



HOSPITAL

TRAUMATOLOGICO

DR. NEY ARIAS LORA



Ministerio de Salud Pública
Servicio Nacional de Salud
Dirección General HTNAL



PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO Y PRODUCCIÓN 2021-2024

Y

PLAN OPERATIVO ANUAL 2021 (POA 2021)

Santo Domingo Norte
Enero 2021

CONTENIDO

I.	CRÉDITOS:	8
II.	INTRODUCCIÓN.....	10
1.	SECCIÓN: INFORMACIONES GENERALES	12
III.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA “DR. NEY ARIAS LORA”	13
	Informaciones Generales del Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora.	13
	Declaratorias Corporativas:	15
i.	Nuestra Misión:	15
ii.	Nuestra Visión:.....	15
iii.	Nuestros Valores:	15
	Estructura de Gestión del Hospital Desconcentrado.....	16
	Responsabilidades y Funciones Básicas de la Dirección General del Hospital. (DGH)	16
	Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.....	18
	Financiamiento y Usuarios en la Modalidad de Hospital Descentralizado:	19
	Principales Usuarios del Hospital:	19
	Carta de Servicios.....	20
	Distribución Recursos Humanos. Enero 2021	35
	Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2020	36
	Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2020.	37
	Distribución empleados por sexo.....	37
	Reporte Acciones de Personal del año 2020.....	37
	Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2020 en Relación al año 2020:.....	38
	Información Geográfica del Área de Influencia Directa del Hospital	39
IV.	SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS REGIÓN 0, Área de Salud III.....	41
A)	Perfil Socio Demográfico.	41
	Población, Sexo y Grupo de Edad Área de Salud III.	41
	Total población y Porcentaje Hogares Pobres Área III de Salud.....	42
	Población cubierta por tipo de seguro de salud región VIII.	42
B)	Situación de Salud Población Atendida en el Área III de Salud.....	43
	Morbilidad:.....	43
i.	Motivos de Consulta Externa.	43
ii.	Motivos de Atención Emergencia.....	43
iii.	Motivos de Hospitalización.	44
	Mortalidad:	44
iv.	Causas de Mortalidad Población General.....	44
V.	MERCADO DE SALUD EN EL ÁREA III DE SALUD.....	46

A)	Perfil de la Competencia	46
i.	Sub-Sector Publico e IDSS	46
ii.	Sub-Sector Privado.....	46
B)	Posicionamiento Según Servicios Ofertados por los Sub-Sectores y HTNAL	47
2.	SECCIÓN: OBJETIVOS, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS GENERALES 2021-2024. ..	48
VI.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES, ESTRATEGIAS GENERALES Y METAS PARA GARANTIZAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....	49
A)	Objetivos Estratégicos Generales del HTNAL:	49
B)	Estrategias Generales para Garantizar el Logro de los Objetivos.	50
C)	Metas Generales de las Variables Indicadores del Hospital Periodo 2021-2024.....	51
3.	SECCIÓN RESULTADOS GENERALES AÑO 2020.	52
VII.	RESULTADOS GENERALES 2020.	53
	Tabla Producción General por Gerencias, por mes, Año 2020.	53
	Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2020.	59
	Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2020.	60
	Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2020 y Variación con relación a la meta establecida para el 2020 y el año 2019.	62
	Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2019, Total Actividades Estimadas para el 2020, Total Actividades Realizadas 2020, Porcentaje de Variación Estimada para el 2020 con Relación al 2019, Resultados Producción logrado 2020.	63
	Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación General, por Gerencias, por mes, Año 2020.....	64
	Tabla Comportamiento índice ocupación, por gerencias, general, por mes, Año 2020.....	65
	Tabla Comportamiento mortalidad, por Gerencias, General, por Mes, Año 2020.	66
	Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en Salud (IAAS), por servicios y mes, año 2020.....	67
	Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2020.	68
	Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2020.	69
	Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2020.....	71
	Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia por Gerencia Año 2020.....	72
	Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - diciembre 2020.	73
	Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2020.....	73
	Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2020.....	74

Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2020.	74
Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2020.	75
Comportamiento de las Enfermedades y Otros Eventos Objeto de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria año 2020. (EPI-1)	76
i. Reporte del Epi-1. 2020	76
ii. Reporte del Epi-2. 2020	78
iii. Reporte de casos de COVID-19, Febrero – Diciembre 2020	79
iv. Registro de Pruebas Rápidas Realizadas.....	79
Informe de la vigilancia, prevención y control de la infección intrahospitalaria (IIH). Hospital Traumatológico Dr Ney Arias Lora, Santo Domingo Norte, República Dominicana.	80
v. Comportamiento Histórico Tasa IAAS Según Mes y Año periodo 2010-2020	80
vi. Incidencia Acumulada de IAAS desde año 2010-2020	81
vii. Comportamiento Incidencia Acumulada IAAS del Sitio Quirúrgico, por mes y año, periodo 2014-2020.....	82
viii. Incidencia Acumulada de las Infecciones por gerencias 2014-2020	82
ix. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Neurocirugía 2016 - 2020	83
x. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Ortopedia 2016 - 2020.....	83
xi. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Cirugía General y Especialidades 2016 - 2020.....	84
xii. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Maxilofacial 2016 - 2020.....	84
xiii. Principales Microorganismos Intrahospitalarios identificados en IIH Enero-Diciembre, 2020.85	
Principales Resultados de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos e Internos. (Datos a tomar en cuenta para el análisis FODA)	86
xiv. Encuesta Usuarios Externos:.....	86
a) Consulta Externa:.....	86
b) Emergencia	89
c) Hospitalización:.....	93
d) Laboratorio Clínico:.....	99
e) Imágenes:.....	102
f) Medicina Física y Rehabilitación:	104
xv. Encuesta Usuarios Internos:.....	107
Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicidades Recibidas por la Gerencia de Atención al usuario año 2020.	110
Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.	111

Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan Corrección Debilidades y Control de Amenazas.	113
Comportamiento Nivel Cumplimiento Ejecución Plan Capacitación y Educación Continuada. .	115
Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2020.....	116
Tabla: Informe Financiero Año 2020.....	117
i. Ingresos Según Fuentes:.....	117
ii. Costos y Gastos Según Renglones Año 2020:	118
iii. Análisis Resultados Informe Financiero año 2020.	119
a) Ingresos:.....	119
b) Costos y Gastos:.....	123
c) Resultados Flujo de Caja del Periodo:	125
d) Cuentas por cobrar y pagar al cierre del período fiscal encontramos el siguiente resultado: ...	126
e) Composición de las cuentas por cobrar, montos y porcentajes año 2020; HTNAL.....	126
f) Análisis comportamiento del déficit según fuentes financieras.	128
4. SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL 2021 (POA 2021)	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
A) Análisis de las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA).	132
i. Resultados del Análisis FODA.	132
B) Matriz Identificación de Riesgos para el Logro de los Objetivos.....	156
C) Matriz Valoración de Riesgos para el Logro de los Objetivos.....	183
D) Matriz Plan Mitigación Riesgos, Debilidades y Amenazas, para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el 2021.	193
IX. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN Y METAS POA 2021.....	278
Criterios Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud (GERENCIAS).....	278
Estimado Capacidad Productiva de las Gerencias año 2021.	279
Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2021.....	280
Datos para los Cálculos:.....	281
i. Estancia promedio utilizada para el cálculo de hospitalizaciones en:.....	281
ii. Tiempo promedio estimado para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos: 281	
iii. Tiempo promedio estimado para las consultas según el Servicio:	282
iv. Tiempo promedio estimado para la realización de los procedimientos ambulatorios: ..	283
X. METAS PARA EL 2021 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIAS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO.....	284
“DR, NEY ARIAS LORA”	284
Metas Generales Plan Operativo Anual 2021.....	285

Estrategias Específicas de Desarrollo de las Gerencias Para el 2021.....	286
DIRECCIÓN GENERAL	287
1) GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	288
2) GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	290
3) GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS.....	291
4) UNIDAD DE ASESORÍA LEGAL.....	293
5) OFICINA DE LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN (OAI).....	294
SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	295
1) GERENCIA: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.	296
2) GERENCIA: CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES. (Cir. General, Cir. Urológica, Cir. Pediátrica, Cir. Plástica, Oftalmología, Otorrino, Cir. Vascular, Cir. Laparoscópica).....	298
3) GERENCIA: NEUROCIRUGÍA.....	300
4) GERENCIA: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.....	302
5) GERENCIA: EMERGENCIA / URGENCIA.....	304
6) GERENCIA: ANESTESIOLOGÍA.....	306
7) GERENCIA: MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES. (Med. Interna, Infectología, Gastroenterología, Med. Familiar, Neurología, Nutrición, Cardiología, Hematología)	308
8) UNIDAD: DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS	310
9) GERENCIA: UNIDADES DE ATENCIÓN CRÍTICA (UCI 4ta., UCI 3era., Cuidados Intermedio).....	311
10) GERENCIA: SALUD MENTAL	314
11) GERENCIA: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA.....	316
12) GERENCIA: LABORATORIO CLÍNICO	318
13) GERENCIA: IMÁGENES	321
14) GERENCIA: ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	323
15) GERENCIA: FARMACIA.....	325
16) GERENCIA DE ENFERMERÍA.....	327
SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	336
1) GERENCIA DE CONTABILIDAD	337
2) GERENCIA DE CONTROL PROCESOS Y REGISTROS.....	338
3) GERENCIA DE TESORERÍA.....	339
4) GERENCIA DE FACTURACIÓN.....	340
5) GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.....	342
6) GERENCIA DE COMPRAS GENERALES.....	343
7) GERENCIA ADMINISTRATIVA	344
SUB-DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	345
1) GERENCIA ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INDUCCIÓN DE PERSONAL.....	346

2)	GERENCIA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTINUA.....	348
3)	GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	350
4)	UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL.....	351
	SUD-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	353
1)	GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN.....	354
2)	GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA.....	356
3)	GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN.	357
4)	GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS.....	358
5)	GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	359
	SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	360
1)	SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA	361
	SUB-DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES DE APOYO	362
1)	GERENCIA DE MANTENIMIENTO.....	363
2)	GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.	365
3)	GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.	366
4)	GERENCIA DE LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN	367
5)	GERENCIA DE TRANSPORTE	368
6)	GERENCIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	369
XI.	NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2021 Y LOGRAR LAS METAS.....	371
	Tabla. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2021 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2021.....	372
XII.	PRESUPUESTO GENERAL.	384
	Total Actividades, Presupuesto de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2021.	385
	Distribución Presupuesto General Costos y Gastos Según Renglones.	386
	Tabla: Producción General de Actividades Esperada para el año 2021.	387
	TABLA: Total Actividades Realizadas 2020, Total Actividades Estimadas Para el 2021 y Porcentaje de Variación Estimada Para el 2021 con relación al 2020.	387
5.	SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	388
XIII.	MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2021.....	389
XIV.	FÓRMULAS.....	390

I. CRÉDITOS:

NOMBRES	CARGOS
Coordinación General	
Dr. Julio Landrón	Director General HTNAL
Dr. Roberto Cerda Torres	Presidente Cergo Consulting Group
Dra. Juliana Fajardo G.	Sub-Directora Planificación y Conocimientos
Colaboradores	

