros gerentes involucrados.				Documento del Plan. Cronograma simulacros. Informe resultados simulacros realizados.	% Cumplimiento Simulacros Programados.	
	41) No existencia de normativa de gestión para las relaciones	3	Alto	Solicitar al SRS la definición de una política para definir	Dirección General.				Comunicación Solicitud		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Especifico	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)
	interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).			forma de relacionarse y actuación de las instituciones que conforman el complejo hospitalario.							
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) Subutilización 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 debilidades. Ejecución del Plan. Evaluación nivel ejecución Plan.	Subdirección medica. Gerentes.				Informes Resultados. Informe nivel ejecución Plan.	% de Informes presentados según el Periodo establecido. % de actividades del plan programadas ejecutadas.	
	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.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	4) En Banco de Sangre. Carencia de sala de espera para los donantes, Falta de equipos y mobiliarios para agilizar el trabajo.	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.	Subdirección medica. Gerencia laboratorio. Subdirección Financiera. Dirección General				Informes Resultados. Informe nivel ejecución Plan.	% cumplimiento necesidades identificadas.	
	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/ Este-Oeste 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. Sub-Dirección de Servicios de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	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	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.	

Objetivos Específico	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)			
				convenios con el Hospital. Firmar Convenios con las ARS.							
	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:										
	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 nivel	Dirección General. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia Mantenimiento.	Esto es de la unidad de riesgo			Plan definido. Informes Ejecución Plan.	% de recomendaciones ejecutadas.	

Objetivos Específico	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)
				de ejecución del Plan.							
	11) Tardanza en la entrega de resultados de imágenes (RX, resonancia, entre otros) falta de actualización de equipos resonancia magnética actualizado, baja calidad de los estudio radiográfico	3	Alto	Realizar análisis de la situación. Definir Plan de Intervención. Implementar plan. Evaluar impacto de las acciones desarrolladas.	Sub-Dirección medica. Gerencia Imágenes.				informe de análisis de las situación. Plan de intervención. Informe de actividades realizadas.	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	12) Poco acceso a tecnología de punta	2	Medio	Definir un plan de actualización tecnológica del hospital. Establecer una cuenta de ahorro especializada para la reposición de los equipos y sistema despreciados, obsoletos y/o dañados. Ejecutar Plan.	Dirección General. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia Mantenimiento. Subdirección Financiera. Gerencia activos fijos. Subdirección de Planificación. Subdirección Medica.				informe de análisis de las situación. Plan de intervención. Apertura cuenta ahorro especializada. Informe de actividades realizadas.	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	13) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).	2	Medio	Realizar autoevaluación del premio en el hospital. Elaborar plan para mejorar las debilidades. Ejecutar plan. Realizar nueva vez autoevaluación. Participan en el concurso del Premio.	Subdirección Planificación.				Informe auto evaluación. Plan de mejora. Informe ejecución plan.		
	Disponibilidad de Recursos:										
	14) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas para realizar su trabajo	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos porque cuentan con todo lo necesario para	

Objetivos Específico	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)			
				Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.						realizar su trabajo.	
	15) 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 plantilla de personal elegibles para cubrir plazas de vacaciones.	Sub-Dirección de Gestión de Recursos Humanos. Gerentes.	Esto se dispone para la parte médica			Montos Contemplados en Presupuesto.	% de Plazas cubiertas cuando colaboradores están de vacaciones.	
	16) 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.	
	17) 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. Establecer una cuenta de ahorro especializada para la reposición de los equipos y sistema despreciados.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Plan elaborado. Informe ejecución Plan.	% de equipos instalado en el hospital de ultima generación tecnológica.	

Objetivos Específico	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)
				obsoletos y/o dañados.							
	18) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	2	Medio	Definir un Plan de manejo de los desechos hospitalario del hospital. Ejecutar Plan. Informe de ejecución del Plan.	Gerencia epidemiología. Subdirección Servicios Generales. Gerencia Limpieza.				Plan elaborado. Informe ejecución Plan.	% Cumplimiento Normativa gestión desechos hospitalario.	
	Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:										
	19) Presión de Urgencias =40%	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. Establecer logística de recibimiento con el 911 de los usuarios que serán traslado al hospital.	Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Subdirección Médica. Gerencia Emergencia				Informes de Actividades Realizadas	% Presión de Urgencia.	
	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:										
	20) % Cirugías Electivas Suspendidas = 11%	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	Subdirección Médica. Gerentes Clínicos-Quirúrgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	

Objetivos Específico	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)			
				evaluación ejecución Plan.							
	21) Hospitalización: 68%	3	Alto	Desarrollar actividades de captación de usuarios, según las actividades propuestas en la captura del Mercado de la Gerencia. Controlar la estancia promedio actual del hospital.	Gerentes Clínicos-Quirurgicos.				Informes de Actividades Realizadas	% Cumplimiento Metas de Hospitalización.	
	22) 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.	
	23) 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.	Subdirección Medica. Gerentes Clínicos-Quirurgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	

Objetivos Especifico	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)			
	24) 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.	Subdirección 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.	
	25) Falta de expediente electrónico.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS 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	
	26) 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 eiecución Plan.	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. Subdirección 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.	

Objetivos Específico	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)			
	27) 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.	
	28) 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	
	29) El no cumplimiento del horario establecido 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-Quirurgicos. Gerencia Control Recursos Humanos				Informes de Supervisión.	% personal que cumple el horario establecido.	
	30) 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 responsabilidades.	Gerentes Clínicos-Quirurgicos. Gerencia Control Recursos Humanos				Informes de Supervisión.	% personal que cumple el horario establecido.	

Objetivos Específico	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)			
	31) 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.	
	32) 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.	
	33) 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	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.	
	34) 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 Clinicos-Quirurgicos.				Informes de Supervisión.	% de cumplimiento del desempeño del personal según las funciones y responsabilidades de los cargos.	
	35) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha	Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	

Objetivos Específico	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)			
				situaciones en el Hospital.							
	36) 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 compras. Instalar los controles de accesos.	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.	
	37) 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.	
	38) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y 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.	Subdirección 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.	
	39) 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	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.	

Objetivos Específico	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)
				de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.							
	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) 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. Adquirir software para facilitar la ejecución del Plan y cumplimiento de este.	Subdirección 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.	
	42) Dificultades de adecuado acceso al área de emergencia y Falta de Controles establecidos para el uso de parqueos para los vehículos y	3	Alto	Evaluar la modificaciones sugeridas por el comité evaluador externo de la seguridad de la infraestructura del hospital. Solicitar	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento.				Informe evaluación. Cotizaciones. Análisis cotizaciones. Contrato.	Área de acceso a emergencia modificada según recomendaciones.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
	ambulancias externos en el área.			cotización modificación área ingreso ambulancia emergencia del hospital. Evaluar cotizaciones. Identificar si existe disponibilidad para ejecutar las modificaciones. Contratar empresa. realizar las Modificaciones.	Sub-Dirección Financiera. Unidad sensoria legal.						
	43) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	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.	
	Equipos e Infraestructura										
	44) Limitada cantidad 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		

Objetivos Específico	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)			
	Capacidad instalada										
	45) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para presentar situación y definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección Planificación.				Documento Solicitud Reunión. Informe de posibles soluciones.	% de soluciones implementada según las recomendaciones tomadas.	
	46) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	2	Medio	Solicitar presentación de sistemas financiero. Solicitar cotización. Evaluar propuestas. Adquirir e implementar el software de gestión financiero. Implementar software. Realizar periódicamente inventario de los almacenes y stock.	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección Planificación. Servicio control de Inventario.				Informes de evaluación de propuestas. Orden de compras. Informe de configuración es implementación. Informe de inventarios realizados.		
	47) No existe sistema informático específico para triage	3	Alto	Solicitar presentación de sistemas automatizado de Triage. Solicitar cotización. Evaluar propuestas. Adquirir e implementar el software. Implementar software. Realizar Triage automatizado	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección Planificación. Gerencia Emergencia. Gerencia TIC.				Informe evaluación propuestas. Cotización. Orden de compra. Informe de implementación.		
	Sistemas de Información										

Objetivos Específico	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)			
	48) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	3	Alto	Comité ejecutivo solicitar informe a los subdirectores 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. Subdirectores y Gerentes.				Documento solicitud informe. Informes.	% de Subregistros evidenciadas.	
	49) Cantidad de flotas que están asignadas a personas que no pertenecen a la institución ilimitadas (abiertas) y no.	3	Alto	Realizar levantamiento de las flotas que están en manos de particulares. Solicitar la devolución de las flotas.	Dirección General. Gerencia de Tecnología. Unidad de asesoría legal.	Tecnología suministró listado a la Subdirección Financiera, y se cancelaron las que solicitadas.			Informe de las flotas y personas que la poseen. Comunicación solicitando a los particulares las flotas.	% de flotas en manos de particulares.	
	50) Falta de números telefónicos y cambio de género al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.	3	Alto	Realizar supervisiones periódicas sobre el registro adecuado de las informaciones en el servicio de admisión. Aplicar sanciones al personal que no registre de manera adecuada las informaciones de los usuarios en admisión.	Sub-Dirección Planificación. Gerencia de estadísticas. Coordinador servicio Admisión.				Informe evaluaciones. Informe Sanciones aplicadas.	% de registros de los usuarios con numero telefónico e informaciones generales correctas.	

Objetivos Específico	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)			
	51) No oportunidad de las informaciones de análisis y control de costos.	3	Alto	Exigir al personal de la unidad de costo el cumplimiento de horario y reporte oportuno de los análisis.	Sub-Dirección Financiera. Gerentes contabilidad. Coordinador servicio costo.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.		
	52) Falta de conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica.	3	Alto	Formalización de comité de farmacia y terapéutica del hospital. Realización de las labores establecidas del comité. Presentación informe de actividades realizadas.	Dirección General. Sub-Dirección Médica. Subdirección Planificación. Gerencia de farmacia.				Comunicación conformando el comité. Informes de Actividades Realizadas.		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Factores del Mercado:										
	53) 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.	
	54) 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	Gerencia de Compras. Todas las demás Gerencias.				Características de los insumos, materiales y equipos definidas. Características de los Proveedores Definidas.	Índice de insumos, materiales y equipos adquiridos que cumplen con las características establecidas.	

Objetivos Específico	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)			
				que deben cumplir los proveedores de estos productos. Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido.							
	55) 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.	
	56) Debilidad 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.	
	57) 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.	

Objetivos Específico	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)			
	58) 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.	
	59) 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.	
	60) 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.	
	61) El aumentos de precio de los productos alimentarios, medicamentos e insumos.	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.	
	Factores Competitivos:										
	62) 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.	

Objetivos Específico	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)
	Factores Medioambientales:										
	63) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	2	Medio	Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.	
	64) 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.	
	65) 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										
	Factores de demanda de los servicios:										
	66) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por	2	Medio	Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con	Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas definida en el Hospital.	

Objetivos Específico	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)
	diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)			los protocolos y procesos. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. Cumplir con el Plan de Mercadeo.	Personal Operativo.						
	67) 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.	
	68) Las 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.	
	69) 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.	

Objetivos Específico	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)			
	70) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	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.	
	71) 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.	
	72) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	2	Medio	Presentar los informes periódicos a las autoridades del SNS. Solicitar la reposición de los recursos empleados en estos usuarios.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.				Informe elaborados. Comunicación solicitud recursos.	% de recursos reembolsados.	
	73) 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.	
	74) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP)	3	Alto	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
	para la subvención a la demanda			Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades).	Dirección de Planificación.					programadas y realizadas.	
	75) 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 directa que realiza el Hospital a la población de escasos recursos.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia servicio Social.				Informes de descuentos y exoneraciones.		
	76) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital	3	Alto	Evaluar situación (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar esta situación). Definir un Plan de intervención. Ejecutar dicho plan. Cumplir con el proceso de compra general del hospital y de la dirección de compras y contrataciones.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de compras generales.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	77) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos	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.	

Objetivos Específico	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)			
	78) Presión mediática con desvinculación del personal	2	Medio	Cumplir con el Proceso de Entrevista, Selección y Contratación del Personal. Realizar las evaluaciones de desempeño. Contar con expediente del personal donde se incorporen sus evaluaciones, sanciones y reconocimientos	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 desvinculados.		
Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS										
	Logística:										
	1) Ausencia de un software financiero.	2	Medio	Solicitar entrevista con las autoridades del SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital. Solicitar presentación de sistemas financiero. Solicitar cotización. Evaluar propuestas. Adquirir e implementar el software de gestión financiero. Implementar software.	Director Ejecutivo. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	
	Control:										
	2) Cumplimiento Parcial de las NOBACI	3	Alto	Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados.	Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de	

Objetivos Específico	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)			
				corregir la no implementación y/o el no cumplimiento de las NOBACI.					Planes de Intervención. Elaborados.	Intervención Cumplido.	
	3) Múltiples áreas de almacén.	3	Alto	Identificar los almacenes con que cuenta el hospital. Elaborar Plan de disminuir los múltiples almacenes que posee el centro. Ejecutar Plan. Evaluar ejecución Plan.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Gerencia activos fijos.				Informe de los almacenes con que cuenta el hospital. Plan de disminución de los almacenes.	% de disminución de locales de almacenes en el hospital.	
	4) 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 Médica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	
	5) 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 Médica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	
	6) Existencia parcial de un 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. Adquirir software para facilitar la	Subdirección 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.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				formulación y ejecución del plan.							
	7) Facturación previa a la utilización de servicios de servicios ambulatorios que sobrepasa la capacidad de respuesta.	2	Medio	Establecer las capacidades de las agendas de producción de los servicios. Cumplir con las capacidades establecidas.	Subdirección Medica. Gerentes Clínicos-quirúrgicos. Gerencia TIC.				Capacidades establecidas. Configuración de las agendas.		
	Monitoreo y Evaluación:										
	8) Escaso control de consumo de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	3	Alto	Evaluar el cumplimiento de los Protocolos establecidos. Sancionar al Personal que no de cumplimiento a los protocolos.	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informe de Cumplimiento de Protocolos	% de usuarios atendidos según lo establecidos por los protocolos.	
	9) 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.	
	10) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	3	Alto	Preparación e instalación del Taller de reparaciones 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.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	11) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.	3	Alto	Actualizar el inventario de los activos fijos del hospital. Realizar periódicamente auditoria de los activos fijos. Presentar informe de los activos fijos.	servicio activo fijo.	No se tienen el inventario físico			Informe inventario activo fijo.		
	12) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.	3	Alto	Evaluar factibilidad económica para la instalación y gestión propia de esta unidades de negocio.	Dirección General. Sub-Direcciones Financiera y planificación.				Informe de la evaluación.		
	13) Deficiencia de equipos en el área de imágenes	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. Subdirección medica. Gerente imágenes. Subdirección financiera				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas		
	14) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico	3	Alto	Evaluar situación (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar esta situación). Definir un Plan de intervención. ejecutar dicho plan. Cumplir con el proceso de compra general del hospital y de la dirección de compras y contrataciones.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección medica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de laboratorio clínico. Gerencia de compras generales.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	15) Escaso control de las cuentas por cobrar	3	Alto	Fortalecer el servicio de cuenta por cobrar. Definir limite de índice de cuenta por cobrar.	Subdirección Financiera. Gerencia Servicio Social.				Informe de actividades realizadas	Índice de cuentas por cobrar. Índice de Morosidad.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				Cumplir con la meta o sobrepasarla. Realizar una adecuada evaluación de la condición de socioeconómica de los usuarios.							
	16) No se realizan analisis de costo.	3	Alto	Fortalecer el servicio de análisis de costos. Realizar los cálculos mensuales. Tomar decisiones en base a los análisis de costos.	Subdirección Financiera. Gerencia Contabilidad.				Informe de actividades realizadas. Planes de control de costos. Informe de costos		
	17) Deficiente control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	3	Alto	Fortalecer el servicio de activos fijos. Realizar la actualización de los activos fijos del hospital. Mantener actualizado el inventario de los activos fijos del hospital.					Informe de actividades realizadas. Informe inventario activos fijos.		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Disponibilidad de recursos:										
	18) 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.	
	19) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección de Planificación.						
	20) Crisis financiera internacional y nacional.	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.	
	21) 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.	
	22) 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.	
	23) 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.	
	24) Devaluación del peso.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				(Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Medica. Sub-Dirección de Planificación.						
	25) Alto costo de combustibles.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	26) 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.	
	27) 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:										
	28) 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	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.	