NOMBRES	CARGOS
1. Dr. José Ernesto Guerrero	Director Operativo
2. Dr. Héctor López	Subdirector Medico y Servicios Complementario
3. Dr. Rafael Camilo García	Subdirector Académico
4. Licdo. Ramón Aníbal Jiménez	Subdirector de Recursos Humanos
5. Dra. Juliana Fajardo	Subdirectora de Planificación y Conocimiento
6. Licda. Rosannet Yanet Medina Reyes	Subdirectora Financiera y Administrativa
7.	Subdirector de los Servicios Generales
8. Coronel Ing. José Antonio Valdez Suero.	Gerente de Vigilancia y Seguridad
9. Dr. Benjamín Ogando Moreno	Gerente de Medicina Física y Rehabilitación
10. Dra. Candy Josibel Almánzar Núñez	Gerente de Anatomía patológica
11. Dr. Milton Alfonseca	Encargada Unidad De Auditoria Medica
12. Licda. Cintia Payano	Gerente de contabilidad
13. Licda. Cristina Elisabet Rosa Vásquez	Gerente De Servicio Social
14. Lic. Daniel Reyes	Encargado de Almacén De Farmacia
15. Dr. David Paulino Cuevas Santana	Gerente de La Unidad de Atención Crítica
16. Dr. Diógenes Ledesma	Gerente de Medicina Interna y Especialidades
17. Licda. María Teresa Hernández	Gerente de Farmacia
18. Licda. Deneuve Batista	Gerente de Atención al Usuario
19. Licda. Francisca Maldonado	Gerente de Enfermería
20. Licda. Maridalia Montás Del Orbe	Gerente de Registro Y Control
21. Licda. Heyddy Caroly Herrera Pérez	Gerente de Capacitación y Educación Continua
22. Sr. Feliz Monción	Encargado de Transportación
23. Lic. Yoaldo Cuello	Gerente de Nomina
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 T.	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. Olga Rocío Sánchez Tejeda	Gerente del Laboratorio Clínico
32. Dr. Franklin Gómez	Gerente de Emergencia / Urgencia
33. Sr.	Gerente Limpieza
34. Dra. Narollys Nataly Alberto	Unidad de Nutrición
35. Licda. Nataly Quezada Santos	Gerente de Reclutamiento y Selección de Personal
36. Ing. Oliver Francisco Peralta Abreu	Gerente de Tecnología de la Información

NOMBRES	CARGOS
37. Lic. Persio De Jesús Ventura Flores	Responsable de Acceso a la Información (RAI)
38. Ing. José Carmona	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. Licda. Dayanara Elizabeth Acevedo Acevedo	Gerente de Facturación y Seguros
43. Dra. Yecel Mercedes Cabrera	Gerente de Maxilofacial y Odontología
44. Dra. Yokasta Francisca Pérez Jiménez	Gerente de Epidemiología
45. Licda. Yamileth Castro	Asistente de la Dirección
46. Licda. Luisa Duverge	Supervisora General
47. Manuel Estilo Feliz Juliao	Fotógrafo
INVITADOS ESPECIALES	
48.	Gerente de Área Santo Domingo Norte
49.	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 2021-2024, 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

Página 10 de 390

“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora” 2021-2024. Plan Operativo Anual 2021 (POA).

Cergo Consulting Group. Enero 2021. **VERSIÓN FINAL**

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

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 2021-2024”, 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.

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	1,254 – Colaboradores (Febrero 2021)
Camas	177- Camas Instaladas (Camas hospitalarias en uso, 142), 80%.
Índice Colaboradores por cama Hospitalaria	8.9 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 quirófanos 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 lavado de cadáveres, 1 microtomo, 1 procesador de tinción.
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 tele comando, 2 huesos pulmón, 2 portátiles, 3 arco C)
Tomógrafo	2- Equipo
Unidad Sonografía	2 – Equipo
Resonancia magnética nuclear	1- (Comodato empresa externa)
Unidad videoconferencia	1- Área (capacidad para 40 personas, puede acomodar hasta 50 personas)
Salón multiuso	1- Área (capacidad para 100 personas, puede acomodar hasta

Área	Capacidad
	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)
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)

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.

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.

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 dirigencial como base de la seguridad brindada en la atención ofrecida en el hospital.

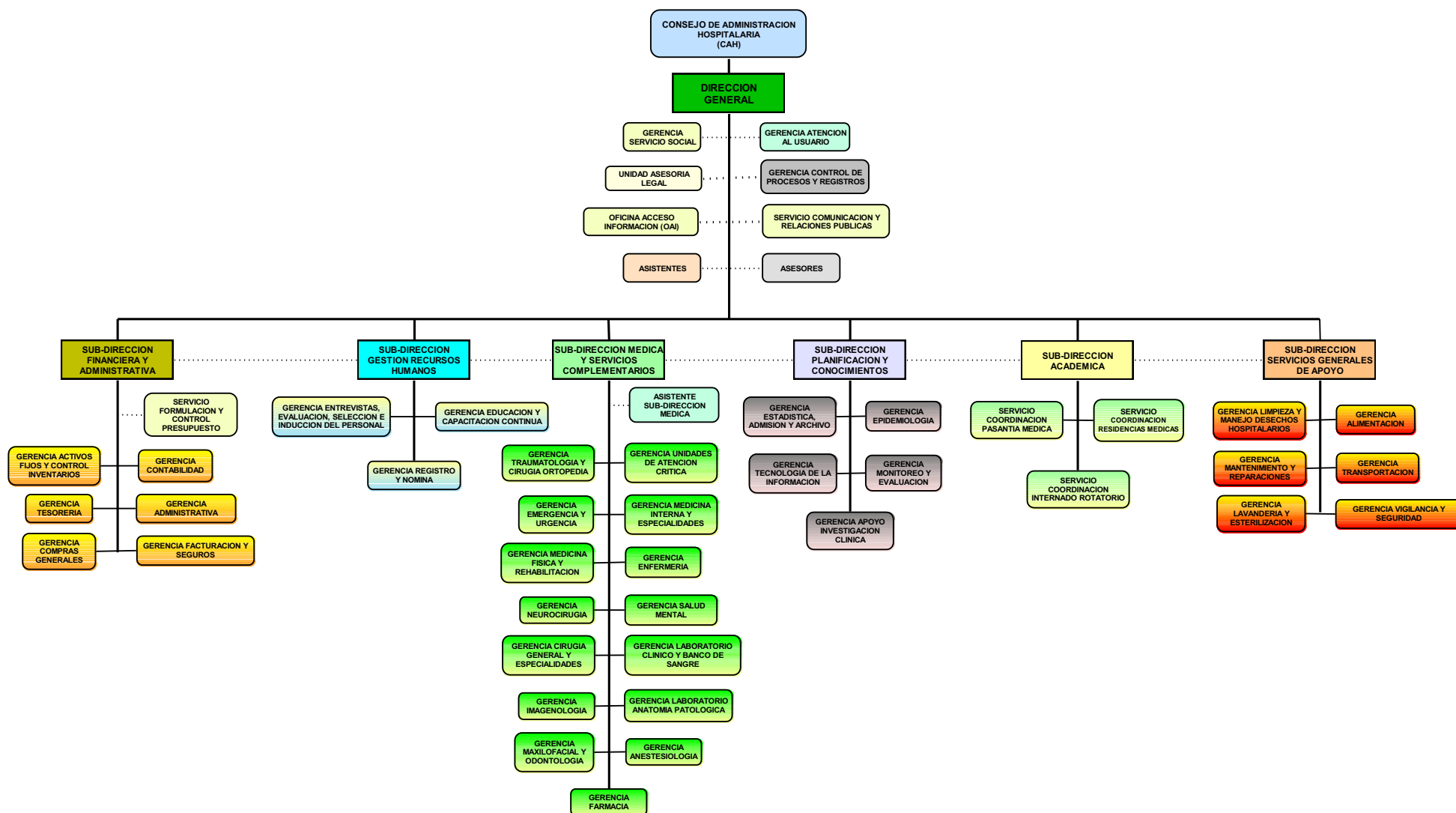
e) Sistemas de Información: Debe propiciar que se aplique un Sistema de Información capaz de generar reportes con indicadores útiles para el Sistema Nacional de Salud, el CAH, los sub-directores y los gerentes.

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.

Organigrama Estructura Orgánico-Gerencial.



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.

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).

Cartera de Servicios.

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 fracturas, 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, orquitectomía, nefrectomías, cistotomías, uretrotomía, 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 medias tónica, 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 oculoplastia.
Servicio de Cirugía Reconstructiva	Mamas pendulares, 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	Abdominoplastia, mamoplastia con reducción, con prótesis, tabicoplastia, 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, colelitiasis, 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 (coledocolitiasis), Operaciones laparoscópicas para el reflujo gastro-esofágico y la hernia de hiato, cirugía laparoscópica del colon, cirugía laparoscópica de la obesidad mórbida. (cirugía bariátrica), exéresis laparoscópica de bazo (esplenectomía) cirugía laparoscópica del páncreas por pseudoquistes, quistes y pequeños tumores, liberación laparoscópica de adherencias de intervenciones previas.
Curas, Ostomías y Pie Diabético	Heridas infectadas, cuidado de ostomías, heridas quirúrgicas dehiscentes, abscesos, quemaduras de grosor parcial, úlceras diversas.	Desbridamiento, curas de heridas y úlceras, drenajes de abscesos, terapia vacuum assisted closure (V.A.C), colgajo e injerto de piel, cuidados y curas de ostomías.
Cirugías Metabólicas	Usuarios con obesidad mórbida, con DM, trastornos hormonales y cardiovasculares	Manga gástrica, sleeve, bypass gastrico

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
Coloproctología	Heridas traumáticas, heridas por armas blancas, por armas de fuego con afección de (colon, ano, recto periné y retroperitoneo en zona III). Abdomen agudo de origen colorectal, (obstrucción intestinal, vólvulo, perforación intestinal, complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad diverticular, peritonitis, hernias internas, megacolon del adulto), hemorragia digestiva baja, patología hemorroidal (hemorroides internas, externas, trombosis hemorroidal, fluxión hemorroidal), fisuras anales, estenosis anal, sepsis anoperineal (abscesos anales, fistulas anales, fisura anal y sepsis perineal necrotizante), incontinencia anal, constipación, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades inflamatorias intestinales, colitis isquémica, rectocele, cuerpos extraños, afecciones preneoplásicas anales y perineales, pólipos, cáncer colorectal, enfermedad pilonidal, cáncer de ano y del margen anal, complicaciones y secuelas de la radioterapia pélvica, complicaciones de la cirugía colorectal (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), excéresis 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 degenerativas causantes de lesiones compresivas de la médula y/o raíces nerviosas (mielopatía cervical espondilótica, canal estrecho lumbar),	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización, observación, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, 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, refusión de columna, vertebroplastia.
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 órbita, del frontal. Fracturas coronal no complicada, coronal complica, corona- raíz no complicada, corona-raíz complicada, radicular, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar. Retenciones dentarias: terceros molares inferiores, superiores, caninos superiores e inferiores, premolares y molares superior e inferiores, dientes supernumerarios. Quistes odontogénicos, del desarrollo, gingival del infante, del adulto, periodontal lateral, dentigero, queratoquistes. Quistes del trayecto vestigial: quiste del conducto tirogloso. Quiste embrionarios de origen cutáneo, dermoide, epidermoide, de epitelio mucoso. tumores odontogénicos.	Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización, observación, hospitalización y tratamiento quirúrgico, implantología dentaria, craneoplastia, 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
	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 distres respiratorio agudo, insuficiencia respiratoria aguda, embolia pulmonar, embolia grasa y embolia gaseosa, estatus asmático, infecciones graves, choque séptico, abdomen agudo,	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 mascarera especializadas de CIPAF

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	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 blancas, por arma de fuego, hemotórax, 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 deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por armas blancas, objeto contuso cortante. Lesiones traumáticas de columna vertebral, nervio	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
	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 monitoreo de usuario de UCI, cambio de posición según necesidad, alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión.	Administración de medicamentos, colocación de sonda vesical, asistir en colocación de catéter venoso central y colocación de otras vías, medir presión venosa central (PVC), toma de temperatura, reanimación cardio pulmonar (RCP), oxigenoterapia, aspiración 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 percutáneo y terapéutico, aspiración endotraqueal. Curas, higiene general del usuario hospitalizado, pase de visita, traslado de usuarios a las diferentes áreas, alimentación por gavage, preparación pre-quirúrgica del usuario.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
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. Serología: Pacientes de COVID IGG, IGM Pruebas PCR para COVID. Antígenos para COVID. Pruebas especiales PCT: Procalcetonina Dimero D Troponina Cuantitativa.	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. Tomografía Axial Computarizada (TAC): pelvis, pierna, tobillo, pie, femur, rodilla, columna lumbar, cervical y dorsal.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
		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. Promoción del concepto general del hospital y sus Gerencias.	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
	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. Detectar precozmente y controlar brotes y epidemias.	Búsqueda activa de casos. Vacunación. Emisión de alertas. Documentar la distribución y extensión de un problema de salud. Consejería pre y post prueba. Realizar los reportes epidemiológicos según los requerimientos de la Dirección General de Epidemiología del MISPAS y/o Dirección general y/o Sub-dirección médica.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
	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.	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. Diseño, elaboración y mantenimiento de página web.	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
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN		
Monitoreo y Evaluación	Monitoreo de indicadores de calidad. Evaluación desempeño técnico y metas de producción. Evaluación y auditoria del cumplimiento y aplicación de protocolos. Elaboración de informes con propuestas de cambios para mejorar los servicios.	Encuesta de satisfacción de usuarios internos y externos. Auditoria expediente clínico. Levantamiento de información para planes de incentivos. Apoyo a las evaluaciones de desempeño del personal.
GERENCIA DE APOYO INVESTIGACIONES CLÍNICAS		
Apoyo a Investigaciones Clínicas.	Desarrollo de investigaciones médicas y epidemiológicas. Apoyo al personal de salud en la realización de investigaciones. Identificación de proyectos. Búsqueda y desarrollo de proyectos de investigación en colaboración con instituciones nacionales e internacionales. Sometimiento de propuestas de proyectos de investigación a otras organizaciones y/o instituciones nacionales e internacionales. Asesoría y colaboración con instituciones asociadas en investigación al hospital. Apoyo y evaluación de proyectos, protocolos y normas de investigaciones externas a realizarse en el hospital.	Identificación de proyecto de investigación con potencial para realizar mejora en la prestación de servicios en el hospital y/o de manera generalizada en el sector salud. Realizar encuentro de estímulo y presentación de propuestas de investigaciones al personal. Evaluación y recomendaciones sobre investigaciones externas a realizarse en el hospital. Coordina y realiza cursos de capacitación en técnicas de investigación en el área de la salud. Asesoría técnica y seguimiento para la realización de las investigaciones. Presentaciones y publicaciones de las investigaciones.
SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA		
SUB-DIRECCIÓN ACADÉMICA		
Sub-dirección Académica	Analizar las propuestas de creación, apertura y modificación de programas curriculares de postgrado de especialización, apoyar el desarrollo y proyección profesional del personal del hospital en el país y el extranjero, realizar acuerdos y/o convenios interinstitucionales, para formación de personal y/o educación continuada.	Administración de los programas de post-gradados, coordinar y administrar jornadas de actualización, cursos, talleres y diplomados. capacitación y actualización del personal de salud, administrar y conducir los servicios académicos que se prestan a los usuarios en el hospital en cuanto a gestión documentaria en coordinación con la institución académica contraparte, programar y supervisar el proceso de matrícula, mantener actualizado el registro académico, emitir certificados y canalizar la expedición de los certificados, títulos profesionales y cualquier otra documentación que derive del proceso docente, programar y mantener actualizada la base de datos académica y establecer mecanismos de seguridad de los registros académicos de los participantes y de los formularios numerados. seguimiento y control de los acuerdos y convenios interinstitucionales.
SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
GERENCIA DE CONTABILIDAD		
Contabilidad	Conocer los balances contables generales de la institución y por renglones. Conocer los estados financieros de la institución. Conocer los costes de producción de las unidades productivas. Realizar recepción, almacenaje y despacho de productos. Gestionar los créditos y pagos de la institución. Mantener control de los balances bancarios de la institución. Apoyo a auditorias externas e internas. Solicitudes de Informes.	Contabilidad General: Preparación y análisis de estados financieros, informes financieros y contables, entrada de diario libros. Contabilidad de Costos: Análisis de los costos, elaboración de propuestas para planes de contención de costos. Cuentas por cobrar: Registro, análisis y conciliación de las cuentas por cobrar. Cuentas por pagar: Registro, análisis y conciliación de las cuentas por pagar. Nómina: Registro, revisión y pago de honorarios. Conciliaciones bancarias: Registro, análisis y conciliación de la caja banco.

SERVICIOS	MORBILIDAD y NECESIDADES A TRATAR A LOS (AS) USUARIOS	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR
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 regiones 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. Depósitos. Pagos.	Facturación y cobros unidades ambulatorias. Cobro a usuarios y/o familiares, ARS's. Cuadre de caja. Realizar los depósitos bancarios.

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

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

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

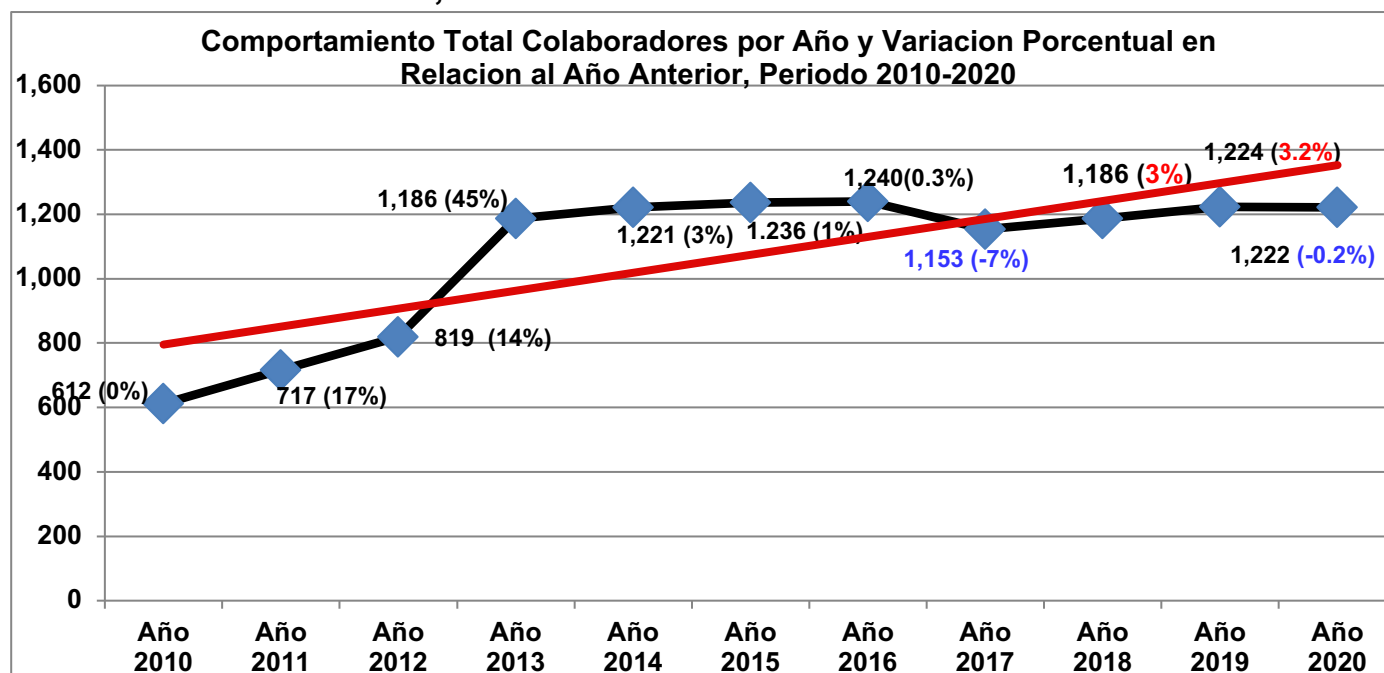
Distribución Recursos Humanos. Enero 2021

PERSONAL	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	62	5.08%
DIRECCIÓN GENERAL	5	
GERENCIA DE ASESORÍA LEGAL	4	
GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO	33	
GERENCIA RELACIONES PÚBLICAS	7	
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	10	
GERENCIA CONTROL DE LOS PROCESOS Y REGISTROS	5	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	3	0.25%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	225	18.42%
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO	2	
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN Y BEBIDAS	23	
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS	77	
GERENCIA DE LAVANDERÍA	16	
GERENCIA DE MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	37	
GERENCIA DE TRANSPORTACIÓN	7	
GERENCIA VIGILANCIA Y SEGURIDAD	63	
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	14	1.15%
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	10	
GERENCIA DE NOMINA	2	
GERENCIA DE CAPACITACION Y EDUCACION	1	
GERENCIA DE RECLUTAMIENTO	1	
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	103	8.43%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	2	
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	51	
GERENCIA DE TESORERÍA	24	
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	780	63.83%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	3	
GERENCIA AUDITORIA MEDICA	12	
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	24	
GERENCIA CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	30	
GERENCIA DE EMERGENCIA/URGENCIAS	40	
GERENCIA DE ENFERMERÍA	358	

PERSONAL	CANTIDAD	%
GERENCIA DE FARMACIA	35	
GERENCIA DE FISIATRÍA Y REHABILITACIÓN.	15	
GERENCIA DE IMAGENOLÓGIA	54	
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	54	
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	12	
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	26	
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	16	
GERENCIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	45	
GERENCIA DE PATOLÓGICA	9	
GERENCIA DE SALUD MENTAL	3	
GERENCIA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	25	
UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGO	2	
UNIDAD DE NUTRICION	8	
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	9	
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	35	2.87%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	4	
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	1	
GERENCIA DE EPIDEMIOLOGIA	4	
GERENCIA ESTADÍSTICA, ADMISIÓN Y ARCHIVO	17	
GERENCIA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	9	
TOTAL, GENERAL	1,222	100.00%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos

Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior, Periodo 2010-2020



Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones, año 2020.

ÁREA	CANTIDAD	%
DIRECCIÓN GENERAL	62	5.08%
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	3	0.25%
GERENCIA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE APOYO	225	18.42%
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	14	1.15%
SUBDIRECCIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	103	8.43%
SUBDIRECCIÓN MEDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	780	63.83%
SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO	35	2.87%
TOTAL GENERAL	1,222	100%

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos.

Distribución empleados por sexo

SEXO	CANTIDAD	%
Mujeres	782	64%
Hombres	440	46%
TOTAL	1,222	100%

Reporte Acciones de Personal del año 2020.