Objetivos Específico	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)
				definidas en el Plan. Realizar Simulacros.							
	29) 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.		
	30) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.	2	Medio	Evaluar situación. Definir un Plan de intervención. ejecutar dicho plan.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	31) Acumulación de basura	3	Alto	Mejorar el nivel de supervisión de la gerencia de limpieza. Establecer programa de supervisión de áreas. Ejecutar programa.	Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia de Limpieza. supervisores.				Programa supervisión elaborado. Informe nivel cumplimiento programa.	% de usuarios satisfechos con las limpiezas de las áreas.	
	32) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.	2	Medio	Dialogar con el MAPA, sobre las características de los recursos humanos del hospital indicarles cuales son indicadores que deben ser tomados en cuenta para ejecutar un plan de incentivos.	Dirección General. Subdirección Gestión Recursos Humanos. Subdirección Planificación.				informe acuerdos arribados.	% de usuarios internos satisfechos con el Plan de Incentivos.	
	33) Alquiler/ préstamos de salones (vídeo conferencia, salón de actos).	2	Medio	Elaborar Normativa uso y cuidado de los salones. Costo a aplicar a las personas y/o institución que dañen o deterioren	Subdireccion servicios generales. Subdireccion Planificacion. Servicio Asesoría legal				Documento Normativa y sanciones.		

Objetivos Especifico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				las instalaciones y/o mobiliario de los salones.							
	34) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.	2	Medio	Proponer al INFOTEP que incorpore la formación de técnico de costo para centros de salud.	Dirección General. Subdirección Gestión Recursos Humanos				Documento solicitud.		
Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.	RIESGOS INTERNOS										
	Relación con Lideres Comunitario:										
	1) 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.	
	2) 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 récord 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.	
	@ Rendición de cuentas:										
	3) 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	2	Medio	Realizar levantamiento de información sobre las necesidades y condiciones de salud del área de influencia del hospital. Realiza el análisis	Gerencia de Epidemiología. Gerencia Servicio Social.				Informe Levantamiento Información. Informe del Análisis. Plan de Intervención. Informe eiecución Plan.		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
	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			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 cumplimiento del Plan.							
	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:										
	4) 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 SNS para definir la solución a emplear para corregir dicha situaciones en el Hospital.	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección Planificación.				Documento Solicitud Reunión. Informe de posibles soluciones.	% de soluciones implementada según las recomendaciones tomadas.	
	5) No funcionamiento del equipo de esterilización de desechos, para evitar la contaminación del medio ambiente.	3	Alto	Evaluar situación del equipo. Definir un plan de intervención. Ejecutar plan de intervención.	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección Planificación. Subdirección de servicios generales. Gerencia de mantenimiento. Gerencia de limpieza.				Informe de la situación. Plan de Intervención Definido. Informe de Cumplimiento del Plan.	% cumplimiento de actividades cumplida según cronograma de ejecución.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	RIESGOS EXTERNOS										
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:										
	6) 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 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.	Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
	7) 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 lideres 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.	
	8) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	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, 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.	

Objetivos Específico	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)			
	9) 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.	
	10) 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 Medica. Gerencia Emergencia				Solicitudes reunión. Documento con las medidas que se adoptaran.		
	11) 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.	

Objetivos Especifico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS										
	Satisfacción de los usuarios:										
	Ver 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.	Subdirección medica, gerentes.				Informe reunión análisis situación. Plan de Intervención. Informe nivel ejecución Plan.	% de usuarios satisfechos con las facilidades para agendar las citas.	
	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.	Subdirección Medica. Gerentes Clinicos-Quirurgicos. Gerencia Atención al Usuario.				Plan de intervención. Informes de Actividades Realizadas.	% de Cirugías Suspendidas.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	3) 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 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 para ser Ingresados al área 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.	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 e los resultados de lab. Clínico e Imágenes.	
	@ Difusión de Información:										

Objetivos Específico	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)
	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) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de 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 Médica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Tecnología de Información.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	8) 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	Gerencia Enfermería. Sub-Dirección Recursos Humanos. Gerencia de Compra.				Informe de necesidades. Cotizaciones.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas.	

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)
				y compras. Dar seguimiento a las necesidades solicitadas.							
	9) 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.	
	10) 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 entregue 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	
	11) 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 cotización. Identificar fondos disponibles. Realizar los cambios y/o contrato personal asistencial.	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.	

Objetivos Específico	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)
	12) Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes poco confiables.	3	Alto	Evaluar situación (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar esta situación). Definir un Plan de intervención. ejecutar dicho plan. Cumplir con el proceso de compra general del hospital y de la dirección de compras y contrataciones.	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección medica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de laboratorio clínico. Gerencia de compras generales.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	13) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.	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.	
	14) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos	3	Alto	Evaluar las situación de porque no se registran de manera adecuada los reingresos. Definir plan de intervención. Ejecutar plan de intervención. Evaluar impacto del Plan.	Subdirección Planificación. Subdirección Medica. Gerencia de Estadísticas. Gerencia Epidemiologia.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		
	15) 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. Colocar asientos en las áreas.	Dirección General. Gerencia de mantenimiento. Gerencia de Compra				Informe de levantamiento. Cotizaciones.		

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2017-2020. Plan Operativo Anual 2019 (POA).

Cergo Consulting Group. Marzo 2019.

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

Objetivos Específico	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)			
	16) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	3	Alto	Evaluar la deficiencia actual del sistema de telefonía. Evaluar la posibilidad de actualizar y/o adquirir un nuevo sistema de comunicaciones para el hospital.	Subdirección Planificación. Gerencia TIC. Subdirección Financiera.				Informe evaluación. Propuesta de solución.		
	17) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	2	Medio	Desarrollar plan de capitación de clientes que puedan pagar por anuncios de promoción en la revista. Realizar contrato con empresas.	Gerencia comunicaciones y Relaciones Publicas				Informe Evaluación y Propuesta de mejora		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Difusión de Información:										
	18) Campana 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.	
	19) 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	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas.				Informe de actividades realizadas	% Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específico	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				hospital y sus logros.							
	20) 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:										
	21) 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.	

Objetivos Específico	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)			
	22) Ausencia de semáforo frente al Hospital	3	Alto	Si por razones técnica no se pueden colocar semáforo en el hospital. Solicitar la colocación de reductores de velocidad a las autoridades de obra publica.	Dirección General. Subdirección servicios Generales.				Comunicación Solicitud		
	23) Alto índice de criminalidad en la zona	3	Alto	Solicitar a al Director General de la Policía Nacional que fortalezca el sistema de vigilancia en la zona.	Dirección General.				Comunicación Solicitud		

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 los impactos de este Plan.

IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS POA 2019.

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

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

Criterios Utilizados Para la Formación de las GERENCIAS 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 Gerencias año 2019.

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE INGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTA EXTERNA	
	# CAMAS	META ESTABLECIDA 2019	# QUIRÓFANOS	META ESTABLECIDA 2019	# CONSULTORIOS	META ESTABLECIDA 2019
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA Y ESPECIALIDADES	61	4,453	4	3,173	4	26,676
Ortopedia		0				25,914
Unidad Artroscopia		0				0
Unidad Reconstrucción		0				762
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES		3,785	4	1,786	5	40,634
Cirugía General	28	2,920		940		11,280
Urología	2	243		94		3,384
Cirugía Ginecologica				0	1	1,735
Unidad Quemados						0
Cirugía Plástica	2	243		94		2,051
Oftalmología	1			188	1	4,512
Otorrinolaringología						1,504
Cirugía Vascular	3	274		94		6,862
Cirugía Torácica	1	104		94		2,256
Cirugía Coloproctología				282		7,050
Cirugía Laparoscópica	0	0				
NEUROCIRUGÍA	29	1,764	1	1,410	1	2,632
MAXILO FACIAL	2	146	1	588	1	1,085
ODONTOLOGÍA				0		0
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES		152				54,384
Medicina Interna	0	0				11,280
Infectología	5	152				1,354
Nefrología	0	0			2	1,410
Pediatría						0
Gastroenterología						7,520
Medicina Familiar					3	3,008
Neurología						2,439
Nutrición						7,520
Neumología						10,528
Cardiología					1	1,805
Reumatología						1,880
Hematología						2,256

UNIDADES ESTRATÉGICAS	METAS DE INGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTA EXTERNA	
	# CAMAS	META ESTABLECIDA 2019	# QUIRÓFANOS	META ESTABLECIDA 2019	# CONSULTORIOS	META ESTABLECIDA 2019
Endocrinología						0
Salud Mental					1	1,128
Psicoterapia				752		2,256
ANESTESIOLOGÍA				6,957		4,147
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	6,345
TOTAL	153	11,243	10	6,957	23	135,903
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	18	6,570				
EMERGENCIAS					10	67,192

La variación esperada en el 2019 con relación al año 2018, según la utilización de la capacidad instalada, será:

Hospitalizaciones es de un:	50%
Procedimientos Quirúrgicos Programado es de:	-9%
Consultas es de un:	41%
Emergencia es de un:	5%

3. Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2019.

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS 2019
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	39,751
LABORATORIO CLÍNICO	
Hematología Emergencia	19,667
Hematología Laboratorio Central	57,151
Hematología Banco Sangre	33,426
Pruebas Especiales	63,681
Química Sanguínea Emergencia	47,378
Química Sanguínea Lab. Central	247,425
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	7,691
PP, PTT y Fibrinógeno	24,771
Bacteriología	2,110
Uroanálisis	26,307
Coprológico	9,279
Serología	31,943
TOTAL	570,827
IMÁGENES	
Rayos X	66,053
Sonografía	15,369
Tomografía	10,535
Resonancia	3,868
Panorámica	0
Doppler	0
Estudios Especiales	76
TOTAL	95,900
LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA	
Biopsia	2,960
Biopsia por congelación	0
Citología	2
Necropsia	0
TOTAL	2,962
FARMACIA	
Recetas Emergencia	80,630
Recetas Hospitalización	125,920
Recetas Quirófanos	4,403
Recetas Curas y Ostomía	10,600
Reducciones y Yesos	8,116
Hemodiálisis	13,074
Imágenes	959
TOTAL	243,702

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS 2019
MISCELÁNEOS	
Curas y Otomías	11,388
Curas Emergencia	9,424
Suturas	1,440
Reducción y Enyesado	8,199
Hemodiálisis	13,340
Ecocardiograma	1,759
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	12,278
Endoscopias	0
Evaluaciones Cardiovasculares	29,676

4. Datos para los Cálculos:

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

SERVICIOS	Estancia Promedio (día)
Ortopedia	5.0
Cirugía General	3.5
Urología	3.0
Cirugía Plástica	3.0
Oftalmología	0
Otorrinolaringología	0
Cirugía Vascular	4.0
Cirugía Torácica	3.5
Cirugía Laparoscópica	3.0
Neurocirugía	6.0
Medicina Interna Especialidades	0
Infectología	12.0
Maxilofacial	5.0
Unidad de Cuidados Intensivos adultos 3ra	8.0
Unidad de Cuidados Intensivos adultos 4ta	8.0
UCI Intermedio	6.
Estancia General Estimada	4.4 Días

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

SERVICIOS	Tiempo Promedio Procedimientos (min)
Ortopedia	120
Maxilofacial	180
Cirugía General	90
Coloproctología	90
Cirugía Torácica	120
Cirugía Plástica	90
Cirugía Vascular	120
Oftalmología	45
Urología	90
Neurocirugía	360
Tiempo Promedio General por Procedimiento	129 minutos

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

ESPECIALIDAD	Tiempo Promedio por Consulta (Minutos)
Cirugía General	15
Coloproctología	8
Cirugía Vascular	10
Cirugía Torácica	15
Cirugía Plástica	11
Neurocirugía	22.5
Urología	10
Ortopedia	18.5
Reconstrucción Ósea	18.5
Maxilofacial	25
Otorrino	7.5
Anestesiología	17
Oftalmología	12.5
Medicina Interna	15
Medicina Familiar	15
Cardiología	25
Reumatología	15
Hematología	15
Nutrición	7.5
Nefrología	10
Gastro	7.5
Infectología	12.5
Ginecología	6.5
Neurología	18.5
Psicología	22.5
Rehabilitación Cognitiva	30
Psiquiatría	30
Neumología	7.5
Tiempo Promedio General por Consultas	15 minutos
Atención Emergencia	80 minutos
Observación Emergencia	3 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	1.2- Receta por usuario
Despacho recetas hospitalización	11.2- Recetas por usuario
Recetas Quirófanos	0.6- Recetas por usuario
Recetas Curas y Ostomia	0.9- Recetas por usuario
Reducciones y Yesos	1.0 - Recetas por usuario
Hemodiálisis	1.0 - Recetas por usuario
Imágenes (estudios Especiales)	0.01- Recetas por usuario

Cálculo de los Días y/o Semanas Laborables.

Para uso de quirófano en cirugías electivas y consultas serán utilizados en el 2019, 240 días.

Total de días trabajados en el año (240)
Cálculo No. Semanas al año : -----= Total Semanas (48)
No. De días laborables por semana (5)

Cálculo días trabajados al año: Total de semanas (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 48 días de los 235 días.

2 días a la semana son 96 días trabajo.

3 días a la semana son 144 días trabajo.

4 días a la semana son 192 días trabajo.

5 días a la semana son 240 días trabajo.

* 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 2019.

X. METAS PARA EL 2019 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIAS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO “DR, NEY ARIAS LORA”

1. Metas Generales Plan Operativo Anual 2019.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2019
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.	11,243
Total, Consultas Hospital.	135,903
Total, Cirugías Programadas	6,957
Total, Emergencia.	67,192
Total, Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	39,751
Total, Laboratorios Clínicos.	570,827
Total, Estudios Imágenes	95,900
Total, Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	2,962
Total, Recetas Despachadas	243,702

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2019
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 Gerencias Para el 2019.

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 GERENCIAS:

a) Recursos Humanos:

Promoción de la Licda. Brunilda Marte a Supervisora Matutina.

Promoción de la Licda. Yaquelyn Durán a Supervisora Vespertina.

2- Auxiliares de Atención al Usuario (Reposición).

b) Capacitación y Educación continua:

- 1- Diplomado Gerencia Estratégica de Salud.
- 4- Diplomado en Montaje y Protocolo de Eventos.
- 10- Curso de Microsoft Office.
- 10- Curso de Excel básico y Avanzado.
- 20- Curso de Calidad en el Servicio.
- 20- Curso de Redacción y Ortografía.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:**Recepción:**

No en este periodo.