ACCIONES DE PERSONAL	CANTIDAD
ENTRANTES	
Entrantes Creación de Plaza	4
Entrantes Sustitución	185
Entrantes Reposición	5
SALIENTES	
Salientes Traslados (Promociones)	0
Salientes Renuncias	63
Salientes Sustitución	0
Salientes Abandono	2
Salientes Desvinculación	97
Salientes Fallecidos	0
Salientes Periodo Probatorio	0
SUSPENSIONES	
LICENCIAS SIN DISFRUTE DE SALARIO	4
LICENCIAS CON DISFRUTE DE SALARIO	0
LICENCIAS MEDICAS	1,312
TOTAL	

Fuente: Sub-Dirección Gestión Recursos Humanos

Índice de licencias médicas, con relación al total de empleados = 1.07 Licencia por empleado

Total de días por licencias médicas: 18,269.

Descripción Comportamiento Recursos Humanos año 2020 en Relación al año 2020:

Los Recursos Humanos de manera general presentaron una variabilidad hacia la disminución del número de personal de un **0.2%**, lo que representó en términos absolutos una disminución de **2** colaboradores, pasando de **1,224** colaboradores a **1,222**.

De manera particular el mayor incremento de colaboradores de manera relativa fue realizada en **la Sub-Dirección de Recursos Humanos**, la cual paso de tener **7** colaboradores a **14**, lo que representó un incremento relativo del **100%** (7 colaboradores).

En segundo orden el aumento relativo de empleados le correspondió a la **Sub-Dirección de Planificación y Conocimiento**, presento un aumento de personal pasando de **31** colaboradores a **35**, significando un incremento del **13.0%** (4 Colaboradores).

En tercer lugar, el incremento relativa de colaboradores le correspondió a **la Sub-Dirección Financiera Administrativa** la cual paso de tener **102** empleados a solo **103**, lo cual significó un incremento relativo del **1.0%**.

La Dirección General presento disminución de empleados la cual paso de tener **62** colaboradores a solo **62**, lo que no represento variación.

La **Sub-Dirección Académica**, la cual paso de tener **4** empleados a solo **3**, lo cual significó una disminución relativa del **25.0%**.

La **Sub-Dirección Servicios Generales**, la cual paso de tener **233** empleados a solo **225**, lo cual significó una disminución relativa del **3.4%** (8 colaboradores).

La **Sub-Dirección Médica y Servicios Complementario**, paso de tener **785** colaboradores a **780**, lo que representó una disminución relativa del **0.6%** (5 colaboradores).

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 km ²
Población Total (2010)	454,561 hab. Fuente: Coordinación de Epidemiología del Área III
Densidad Poblacional	8,26 hab/km ²
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 Guaricanos	✓	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

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.

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.

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.

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.

Morbilidad:

i. Motivos de Consulta Externa.

10 Primeras morbilidad y frecuencia por las que los usuarios demandaron atención en consulta externa, año 2020.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Infección Respiratoria Aguda	1.801	283
Enfermedad Diarreica Aguda	1.107	174
Hipertensión Arterial	672	106
Anemia	504	79
Infección Vías Urinarias	484	76
Vaginitis	448	70
Diabetes	367	58
Flujo Vaginal	326	51
Dermatitis	317	50
Traumas y Heridas	240	38
Otros	3.044	478
Total	9,310	1,462
Población: 647,894		

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 2020.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Traumatismos	17.318	2.673
Embarazos Confirmado	15.399	2.377
Crisis Asmática	4.422	683
Cefalea	3.150	486
Hipertensión Arterial	3.066	473
Infecciones Respiratorias Agudas	2.927	452
Enfermedad Diarreica Aguda	2.529	390
Dolor Pélvico y Perineal	2.493	385
Virosis	1.482	229
Infección Vías Urinarias	1.438	222
Otros	34.300	5.294
Total	88.524	13.663
Población: 647,894		

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

iii. Motivos de Hospitalización.

10 primeras Causas de Ingresos Hospitalarios, año 2020.

Causas	Número de Casos	Tasa /Cien mil Habitantes
Desembarazos	6.497	1.003
Fractura	896	138
Bajo peso al nacer	839	129
Aborto Incompleto	713	110
Infección Respiratoria Aguda	613	95
Hipertensión Arterial	282	44
Infección Vías Urinarias	72	11
Enfermedad Diarreica Aguda	55	8
Diabetes Mellitus tipo II	41	6
Cólico Nefritis	2	0
Otros	4.920	759
Total	14,930	2,304
Población: 647,894		

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

Mortalidad:

iv. Causas de Mortalidad Población General.

10 Primeras causas clínicas de mortalidad intrahospitalaria en la población, año 2021.

Causas	Número de Casos	Tasa /Mil Habitantes
Traumas	29	0.04
Infarto Agudo	41	0.06
Hemorragia Pulmonar	40	0.06
Parocardio Respiratorio	12	0.02
Choque Séptico	31	0.05
Herida de arma de fuego	16	0.02
Quemaduras por Flamas	27	0.04
Muerte cefálica	14	0.02
Quemaduras por Electricidad	9	0,01
Politraumatizado	10	0.02
Otros	225	0.35
Total	454	0.70
Población: 647,894		

Fuente: Coordinación de Epidemiología del Área III

10 Primeras causas clínicas de mortalidad en la población general , año 2021.

Causas	Número de Casos	Tasa /Mil Habitantes	Código CIE- 10
Infarto Agudo al Miocardio	145	0,22	I21.9
Fallo Multiorgánico	135	0,21	R68.8
Insuficiencia Respiratoria	107	0,17	J96.9
Paro Cardíaco	72	0,11	J46.9
Choque Séptico	71	0,11	A41.9
Hipertensión Arterial	59	0,09	I10
Insuficiencia Cardíaca	58	0,09	I50
Accidente de Tránsito	53	0,08	V89.9
Trauma Craneoencefálico Severo	45	0,07	S06.9
Diabetes Mellitus II	42	0,06	E11.9
Otros	315		
Total	1.102	1,21	
Población: 647,894			

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	Lab	Banco Sangre	No. Equipo Ray_X	Sono	RM	TM	No. Quir	No. Camas UCI	Camas	Dirección
Hospital General Hacienda Estrella	MISPAS	2	0	1	1	NO	0	N/D	N/D	N/D	0	0	12	Hacienda Estrella
Hospital Materno Infantil Villa Mella	MISPAS	3	10	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	20	Villa Mella
Hospital General La Victoria	MISPAS	1	4	1	1	NO	0	N/D	N/D	N/D	1	0	28	La Victoria
Hospital General Sabana Grande de Boyá	MISPAS	2	3	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	40	SGBoyá
Hospital Arzobispo Meriño	IDSS	4	3	1	1	NO	1	N/D	N/D	N/D	1	0	19	Monte Plata
TOTAL		12	20	5	5	0	3				4	0	119	

Fuente: SIGpas 4

ii. Sub-Sector Privado

Nombre Centro	Institución Perteneciente	No. Consultorio General	No. Consultorio Especializada	No. Unidades Odontológicas	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 Exedito	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

Leyenda:

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 2021- 2024.

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

A) Objetivos Estratégicos Generales del HTNAL:

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

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

a) Estrategias Generales:

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

b) Estrategias de Mercado:

- ✖ Implementar una estrategia de mercadeo donde se destaque: el trato humanizado y la calidez de nuestro colaboradores, calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas, cartera de servicios, capacidad resolutive de los recursos humanos, ubicación geográfica, capacidad instalada de equipos, capacidad instalada, características de la infraestructura y mobiliario, entre otros aspectos.
- ✖ Mantener precios asequibles y competitivos.
- ✖ Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos.
- ✖ Gerencia de Atención (Defensa) al Usuario.
- ✖ Formulación de campañas publicitarias (participación, entrevista y reportajes en programa radio y televisión, periódicos, señalizaciones externas, brouchur, afiches, participación de estudiantes como facilitadores).
- ✖ Creación de revista de difusión de informaciones generales y científicas.

c) Planificación y Control:

- ✖ Formulación y cumplimiento del plan estratégico.
- ✖ Monitoreo periódico de calidad y satisfacción de los usuarios.
- ✖ Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de productividad de las 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 2021-2024.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2021	RESULTADOS ESPERADOS 2022	RESULTADOS ESPERADOS 2023	RESULTADOS ESPERADOS 2024
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 2020.

VII. RESULTADOS GENERALES 2020.

Tabla Producción General por Gerencias, por mes, Año 2020.

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	2,185	2,240	1,522	370	415	932	1,698	1,571	1,798	2,447	2,991	2,774	20,943
Total Consultas 1era. Vez	742	704	353	88	77	74	1,559	129	426	514	622	641	5,929
Total Consultas Subsecuente	1,443	1,536	1,169	282	338	858	139	1,442	1,372	1,933	2,369	2,133	15,014
Total Interconsultas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Ingresos	149	206	187	58	82	134	125	126	120	127	264	257	1,835
Total Egresos	117	147	62	51	77	120	130	123	187	219	265	235	1,733
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)	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	5
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	3	3	4	0	0	1	0	0	13	3	3	5	35
Total Días de Estancia	811	942	563	808	870	1,312	1,138	1,395	1,687	1,304	1,452	1,267	13,549
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	224	256	201	78	81	124	110	167	235	242	274	249	2,241
Total Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados) (INTERNAMIENTO)	26	18	13	12	8	5	5	21	39	4	10	17	178
Total Otros Procedimientos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados) EMERGENCIA	629	673	541	452	462	583	571	608	624	584	615	760	7,102
Total Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	2	0	0	2	0	0	0	3	4	7	3	21
	SERVICIOS QUIRURGICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	1,426	2,005	1,040	68	121	250	541	318	1,000	1,781	2,003	1,782	12,335
Consultas 1era. Vez	421	260	207	10	21	83	491	21	254	363	510	425	3,066
Consultas Subsecuente	1,005	1,745	833	58	100	167	50	297	746	1,418	1,493	1,357	9,269
Interconsultas	19	19	27	11	79	337	4	18	9	21	11	92	647
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)	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	2	1	0	0	0	0	0	0	4	1	0	2	10

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)													
Ingresos	151	227	216	59	85	114	150	89	111	142	238	216	1,798
Egresos	130	194	185	77	92	117	144	108	187	171	222	204	1,831
Total Días de Estancia	334	539	505	373	457	692	859	694	864	1,636	956	962	8,871
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	199	320	188	59	55	108	111	96	178	271	228	191	2,004
Curas y Ostomías	715	832	604	285	324	356	333	329	491	547	660	583	6,059
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	2	0	0	0	1	0	0	4	0	8	0	15
	NEUROCIRUGIA												
Consultas	194	240	198	0	0	0	0	0	100	162	204	178	1,276
Consultas 1era. Vez	62	34	39	0	0	0	0	0	11	106	77	57	386
Consultas Subsecuente	132	206	159	0	0	0	0	0	89	56	127	121	890
Interconsultas	183	142	122	101	155	136	190	187	193	158	196	170	1,933
Ingresos	60	56	54	38	66	66	85	66	82	63	81	77	794
Egresos	43	42	39	21	64	60	47	83	73	41	73	79	665
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	1	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	1	1
Total Días de Estancia	231	333	281	146	463	779	953	718	1,060	775	1,006	625	7,370
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	25	32	21	10	9	18	24	14	43	31	37	21	285
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	1	9	3	9	16	14	8	7	2	10	8	87
	SERVICIOS CLINICOS Y ESPECIALIDADES												
Consultas	1,653	2,785	1,581	3	5	9	255	321	870	2,027	2,444	1,991	13,944
Consultas 1era. Vez	715	812	504	3	1	4	139	135	357	1,265	1,075	897	5,907
Consultas Subsecuente	938	1,973	1,077	0	4	5	116	186	513	762	1,369	1,094	8,037
Interconsultas	474	389	358	243	325	293	328	200	291	365	348	317	3,931
Ingresos	11	7	9	11	16	29	12	10	14	11	11	4	145
Egresos	7	3	4	3	12	25	13	25	13	12	8	4	129
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	113	90	89	186	283	396	198	122	114	89	52	43	1,775
Endoscopias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemodiálisis	803	971	989	1,105	766	800	667	800	847	941	854	895	10,438
Electroencefalogramas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espirometrías	134	223	31	0	0	0	0	0	0	0	83	40	511
EKG- Consultas	513	209	415	0	0	0	7	3	4	22	29	24	1,226
EKG- Hospitalización	0	0	0	0	0	116	162	203	175	202	140	143	1,141

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Ecocardiogramas	74	86	104	24	19	32	27	44	65	114	59	86	734
Pruebas Esfuerzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evaluaciones Cardiovascular hospitalización	1707	2676	2,145	127	175	235	409	220	298	150	299	148	8,589
Psicoterapias	32	44	22	31	5	0	0	0	1	21	42	0	198
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIO ADULTOS 3era.												
Ingresos	31	30	29	32	32	31	29	30	36	24	27	25	356
Egresos	29	25	31	32	31	30	28	27	31	25	25	24	338
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	146	115	113	101	85	122	195	120	140	122	127	140	1,526
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	6	6	18	10	31	57	27	36	35	15	11	34	286
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.												
Ingresos	21	26	20	18	21	34	33	27	23	24	22	16	285
Egresos	15	22	18	19	19	34	34	27	18	22	22	18	268
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	84	109	160	157	148	158	211	161	183	155	159	126	1,811
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	23	17	20	22	26	23	16	22	31	23	29	28	280
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	1	0	0	2	0	0	3	1	0	0	0	7
	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGIA												
Ingresos	23	34	29	22	25	28	23	26	34	24	29	26	323
Egresos	19	27	29	25	23	27	20	24	28	25	28	28	303
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	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	
de mas de 3 a 30 días de la De Alta)													
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total Días de Estancia	142	149	182	142	161	244	293	202	191	138	158	127	2,129
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	14	17	17	31	15	17	14	9	15	19	15	17	200
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
	MAXILOFACIAL												
Consultas Maxilofacial	145	213	76	37	98	102	112	175	167	218	209	185	1,737
Consultas 1era. Vez	57	49	28	29	35	57	64	43	91	95	108	75	731
Consultas Subsecuente	88	164	48	8	63	45	48	132	76	123	101	110	1,006
Interconsultas Maxilofacial	0	5	6	4	5	4	6	0	3	5	5	3	46
Ingresos	9	20	13	4	5	12	15	14	22	21	27	27	189
Egresos	8	18	13	4	6	66	15	14	20	31	23	28	246
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	41	79	65	45	24	122	72	108	105	99	171	158	1,089
Procedimientos Odontológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Cirugías Realizadas (Emergencia y Programadas)	107	125	101	28	50	101	103	61	212	226	215	168	1,497
Radiografías Odontología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	2	0	2	0	4	7	9	1	11	7	6	8	57
	ANESTESIOLOGIA												
Procedimientos	389	592	403	140	168	232	269	302	466	546	542	463	4,512
Consultas	224	474	319	0	0	0	35	67	186	339	408	370	2,422
Consultas 1era. Vez	199	413	276	0	0	0	18	30	111	172	280	214	1,713
Consultas Subsecuente	25	61	43	0	0	0	17	37	75	167	128	156	709
Interconsultas	0	16	60	6	6	6	11	15	69	72	67	15	343
Preanestesias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Procedimientos (Parches, Intubación, 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	1	0	0	0	0	0	1
	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION												
Consultas	206	319	335	0	0	47	111	122	340	373	552	497	2,902
Consultas 1era. Vez	95	161	191	0	0	20	51	65	189	182	246	221	1,421
Consultas Subsecuente	111	158	144	0	0	27	60	57	151	191	306	276	1,481
Interconsultas	4	6	0	0	0	1	0	1	7	7	7	1	34
Procedimientos (Usuarios Asistidos)	2238	2108	1,847	0	0	0	412	1,236	1,759	2,513	2,911	2,762	17,786
Procedimientos Usuarios Hospitalizados	8	12	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	27

ACTIVIDADES	GERENCIAS, SERVICIOS - No. ACTIVIDADES ACUMULADAS												ACUMULADO
	MESES												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	2	3	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1	12
	EMERGENCIA												
Asistencia Emergencia	5,297	4,926	3,581	2,114	2,891	3,879	3,702	3,653	3,499	3,545	3,366	3,222	43,675
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Observación Adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos (Sutura)	144	85	73	68	70	113	109	96	149	254	404	452	2,017
Otros Procedimientos (Colocación Tubos de pechos, Traqueotomías, Toracotomía, Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	117	101	46	29	33	15	18	12	24	46	41	18	500
Procedimientos (Curas)	573	622	483	201	235	223	247	236	340	373	457	460	4,450
EKG- Emergencia	230	715	105	100	135	164	144	112	119	162	102	151	2,239
Extranjeros Asistidos en la Gerencia	11	6	8	2	10	5	0	13	13	8	10	11	97
	LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE												
Hematología Emergencia	2665	2700	2,504	4,084	1,953	2,537	2,355	2,231	2,723	2,792	541	2,637	29,722
Hematología Laboratorio Central	2,227	3,072	1,929	2,032	306	1,080	1,516	1,236	2,129	2,801	6,783	2,918	28,029
Hematología Banco Sangre	3,128	4,419	3,161	3,533	1,066	1,911	1,878	2,166	3,141	3,197	2,749	2,414	32,763
Pruebas Especiales	3,916	4,854	3,169	3,660	940	2,110	2,699	2,174	3,652	4,535	2,582	2,805	37,096
Química Sanguínea Emergencia	4842	4611	4,345	7,736	4,212	5,004	4,445	4,287	5,020	5,036	137	5,358	55,033
Química Sanguínea Lab. Central	11,553	14,993	10,968	9,812	1,500	5,512	7,698	6,039	11,547	14,982	21,791	9,359	125,754
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, y cloro	2839	3129	2,430	4,635	2,266	2,511	2,334	2,273	2,655	2,817	2,128	1,798	31,815
PT, PTP	1662	2,066	1,343	1,824	603	939	1,261	1,045	1,640	2,060	2,019	1,387	17,849
Bacteriología	356	413	352	498	147	250	242	202	344	389	357	303	3,853
Uroanálisis	1,568	2,011	1,360	1,525	328	894	1,138	861	1,561	2,019	2,011	1,447	16,723
Coprológico	404	593	406	419	54	222	303	222	389	537	568	386	4,503
Serología Laboratorio Central	2,264	2,761	1,971	2,481	775	1,464	1,673	1,319	2,096	2,659	1,309	1,375	22,147
	37,424	45,622	33,938	42,239	14,150	24,434	27,542	24,055	36,897	43,824	42,975	32,187	405,287
	IMÁGENES												
Rayos X	4755	5128	3,819	1,435	2,464	2,779	6,754	6,004	5,712	4,338	4,617	4,125	51,930
Sonografía	993	1358	864	216	406	510	657	485	918	1,031	990	841	9,269
Tomografía	796	993	754	411	641	895	982	909	951	1,013	166	1,041	9,552
Resonancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Panorámica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doppler	0	0	0	0	0	0	0	0	91	137	113	148	489
Estudios Especiales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6,544	7,479	5,437	2,062	3,511	4,184	8,393	7,398	7,672	6,519	5,886	6,155	71,240
	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA												
Biopsia	147	215	143	32	62	80	74	73	129	216	189	142	1,502
Biopsia por congelación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Citología	0	1	2	0	3	2	1	0	0	3	1	2	15
Necropsia	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	
	147	216	145	32	65	82	75	73	129	219	190	144	1,517
	FARMACIA (Despacho Recetas)												
Recetas Emergencia	6,350	6,439	5,294	5,312	6,181	6,580	6,243	7,096	5,662	5,637	5,281	5,253	71,328
Recetas Hospitalización	9,312	10,419	9,520	6,723	7,550	9,383	8,624	8,873	9,137	9,415	9,115	7,554	105,625
Recetas Quirófanos	412	592	423	113	175	232	271	280	451	540	451	482	4,422
Recetas Curas y Ostomía	715	832	604	285	324	356	333	329	491	547	660	583	6,059
Reducciones y Yesos	609	638	542	449	430	629	599	501	663	651	715	670	7,096
Hemodiálisis	1213	979	873	1,022	956	925	890	823	892	795	930	950	11,248
Imágenes	52	114	84	28	22	46	65	46	94	187	76	64	878
TOTAL	18,663	20,013	17,340	13,932	15,638	18,151	17,025	17,948	17,390	17,585	17,152	15,556	206,656
	ACUMULADOS GENERALES												
TOTAL DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	5,297	4,926	3,581	2,114	2,891	3,879	3,702	3,653	3,499	3,545	3,366	3,222	43,675
TOTAL INGRESOS	455	606	557	242	332	448	472	388	442	436	699	648	5,725
TOTAL EGRESOS	368	478	381	232	324	479	431	431	557	546	666	620	5,513
Total 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	2	2
Total Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	3	2	0	0	0	2	0	0	1	3	1	1	13
Total Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	6	4	4	0	0	1	0	0	17	4	3	8	47
TOTAL DÍAS ESTANCIAS	1,902	2,356	1,958	1,958	2,491	3,825	3,919	3,520	4,344	4,318	4,081	3,448	38,120
TOTAL CONSULTAS	6,033	8,276	5,071	478	639	1,340	2,752	2,574	4,461	7,347	8,811	7,777	55,559
TOTAL DE CONSULTAS 1era. VEZ	2,291	2,433	1,598	130	134	238	2,322	423	1,439	2,697	2,918	2,530	19,153
TOTAL CONSULTAS SUBSECUENTES	3,742	5,843	3,473	348	505	1,102	430	2,151	3,022	4,650	5,893	5,247	36,406
TOTAL INTERCONSULTAS	680	577	573	365	570	777	539	421	572	628	634	598	6,934
TOTAL DE CIRUGÍAS	555	733	511	175	195	351	348	338	668	770	754	629	6,027
TOTAL PROCEDIMIENTOS REHABILITACIÓN	2,238	2,108	1,847	0	0	0	412	1,236	1,759	2,513	2,911	2,762	17,786
TOTAL EXTRANJEROS ASISTIDOS	16	15	19	5	27	30	25	29	39	26	41	31	303

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL.

Tabla: Comportamiento Productividad por Gerencias y General con Relación a las Metas Establecidas para el Año 2020.