Facturación de Imágenes**Consulta Externa:**

- 1-Archivo 2 gavetas (Lobby Principal).
- 1-Archivo 4 gavetas (Call Center).
- Sistema de bocinas exclusivo para el área de consulta y Micrófono.
- Adquisición de Software para el Call Center, con sistema recordatorio de citas
- Adquisición o Mantenimiento de Sistema de Citas.
- Wifi para las salas de espera.
- Filas de Asientos para salas de espera.
- 2- Televisores para salas de espera de emergencia y Admisión.
- 12- Buzones de sugerencia.

d) Habilitación o readecuación de infraestructura.

- Habilitación de 4 cubículos para el call center.
- Habilitación extensión sala de espera de consulta.

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 GERENCIAS:

a) Recursos Humanos

- 1- Trabajadora social para fines de semana
- 2- Trabajadora social tanda matutina.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 1- Diplomado en trabajo Social.
- 3- Paquete Office.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Sillones ejecutivos.
- 1- Computador.
- 1- Silla secretarial.
- 1- Cámara para uso de oficina.
- 3 Anaqueles.
- 1- Impresora a color multifuncional

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Fuimos ubicados al primer nivel donde se requiere la división en cubículos de manera urgente; o en su defecto, ampliación de la oficina donde se pueda trabajar con el usuario con privacidad.

3) GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS

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

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.
- ✘ 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 GERENCIAS:

a) Recursos Humanos

- 1- Asistente
- 1- Periodista

1- Diseñador gráfico.

b) Capacitación y Educación Continua:

1- Diplomado en Relaciones públicas.

1- Diseño, diagramación e impresión del boletín informativo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Cámara fotográfica.

1 Grabadora.

1- Impresora multifuncional.

1- Archivo.

1- Planta eléctrica portátil de 1.5 kw.

1- Pantalla portátil.

1 Disco duro portátil.

1- Microfono inalámbrico

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este periodo.

4) UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL

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

No en este período

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.
- ✘ 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 GERENCIAS:

a) Recursos Humanos:

1- Secretaria (o).

b) Capacitación y Educación Continua:

3- Capacitación y actualización del marco legal del sector salud.
Curso taller sobre aplicación de la ley 41-08 de función pública.
Curso taller sobre seguridad social.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Silla ergonómica.
1- Escaner

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

5) OFICINA DE LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN (OAI)

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 las gestiones necesarias para localizar los documentos en los que conste la información solicitada.
- ✘ Enviar a la oficina pertinente aquellas solicitudes que fueran presentadas en una oficina no competente bajo su dependencia, para que la solicitud de información sea respondida adecuadamente
- ✘ Estar pendiente de informaciones y opiniones relacionadas con el hospital e informar al director general.
- ✘ Garantizar el monitoreo de la publicidad contratada por el hospital en los medios de comunicación.
- ✘ Apoyar la implementación de estrategias de proyección de una imagen positiva entre los usuarios.

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

- ✘ Garantizar que se realice la tramitación y el monitoreo de las informaciones solicitadas.
- ✘ Garantizar que la dirección ejecutiva tenga conocimiento de las informaciones solicitadas en la oficina.
- ✘ Impulsar la actualización permanente de la información relacionada con la institución.
- ✘ Preparar los documentos necesarios con el objetivo de que los solicitantes cuenten con las informaciones en el tiempo establecido para su entrega o negación.
- ✘ Mantenerse en contacto o comunicación con la dirección ejecutiva, para proyectar informaciones positivas de la institución y en beneficio para la población.
- ✘ Propiciar el diálogo permanente entre los solicitantes y el hospital.
- ✘ Coordinar con las gerencias y servicios las informaciones a ser divulgadas por los medios de comunicación relacionadas con el tema de transparencia.
- ✘ Trabajar en conjunto con otras gerencias para ejecutar programas de ética y transparencia y a su vez tener conocimiento de los mismos para diseñar técnicas de comunicación (boletines informativos, folletos, brochurs, etc.) que promuevan la participación del personal del hospital.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la GERENCIAS:

a) Recursos Humanos

1- Auxiliar

b) Capacitación

Facilidades para participar en las actividades relacionadas con ética y transparencia.

c) Adquisición y/o Reparación de Equipos

1- Printer Multifuncional (printer, scanner, copia)

1- Escritorio

1- Sillón (para el auxiliar)

1- Computadora (para el auxiliar)

2- Sillas para visitas (para el auxiliar)

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

- Reubicación OAI

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

1) GERENCIA: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total Ingresos.	2,298	4,453	94%
Total Consultas.	27,805	26,676	-4.0%
Total Cirugías Programadas.	3,815	3,173	-17.0%
Total Reducciones y Yesos	248	273	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	79%	85%	6%
Promedio de estadía. (días)	10.7	5	-5.7 días
Tasa IAAS	2.9%	2%	-0.9%
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.83%	0.5%	-0.33%

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

Implementar la conformación de unidades especializadas aun no establecidas.

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 únicamente a estas áreas como: Reemplazo articular, cirugía de columna, pelvis y acetábulo, cirugía artroscópica, cirugía de trauma, pie y tobillo.
- ✕ 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

3. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 5- Ortopedas (1- artroscopistas, 2- Artroplatista, 1- cirujano de reconstrucción ósea, 1- especialista de miembro superior).
- 8- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.
- 4- Auxiliares de avanzada.

b) Capacitación y Educación Continua:

8-Facilidad para participar en el meeting de la academia de ortopedia (11 al 16 de marzo 2019).
15-Congreso Nacional de ortopedia regional norte (25 al 28 de julio 2019)
15-Congreso internacional de ortopedia (5 al 8 de diciembre 2019)

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:**Quirúrgicos**

8- Posicionadores laterales de la mesa quirúrgica.
1- Intensificador de imágenes (Brazo en c) nuevo para columna.
2- Cama quirúrgica radiolúcida.
15-Taladro de baja resolución
4- Mesas de mayo (Reparación/construcción).
6-Mandiles de plomo.
Completar las 20 bandejas de ortopedia actuales.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este periodo

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

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total Ingresos.	2,921	3,785	29%
Total Consultas.	21,641	40,634	88%
Total Cirugías programadas.	3,468	1,786	-48%
Total Curas y Otomías	10,353	11,388	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	92%	85%	-7.0%
Promedio de estadía. (días)	4.4	3.5	-0.9 (días)
Tasa IAAS	2.41%	2.0%	-0.41%
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.51%	0.40%	-0.9%

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

Reapertura de la unidad de Cirugía Bariátrica y Laparoscopia avanzada.

Creación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Creación de la unidad de otorrinolaringología con servicios de video-laringoscopia.

Fellowship de trauma, para cirujanos generales.

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Cirujano vascular.
- 3- Tecnicos Instrumentistas
- 1- Médico General Auditor para el bloque de cirugía.
- 1- Médico General Instrumentista.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 6- Curso de Laparoscopia Avanzada para Cirujano Generales.
- 5- Cursos ATLS y PHTLS.
- 10- Apoyo para congreso Nacional de cirugía del Colegio Dominicano de Cirujanos.
- 2- Cursos gerencia en salud
- 1- Curso de auditoría médica.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Broncoscopia flexible 5mm con canal de trabajo 2mm, mas (2) pinzas de extracción de cuerpo extraño y toma de biopsia.
- 1- Bandeja para cirugía de cabeza y cuello (oído); (Nariz).
- 1- Fronto Luz.
- 1- Nasofibrolaringoscopio rígido de 3mm con canal de trabajo con sus pinzas de biopsia.
- 1- Equipo de microcirugía para cirugía de mano.
- Reemplazo de equipos de Laparoscopia y obtención de instrumento para cirugía avanzada.
- 1- Bandeja de cirugía laparoscópica avanzada.
- 1- Bandeja de cirugía Vascular.
- 1- Bandeja de coloproctología con Anoscopio.
- 1- Dermatómomo y un mallador.
- 1- Rectosigmoidoscopio.
- 1- Protoscopio.
- 1- Ligadores de hemorroides.
- 1- Estilete y sonda canalada.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Asignación de parqueos al personal de guardias.

3) GERENCIA: NEUROCIRUGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total ingresos	873	1,764	102%
Total consultas.	3,467	2,632	-24.0%
Total cirugías programadas.	274	1,410	414%
Tasa de ocupación hospitalaria.	103.7%	80%	-23.7%
Promedio de estadía. (días)	8.9%	6	-2.9 días
Tasa IAAS	0.87%	0.50%	-0.37%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.29%	0.20%	-0-09

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

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 2- Técnicos instrumentistas (Capacitarlos en el hospital)
- 1- Técnico de brazo en C (Fijo tercer piso)
- 1- Medico general para el bloque de neurocirugía.

a) Capacitación y Educación Continua:

- 5- Participaciones en congresos nacionales por lo menos una (1) vez al año (Septiembre o mayo) con apoyo económico.
- 2- Participación en congresos internacionales por lo menos uno (1) al año con apoyo económico.
- 5- Cursos y capacitaciones temporales, organizados por la Sociedad Dominicana de Neurocirugía con apoyo económico.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Microscopio.
- 2- Lupas.
- 2- Luz Frontal.
- 2- craneótomo
- 6 –Chalecos de plomo.
- 6- Dosímetros.

Instrumentos Quirúrgicos

- 1- Set de microcirugía.
- 4- Halo de tracción cervical.
- 1- Cama quirúrgica para cirugía de columna.
- Cambios autoclaves.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

En quirófano de la tercera, completar la habilitación del área de vestidor de los médicos.

4) GERENCIA: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total Consultas.	7,382	6,345	-14.0%
Total Sesiones de Rehabilitación	36,137	39,751	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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

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

b) Capacitación y Educación Continua:

- 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 usuarios.
- 4- Camillas para fisiatría
- 1- Tallímetro.

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

2- Esfigmomanómetros de mercurio de pared o pedestal.

2- Camillas de fisioterapia

1- Espejo cuadriculado.

60-Compresas calientes

2- Electroterapia

1- Tanque de compresa caliente

2- Caminadora

4- Bicicleta estacionaria

2- Bicicleta de mano

2- Caminadoras

8- Rolo para ejercicio isométrico.

10- Vendaje con velcro.

1- Congelador pequeño.

10- Pelota de gel para mano.

100- Cables para tens.

300- Toallas mediana.

100- Electrodo de carbono.

40- Tens dynatronics.

10- Diji-flex (rojo, verde, negro, amarillo, azul)

5- Ultrasonido dynatronics.

5- Plastilina (3 tarro de 5 libras diferente colores).

3- Polea.

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) GERENCIA: EMERGENCIA / URGENCIA

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total Usuarios Observación	-	-	-
Total Atenciones Emergencia	63,992	67,192	5.0%
Presión de Urgencia	39.9%	20%	-19.9%
Tasa de mortalidad BRUTA intrahospitalaria.	0.38%	0.20%	-0.18%

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

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:

- 3- Médicos generales por team de servicios con pre, post y un libre (es decir duran 3 días libres).
- 2- Seguridad fijo en la puerta de emergencia. (se recomienda que uno de los 2, cada 5 minutos se dé una vuelta por triage y observación).
- 1- Personal de servicio social en las noches, fines de semanas y días feriados.
- 1- Emergenciólogo / médico general y administrativo para cubrir vacaciones, permisos y licencias.
- 1- equipo de sutura.

Nota: Es conveniente dividir los médicos generales a un mejor horario para disminuir las guardias 24 horas.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 10- Facilidades para congresos internacionales de Emergenciología
- 30- Curso del Manejo de Estrés
- 16- Curso de Heartsaver “Primeros Auxilios con RCP y DEA”:
- 16- Cursos de ACLS Avanzado por la AHA:
- 16- Cursos de ITLS Avanzado por la AHA:
- 16- Cursos de ATLS Avanzado por la ATLS:
- 30- Curso de trabajo en equipo
- 30- Curso de humanización sala emergencia.
- 30- Curso de ética medico-legal en sala emergencia.
- 30- Charlas sobre la importancia higienización manos del equipo salud de emergencia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:**En el ara de reanimación:****Reparación de:**

- Cambio del piso de reanimación y dividir con cortinas
- Cambio del fregadero de 2 cubetas a una cubeta.

Adquisición de:

- 2- Laringoscopio.
- 1- Sonógrafo portátil.
- 3- Juegos cables para monitor marca Nihom.
- 2- Juegos cables para monitor marca advanced.
- 2- Manubrios altos flujos de 3 entradas.
- 1- Juego cables para monitor desfibrilador marca Nihom.
- 2- Juegos cables para electrocardiógrafo.
- 4- Bombas de infusión para sala reanimación.
- 1- Ventilador mecánico automático.

d) Adquisición y/o reparación de Equipos:**En Ambulancia:**

- 2-Monitores con brazalete para medir la tensión arterial.
- 1- Ventilador mecánico portátil.
- 1- Oxígeno portátil.

e) Adquisición y/o reparación de Equipos:**En el ara de triage Adquisición de:**

- Redefinir colocación cubículo con las cortinas en dicha sala.

f) Adquisición y/o reparación de Equipos:**En el Área de Atención / Observación.**

- 1- Reparación carro de medicamentos

g) Adquisición y/o reparación de Equipos:

En el ara de Atención / Observación.

h) Habilitación y/o readecuación de infraestructura .

- 2 Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera.
- 3 Readecuar entrada de emergencia y señalizarla.
- 4 Ampliación o cambios de mobiliario y pintura de la oficina de la gerencia de emergencia con baño.
- 5- TV para transmisión de informaciones en sala de espera de emergencia.

i) Generales

- 1-Pintar con pintura blanca lumínica una línea limite para parqueo de las ambulancias que lleguen de emergencia.
- 3- Esfigmomanómetros de pedestal.
- 8- Sillas ergonómicas.
- 5- Camillas de transporte/ 3 colchones para camilla.
- 1- Escritorio y silla secretarial para la encargada de enfermería.
- 1- Acortamiento de la cera de la entrada en sala de espera con la finalidad de mejorar el tránsito.
- 1- Apoyo para cursos o congresos de emergencias al equipo médico.

6) GERENCIA: ANESTESIOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total Consultas.	4,488	4,147	-7.6%
Total Procedimientos programados.	7,667	6,957	-9.0%
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

Creación de la URPA (Unidad de Recuperación Post Anestésica)

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

4- Enfermeras para Urpa (2 por turno y en cada nivel)

b) Capacitación y Educación Continua:

2- Curso CEEA, La Sociedad Dominicana de Anestesiología.

1- Apoyo a congreso latinoamericano de anestesiología del 21 al 25 de sept.

8- XV congreso dominicano de anestesiología.

b) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Maquina de anestesia.

1- Neuroestimulador.

1- Bis (Índice bispectral de monitorización)

8- Blower (Manta termica)

1- Laringoscopio de fibra óptica.

8- Monitores.

1- Escritorio.

1- Computadora.

1- Silla de escritorio.

Mantenimiento maquinas de anestesia

Calibración de vaporizadores de anestesia.

Sensores de Capnografía.

Calibración de vaporizadores de anestesia.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Completar la habilitación de estar médico 4ta. Planta.

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

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total ingresos	132%	0%	-100%
Total Consultas.	29,019	54,384	87.0%
Ecocardiograma	1,599	1,759	10.0%
Tasa de ocupación hospitalaria.	-	-	-
Promedio de estadía. (días)	12.2	0.0%	-12.2 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0%	0%	0%

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

Creación unidad gastroenterología.

Creación unidad Diagnostica (Eco/ Doppler espirometría (test post broncodilatador).

Creación de servicio de terapia respiratoria y broncoscopia.

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1-Internista.
- 1- Secretaria.
- 1- Pasante para Infectología.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 10-Facilidades para asistencia a congresos nacionales e internacionales escogidas por cada especialidad.
- 2- Atención al cliente.
- 4- Manejo de conflicto.
- Capacitación pertinente a las áreas en proyecto.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Eco cardiógrafo
- 1- Vibralung (Equipo de terapia respiratoria).
- 1- Cough Asist (Equipo de tos asistida).
- 1-Torre de gastroscopia
- 1- Broncoscopio
- 1- Espirometro portátil

c) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Readecuación unidad pre-quirúrgica.

8) UNIDAD: DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Hemodiálisis	12,127	12,127	0%
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, cardiología 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 la Gerencia:

a) Recursos humanos

- 1-Nefrologo para las consultas y cubrir licencias o vacaciones.
- 1- Enfermera para cubrir vacaciones y licencias.

b) Capacitación y educación continúa

- 5- Facilidades para asistencia a congresos nacionales e internacionales tanto a los médicos del área como a las enfermeras.
- 5- Curso de ABC reanimación cardiovascular avanzado básico y avanzado.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Monitor para registro de los signos vitales.
- 1-Bomba de infusión continua.

d) Readecuación y/o habilitación de infraestructura.

Llevar el sistema de agua osmosis a la unidad de cuidados intensivos con fines de realizar hemodiálisis en la misma unidad.
Puerta eléctrica con control.

9) GERENCIA: UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA (UCI 4ta., UCI 3era., Cuidados Intermedio)

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total ingresos	1,048	942	-10.0%
Tasa de ocupación hospitalaria.	58.0%	80.0%	22.0%
Promedio de estadía. (días)	5.7	8.0	2.3 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	38.6%	20.0%	-18.6%

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

UCI 4to. piso

3- Licenciadas de enfermería.
1-Médico general

UCI 3er Piso

1- Terapeuta respiratorio.
1- Enfermeras.
1- Auxiliar

UCI Intermedio

2- Licenciadas

b) Capacitación y Educación Continua:

1- Rotación por el Hospital de Río Piedras Puerto Rico (Unidad Intensiva) 2019.
23-Curso anual de RCPC (Resucitación cardiopulmonar cerebral) 2019 para todo el personal.
6-Curso servicio al cliente para personal asistencial y de seguridad 2019.
2- Congreso medicina crítica, Ecuador
1- Curso de alta gerencia para el gerente.
16- Actualización curso de ventilación mecánica para médicos.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Respirador automático portátil
- 2-Medias de compresión intermitente con blower.
- 9- Lámparas cuello de ganso.
- Calibración por un biomédico de los monitores y respiradores.
- 4-mesitas de comida.
- 1-Nebulizadores.
- 1- Locker para guardar de 12 casillas.
- 7- mesitas de noche.
- 2- colchón para la cama camarote.
- 3- Cama eléctrica para el cubículo.

UCI 3er piso:

- 2-Mascaras de ventilación mecánica no invasiva.
- 1-Oxímetro portátil.
- 1-Aspiradores portátil.
- 15- Bombas de infusión de 3 canales.
- 1- Anaquel o locker de 12 casillas para ropa limpia.
- 3- Camas para usuarios o (reparar la que tenemos).
- 1- Monitor portátil.
- 1- Computadora completa.
- 7- Frazadas.
- 1- Monitor central
- 7-Blowers para mantas térmicas.
- 1-Laringoscopio con su pala.
- 1- Desfibrilador.

UCI Intermedio:

- 5-Colchones de aires anti escara.
- 1-Bebedero
- 5-Monitoreo con oxímetro con sus cables
- 2-Nebulizadores.
- 1-Electrocardiografo.
- 2- Colchones de aire
- 1- Desfibrilador.
- 1- Locker para médicos y enfermera.

d) Reparación y/o habilitación de infraestructura

Terapia dialítica a usuarios en estado crítico.
Habilitar sala de espera para familiares de UCI.

10) GERENCIA: SALUD MENTAL

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total consultas.	825	1,128	37.0%
Total Psicoterapia y Consultas Psicología	681	752	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.

- ✕ 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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Habilitación docente
- 1- Técnico en psicometría
- Curso sobre Psicomatología.

Facilidades para participación en congresos nacionales e internacionales (a todo el personal del departamento una maestría de terapia sexual y pareja).

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 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) GERENCIA: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Total ingresos	201	146	27.0%
Total consultas.	2,397	1,085	55.0%
Total cirugías programadas.	33	588	1,682.0%
Tasa de ocupación hospitalaria.	148%	85%	-63.0%
Promedio de estadía. (días)	7.2	5.0	-2.2 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.62%	0.20%	-0.42%

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

Creación Servicio de odontología.

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

1- Medico Maxilofacial

b) Capacitación y Educación Continua:

2- Facilidades y apoyo a congreso nacional.

3- Manejo de conflictos

2- Apoyo para congreso internacional.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Readecuación de las dos bandejas quirúrgicas para cirugía maxilofacial (adquisición de instrumental quirúrgico nuevo).

- 1- Micro motores quirúrgicos para los osteotomías y trepanaciones quirúrgicas en viscerocraneo.
- 1- Luz frontal

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

No en este período.

12) GERENCIA: LABORATORIO CLÍNICO

PRUEBAS	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Hematología Emergencia	10,079	11,087	9.0%
Hematología Laboratorio Central	45,982	50,580	9.0%
Hematología Banco Sangre	25,358	27,894	9.0%
Pruebas Especiales	45,681	50,249	9.0%
Química Sanguínea Emergencia	17,267	18,994	9.0%
Química Sanguínea Lab. Central	184,773	203,250	9.0%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	1,793	1,972	9.0%
PP, PTT y Fibrinógeno	15,751	17,326	9.0%
Bacteriología	1,476	1,624	9.0%
Uroanálisis	18,637	20,501	9.0%
Coprológico	5,882	6,470	9.0%
Serología	22,274	24,501	9.0%
TOTAL	372,679	434,448	

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

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.
- ✘ Programas educativos en los televisores en las áreas de espera.

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.
- ✘ Implementar control de calidad en todas las áreas.

- ✖ 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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

4- Licenciadas Bioanálisis.

b) Capacitación y Educación Continua:

Diplomado, maestría y especialidades que imparten las diferentes universidades:

2- Diplomados en hematología.

1- Gerencia Moderna en Salud

2- Curso toma de muestra y actualizaciones.

1- Curso Taller de lavado de cristalería

1-Auditoria interna

2- Facilidades para congresos nacionales

1-Facilidad para congreso internacional.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

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

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

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

2- Sillones para banco de sangre.

Otros:

2-Balanza agitadoras de bolsas de sangre.

3-Centrifuga Cerafuge.

3-Cestillos de vidrio para cubetas de tinción.

Tapizar todas las sillas en material impermeable.

10-Batas para las áreas de proceso.

1-Mural Informativo.

2- Archivos (4 y 2 Gavetas).

1-Incubadora mediana.

Banco de Sangre

1-Aire acondicionado.

1-Sellador de bolsa

1- Nevera

1- Equipo de química.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar puerta de salida de emergencia.

1-Cambio de meseta en metal para Bacteriología.

1- Puertas en cristal ahumado en Bacteriología

13) GERENCIA: IMÁGENES

ESTUDIOS	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Rayos X	60,048	66,053	9.0%
Sonografía	13,972	15,369	9.0%
Tomografía	9,577	10,535	9.0%
Resonancia	3,516	3,868	9.0%
Panorámica	0	0	9.0%
Doppler	0	0	9.0%
Estudios Especiales	69	76	9.0%
TOTAL	87,182	95,900	9.0%

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 6- Médicos sonografistas (5 para guardias presenciales)
- 6- Técnicos de rayos X.
- 1-Digitador.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

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

1-Impresora multifuncional.

1-Doppler Vascular

12- Batas plomadas.

4-Sillas secretariales.

1-Sonografo nuevo estacionario (fijo) que tenga transductores: convexo, intracavitario, plano, ecocardiograma y con la función doppler.

80-Dosímetros

Sistema risk-pacs para la interpretación y visualización de los estudios de imágenes (dictáfono, encriptación de reportes, firmas)

Pieza bandeja de chasis equipo rayos X tele comando y tarjeta del temporizador.

Pintar los equipos de rayos X .

Antenas de resonador lumbar mediano y hombro.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

Adecuación área de archivo de entrega de resultados, poner ventanilla y meseta en el área de rayos X.

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

Construcción vestidor para el equipo1 de rayos X.

14) GERENCIA: ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTUDIOS	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Biopsia	2,691	2,960	9.0%
Biopsia por congelación	0	0	9.0%
Citología	2	2	9.0%
Necropsia	0	0	9.0%
TOTAL	2,693	2,962	9.0%

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 procesamiento 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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Histotecnólogo.
- 1-Médico patólogo.
- 1-Digitador.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Curso de Excel y acces para crear base de datos.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 4-Anaqueles.
- 4-Archivos.
- Cambio de bombillas y limpieza de 3 microscopio.
- Reparación de criostato

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

- Colocar cerámica antideslizante en rampa de salida de la morgue.
- Reparación de extractores de gases.

15) GERENCIA: FARMACIA

INDICADOR	RESULTADOS 2018	RESULTADOS ESPERADOS 2019	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2019
Recetas Emergencia	78,838	80,630	2.3%
Recetas Hospitalización	84,033	125,920	49.8%
Recetas Quirófanos	6,473	4,403	-32.0%
Recetas Curas y Ostomía	9,459	10,600	12.1%
Reducciones y Yesos	7,949	8,116	2.1%
Hemodiálisis	11,871	13,074	10.1%
Imágenes	804	959	19.3%
TOTAL	199,427	243,702	22.2%

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

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

5- Auxiliares de farmacia

1- Encargado de dispensación, tanda vespertina.

b) Capacitación y Educación Continua:

32-Taller de capacitación para manejo de productos de osteosíntesis

1-Participación en congresos farmacéuticos internacional

32- Participación en taller, sobre técnica en manejo de almacén.

32- Capacitación a todos los auxiliares en office.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

5- Computadora.

4- Impresoras matriciales

1-Locker de 6 espacios.

1- Bebedero.

8- Sillas ergonómica.

1- Escritorio

1- Cámara de seguridad en farmacia de emergencia.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Hacer pasamano y mostradores para entrega de medicamentos en quirófano de tercera y cuarta.

Remodelación de farmacia hospitalaria (3era planta), (Mostrador y/ o pasamanos más amplios, anaqueles para el aprovechamiento de los espacios utilizar un extremo de la pared).

Remodelación de la farmacia de emergencia (No tiene baño).

16) GERENCIA DE ENFERMERÍA

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

No en este período

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.
- ✘ Capacitación permanente de todo el personal enfermería, con relación a las 6 metas internacionales de la seguridad y calidad de los cuidados a nuestros usuarios.
- ✘ Retroalimentación a todo el personal con enfoque de prevención de infecciones asociadas a la atención hospitalaria.
- ✘ Mantener las estrategias, para garantizar la asistencia y puntualidad de todos los convocados a las actividades formativas, reuniones entre otras.
- ✘ Satisfacer las demandas y necesidades de nuestros usuarios, aplicando los conocimientos propios adquiridos, que les permitan la recuperación e integración a la sociedad en el menor tiempo posible.
- ✘ Establecer y mantener las estrategias que garanticen un ambiente Interno laboral propicio para garantizar la productividad y ayudar a conducir al logro de los objetivos de la Institución.
- ✘ Mantener la integración y la organización de los recursos humanos, técnicos y financieros de las acciones formativas y administrativas establecidas en La planificación de la gerencia, 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, por eso es importante contratar recursos humanos con las competencias necesarias para el trabajo diario.
- ✘ Elaborar Brouchures educativos, para ofrecerlos a nuestros usuarios, con diferentes patologías, según su necesidad, con enfoque a prevención.

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

- ✘ Supervisar 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.
- ✘ Supervisar que el trato a nuestros usuarios, sea con humanización en los servicios de salud que ofrece el personal de enfermería, con respecto a la calidad y humanización en los servicios ofrecidos a nuestros usuarios.

- ✕ Proporcionar en cada momento laboral, los 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.
- ✕ Medir las metas cumplidas en cuanto al cumplimiento de 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 Gerencia:

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. Tipo de atención en 24 horas

ÁREAS HABILITADAS Departamento De Enfermería.

A. Recursos Humanos:

Departamento de Enfermería	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	1- Gerente 1- Asistente Adm. 16- encargadas. 13- supervisoras. 2- avanzadas de fin de semanas y días feriados.	1- Secretaria

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1 Archivo de 4 gavetas

ÁREA DE EMERGENCIA:

Estado Situacional

05- camillas en el área de triage
18- camillas en el área de observación
02- camillas en reanimación
Total general 25 camillas de transición

A. Recursos Humanos:

Área de Emergencia	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	23 Profesionales	6
Personal Auxiliar Actual	10 Auxiliares	2
Auxiliares De Avanzadas Actual	18 Auxiliares de avanzada.	3

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Sillón reclinable para ser usado en reanimación por el personal de salud.

1- Mesa de mayo

5- Sillas estacionarias para el estación de enfermería.

1-Computador.

1-Lavamanos portátil.

6 Mesas de desayunador (Cama)

1-Carro para medicar.

1-para transportar los insumos.

1-Bomba de infusión.

4- Esfigmomanómetro móviles

3- Colchones para las camillas.

1- Carro de paro.

1- Locker 12 puertas.

2- monitores.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar el estar médico y de enfermería del área de triaje.

Colocación de puertas y gavetas del área de observación.

Reubicar el descanso del personal médico ya que están utilizando el de los avanzadas de enfermería.

Cambiar los lavamanos en el área de reanimación y el de estar de enfermería.

Área de Quirófano EMERGENCIA (2 Quirófanos)

A. Recursos Humanos:

Área de Quirófano EMERGENCIA	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	0	4
Auxiliar avanzadas	0	2 Avanzadas

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2-Anaqueles.

2-Zafacones de metal con ruedas de 5 galones.

2- Lokers de 4 compartimientos.

1- Computadora.

- 3- Sillas de anestesia.
- 3- Sillas estacionarias.
- 1-Cortadora de gaza.
- 3- Mesa de mayo.
- 1- Mesa medica media luna.
- 1- Aspirador portatil.
- 1- Carro de paro.
- 4- Braseras.
- 2- Equipos de cauterio.
- 1- Tanque de oxígeno.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación del lavadero para instrumental post – quirúrgicos.

Área de preparación de equipos quirúrgicos.

Vestidor y baño para el personal médico y de enfermería.

Pileta de desagüe en el área de quirófano.

Área de CURA Y OSTOMIA

A. Recursos Humanos:

Área de Cura y Ostomia	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	5	0
Auxiliares avanzadas	0	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Sillas estacionarias.

3- Camillas

1- Computadora

1- Silla secretarial.

2- Lockers.

Reparación de una vitrina tiene el cristal roto, además no tiene llavín.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Cambio de espacio físico a un lugar más amplio, división de curas limpias y sucias.

ÁREA DE HEMODIÁLISIS

A. Recursos Humanos:

Área de Hemodiálisis.	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal profesional	7	1
Personal auxiliar actual	5	0
Auxiliares de avanzadas	2	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Carro portátil para el oxígeno

2- Mesas de curas de acero inoxidable.