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	2,365	1,835	78%	1,187	1,277	108%	16,520	20,943	127%
Ortopedia	0	1,814	-	0	1,131	-	15,495	19,581	126%
Unidad Artroscopia	0	13	-	0	110	-	770	992	129%
Unidad Reconstrucción	0	8	-	0	36	-	255	370	145%
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES	1,875	1,826	97%	1,419	769	54%	13,696	12,335	90%
Cirugía General	1,001	1,560	156%	1,045	567	54%	5,180	5,376	104%
Urología	146	40	27%	20	0	0%	1,460	1,834	126%
Cirugía Ginecológica	0	31	-	0	17	-	320	10	3%
Unidad Quemados	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Plástica	146	31	21%	181	51	28%	936	493	53%
Oftalmología	0	0	-	53	5	9%	960	539	56%
Otorrinolaringología	0	0	-	0	0	-	0	308	-
Cirugía Vascular	164	80	49%	20	44	220%	1,860	2,225	120%
Cirugía Torácica	125	10	8%	20	4	20%	1,100	554	50%
Cirugía Coloproctología	146	74	51%	80	67	84%	1,880	996	53%
Cirugía Laparoscópica	146	0	0%	0	14	-	0	0	-
NEUROCIRUGÍA	1,022	794	78%	149	119	80%	800	1,276	160%
MAXILO FACIAL	88	189	216%	339	151	45%	1,800	1,737	97%
ODONTOLOGÍA				0			0		
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	146	127	87%				17,621	13,944	79%
Medicina Interna	0	115	-				6,820	7,420	109%
Infectología	146	12	8%				538	393	73%
Pediatría							0	0	-
Gastroenterología							3,200	1,297	41%
Medicina Familiar							0	0	-
Neurología							714	534	75%
Nutrición							1,600	562	35%
Nefrología							480	560	117%
Neumología							1,405	1,183	84%
Cardiología							884	917	104%
Reumatología							400	371	93%
Hematología							480	513	107%
Endocrinología / Diabetología							700	0	0%
Salud Mental							400	194	49%
Psicoterapia									
ANESTESIOLOGÍA				572	198	35%			
UCI 3ra. PLANTA INTERMEDIO	183	356	195%	3,094	2,350	76%	3,410	2,422	71%
UCI 4ta. PLANTA	192	285	149%						
UCI PEDIÁTRICO	0	0	-						
UCI NEUROCIRUGÍA	192	323	169%						
0									
PRIVADOS	0	0	-						
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN							2,582	2,902	112%
TOTAL	6,061	5,725	94%	3,094	2,350	76%	56,429	55,559	98%
0									
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	6,570	0	0%						
EMERGENCIAS							40,315	43,675	108%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

Tabla: Resultados Producción y Nivel de Cumplimiento según metas esperadas de los servicios de apoyo Año 2020.

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	24,298	17,786	73.2%
LABORATORIO CLINICO			
Hematología Emergencia	22,536	29,722	131.9%
Hematología Laboratorio Central	22,132	28,029	126.6%
Hematología Banco Sangre	23,498	32,763	139.4%
Pruebas Especiales	32,956	37,096	112.6%
Química Sanguínea Emergencia	43,980	55,033	125.1%
Química Sanguínea Lab. Central	109,603	125,754	114.7%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	23,793	31,815	133.7%
PP, PTT y Fibrinógeno	15,548	17,849	114.8%
Bacteriología	2,452	3,853	157.1%
Uroanálisis	15,338	16,723	109.0%
Coprológico	4,710	4,503	95.6%
Serología	21,405	22,147	103.5%
TOTAL	337,950	405,287	119.9%
IMAGENES			
Rayos X	41,178	51,930	126.1%
Sonografía	9,412	9,269	98.5%
Tomografía	3,159	9,552	302.3%
Resonancia Magnética	0	0	0
Panorámica	0	0	0
Doppler	0	489	0
Estudios Especiales	0	0	0
TOTAL	53,749	71,240	132.5%
LAB. ANATOMIA PATOLOGICA			
Biopsia	1,750	1,502	85.8%
Biopsia por congelación	0	0	0
Citología	17	15	90.9%
Necropsia	0	0	0
TOTAL	1,766	1,517	85.9%
FARMACIA			
Recetas Emergencia	48,378	71,328	147.4%
Recetas Hospitalización	67,884	105,625	155.6%
Recetas Quirófanos	4,977	4,422	88.8%
Recetas Curas y Ostomias	6,351	6,059	95.4%
Reducciones y Yesos	4,685	7,096	151.5%
Hemodiálisis	10,459	11,248	107.5%
Imágenes	537	878	163.4%
TOTAL	143,272	206,656	144.2%

UNIDADES AUXILIARES DE APOYO Y SERVICIOS	TOTAL PRUEBAS PROPUESTAS AÑO	Resultados	% Cumplimiento
MISCELÁNEOS			
Curas y Otomías	6,824	6,059	88.8%
Curas Emergencia	5,411	4,450	82.2%
Suturas	2,201	2,017	91.6%
Reducción y Enyesado	4,733	7,102	150.1%
Hemodiálisis	10,672	10,438	97.8%
Ecocardiograma	1,074	734	68.3%
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	6,086	4,606	75.7%
Evaluaciones Cardiovasculares	19,895	8,589	43.2%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

Tabla: Consolidado Total Actividades Realizadas Año 2020 y Variación con relación a la meta establecida para el 2020 y el año 2019.

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2020	RESULTADOS 2020	METAS 2020	Actividades 2019	VARIACIÓN CON RELACIÓN A LAS METAS 2020	VARIACIÓN CON RELACIÓN AL AÑO 2019
ACTIVIDADES					
Emergencias	43,675	40,315	62,984	108%	69.3%
Ingresos	5,725	6,061	7,005	94%	82%
Consultas	55,559	56,429	101,727	98%	55%
Interconsultas	6,934	4,169	6,949	166%	100%
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	8,589	19,895	30,144	43%	28%
Psicoterapia	198	572	537	35%	37%
Procedimientos Quirúrgicos (Programados)	6,027	3,301	8,425	183%	72%
Pruebas Laboratorios Clínicos	405,287	337,950	512,046	120%	79%
Estudios Imágenes	71,240	53,749	82,139	133%	87%
Ecocardiogramas	734	1,074	1,628	68%	45%
Estudios Anatomía Patológica	1,517	1,766	2,676	86%	57%
Recetas Despachadas Farmacia	206,656	143,272	214,313	144%	96%
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	17,786	24,298	36,815	73%	48%
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	27	18	82	152%	33%
Suturas	2,017	2,201	3,335	92%	60%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) EMERGENCIA	7,102	4,733	7,171	150%	99%
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros) INTERNAMIENTO	178	196	239	91%	74%
Curas Emergencia	4,450	5,411	8,198	82%	54%
Curas y Otomías	6,059	6,824	10,339	89%	59%
Hemodiálisis	10,438	10,672	12,431	98%	84%
Espirometrías	511		1,999	-	26%
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	4,606	6,086	9,221	76%	50%
Procedimientos Anestesiología	4,512	3,301	6,559	137%	69%
Otros Procedimientos Anestésicos	0	330	0	0%	0
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros) CUIDADOS INTENSIVOS	280	185	288	152%	97%
TOTAL	870,107	732,809	1,127,250	119%	77%

Fuente: Gerencia Estadística, admisión y archivo HTNAL.

Tabla: Total Actividades Realizadas en el 2019, Total Actividades Estimadas para el 2020, Total Actividades Realizadas 2020, Porcentaje de Variación Estimada para el 2020 con Relación al 2019, Resultados Producción logrado 2020.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS Y ESTIMADAS	VARIACIÓN ESTIMADA Y LOGRADA CON RELACIÓN AL 2019.	VARIACIÓN PRODUCCIÓN EN EL 2020 CON RELACIÓN AL 2019
2019 (Producido)	1,127,250	-35% Variación estimada para 2020, en relación al 2019.	-22%
2020 (Estimado)	732,809	El Cumplimiento % de la Variación esperada fue de 65% (La variación fue de -22% en vez del -35% esperados)	
2020 (Producido)	870,107	120% Cumplimiento con relación a la Meta Estimada ajustada de las actividades para el 2020.	

Nota Aclaratoria:

Inicialmente antes de que se declarara la **Pandemia del SAR-CoV-2** en marzo del años 2020, la meta esperada de producción de servicios era de **1,292,658** actividades, esperando incrementar esta producción un **14.7%** mas que el año 2019, pero dada la situación a nivel mundial y local, las restricciones impuestas por las autoridades hubo que ajustar las metas de producción, la cual se redujo un **43%** (559,849 actividades); pues en vez de trabajar **240** días estimados en el 2020, por la disposiciones establecidas el hospital solo se trabajo unos **179** días, durante el año 2020, reduciendo los días productivos en un **25%**, luego para dar inicio a los servicios que fueron suspendidos estos fueron aperturandose de manera progresiva e incrementando de manera sostenida su producción, estas fueron partes de las situaciones presentadas que determinaran que la producción del hospital durante el año 2020 disminuyera sustancialmente su producción.

Tabla Comportamiento estancia promedio, índice ocupación General, por Gerencias, por mes, Año 2020.

GERENCIA / SERVICIO	Estancias Promedios											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ORTOPEDIA	6.9	6.4	9.1	15.8	11.3	10.9	8.8	11.3	9.0	6.0	5.5	5.4
CIRUGÍA GENERAL	2.7	2.9	2.9	4.5	4.6	5.6	6.0	6.2	4.7	11.1	4.5	5.2
Urología	0	2.8	0.4	0	0	0	6.0	0	0	2.0	2.1	1.0
Cirugía Bariátrica	2.0	2.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Plástica	1.5	1.0	1.0	0	0	2.0	1.3	0	4.0	1.0	14.0	0.7
Cirugía Vascular	3.3	2.3	3.4	12.0	8.0	10.5	12.1	20.5	5.9	4.4	1.8	2.5
Cirugía Torácica	0	0	0	0	0	0	3.0	0	0	23.0	13.0	3.5
Cirugía Laparoscópica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUROCIRUGÍA	5.4	7.9	7.2	7.0	7.2	13.0	20.3	8.7	14.5	18.9	13.8	7.9
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	7.6	2.0	3.0	30.3	14.6	11.0	5.9	6.7	9.4	6.3	7.5	12.3
INFECTOLOGÍA	71.0	0	0	0	0	0	0	2.7	0	0	0	0
MAXILOFACIAL	5.1	4.4	5.0	11.3	4.0	1.8	4.8	7.7	5.3	3.2	7.4	5.6
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	5.6	5.0	8.9	8.3	7.8	4.6	6.2	6.0	10.2	7.0	7.2	7.0
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	5.0	4.6	3.6	3.2	2.7	4.1	7.0	4.4	4.5	4.9	5.1	5.8
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	7.5	5.5	6.3	5.7	7.0	9.0	14.7	8.4	6.8	5.5	5.6	4.5
Cirugía Coloproctología	1.7	1.8	1.7	0	6.7	1.0	1.3	0	1.5	2.0	2.8	3.3
PROMEDIO POR MES	9.6	3.7	4.4	10.9	7.4	6.7	7.5	8.3	6.9	7.3	7.0	5.0
Estancia Promedio por Cuatrimestre	1er. Cuatrimestre	7.2	2do. Cuatrimestres	7.5	3er. Cuatrimestre	6.5	Promedio General	7.1	Tasa Ocupación por Cuatrimestre			

Fuente: Gerencia estadística, Admisión y Archivo HTNA

Tabla Comportamiento índice ocupación, por gerencias, general, por mes, Año 2020

GERENCIA / SERVICIO	Tasa de Ocupación (%)											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ORTOPEDIA	42.2	54.3	29.3	43.4	45.3	70.5	59.2	72.6	90.7	67.8	78.1	65.9
CIRUGÍA GENERAL	37.9	68.8	58.3	45.1	52.2	88.5	101.2	87.8	111.7	206.6	111.9	119.9
Urología	1.6	50.0	4.8	0.0	0.0	51.7	9.7	0.0	0.0	6.5	38.3	8.1
Cirugía Bariátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Plástica	4.8	1.8	1.6	0.0	27.4	3.3	12.9	0.0	6.7	16.1	23.3	8.1
Cirugía Vascular	21.5	27.4	44.1	53.3	34.4	23.3	91.4	44.1	52.2	43.0	30.0	21.5
Cirugía Torácica	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	0.0	9.7	0.0	0.0	74.2	173.3	22.6
NEUROCIRUGÍA	46.6	74.3	56.7	30.4	93.3	162.3	192.1	144.8	220.8	156.3	209.6	126.0
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFECTOLOGÍA	28.6	33.0	29.8	37.5	48.4	50.0	48.4	12.1	0.0	0.0	0.0	0.0
MAXILOFACIAL	66.1	141.1	104.8	75.0	38.7	203.3	116.1	174.2	175.0	159.7	285.0	254.8
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	38.7	55.6	73.7	74.8	68.2	75.2	97.2	74.2	87.1	71.4	75.7	58.1
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era.	94.2	82.1	72.9	67.3	54.8	81.3	125.8	77.4	93.3	78.7	84.7	90.3
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	65.4	76.0	83.9	67.6	74.2	116.2	135.0	93.1	91.0	63.6	75.2	58.5
Cirugía Coloproctología	38.7	41.1	40.3	0.0	32.3	1.7	6.5	0.0	15.0	35.5	56.7	53.2
PROMEDIO POR MES	40.5	58.8	46.4	41.2	51.7	77.3	83.8	86.7	94.4	81.6	103.5	73.9
PROMEDIO GENERAL HOSPITAL												
Estancia Promedio por Cuatrimestre	1er. Cuatrimestre		46.7	2do. Cuatrimestre		74.9	3er. Cuatrimestre		88.3	70.0		

Fuente: Gerencia estadística, Admisión y Archivo HTNA

Tabla Comportamiento mortalidad, por Gerencias, General, por Mes, Año 2020.