2- Sillas secretariales para el personal de salud.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Lavamanos Unidad A

ÁREA DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS AMBULATORIOS (27 consultorios):

CONSULTA EXTERNA

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	19 auxiliares	4
Auxiliares de avanzadas actual	2 avanzadas en consultas,	1

RADIOLOGÍA

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	1	0
Personal auxiliar actual	2 auxiliares	0
Auxiliares de avanzadas actual	0	1 avanzada para admisión e imágenes.

Avanzadas nocturnos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal auxiliar actual	0	2

EQUIPOS PARA CONSULTA EXTERNA

A. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 3- Escritorios.
- 3- Sillas de ruedas.
- 2- Camillas de transporte
- 1- Computadoras

B. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar área para aplicación de tratamiento ambulatorio, y procedimientos mínimamente invasivos.

ÁREA HOSPITALIZACIÓN BLOQUE – I (3ER NIVEL)/ (29 CAMA)

A. Recursos Humanos:

Bloque I 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	19	2
Personal Auxiliar Actual	5	2
Auxiliares De Avanzadas	2	0

A. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Carro de cura
- 1- Fotocopiadora.
- 1- Carro de paro.
- 2- Aspiradores.

- 1- Nebulizador,
- 2- Sillas de ruedas.
- 1- Camilla
- 1- Lockers de 8 compartimientos.
- 1- Sofá.
- 1- Reparacion desfibrilador.
- 1- Bebedero.
- 1- Cama de posición.
- 5- Mesitas de noche.
- 5- Mesitas de desayunar.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Mantenimiento de pintura de las puertas de 15 habitaciones y las puertas de metales.

Brillado de piso de toda el área.

Habilitar espacio para poner sabanas sucias.

Habilitar anaqueles para colocar sabanas limpias.

Habilitar anaqueles para colocar insumos de limpieza.

Área de Hospitalización 3er. Nivel Bloque –II (28 Cama)

A. Recursos Humanos:

Bloque II 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	18	3
Personal Auxiliar Actual	5	1
Auxiliares De Avanzadas	2	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Computadora
- 1- Mesa de cura
- 2- Aspiradores
- 3- Nebulizador
- 2- Glucómetro
- 1- Caunter de pared para material gastable
- 2- Sillas de oficina
- 1- Monitor.
- 5- Mesas de comida para los usuarios.
- 1- Electrocardiografo.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Mantenimiento de los pies de suero y camas.

Remodelación de los gabinetes.

ÁREA DE UCI NEUROCIRUGIA 3ER. Nivel (7 Cama)

A. Recursos Humanos:

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	19	1
Personal Auxiliar Avanzada	5	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2- Sillas para el personal
- 1- Locker de 8 compartimiento.
- 2- Camas de posición.
- 1- Computadora.
 - 1- camilla.
- 2- nebulizadores.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Pintura de toda el área.

ÁREA DE UCI INTERMEDIO (5 Cama) 3er. Nivel

A. Recursos Humanos:

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	9	1
Personal Auxiliar Actual	7	0
Avanzadas	1	1

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 5- Aspiradores
- 1- Desfibrilador.
- 1- bebedero
- 3- Nebulizadores.
- 5- Colchones de aire.
- Reparación de los cables de los monitores o reposición.
- 1- mesa de cura.
- 1- silla de ruedas.
- 1- camilla traslado de usuarios.

D. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Pintura del área.

ÁREA QUIRÓFANO 3er. nivel.

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal profesional	5	2
Personal auxiliar actual	24 auxiliares	2
Auxiliares de avanzadas actual	2 avanzada	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.
- 4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas.
- 4-Equipo completo de electrocauterio.
- 1-Locker de 8 compartimiento.
- 6 -Zafacones de metal de acero inoxidable con ruedas.
- 3- Monitores.
- 5- Aspiradores.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Magnetización de las puertas que dan al quirófano.

Reubicación planificación de la ruta de acceso del material de procesar y salida del material ya procesado.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE – I 4to. Nivel 30 cama)**A. Recursos Humanos:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	18	3.
Personal Auxiliar Actual	5	1
Auxiliares de Avanzadas Actual	2	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Monitor
- 1- Mesa de cura.
- 1- Camilla de posición para el transporte del paciente.
- 9- Sofá para el descanso de los familiares de usuarios en las habitaciones.
- 2- Lámpara de calor.
- 1- Calentador de H2O.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Reparación de los gabinetes de la estación de enfermería.

Reparación del estar de enfermería.

5 Puertas pendientes a reparar.

Pendiente el brillado del piso.

Pintar la estación de enfermería.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to. Nivel (31 cama)**A. Recursos Humano:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	19	1
personal auxiliar actual	5	1
auxiliares de avanzadas actual	2	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Bebedero
- 1- Negatoscopio
- 1- Locker de 8 compartimiento

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Desocupar cuarto de depósito ocupado por informática.
Reparar sofá reclinables de las habitaciones.

ÁREA DE INFECTOLOGÍA (BLOQUE II) 4TO. NIVEL (4 cama)**A. Recursos Humanos**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	5	0
personal auxiliar actual	0	1
auxiliares de avanzadas actual	0	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Bebedero
- 20- Reparar Sofá para cada habitación para el descanso de los familiares
- 1- Negatoscopio
- 1- Mesa de Cura.
- 1- Anaquel para ropa limpia.
- 1- Carro de medicar.

ÁREA QUIRÓFANO 4to nivel.**E. Recursos Humanos:**

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	4	1
personal auxiliar actual	19 auxiliares en esterilización e instrumentistas	2
auxiliares de avanzadas actual	2 avanzada masculino para transporte, esterilización	1

F. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2- sillas de rueda.
- 4- Laringoscopio.
- 4- Zafacons con ruedas.
- 4- Mesa de mayo.
- 4- Banquitos para anesthesiologo.
- 1- Carro de paro.
- 1- Tanque de oxígeno.
- 1- Mesa de acero cuadrada.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación y adecuación del vestidor en el pre-quirúrgico.
Adecuación del área de esterilización.
Reparar los pisos de quirófano y área de las ventanas del post-quirurgico.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 4to nivel (7 cama)

A. Recursos Humanos:

Área de UCI	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	17	3
personal auxiliar actual	6	0
Personal auxiliares avanzada	0	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Anaquel para ropa limpia.
- 2- Lámpara de calor.
- 7- Mesitas de cama.
- 7- Colchones de aire.

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.
Brillado y reparación de piso.

Capacitación y Educación Continua

Plan de Capacitaciones Gerencia de Enfermería Año 2019

- 60-Manejo de conflictos
- 31- Habilidades gerenciales
- 31- Trabajo en equipo
- 31-Comunicación efectiva.
- 31-Ortografía y redacción
- 31-Conocimientos de auditoria y manejo del expediente.

SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

1) GERENCIA DE CONTABILIDAD

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

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ 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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Auxiliar cuentas por cobrar

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Software financiero
- 2- Computadora.
- 1-Disco duro externo

Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Dentro de la oficina hacer 4 cubículos
Habilitar área de archivo administrativo.

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

No en este periodo.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Sillas secretarial ergonómica

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

3) GERENCIA DE TESORERÍA

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

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

23-Capacitación en Gestión humana.

23- Seminario de relaciones humanas.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

4-Head set

4 - Sillas secretariales.

4- Lector de dinero.

2-Impresora multifuncional para el área de emergencia e imágenes.

2- Computadoras (oficina y laboratorio).

4- Intercom (imágenes y consulta)

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar un espacio cerrado para los cajeros del laboratorio, ya que estos manejan efectivo muy expuesto.

Habilitar espacio para archivo de documento.

Cerrar el espacio de los auxiliares de caja en imágenes..

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 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.
- ✘ 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 nacionales 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 la Gerencia.

a) Recursos Humanos

1- Auxiliares facturación.

b) Capacitación y Educación Continua

10- Diplomado en Seguridad Social

30- Comunicación efectiva

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Software de facturación

1-Counter interphone

3-Impresoras multifuncional

1-Linea alterna de internet

Unidad de Reclamaciones

6- Sillas Giratorias de oficina.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Reacondicionar las áreas en cubículos.

5) GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.

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 levantamiento, etiquetado y registro por gerencia de acuerdo al impacto económico en los activos.
- Crear protocolo de clasificación de activos, que permita definir y valorar los activos como fijos para fines de depreciación y de suministro para fines de gastos.
- Actualizar los protocolos internos y crear nuevos protocolos (venta de material chatarra).
- Ejecutar el levantamiento y clasificación de los activos en comodato.
- Sanear el auxiliar de activos fijos y control de inventario.

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

- Promover una cultura de servicio.
- Simular el cumplimiento de los protocolos operativos del área.
- Garantizar las informaciones asentadas y suministradas por el área.

4. Requerimientos para el Desarrollo:

a) Recursos Humanos

3- Auxiliares para la toma del inventario, (pasantes)

b) Capacitación y Educación Continua:

2-Diplomado almacenes y control inventario

1- Paquete office

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Lector de códigos de barra.

1- Impresora de códigos de barra.

d) 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 gerencias 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:

- 1- Auxiliar de compras

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Teléfono.
- 1- Computadora completa.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

7) GERENCIA ADMINISTRATIVA

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

2. Estrategias de Mercado y Competitiva:

- ✖ Implementar en los tres Almacenes un sistemas de solicitud, recepción y salida del los Almacenes

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

- ✖ Implementar más programas de capacitación e incentivos al personal
- ✖ Aumento de sueldo auxiliares de los tres almacenes

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 2- Persona para el almacén de suministro y medicamento

b) Capacitación y Educación Continua:

10-Bioseguridad
10-Comunicación Efectiva
6- Excel básico y avanzado
10-Manejo de conflictos
6- Manejo de desechos hospt.
6- Manejo de las relaciones interpersonales
10- Manejo del tiempo
6- Ortografía y Redacción
6- Servicios Al cliente
10- Almacenista
10- Archivar
5- Adquisición y/o reparación de Equipos:
1- Impresora multifuncional
1- Silla semi ejecutiva
15- Anaqueles industriales los Almacenes
1- Computadora
2- Cortina de congelador
2- Termómetro el cuarto frio y congelador
Mantenimiento los freezer para los embutidos

5- Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Cambiar la puerta de lugar de anexo del almacén de medicamento
Habilitar un deposito en la primera planta para el almacén de medicamentos (Guardar los kit de diálisis, soluciones y los insumos de mayor peso)
Ampliar el almacén de la alacena
Ampliar el almacén de suministro (Activo Fijos)

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.

Implementación de sistema de evaluación por competencias del régimen ético y disciplinario del MAP

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 de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

1- Secretaria.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este periodo.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

200- Manuales de inducción para el personal.

200-Manuales de organización

1-Impresora a color

1-Computadora

Batas personal medico.

Presupuesto para actividades especiales propias de RRHH

b) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Ampliar el área de Recursos Humanos y ubicar los archivos.

2) GERENCIA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTINUA

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

No en este período

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 de la Gerencia:

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Guillotina

1- Puntero laser.

1- Laptop

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar un espacio más amplio

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 Gerencia

a) Recursos Humanos

No en este período.

b) Capacitación y Educación Continua

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Archivo

d) Instalaciones Físicas

Reubicación de la oficina.

4) UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL

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

Levantamiento y evaluación de los puestos de trabajo por las actividades que se realizan en cada área dentro del hospital

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Fomentar actividades de prevención y reducción de ausentismo laboral.
- ✘ Fomentar actividades para el control preventivo de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- ✘ Capacitación continúa sobre Riesgos Laborales y retroalimentación de los beneficios de la aseguradora de riesgo laborales.
- ✘ Fomentar el uso adecuado de las herramientas asignadas, equipos, posiciones ergonómicas.
- ✘ Fomentar el uso de equipos de protección personal (EPP).
- ✘ Mitigar la reducción de riesgos y accidentes laborales.
- ✘ Asumir por la unidad de salud ocupacional el reporte y seguimiento de los accidentes laborales Historial clínico a todo el personal ya contratado, por reclutamiento, por cambio de puesto y por seguimiento.
- ✘ Después de una licencia valorar condición del colaborador antes de reintegrarse a su jornada laboral.
- ✘ Participar de manera directa en los cambios de infraestructura, remodelación de planta física, equipos y aplicación de nuevas herramientas y maquinarias.
- ✘ Crear un protocolo para el personal subcontratado o por servicios prestados

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

- ✘ Garantizar el cumplimiento de protocolos sobre riesgos laborales para la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- ✘ Evaluar periódicamente los colaboradores y puestos de trabajo.
- ✘ Trabajar de manera activa en la prevención de accidentes laborales
- ✘ Acompañar a las Gerencias en la evaluación del personal.
- ✘ Garantizar un servicio de calidad para el usuario interno.
- ✘ Completar y poner en funcionamiento la unidad de salud ocupacional, con el personal necesario y equipos para que el personal pueda tener una atención oportuna.

4. Requisitos para el Desarrollo:

a- Recursos humanos

- 1-Medico ocupacional.
- 2-Asistente con conocimientos y experiencia en salud ocupacional.

b- Capacitación y Educación Continua

- 1-Congreso COPARDOM.
- 2-Congreso nacional de seguridad y salud ocupacional (ARL)
- 3-Diplomado en seguridad social.

c- Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Computadora con todas sus conexiones para la secretaria y/o asistente.
- 2- Extencion telefónica para la secretaria y/o asistente.
- 3- Otoscopio.
- 4- Balanza completa.

d- Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Participar en la adecuación de remodelación, mantenimiento de cada una de las áreas de infraestructura del hospital, para que estén cumplan con todos los requerimientos de espacio, equipos, iluminación y los niveles de contaminantes y/o radiaciones permitidos,
habilitación Almacén de equipos y suministro con el espacio adecuado
habilitación de archivo con suficiente espacio y/o archivo digital
Eliminar camas, cajas, equipos de los pasillos, material de suministro y/o farmacia, entre otros.

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

- 1- Auxiliar biblioteca virtual

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2-Curso de MOC Active Directory 2016.
- 1-Modelo Cobit y análisis.
- 2-System Center 2012 Configuración e implementación.
- 2- IT Essencial.
- 2- Administración de base de datos.

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
- Licencia windows server
- 1- Central telefónica.
- 1- Linea redundante de internet.
- 1- Office 365
- 1- Projector video conferencia
- Readecuar sistema de audio video conferencia.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Readecuacion video conferencia

2) GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

- 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 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 seguridad en la cirugía.
- ✖ Creación de un programa para la realización de todas las curas de los usuarios que se encuentren hospitalizados, para garantizar que las curas se realicen de manera oportuna y adecuada a cada caso, cumpliendo así las normas de prevención de infecciones y la reducción de tasa de infección.

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos humanos:

- 1-Enfermero para el programa de curas hospitalarias.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Congreso anual de Infectología
- 2- Congreso anual de Epidemiología
- 2- Diplomado en prevención de infecciones
- 2- Cuidado de heridas y la piel
- 2- Excel avanzado
- 2- Ley seguridad social 87-01

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Mobiliarios y Equipos:

1. Escritorio pequeño tipo (L)
1. Sillas secretariales con ruedas
2. Sillas para visita
2. Computadora con sus conexiones completas
1. Bebedero

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Construcción de la central de esterilización.

Reubicación del área de cura y ostomía. (Clinica de heridas)

Colocación de lavamanos en Emergencia y rehabilitación.

Colocación de paneles aislantes acústicos.

3) GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN.

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

No en este período

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 gerencias 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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

- 1- Coordinador de admisión.
- 1- Auxiliares.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2-Diplomado en Gestión Hospitalaria
- 8-Ortografía y redacción
- 5- Excell avanzado
- 12-Trabajo en equipo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Letrero de la gerencia.
- 1- Silla secretarial.
- 1- Computadora.
- 1- Teléfonos.
- 1-Impresora punto de venta

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Organización y readecuación de archivo clínico en otra área

4) GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS

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

No en este período

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 Gerencia

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.

No en este período

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

1- Asistente.

b) Capacitación y Educación Continua

1- Aplicación y diseño de instrumentos.

1- Calidad de procesos.

1- Auditoría de procesos.

1- Evaluación y seguimiento.

2- Diplomado en gestión hospitalaria.

2- Diplomado en alta gerencia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

1) SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA

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

Maestría de instrumentación quirúrgica.

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 las universidades (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 las universidades
- ✕ Valoración por los rotantes (residentes, internos y pre internos) de los tutores asignados

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

1-Secretaria fija

b) Capacitación y Educación Continua:

1- Curso gestión hospitalaria

Suscripción a bibliotecas y revistas virtuales.

Apoyo a la jornada científica.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Impresora multifuncional a color

1-Archivo 4 gavetas

1-Laptop salon conferencias

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período

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.

No en este período

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 la gerencia.
- ✖ 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 de la Gerencia

a) Recursos Humanos

- 1-Ebanista.
- 2- Biomédico.
- 1- Refritecnico

b) Capacitación y Educación de Continua

- 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
- 5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y Schiller

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Computadora.
- 34-Uniformes personal
- 10-Batas de trabajo para los técnicos
- 10 Pares de botas de seguridad para electricos.

10 Pares de botas de seguridad punta de metal.
1-Cámara de seguridad en área de almacén.
88-Baterías

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación de taller de mantenimiento.
Tanque para caldera.
Construcción de cisterna de 50,000 galones.
Reparación del chiller (esta fuera de servicio).
Sistema de osmosis.
Tanques hemodialisis (agua)
Mantenimiento central de gases
Mantenimiento torres de enfriamiento
Colocación productos anti algas.
Mantenimiento ascensores (Iguala)
Mantenimiento equipos RX

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

- 4- Auxiliares de limpieza (reposición)
- 4-Auxiliares para cubrir vacaciones y licencia

b) Capacitación y Educación Continua:

- 5-Supervisión efectiva.
- 75-Curso de manejo de desechos hospitalarios.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 5-Carros de limpieza de transporte de materiales.
- 8-Cubetas con sus exprimidores Rubermaid
- 1-Carro de limpieza de pasajero a bordo

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Compra de anaqueles para almacén de limpieza.
- Construcción de caseta desechos hospitalarios

3) GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.

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

Habilitar servicio de parquímetro.

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 Gerencia:

a) Recursos humanos:

9- Auxiliares de seguridad.

b) Capacitación y educación continua:

- 61- Curso de atención usuario
- 61- Defensa personal para todo el personal de seguridad.
- 61- Curso manejo de crisis.
- 61- Curso de inteligencia emocional.
- 61- Curso seguridad hospitalaria
- 61- Capacitación curso desfibriladores
- 5- Cursos supervision efectiva (supervisores)

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 61- Cámaras (2 DVR, 2 NVR).
- 1- Televisor
- 20- Baterías para radios Motorola.
- 1- Caja fuerte para guardar armas de fuego.
- 1- Cierre electrónico para quirófano de la 4ta.
- 1- Cierre electrónico para hemodiálisis.
- 1- Cierre electrónico para lavandería.
- 1- Cierre electrónico puerta principal que va al comedor
- 1- Escritorio
- 2- Sillas de visita.

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Construcción de un puesto de vigilancia aéreo.
- Adecuación parqueo de motores.
- Adecuacion parqueo médicos.

4) GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN

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

No en este período

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos

2- Auxiliares

b) Capacitación y Educación Continua:

- 13-Curso de trabajo en equipo.
- 13-Curso de Comunicación efectiva.
- 13-Curso de bioseguridad.
- 1- Curso supervision efectiva

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Mesa para corte.
- 1-Lavadora de 20 libras (no industrial).
- Reparación maquinas lavadoras.

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.

No en este período

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 Gerencia:

a) Recursos Humanos:

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua:

3-Curso de electromecánica.

3-Curso manejo ambulancia.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2-Conos de tráfico

Reparación Ambulancia

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.

- Incorporar Dieto terapia usuarios ingresados.
- Incorporar nuevo servicio de almuerzo y cena en comedor y cena en comedor estilo buffet.
- Implementar venta de alimento a empleados (sugerencia).

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.
- ✘ Sustitución del nombre de la gerencia Alimentos y Bebidas (nombre perteneciente a cocinas hoteleras) por servicio de alimentación (nombre perteneciente a cocinas hospitalarias).
- ✘ Presentación de cartas de menú hasta 3 opciones disponibles para pacientes.
- ✘ Presentar nuestra nueva técnica de emplatado y del servicio de habitación/ Room service en las redes sociales del hospital.

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.
- ✘ Cumplimiento de los procedimientos y normativas presentes en un servicio de alimentación, tomando como referencia manuales de normativas internacionales.
- ✘ Recepción de alimentos en conjunto con almacén, para verificar frescura y calidad de la materia prima recibida.

4. Requerimientos para el desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Ayudante de cocina.
- 1- Fregador/limpieza de equipos
- 2- Room Service / Servicio de habitación.

b) Capacitación y Educación Continua:

- 23-Higiene y manipulación de los alimentos (para todo el personal).
- 23- Manejo de conflictos (para todo el personal).
- 3- Curso de cocina.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

23- Adquisición de uniformes para todo el personal.

Adquisición de utensilios de cocina (cuchillos, coladores, peladores, entre otros)

Adquisición de lavamanos de acero inoxidable accionable a pedal o sensor automático.

Adquisición de máquina de lavado y llenado de botellones de agua potable.

Reparación o cambio de estufas.

Reparación de todas las campanas de extracción.

E) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Readecuación del cielo/Techo (material y color).

Readecuación del suelo/piso (Material, zócalos cóncavos, declive/ desnivel hacia canaletas, canaletas de desagües con rejillas de protección desmontables).

Readecuación de las paredes (cerámica blanca máximo tamaño).

Habilitación de cortina de aire a la entrada del congelador.

Habilitación de cortinas de lama de PVC flexible para cocina.

Habilitación de una plataforma de descarga.

XI. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2019 Y LOGRAR LAS METAS

1. Tabla. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2019 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2019.