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.	203	1	4.5%	9.4%	0.49%	204	0.00%
ORTOPEDIA Y ESPECIALIDADES	3	13				16	0.75%
CIRUGÍA Y ESP.	11	14				25	0.76%
NEUROCIRUGÍA	3	10				13	1.50%
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	0	0				0	0.00%
MAXILOFACIAL	0	0				0	0.00%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 3era. (UCI INTERMEDIO)	3	14				17	4.14%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS 4ta.	24	91				115	33.96%
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCIRUGÍA	23	103				126	33.99%
ANESTESIOLOGÍA	0	0				0	0.00%
UNIDAD HEMODIÁLISIS	2	0				2	0.02%
TOTAL	272	246				518	
TOTAL INGRESOS	5,725	COMPORTAMIENTO TASAS MORTALIDADES POR CUATRIMESTRE					
TOTAL EGRESOS	5,513	Tasa Mortalidad Neta					
TOTAL EMERGENCIAS	43,675	Tasa Mortalidad Bruta					
TOTAL CONSULTAS	55,559	Tasa Mortalidad General					
		Total Defunciones por Cuatrimestre					
		1er C					
		5.6%					
		12.5%					
		0.5%					
		183					
		2do C					
		5.9%					
		12.4%					
		0.9%					
		207					
		3er C					
		2.8%					
		5.4%					
		0.3%					
		128					
		MUERTES ESPERADAS		MUERTES PRODUCIDAS		ÍNDICE MORTALIDAD	
		458		518		1.13	

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

Tabla: Comportamiento y distribución casos de Infecciones Atribuible a la Atención en Salud (IAAS), por servicios y mes, año 2020.

GERENCIA / SERVICIO	TOTAL CASOS INFECCIÓN	TOTAL MUERTES ATRIBUIBLE IAAS	TASA INFECCIÓN	TASA LETALIDAD
Ortopedia	22	0	1.29%	0.0%
Cirugía General	19	0	1.20%	0.0%
Neurocirugía	1	0	0.15%	0.0%
Emergencia	1	0	0.002%	0.0%
UCI Adultos. 3era.	4	0	1.18%	0.0%
UCI Adultos. 4ta.	11	0	4.10%	0.0%
UCI Neurocirugía	17	0	5.61%	0.0%
TOTAL	75	0	1.36%	0.00%

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

TASA DE INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE

TASA INFECCIÓN POR CUATRIMESTRE	1er. Cuatrimestre	2.1%	2do. Cuatrimestre	0.4%	3er. Cuatrimestre	1.6%

Tabla Comportamiento General Cirugías, Procedimientos Programadas y Suspendidas, por Servicios, Año 2020.

GERENCIA / SERVICIO	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL SUSPENDIDAS	TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS	% CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS SUSPENDIDAS
ORTOPEDIA	1,217	86	1,131	7.1%
Unidad Artroscopia	116	6	110	5.2%
Unidad Reconstrucción	36	0	36	0.0%
CIRUGÍA GENERAL	616	49	567	8.0%
CIRUGÍA LAPAROSCOPIA	14	0	14	0.0%
CIRUGÍA COLOPROCTOLOGÍA	67	0	67	0.0%
CIRUGÍA BARIÁTRICA	17	0	17	0.0%
CIRUGÍA TORÁCICA	4	0	4	0.0%
NEUROCIRUGÍA	131	12	119	9.2%
MAXILOFACIAL	153	2	151	1.3%
CIRUGÍA PLÁSTICA	53	2	51	3.8%
OFTALMOLOGÍA	5	0	5	0.0%
CIRUGÍA VASCULAR	47	3	44	6.4%
UROLOGÍA	35	1	34	2.9%
TOTAL	2,511	161	2,350	6.4%

ÍNDICE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR CUATRIMESTRE

1er. Cuatrimestre	4.4%	2do. Cuatrimestre	16.7%	3er. Cuatrimestre	8.3%

Nota Aclaratoria:

El alto índice de cirugías programadas no realizadas en el segundo cuatrimestre se debió a las disposiciones de las autoridades del sector salud de suspender las cirugías electivas a causa de la situación ocasionadas por el SAR-CoV-2 del año 2020.

Tabla: Total, Porcentaje y Causas de suspensión de cirugías electivas programadas por Gerencias, por mes y acumulado, Año 2020.

CAUSA SUSPENSIÓN	Total General	Porcentaje
CONDICIONES ATRIBUIBLES A LOS USUARIOS	133	74%
PRESIÓN ARTERIAL ALTA	38	21.11%
HTA	33	18.33%
HIPERTENSIÓN	17	9.44%
GLICEMIA BAJAS	5	2.78%
GLICEMIA ELEVADA	5	2.78%
NIVELES HEMÁTICOS BAJOS	4	2.22%
PRUEBA PCR	3	1.67%
COMIÓ	2	1.11%
PACIENTE EVACUO	2	1.11%
SE RETIRÓ	1	0.56%
ALERGIA	1	0.56%
FAMILIARES SE REHÚSAN	1	0.56%
HERIDA GRANULO	1	0.56%
CONSOLIDO EXTENSIÓN	1	0.56%
POR DESCOMPENSACIÓN	1	0.56%
TRANSAMINASAS ELEVADAS	1	0.56%
FIEBRE	1	0.56%
POSITIVO HEPATITIS	1	0.56%
NIVEL LUMBO SACRO HIPERDENSE	1	0.56%
ABSCESO TOTAL	1	0.56%
REQUIERE REVISIÓN	1	0.56%
PACIENTE NO QUISO	1	0.56%
QUEMADURA	1	0.56%
COMPLEJO DE SANGRADO	1	0.56%
EDAD Y RIESGO	1	0.56%
NO PROGRAMADO	1	0.56%
MEJORÍA	1	0.56%
EPILOCO	1	0.56%
LESIÓN DESCUBIERTA	1	0.56%
PRESENTO SECRECIONES	1	0.56%
NO SE LOGRO INTUBAR	1	0.56%
RASH GENERALIZADO	1	0.56%
NO FUE POSIBLE CANALIZARLO	1	0.56%
LOGÍSTICA DE PROGRAMACIÓN, INSTALACIONES, EQUIPOS, INSUMOS Y PERSONAL	38	21%
FALTA DE MATERIAL	9	5.00%
CAMBIO MATERIAL	6	3.33%
TIEMPO EN QUIRÓFANO	5	2.78%
FALTA DE INSTRUMENTOS	4	2.22%
MEDICO NO AUT. MATERIAL	3	1.67%
RECHAZO MATERIAL	2	1.11%
PRESENTAR PROCESOS ERRÓNEOS	2	1.11%
FALTA DE QUIRÓFANO	2	1.11%
FALTA DE ANALÍTICAS	2	1.11%
FALTA DE CAMA UCI	1	0.56%
FALTA DE MEDICAMENTOS	1	0.56%
EVALUACIÓN INCONCLUSA	1	0.56%
CASAS COMERCIALES	9	5%
CASA COMERCIAL	2	1.11%
CASA COMERCIAL	7	3.89%
ARS y ARL	0	0%
Total general	180	100.00%

Fuente: Gerencia Estadística, Admisión y Archivo HTNAL

Nota de Análisis sobre las causas de Cirugías Suspendidas:

En el año 2020 se suspendieron **180** cirugías programada, representando el **6.4%**, del total de cirugías programadas, en el año 2019 se suspendieron **718** cirugías programada, representando el **9.3%**, **comparando** estos resultados de este indicador la variación fue de una **disminución del 75% (538** cirugía suspendidas menos), con relación al año 2019. **Este resultado se debió a la disminución de las cirugías electivas a partir del mes de marzo por la situación que ocasiono la pandemia del SAR-CoV-2, durante el año 2020.**

Las principales causas de suspensión de cirugías programadas básicamente a factores relacionadas con **condiciones de los usuarios**, lo cual represento el **74%** del total de las cirugías suspendidas, pero dentro de esta hay una causa que llama notablemente la atención, es el caso de la “**Hipertensión Arterial**” la cual represento el **49%** del total de las causas de suspensiones, esta causa debe ser indagada, pues esta crisis hipertensivas y/o aumento sostenido de la presión sabemos que en la mayoría de los casos se debe a: **1)** el usuario suspendió la medicación del antihipertensivo, pues no le informaron sobre el uso continuo que debió seguir con el medicamento, aun se fuera a operar y/o **2)** el **stress pre quirúrgico**, situación que puede ser controlada, si previamente anestesiología 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.

Las segundas 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 **21%**, lo que denota el no cumplimiento de los procesos establecidos para que el usuario llegue al bloque quirúrgico para ser asistido.

Otro aspecto que se debe controlar para que no ocurra con una frecuencia del **5%** del total de causas, son las suspensiones atribuibles a las **casas comerciales** que entregan los productos de osteosíntesis y prótesis, pues son causas de suspensiones en el hospital, por lo que las autoridades del hospital deben tomar medidas con relación a esta situación.

Las autorizaciones de las ARS's y ARL no produjeron cirugías programadas suspendidas.

Como podemos ver todas estas causas que determinaron la suspensión de **180** cirugías electivas durante el año 2020, pudieron controlarse y no permitir que se impactara negativamente al hospital, y los usuarios 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.

Tabla: Resultados Variables e Indicadores Hospitalarios de Producción, Eficiencia, Calidad y Satisfacción, Nivel de Cumplimiento según metas esperadas Año 2020.