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 ORTOPÉDICA.	8- Posicionadores laterales de la mesa quirúrgica.		No en este periodo		1- Artroscopistas		8-Facilidades para participar en el meeting de la academia de ortopedia (11 al 16 de marzo 2019).	
	Completar las 20 bandejas de ortopedia actuales.				2- Artroplatista		15-Congreso Nacional de ortopedia regional norte (25 al 28 de julio 2019)	
	1- Intensificador de imágenes (Brazo en c).				1- Cirujano de reconstrucción ósea		15-Congreso internacional de ortopedia (5 al 8 de diciembre 2019)	
	2- Cama quirúrgica radiolúcida.				1- Especialista de miembro superior.			
	15-Taladro de baja resolución				8- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.			
	4- Mesas de mayo (Reparación/construcción).				8- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.			
	6-mandriles de plomo.							
GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	1- Broncoscopia flexible		Asignación de parqueos al personal de guardias.		1- Cirujano vascular.		6- Curso de Laparoscopia Avanzada para Cirujano Generales.	
	1-Bandeja para cirugía de cabeza y cuello				3- Tecnicos Instrumentistas		5- Cursos ATLS y PHTLS.	
	1-Fronto Luz.				1- Médico General Auditor para el bloque de cirugía.		10-Apoyo para congreso Nacional de cirugía del Colegio Dominicano de Cirujanos.	
	1- Nasofibrolaringoscopi o rígido				1- Médico General Instrumentista		2- Cursos gerencia en salud	
	1- Equipo de microcirugía para cirugía de mano						1- Curso de auditoría médica.	
	Reemplazo de equipos de Laparoscopia							
	1- Bandeja de cirugía laparoscópica							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1-Bandeja de cirugía Vascular							
	1- Bandeja de coloproctología							
	1-Dermatomo y un mallador							
	1- Rectosigmoidoscopio							
	1-Protoscopio							
	1-Ligadores de hemorroides							
	1-Estilete y sonda canalada							
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	1- Microscopio		Completar la habilitación del área de vestidor de los médicos (3era)		2- Técnicos instrumentistas		5- Participación en congresos nacionales	
	2- Lupas				1- Técnico de Brazo en C		2- Participación en congresos internacionales	
	2- Luz Frontal				1- Medico General		5- Cursos y capacitaciones temporales	
	2- Craneótomo							
	6 –Chalecos de plomo							
	6- Dosímetros.							
	1- Set de microcirugía							
	4- Halo de tracción cervical							
	1- Cama quirúrgica para cirugía de columna							
	Cambios autoclaves							
GERENCIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1-Pantalla para mostrar los turnos de atender los usuarios.		Readecuar un espacio para un tercer consultorio, área de terapia ocupacional y terapia de habla.		1- Psicólogo terapeuta del lenguaje		2-Facilidades para participar en congreso nacional	
	4- Camillas para fisiatría				1- Licenciada en enfermería		2-Facilidades para participar en congreso internacional	
	1- Tallímetro.				1-Auxiliar de avanzada.			
	2- Esfigmomanómetros de mercurio de pared o pedestal.				2-Terapeutas ocupacionales			
	2- Camillas de fisioterapia							
	1- Espejo cuadrado.							
	60-Compresas calientes							
	2- Electroterapia							
	1- Tanque de compresa caliente							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2- Caminadoras							
	4- Bicicleta estacionaria							
	2- Bicicleta de mano							
	8- Rolo para ejercicio isométrico.							
	10- Vendaje con velcro.							
	1- Congelador pequeño.							
	10- Pelota de gel para mano.							
	100- Cables para tens.							
	300- Toallas mediana.							
	100- Electrodo de carbono.							
	40- Tens dynatronics.							
	10- Diji-flex (rojo, verde, negro, amarillo, azul)							
	5- Ultrasonido dynatronics.							
	5- Plastilina (3 tarro de 5 libras diferente colores).							
	3- Polea.							
	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	2- Laringoscopio.		Cambio del piso de reanimación y dividir con cortinas		3- Médicos generales		10- Facilidades para congresos internacionales de Emergenciología	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Sonógrafo portátil.		Cambio del fregadero de 2 cubetas a una cubeta.		2- Auxiliares de seguridad		30- Curso del Manejo de Estrés	
	3- Juegos cables para monitor marca Nihom.		Triage		1- Personal de servicio social		16- Curso de Heartsaver "Primeros Auxilios con RCP y DEA":	
	2- Juegos cables para monitor marca advanced.		Reedefir colocación cubículo colocar cortinas en dicha sala.		1- Emergenciólogo		16- Cursos de ACLS Avanzado por la AHA:	
	2- Manubrios altos flujos de 3 entradas.		Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera.		1- Médico general		16- Cursos de ITLS Avanzado por la AHA:	
	1- Juego cables para monitor desfibrilador marca Nihom. 1- Carro de medicamentos		Readecuar entrada de emergencia y señalizarla.				16- Cursos de ATLS Avanzado por la ATLS:	
	2- Juegos cables para electrocardiógrafo.		Ampliación o cambios de mobiliario y pintura de la oficina de la gerencia de emergencia con baño.				30- Curso de trabajo en equipo	
	4- Bombas de infusión para sala reanimación.		1 pintar con pintura blanca lumínica una línea de limitación para parqueo de las ambulancias que lleguen de emergencia.				30- Curso de humanización sala emergencia.	
	1- Ventilador mecánico automático.		1- Acortamiento de la acera de la entrada en sala de espera con la finalidad de mejorar el tránsito.				30- Curso de ética medico-legal en sala emergencia.	
	1- Equipo de sutura.						30- Charlas sobre la importancia higienización manos del equipo salud de emergencia.	
	TV para transmisión de informaciones en sala de espera de emergencia.						1- Apoyo para cursos o congresos de emergencias al equipo médico.	
	En Ambulancia:							
	2-Monitores con brazalete para medir la tensión arterial.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Ventilador mecánico portátil.							
	1- Oxígeno portátil.							
	3- Esfigmomanómetros de pedestal.							
	8- Sillas ergonómicas.							
	5- Camillas de transporte/ 3 colchones para camilla.							
	1-Escritorio							
	1-Silla secretarial							
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	1- Maquina de anestesia.		Completar la habilitación de estar médico 4ta. Planta.		4- Enfermeras para Urpa (2 por turno y en cada nivel)		2- Curso CEEA, La Sociedad Dominicana de Anestesiología	
	1- Neuroestimulador.						1- Apoyo a congreso latinoamericano de anestesiología del 21 al 25 de sept.	
	1- Bis (Índice biespectral de monitorización)						8- XV congreso dominicano de anestesiología	
	8- Blower (Manta térmica)							
	1- Laringoscopio de fibra óptica.							
	8- Monitores.							
	1- Escritorio.							
	1- Computadora.							
	1- Silla de escritorio.							
	Mantenimiento maquinas de anestesia							
	Calibración de vaporizadores de anestesia.							
	Sensores de Capnografía							
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	1- Eco cardiógrafo y Doppler Vascular.		Readecuación unidad pre-quirúrgica.		1-Internista.		10-Facilidades para asistencia a congresos nacionales e internacionales	
	1- Vibralung (Equipo de terapia respiratoria).				1- Secretaria.		2- Atención al cliente.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Cough Asist (Equipo de tos asistida).				1- Pasante para Infectología.		4- Manejo de conflicto.	
	1-Torre de gastroscopia							
	1- Broncoscopio							
	1- Espirotometro portátil							
UNIDAD DE NEFROLOGÍA	1- Monitor para registro de los signos vitales.		Llevar el sistema de agua osmosis a la unidad de cuidados intensivos		1-Nefrologo		5- Facilidades para asistencia a congresos nacionales e internacionales	
	1-Bomba de infusión continua.		Puerta eléctrica con control.		1- Enfermera		5- Curso de ABC reanimación cardiovascular avanzado básico y avanzado	
GERENCIA DE ATENCIÓN CRÍTICA	1-Respirador automático portátil		Terapia dialítica a usuarios en estado crítico.		6- Licenciadas de enfermería.		1- Rotación por el Hospital de Río Piedras Puerto Rico	
	2-Medias de compresión intermitente con blower.		Habilitar sala de espera para familiares de UCI.		1-Médico general		23-Curso anual de RCPC	
	9- Lámparas cuello de ganso.				1- Enfermera.		6-Curso servicio al cliente	
	Calibración por un biomédico de los monitores y respiradores.				1- Terapeuta respiratorio		2- Congreso medicina crítica, Ecuador	
	4-mesitas de comida.						1- Curso de alta gerencia	
	1-Nebulizador.						16- Actualización curso de ventilación mecánica	
	1- Locker para guardar de 12 casillas.							
	7- mesitas de noche.							
	2- colchón para la cama camarote.							
	3- Cama eléctrica para el cubículo.							
	2-Mascaras de ventilación mecánica no invasiva.							
	1-Oxímetro portátil.							
	1-Aspiradores portátil.							
	15- Bombas de infusión de 3 canales.							
	1- Anaquel o locker de 12 casillas para ropa limpia.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	3- Camas para usuarios o (reparar la que tenemos).							
	1- Monitor portátil.							
	1- Computadora completa.							
	7- Frazadas.							
	1- Monitor central							
	7-Blowers para mantas térmicas.							
	1-Laringoscopio con su pala.							
	1- Desfibrilador.							
	5-Colchones de aires anti escara.							
	1-Bebedero							
	5-Monitoreo con oxímetro con sus cables							
	2-Nebulizadores							
	1-Electrocardiografo.							
	2- Colchones de aire							
	1- Desfibrilador.							
	1- Locker para médicos y enfermera.							
GERENCIA DE SALUD MENTAL	1-Telefono (Oficina)		No en este periodo.		No en este período		Facilidades para participación en congresos nacionales e internacionales	
	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 Stroop PASAT							
	Disección de líneas y letras							
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	Readecuación de las dos bandejas quirúrgicas para cirugía maxilofacial		No en este periodo.		1- Medico Maxilofacial		2- Facilidades y apoyo a congreso nacional.	
	1- Micro motor quirúrgico						3- Manejo de conflictos	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Luz frontal						2 Apoyo para congreso internacional.	
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	1- Nevera mediana		Habilitar puerta de salida de emergencia.		4- Licenciadas Bioanálisis.		2- Diplomados en hematología	
	6- Sillas ergonómicas		1- Cambio de meseta en metal para Bacteriología				1- Gerencia Moderna en Salud	
	1- Sistema de seguridad con llaves electrónicas		1- Puertas en cristal ahumado en Bacteriología				2- Curso toma de muestra y actualizaciones.	
	2- Sillones para banco de sangre						1- Curso Taller de lavado de cristalería	
	2- Balanza agitadoras de bolsas de sangre.						1- Auditoria interna	
	3- Centrifuga Cerafuge.						2- Facilidades para congresos nacionales	
	3- Cestillos de vidrio para cubetas de tinción.						1- Facilidad para congreso internacional.	
	Tapizar todas las sillas en material impermeable.							
	10- Batas para las áreas de proceso.							
	1- Mural Informativo.							
	2- Archivos (4 y 2 Gavetas).							
	1- Incubadora mediana.							
	Banco de Sangre							
	1- Aire acondicionado							
	1- Sellador de bolsa							
	1- Nevera							
	1- Equipo de química.							
GERENCIA DE IMÁGENES	1- Sonógrafo portátil		Adecuación área de archivo de entrega de resultados, poner ventanilla y meseta en el área de rayos X.		6- Médicos sonografistas (5 para guardias presenciales)		No en este periodo	
	1- Impresora multifuncional.		Colocar puerta divisoria entre las diferentes áreas del departamento de imágenes.		6- Técnicos de rayos X.			
	Sistema risk-pacs		Construcción vestidor para el equipo 1 de rayos X.		1- Digitador.			
	Pieza bandeja de chasis equipo rayos							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	X tele comando y tarjeta del temporizador							
	Pintar los equipos de rayos X							
	Antenas de resonador lumbar mediano y hombro							
	12- Batas plomadas							
	4-Sillas secretariales							
	1-Sonografo nuevo estacionario							
	80-Dosímetros							
GERENCIA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	4-Anaqueles.		Colocar cerámica antideslizante en rampa de salida de la morgue.		1- Histotecnólogo.		2- Curso de Excel y acces para crear base de datos.	
	4-Archivos.		Reparación de extractores de gases		1-Médico patólogo.			
	Cambio de bombillas y limpieza de 3 microscopio.				1-Digitador.			
	Reparación de criostato							
GERENCIA DE FARMACIA	5- Computadora.		Hacer pasamano y mostradores para entrega de medicamentos en quirófano de tercera y cuarta.		5- Auxiliares de farmacia		32-Taller de capacitación para manejo de productos de osteosíntesis	
	4- Impresoras matriciales		Remodelación de farmacia hospitalaria (3era planta). Mostrador y/ o pasamanos más amplios,		1- Encargado de dispensación, tanda vespertina.		1-Participación en congresos farmacéuticos internacional	
	1-Locker de 6 espacios.		Remodelación de la farmacia de emergencia. No tiene baño.				32- Participación en taller, sobre técnica en manejo de almacén.	
	1- Bebedero.						32- Capacitación a todos los auxiliares en office.	
	8- Sillas ergonómica.							
	1- Escritorio							
	1- Cámara de seguridad en farmacia de emergencia.							
	Anaqueles							
GERENCIA ENFERMERÍA	1 Archivo de 4 gavetas		No en este periodo		1- Secretaria		No en este periodo	
	Emergencia		Emergencia		Emergencia		Emergencia	
	1-Sillón reclinable.		Habilitar el estar médico y de		6- Licenciadas		60-Manejo de conflictos	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
			enfermería del área de triaje.					
	1- Mesa de mayo		Colocación de puertas y gavetas del área de observación.		2- Auxiliares		31- Habilidades gerenciales	
	5- Sillas secretariales		Cambiar los lavamanos en el área de reanimación y el de estar de enfermería.		3- Auxiliares de avanzada		31- Trabajo en equipo	
	1-Computador.		Reubicar el descanso del personal médico ya que están utilizando el de los avanzadas de enfermería.		Quirófano Emergencia		31-Comunicación efectiva.	
	1-Lavamanos portátil.		Quirófano Emergencia		4- Auxiliares		31-Ortografía y redacción	
	6 Mesas de desayunador (Cama)		Habilitación del lavadero para instrumental post – quirúrgicos.		Hemodiálisis		31-Conocimientos de auditoría y manejo del expediente	
	1-Carro para medicar.		Área de preparación de equipos quirúrgicos		1- Licda. Enfermería			
	1-Carros bandeja para transportar los insumos.		Vestidor y baño para el personal médico y de enfermería		Consulta Externa			
	1-Bomba de infusión.		Pileta de desagüe en el área de quirófano.		4- Auxiliares de enfermería			
	4- Esfigmomanómetro móviles		Area de Cura		1- Aux. avanzada			
	3- Colchones para las camillas.		Cambio de espacio físico a un lugar más amplio, división de curas limpias y sucias.		2-Avanzadas nocturno.			
	1- Carro de paro.		Hemodiálisis		Consulta Externa			
	1- Locker 12 puertas.		Lavamanos Unidad A		2- Licda. Enfermería			
	2- monitores.		Consulta Externa		Hospitalización Bloque I 3er			
	Quirófano Emergencia		Habilitar área para aplicación de tratamiento ambulatorio, y procedimientos mínimamente invasivos.		2- Lcdas. enfermería			
	2-Anaqueles		Hospitalización Bloque I 3er		2- Auxiliares enfermería			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2-Zafacones de metal con ruedas de 5 galones.		Mantenimiento de pintura de las puertas de 15 habitaciones y las puertas de metales.		Hospitalización Bloque II 3er			
	1- Computadora		Brillado de piso de toda el área.		3- Lcdas. enfermería			
	3- Sillas de anestesia		Habilitar espacio para poner sabanas sucias.		1- Auxiliar enfermería			
	3- Sillas estacionarias		Habilitar anaqueles para colocar sabanas limpias.		UCI Neuro			
	1-Cortadora de gaza		Habilitar anaqueles para colocar insumos de limpieza.		3- Lcda. enfermería			
	3- Mesa de mayo		Hospitalización Bloque II 3er		UCI Intermedio			
	1- Mesa medica media luna		Mantenimiento de los pies de suero y camas.		3- Lcda. enfermería			
	1- Aspirador portatil		Remodelación de los gabinetes.		1-Aux. Avanzada			
	1- Carro de paro.		UCI Neuro		Quirófano 3er			
	4- Braseras.		Pintura de toda el área.		2- Lcda. enfermería			
	2- Equipos de cauterio.		UCI Intermedio		2-Aux. Avanzada			
	1- Tanque de oxígeno.		Pintura del área.		2-Aux. enfermería			
	Área de Cura		Quirófano 3er		Hosp. Bloque I 4ta.			
	2- Sillas estacionarias		Magnetización de las puertas que dan al quirófano.		3- Lcda. enfermería			
	3- Camillas		Reubicación planificación de la ruta de acceso del material de procesar y salida del material ya procesado.		1-Aux. Enfermería			
	1- Computadora		Hosp. Bloque I 4ta.		Hosp. Bloque II 4ta.			
	1- Silla secretarial		Reparación de los gabinetes de la estación de enfermería.		1- Lcda. enfermería			
	2- Lockers.		Reparación del estar de enfermería		1-Aux. Enfermería			
	Reparación de una vitrina tiene el cristal		5 Puertas pendientes a reparar		Infectología			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	roto, además no tiene lavín.							
	Hemodiálisis		Pendiente el brillado del piso		1-Aux. Enfermería			
	1-Carro portátil para el oxígeno		Pintar la estación de enfermería		Quirófano 4to. nivel			
	2- Mesas de curas de acero inoxidable		Hosp. Bloque II 4ta.		1- Lcda. enfermería			
	2- Sillas secretariales para el personal de salud		Desocupar cuarto de depósito ocupado por informática.		2-Aux. Enfermería			
	Consulta Externa		Reparar sofá reclinables de las habitaciones.		1-Aux. Avanzada			
	3- Escritorios		Quirófano 4to. nivel		UCI 4ta.			
	3- Sillas de ruedas.		Habilitación y adecuación del vestidor en el pre-quirúrgico.		3- Lcda. enfermería			
	2- Camillas de transporte		Adecuación del área de esterilización.					
	1- Computadora		Reparar los pisos de quirófano y área de las ventanas del post-quirúrgico.					
	Hospitalización Bloque I 3er		UCI 4ta.					
	1-Carro de cura		Colocación de gavetas y puerta en el estar médico y de enfermería.					
	1- Fotocopiadora		Habilitación del espacio físico para colocación de ropa limpia.					
	1- Carro de paro.		Brillado y reparación de piso.					
	2- Aspiradores.							
	1- Nebulizador							
	2- Sillas de ruedas.							
	1- Camilla							
	1- Lockers de 8 compartimientos.							
	1- Sofá.							
	1- Reparación desfibrilador.							
	1- Bebedero.							
	1- Cama de posición.							
	5- Mesitas de noche.							
	5- Mesitas de desayunar.							
	Hospitalización Bloque II 3er							
	1- Computadora							
	1- Mesa de cura							
	2- Aspiradores							
	2- Glucómetro							
	1- Counter de pared para material gastable							
	2- Sillas secretariales							
	1- Monitor.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	5- Mesas de comida para los usuarios							
	1- Electrocardiografo							
	UCI Neuro							
	2- Sillas para el personal							
	1- Locker de 8 compartimiento							
	2- Camas de posición							
	1-Computadora							
	1- Camilla							
	2- Nebulizadores							
	UCI Intermedio							
	5- Aspiradores							
	1- Desfibrilador.							
	1- bebedero							
	3- Nebulizadores							
	5- Colchones de aire.							
	Reparación de los cables de los monitores o reposición.							
	1- Mesa de cura.							
	1- Silla de ruedas.							
	1- Camilla traslado de usuarios.							
	Quirófano 3er							
	1- Tanques de oxígeno portátil con carro de transporte.							
	4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas.							
	4-Equipo completo de electrocauterio.							
	1-Locker de 8 compartimiento.							
	6 -Zafacons de metal de acero inoxidable con ruedas.							
	3- Monitores.							
	5- Aspiradores.							
	Hosp. Bloque I 4ta.							
	1- Monitor							
	1- Mesa de cura.							
	1- Camilla de posición para el transporte del paciente.							
	9- Sofá para el descanso de los familiares de usuarios en las habitaciones.							
	2- Lámpara de calor.							
	1- Calentador de H2O.							
	Hosp. Bloque II 4ta.							
	1-Bebedero							
	1- Negatoscopio							
	1- Locker de 8 compartimiento							
	Infectología							
	1- Bebedero							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	20- Reparar Sofá							
	1- Negatoscopio							
	1- Mesa de Cura.							
	1- Anaquel para ropa limpia							
	1- Carro de medicar							
	Quirófano 4to. nivel							
	2- sillas de rueda.							
	4- Laringoscopio.							
	4- Zafacones con ruedas.							
	4- Mesa de mayo.							
	4- Banquitos para anestesiólogo.							
	1- Carro de paro.							
	1- Tanque de oxígeno.							
	1- Mesa de acero cuadrada.							
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	1- Sillón ejecutivo.		División en cubículos		1- Trabajadora Social para fin de semana		1- Diplomado en trabajo Social.	
	1- Computador.		Ampliación de la oficina		2- trabajadora social tanda matutina.		3- Paquete Office.	
	1- Silla secretarial.							
	1- Cámara para uso de oficina.							
	3 Anaqueles.							
	1- Impresora a color multifuncional							
GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	1-Archivo 2 gavetas (Lobby Principal).		Habilitación de 4 cubículos para el call center.		Promoción de la Licda. Brunilda Marte a Supervisora Matutina.		1- Diplomado Gerencia Estratégica de Salud.	
	1-Archivo 4 gavetas (Call Center).		Habilitación extensión sala de espera de consulta.		Promoción de la Licda. Yaquelyn Durán a Supervisora Vespertina.		4- Diplomado en Montaje y Protocolo de Eventos.	
	Sistema de bocinas exclusivo para el área de consulta y micrófono.				2- Auxiliares de Atención al Usuario (Reposición).		10- Curso de Microsoft Office.	
	Adquisición de Software para el Call Center, con sistema recordatorio de citas						10- Curso de Excel básico y Avanzado.	
	Adquisición o Mantenimiento de Sistema de Citas.						20- Curso de Calidad en el Servicio.	
	Wifi para las salas de espera.						20-Curso de Redacción y Ortografía.	
	Filas de Asientos para salas de espera.							
	2- Televisores para salas de espera de emergencia y Admisión.							
	12- Buzones de sugerencia.							
UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL	1- Silla ergonómica.		No en este período		1- Secretaria (o).		3- Capacitación y actualización del marco legal del sector	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
							salud.	
	1- Escaner						Curso taller sobre aplicación de la ley 41-08 de función pública.	
							Curso taller sobre seguridad social.	
GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PUBLICAS	1- Cámara fotográfica.		No en este periodo		1- Asistente		1- Diplomado en Relaciones públicas.	
	1 Grabadora.				1- Periodista		1- Diseño, diagramación e impresión del boletín informativo	
	1-Impresora multifuncional.				1- Diseñador gráfico.			
	1-Archivo.							
	1-Planta eléctrica portátil de 1.5 kw.							
	1-Pantalla portátil.							
	1 Disco duro portátil.							
	1- Microfono inalambrico							
OFICINA LIBRE ACCESO A INFORMACIÓN (OAI)	1- Printer Multifuncional (printer, scanner, copia)		Reubicación OAI		1- Auxiliar.		No en este periodo	
	1- Escritorio y Sillón							
	1-Computadora							
	2- Sillas para visitas							
GERENCIA DE CONTABILIDAD.	1- Software financiero		Dentro de la oficina hacer 4 cubículos		1- Auxiliar cuentas por cobrar		No en este periodo	
	2- Computadora.		Habilitar área de archivo administrativo.					
	1-Disco duro externo							
Gerencia de Control de Procesos y Registros	1- Sillas secretarial ergonómica		No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo	
GERENCIA DE TESORERÍA	4-Head set		Habilitar un espacio cerrado para los cajeros del laboratorio		No en este periodo		23-Capacitación en Gestión humana.	
	4 - Sillas secretariales.		Habilitar espacio para archivo de documento.				23- Seminario de relaciones humanas.	
	4- Lector de dinero.		Cerrar el espacio de los auxiliares de caja en imágenes..					
	2-Impresora multifuncional							
	2- Computadoras (oficina y laboratorio).							
	4- Intercom (imágenes y consulta)							
GERENCIA DE FACTURACIÓN	1- Software de facturación		Reacondicionar las áreas en cubículos.		1- Auxiliar facturación.		10- Diplomado en Seguridad Social	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1-Counter interphone						30- Comunicación efectiva	
	3-Impresoras multifuncional							
	6- Sillas Giratorias de oficina.							
	1-Linea alterna de internet							
GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS	1- Lector de códigos de barra.		No en este periodo.		3- Auxiliar para la toma del inventario, (pasantes)		2-Diplomado almacenes y control inventario	
	1- Impresora de códigos de barra.						1- Paquete office	
	Contrato poliza de seguros equipos							
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	1- Teléfono.		No en este periodo		1- Auxiliar de compras		No en este periodo	
	1- Computadora							
GERENCIA ADMINISTRATIVA	1- Impresora multifuncional		Cambiar la puerta de lugar de anexo del almacén de medicamento		2- Auxiliares para el almacén de suministro y medicamento		10-Bioseguridad	
	1- Silla semi ejecutiva		Habilitar un deposito en la primera planta para el almacén de Medicamento (Guardar los kit de diálisis,				10-Comunicación Efectiva	
	15- Anaqueles industriales los Almacenes		Soluciones y los insumos de mayor peso)				6- Excel básico y avanzado Excel básico y avanzado	
	1- Computadora		Ampliar el almacén de la alacena				10- Manejo de conflictos	
	Mantenimiento los frízer para los embutidos		Ampliar el Almacén de Suministro (Activo Fijos)				6- Manejo desechos hospitalarios	
	2- Cortina de congelador						6-Manejo relaciones interpersonales	
	2- Termómetro el cuarto frio y congelador						10-Manejo del Tiempo	
							6-Ortografía y Redacción	
							6-Servicio al Cliente	
							10- Almacenista	
							10- Archivo	
GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL	200- Manuales de inducción para el personal.		Ampliar el área de Recursos Humanos y ubicar los archivos.		1- Secretaria.		No en este periodo.	
	200-Manuales de organización							
	1-Impresora a color							
	1-Computadora							
	Batas personal medico.							
	Presupuesto para actividades especiales propias de RRHH							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA	1- Guillotina		Habilitar un espacio más amplio		No en este periodo		No en este periodo	
	1- Puntero laser.							
	1- Laptop							
UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL	1-Computadora		No en este período		1-Medico ocupacional.		1-Congreso COPARDOM.	
	1- Extencion telefónica				2-Asistente con conocimientos y experiencia en salud ocupacional.		2-Congreso nacional de seguridad y salud ocupacional (ARL)	
	1-Otoscopio						3-Diplomado en seguridad social.	
	1-Balanza completa							
GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	1- Archivo		Reubicación de la oficina.		No en este período.		No en este período.	
GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	1-Sistema de detección temprana contra incendio para el Data Center		Readecuacion video conferencia		1- Auxiliar biblioteca virtual		2-Curso de MOC Active Directory 2016.	
	1-Actualización del antivirus.						1-Modelo Cobit y análisis.	
	1-Modulo de conferencia para el quirófano Inteligente (Crear el quirófano inteligente)						2-System Center 2012 Configuración e implementación.	
	1-Sistema clínico (Integración con el sistema administrativo financiero).						2- IT Essencial.	
	1- Sistema de gestión de imágenes.						2- Administración de base de datos.	
	1-SAN							
	Licencia VMWARE							
	Licencia wndows server							
	1-Central telefónica.							
	1-Proyector video conferencia							
	Readecuar sistema de audio video conferencia							
GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA	1. Escritorio pequeño tipo (L)		Construcción de la central de esterilización		1-Enfermero		2- Congreso anual de Infectología	
	1. Sillas secretariales con ruedas		Reubicación del área de cura y ostomía. (Clinica de heridas)				2-Congreso anual de Epidemiologia	
	2. Sillas para visita		Colocación de lavamanos en Emergencia y rehabilitación				2-Diplomado en prevención de infecciones	
	2. Computadora		Colocación de paneles aislantes acústicos				2-Cuidado de heridas y la piel	
	1. Bebedero						2-Excel avanzado	
							2-Ley seguridad social 87-01	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN	1- Letrero de la gerencia.		Organización y readecuación de archivo clínico en otra área		1- Coordinador de admisión.		2-Diplomado en Gestión Hospitalaria	
	1- Silla secretarial.				1- Auxiliar		8-Ortografía y redacción	
	1- Computadora.						5- Excell avanzado	
	1- Teléfono.						12-Trabajo en equipo	
	1-Impresora punto de venta							
GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS	No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo	
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	No en este periodo		No en este periodo		1- Asistente.		1-Aplicación y diseño de instrumentos.	
							1-Calidad de procesos.	
							1-Auditoria de procesos.	
							1-Evaluación y seguimiento.	
							2- Diplomado en gestión hospitalaria.	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	1- Impresora multifuncional a color		No en este período		1-Secretaria fija		1- Curso gestión hospitalaria	
	1-Archivo 4 gavetas						Apoyo a la jornada científica.	
	1- Laptop salon conferencias							
	Suscripción a bibliotecas y revistas virtuales.							
GERENCIA DE MANTENIMIENTO	1-Computadora.		Habilitación de taller de mantenimiento.		1-Ebanista.		5-Cursos de manteniendo y reparación de equipos de electro medicina.	
	34-Uniformes personal		Tanque para caldera.		2- Biomédico.		12-Capacitación en Informática Básica	
	10-Batas de trabajo para los técnicos		Construcción de cisterna de 50,000 galones.		1- Refritecnico		7-Curso de mantenimiento de plantas de emergencia	
	10 Pares de botas de seguridad para electricos.		Reparación del chiller				7-Curso de mantenimiento de equipos médicos especializados	
	10 Pares de botas de seguridad punta de metal.		Sistema de osmosis. Tanques hemodialisis				5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y Schiller	
	1-Camara de seguridad en área de almacén.		Mantenimiento central de gases					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	88-Baterías		Mantenimiento torres de enfriamiento					
			Colocacion productos anti algas.					
			Mantenimiento ascensores					
			Mantenimiento equipos RX					
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS	5-Carros de limpieza de transporte de materiales.		Compra de anaqueles para almacén de limpieza.		4- Auxiliares de limpieza (reposición)		5-Supervicion efectiva.	
	8-Cubetas con sus exprimidores Rubermaid		Construccion de caseta desechos hospitalarios		4-Auxiliares para cubrir vacaciones y licencia		75-Curso de manejo de desechos hospitalarios.	
	1-Carro de limpieza de pasajero a bordo							
GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD	61- Cámaras (2 DVR, 2 NVR).		Construcción de un puesto de vigilancia aéreo.		9- Auxiliares de seguridad.		61- Curso de atención usuario	
	1- Televisor		Adecuación parqueo de motores.				61- Defensa personal para todo el personal de seguridad.	
	20- Baterías para radios Motorola.		Adecuacion parqueo médicos.				61- Curso manejo de crisis.	
	1- Caja fuerte para guardar armas de fuego.						61-Curso de inteligencia emocional.	
	1- Cierre electrónico para quirófano de la 4ta.						61- Curso seguridad hospitalaria	
	1- Cierre electrónico para hemodiálisis.						61- Capacitación curso desfibriladores	
	1 -Cierre electrónico para lavandería.						5- Cursos supervision efectiva (supervisores)	
	1- Cierre electrónico puerta principal que va al comedor							
	1-Escritorio							
	2- Sillas de visita.							
LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN	1-Mesa para corte.		No en este perido		2- Auxiliares		13-Curso de trabajo en equipo.	
	Reparación maquinas lavadoras.						13-Curso de Comunicación efectiva.	
	1-Lavadora de 20 libras domestica.						13-Curso de bioseguridad.	
							1- Curso supervision efectiva	
GERENCIA DE TRANSPORTE	2-Conos de tráfico		Habilitar oficina.		No en este periodo		3-Curso de electromecánica.	
	Reparación Ambulancia						3-Curso manejo ambulancia.	
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN	23- Adquisición de uniformes para todo el personal.		Readecuación del cielo/Techo (material y color).		1- Ayudante de cocina.		23-Higiene y manipulación de los alimentos (para todo el personal).	
	Adquisición de utensilios de cocina (cuchillos, coladores,		Readecuación del suelo/piso (Material, zócalos		1- Fregador/limpieza de equipos		23- Manejo de conflictos (para todo el personal).	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	peladores, entre otros)		cóncavos, declive/ desnivel hacia canaletas, canaletas de desagües con rejillas de protección desmontables).					
	Adquisición de lavamanos de acero inoxidable accionable a pedal o sensor automático.		Readecuación de las paredes (cerámica blanca máximo tamaño)		2- Room Service / Servicio de habitación.		3- Curso de cocina.	
	Adquisición de máquina de lavado y llenado de botellones de agua potable.		Habilitación de cortina de aire a la entrada del congelador.					
	Reparación o cambio de estufas.		Habilitación de cortinas de lama de PVC flexible para cocina.					
	Reparación de todas las campanas de extracción.		Habilitación de una plataforma de descarga.					

XII. PRESUPUESTO GENERAL.

1. Total Actividades, Presupuesto de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2019.

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA	PRECIOS PROMEDIOS Unitario	COSTO TOTAL PRODUCCION
Consultas	135,903	RD\$ 200.00	RD\$ 27,180,600.00
Emergencias	67,192	RD\$ 300.00	RD\$ 20,157,600.00
Egresos Salas Comunes	10,301	RD\$ 20,046.00	RD\$ 206,493,846.00
Egresos Salas UCI	942	RD\$ 162,000.00	RD\$ 152,604,000.00
Procedimientos Terapia Física y Rehab.	39,751	RD\$ 425.00	RD\$ 16,894,175.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Ortopedia, y Neuroquirúrgico	4,583	RD\$ 75,000.00	RD\$ 343,725,000.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Cirugía General y Especialidades y Maxilofacial	2,374	RD\$ 27,000.00	RD\$ 64,098,000.00
Pruebas de Laboratorios Clínicos.			
Hematología Emergencia	19,667	RD\$ 135.69	RD\$ 2,668,601.66
Hematología Lab. Central	57,151	RD\$ 135.69	RD\$ 7,754,751.35
Hematología Banco Sangre	33,426	RD\$ 135.69	RD\$ 4,535,533.23
Pruebas Especiales	63,681	RD\$ 260.00	RD\$ 16,557,112.00
Química Sanguínea Emerg	47,378	RD\$ 136.00	RD\$ 6,443,421.60
Química Sanguínea Lab. Central	247,425	RD\$ 135.00	RD\$ 33,402,402.00
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	7,691	RD\$ 1,202.97	RD\$ 9,252,282.86
PP, PTT y Fibrinógeno	24,771	RD\$ 642.00	RD\$ 15,902,917.80
Bacteriología	2,110	RD\$ 277.07	RD\$ 584,562.29
Uroanálisis	26,307	RD\$ 160.00	RD\$ 4,209,040.00
Coprológico	9,279	RD\$ 131.00	RD\$ 1,215,483.50
Serología	31,943	RD\$ 260.00	RD\$ 8,305,154.00
Estudios de Imágenes.			
Rayos X	66,053	RD\$ 285.25	RD\$ 18,841,561.20
Sonografía	15,369	RD\$ 433.75	RD\$ 6,666,390.50
Tomografía	10,535	RD\$ 1,995.00	RD\$ 21,016,726.50
Resonancia	3,868	RD\$ 2,991.00	RD\$ 11,567,991.60
Estudios Especiales	76	RD\$ 2,862.50	RD\$ 217,263.75
Pruebas Laboratorio Anatomía Patológica.			
Biopsia	2,960	RD\$ 820.00	RD\$ 2,427,200.00
Biopsia por congelación	0	RD\$ 6,939.75	RD\$ -
Citología	2	RD\$ 691.00	RD\$ 1,382.00
Necropsia	0	RD\$ 11,559.25	RD\$ -
Otros Procedimientos			
Curas y Otomía	10,408	RD\$ 520.00	RD\$ 5,412,264.00
Curas en Emergencia	8,406	RD\$ 520.00	RD\$ 4,371,224.00
Suturas	6,661	RD\$ 400.00	RD\$ 2,664,200.00

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	TOTAL PRODUCCIÓN ESPERADA	PRECIOS PROMEDIOS Unitario	COSTO TOTAL PRODUCCION
Reducciones y Enyesados	9,820	RD\$ 3,115.00	RD\$ 30,588,365.50
Hemodiálisis	14,006	RD\$ 3,500.00	RD\$ 49,022,050.00
Ecocardiogramas	1,516	RD\$ 940.00	RD\$ 1,424,852.00
Electrocardiogramas	15,419	RD\$ 255.00	RD\$ 3,931,768.50
Endoscopias	0		RD\$ -
Evaluaciones Cardiovasculares	29,676	RD\$ 300.00	RD\$ 8,902,800.00
TOTAL GENERAL PRODUCIDO			RD\$ 1,109,040,522.84

2. Distribución Presupuesto General Costos y Gastos Según Renglones.

REGLONES	Recursos Asignados Renglones Según Presupuesto Producción	% General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones
GASTOS PERSONAL	RD\$866,085,461.44	57.00%
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$59,258,478.94	3.90%
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$531,806,862.29	35.00%
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$60,777,927.12	4.00%
OBRAS	RD\$1,519,448.18	0.10%
TOTAL	RD\$1,519,448,177.97	100.00%
	PRESUPUESTO ESTIMADO	RD\$1,519,448,177.97

3. TABLA: Producción General de Actividades Esperada para el año 2019.

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2019	METAS 2019
ACTIVIDADES	
Emergencias	67,192
Ingresos	11,243
Consultas	135,903
Interconsultas	20,242
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	29,676
Psicoterapia	752
Procedimientos Quirúrgicos (Emergencia y Programados)	6,957
Pruebas Laboratorios Clínicos	570,827
Estudios Imágenes	95,900
Ecocardiogramas	1,759
Estudios Anatomía Patológica	2,962
Recetas Despachadas Farmacia	243,702
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	39,751
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	131
Suturas	1,440
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	8,199
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	273
Otros Procedimientos de Ortopedia y Especialidades	
Curas Emergencia	9,424
Curas y Otomías	11,388
Procedimientos Odontología	0
Hemodiálisis	13,340
Electroencefalogramas	
Espirometrías	
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	12,278
Endoscopia	0
Procedimientos Anestesiología	6,957
Otros Procedimientos Anestésicos	3,531
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	386
TOTAL	1,294,213

4. TABLA: Total Actividades Realizadas 2018, Total Actividades Estimadas Para el 2019 y Porcentaje de Incremento Estimado Para el 2019 Con Relación al 2018.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS 2018 Y ESPERADAS 2019	VARIACIÓN ESPERADA 2019 EN RELACIÓN AL 2018
2018	1,127,112	14.8%
2019	1,297,213	

5. SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

XIII. MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2019.

INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2019	% 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.	11,243	3,748	3,748	3,748
Total Consultas Hospital.	135,903	45,301	45,301	45,301
Total Cirugías Programadas	6,957	2,319	2,319	2,319
Total Emergencia.	67,192	22,397	22,397	22,397
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	39,751	13,250	13,250	13,250
Total Laboratorios Clínicos.	570,827	190,276	190,276	190,276
Total Estudios Imágenes	95,900	31,967	31,967	31,967
Total Estudios y Procedimientos Anatomía Patológica.	2,962	987	987	987
Total Recetas Despachadas	243,702	81,234	81,234	81,234
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

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

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

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