INDICADORES	METAS GENERALES 2020	RESULTADOS GENERALES 2020	Nivel Cumplimiento
EFICIENCIA			
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	52.3%	65.4%
Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	60	70.0	116.6%
Promedio de Estadía (Día)	5	7.1	58.9%
Presión de Urgencias	20%	44.0%	-120.1%
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	22.6%	28.2%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	6%	135.9%
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	85.0%	94.4%
Índice de Rotación de Camas	48	39	80.9%
CALIDAD			
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.50%	0.49%	101.3%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8.0%	9.4%	82.6%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5.00%	4.5%	110.8%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	1.4%	172.8%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.0%	199.3%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.2%	195.3%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.9%	182.9%
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.	6,061	5,725	94.5%
Total Consultas Hospital.	56,429	55,559	98.5%
Total Cirugías Electivas Programadas	3,301	2,350	71.2%
Total Emergencias	40,315	43,675	108.3%
SATISFACCIÓN			
% Satisfacción de los Usuarios Externos.	90%	85.5%	95.0%
% Satisfacción de los Usuarios Internos	80%	57.4%	71.8%

Situaciones y Condiciones que Determinaron el No Cumplimientos de Las Metas de Productividad e Indicadores de Eficiencia por Gerencia Año 2020.

A pesar de que las metas fueron ajustadas tomando en cuenta las dificultades causadas por la pandemia, entre las situaciones y condicionantes se encuentran:

Disminución del flujo de pacientes por accidentes de tránsito y agresiones de diversos tipos debido a los diferentes horarios de los toques de queda.

El distanciamiento social en base a la capacidad instalada de los espacios cerrados, que limitaron la cantidad de pacientes vistos en la consulta externa.

Fueron suspendidos procedimientos quirúrgicos debido a pacientes dieron positivo al virus COVID-19, que se analiza tres días antes del procedimiento.

Tabla: 10 Primeras Causas de Consulta Externa Período Enero - diciembre 2020.

No.	CIE -10	CAUSAS CONSULTA EXTERNA	CANTIDAD	%	
1	T14.2	FRACTURAS	10,689	19.24%	
2	T41.9	TRAUMAS	6,430	11.57%	
3	K80.2	COLELITIASIS	3,409	6.14%	
4	M19.9	ARTROSIS	2,687	4.84%	
5	K49.9	HERNIA	2,316	4.17%	
6	M54.5	LUMBALGIA	2,194	3.95%	
7	187.2	INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA	1492	2.69%	
8	T14.1	HERIDAS	852	1.53%	
9	K64.9	HEMORROIDES	821	1.48%	
10	M17.9	GONARTROSIS	721	1.30%	
Otras consultas			23,948	43.10%	
Fuente: Sistema de consulta			TOTAL ==>	55,559	100.00%

Tabla: 10 Primeras Causas de Asistencia en Emergencia Período Enero - Diciembre 2020.

No.	CIE -10	CAUSAS ASISTENCIA EMERGENCIA	CANTIDAD	%
1	T14.9	TRAUMAS	15,693	35.93%
2	T14.1	HERIDAS	4,653	10.65%
3	T14.2	FRACTURAS	3,519	8.06%
4	R52.9	DOLOR	2,990	6.85%
5	R51	CEFALEA	2,240	5.13%
6	M54.5	LUMBALGIA	1,168	2.67%
7	M25.5	ARTRALGIA	1,006	2.30%
8	I10	CRISIS HIPERTENSIVA	898	2.06%
9	995.9	SINDROME	620	1.42%
10	N23	COLICO NEFRITICO	508	1.16%
Otras Emergencias			10,380	23.77%
TOTAL ==>			43,675	100.00%

Tabla: 10 Primeras Causas de Hospitalización Período Enero - Diciembre 2020.

No.	CIE- 10	CAUSAS DE HOSPITALIZACION	CANTIDAD	%
1	T14.2	FRACTURAS	1,582	27.63%
2	T14.9	TRAUMAS	754	13.17%
3	R10.0	ABDOMEN AGUDO	478	8.35%
4	K49.9	HERNIAS	396	6.92%
5	K80.2	COLELITIASIS	342	5.97%
6	T14.1	HERIDAS	293	5.12%
7	K.35	APENDICITIS	182	3.18%
8	M19.9	ARTROSIS	112	1.96%
9	K64.9	HEMORROIDES	108	1.89%
10	T14.0	HEMATOMAS	101	1.76%
OTROS MOTIVOS			1,161	20.28%
TOTAL ==>			5,725	100.00%

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

Tabla: 10 Primeros Procedimientos Quirúrgicos Período Enero - Diciembre 2020.

No.	CIE - 9	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	CANTIDAD	%
1	78.1	RAFI	1,003	16.64%
2	T81.3	SUTURA	535	8.88%
3	U51.9	CURA	421	6.99%
4	54.1	LAPAROTOMIA EXP.	366	6.07%
5	86.22	LAVADO QUIRURGICO	328	5.44%
6	Ncoc53.9	HERNIORRAFIA	314	5.21%
7	K80.2	COLELAP (LAPAROSCOPICA, COLELITIASIS)	223	3.70%
8	k.35	APENDICEPTOMIA (ABDOMEN AGUDO)	216	3.58%
9	T14.2	FRACTURAS	154	2.56%
10	80.2	ARTROSCOPIA	108	1.79%
Otros Procedimientos			2,359	39.14%
TOTAL ==>			6,027	100.00%

Fuente: Libros de Registro Procedimientos Quirúrgicos HTNAL

Tabla: 10 Primeras Causas de Mortalidad Periodo Enero - Diciembre 2020.

No.	CIE 10	CAUSAS MORTALIDAD	CANTIDAD	%
1	121.9	INFARTO AGUDO	81	15.64%
2	785.52	SHOCK SEPTICO	61	11.78%
3	T14.9	TRAUMAS	55	10.62%
4	J80	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	32	6.18%
5	I63	MUERTE CEFALICA	26	5.02%
6	T14.9	POLITRAUMATIZADO	25	4.83%
7	X95.0	HERIDA DE ARMA DE FUEGO	25	4.83%
8	R57.1	SHOCK HIPOVOLEMICO	16	3.09%
9	R09.2	PAROCARDIO RESPIRATORIO	13	2.51%
10	X99	HERIDA ARMA BLANCA	10	1.93%
OTROS			133	25.68%
TOTAL ==>			518	100.00%

Fuente: Registro de Defunciones HTNAL

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

Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI-1/2021)

i. Reporte del Epi-1. 2020

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Módulo de Alerta Temprana

Informe Semanal de Síndromes, Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (EPI-1/2020)

Nombre del Centro de Salud: Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

Provincia: Santo Domingo

Municipio: Santo Domingo Norte

Sección/Ciudad: Distrito Nacional

Paraje/Barrio: Avenida Charles de Gaulle

Año 2020 Semana Epidemiológica 52 Desde: 20 de Diciembre Hasta: 26 de Diciembre 2021

Código CIE-10	Síndromes, Enfermedades y Eventos	CASOS POR GRUPOS DE EDAD Y						CASOS SEMANAS			Variación con Relación al Año Anterior
		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	0	0	0	0	27	45	40%
A09	Diarrea aguda (diarrea debida a parasitosis, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardiasis, cólera)	0	0	0	0	6	0	6	189	477	60%
R50/A90/A01/A2.9/B54	Enfermedad febril (dengue clásico, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, leptospirosis, malaria)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100%
A39.4/B05/B06	Enfermedad febril eruptiva o exantemática (sarampión, rubeola, meningococcemia)	0	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	0	1	100%
J00/J02	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias altas (virosis o gripe, IRA, faringoamigdalitis)	0	0	0	0	4	0	4	502	1060	53%
A36/A37/J10-J18/J20/J21	Enfermedad febril aguda de vías respiratorias bajas (IRA grave, bronquitis, bronquiolitis, bronconeumonía, neumonía)	0	0	0	0	2	0	2	114	81	-41%
A05.9	Enfermedad transmitida por alimento (infección e intoxicación alimentaria, ciguatera)	0	0	0	0	1	0	1	71	147	-52%
Y 40-Y59	Eventos adversos por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas (incluye los asociados a vacunación y otros productos)	0	0	0	0	0	0	0	22	20	-10%
X40-X41/T36-50/T51-T65	Intoxicación aguda por sustancias químicas (plaguicidas, metales pesados, alcohol, otros)	0	0	0	0	0	0	0	113	305	63%
R10.2	ITS: Dolor abdominal bajo en mujeres (endometritis, salpingitis, absceso tuboovarico, etc)	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100%
N89.8	ITS: Flujo vaginal (vaginitis o infección vaginal, candidiasis, tricomoniasis, clamidia)	0	0	0	0	0	0	0	1	18	94%
R36	ITS: Secreción uretral (gonorrea, uretritis no gonocócica)	0	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	6	5	-20%
B15 - B17/A95	Hepatitis vírica aguda o síndrome febril icterico (hepatitis A, B, C, fiebre amarilla)	0	0	0	0	2	0	2	31	51	39%
S00-T14/T20-T32	Lesiones por causas externas (heridas, contusiones, traumas, quemaduras)	0	0	0	0	305	9	314	10,126	10,674	5%
W54/ W55	Mordedura o agresión animal (rabia humana)	0	0	0	0	0	0	0	26	56	54%
A39.0/G00	Meningitis (meningitis por meningococo, haemofilus, neumococo, tuberculosa, encefalitis, meningoencefalitis, otras)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100%
A80	Parálisis flácida (síndrome Guillain Barré, poliomiéлитis parálisis)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B26	Parotiditis viral	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100%
A15/A16	Tosador crónico (síntoma respiratorio 2 semanas, tuberculosis pulmonar)	0	0	0	0	0	0	0	2	4	50%
B01.9	Varicela	0	0	0	0	0	0	0	2	9	78%

Página 76 de 390

"Plan Estratégico de Desarrollo y Producción Hospital Dr. Ney Arias Lora" 2021-2024. Plan Operativo Anual 2021 (POA).

Cergo Consulting Group. Enero 2021. **VERSIÓN FINAL**

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

B50-B54	Malaria (infecciones por P. falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malariae, mixtas, otros paludismo no especificado).	0	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	
Muertes totales		0	0	0	0	13	6	19	607	582	-4%
Muertes de mujeres en edad reproductiva (10-49 años)		0			0	0		0	27	36	25%
Muerte materna		0			0	0		0	0	0	0
Nacidos vivos		0						0	0	0	0
Nacidos muertos		0						0	0	0	0
POBLACION ATENDIDA		0	0	4	4	1,651	343	2,002	88,009	144,216	39%

Fuente: Gerencia Epidemiología HTNAL

ii. Reporte del Epi-2. 2020

DATOS DEL CENTRO DE SALUD

Nombre del Centro de Salud: **HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA**
 Región de Salud: **0** Provincia: **SANTO DOMINGO NORTE** Año 2020
 Semana Epidemiológica número **53** Desde: **27** de Diciembre Hasta: el **02** de Enero 2021 Número de atenciones:

DIAGNOSTICO	CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO																			Totales		Total General
	< de 1		1-4		5-9		10-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60 y más					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Infarto agudo al miocardio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	7	3	3	7	15	11	52	
Accidente cerebro vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	3	6	10	23	8	112	52	147	76	446	
Diabetes descompensada	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	0	5	6	18	7	38	21	68	35	206	
Insuficiencia renal	0	0	0	0	0	0	2	1	6	4	8	8	12	4	8	5	17	7	53	29	164	
Accidente de trabajo	0	0	0	0	0	0	29	7	193	38	145	34	96	26	68	37	35	1	566	143	1418	
Herida por arma blanca	0	0	0	0	0	0	59	23	291	110	236	61	112	27	47	13	23	8	768	242	2020	
Herida por arma de fuego	0	0	0	0	0	0	18	5	91	14	54	8	27	6	16	3	6	0	212	36	496	
Lesión por accidentes de tránsito	0	0	0	0	0	0	626	150	2502	449	1468	339	838	224	451	129	361	104	6,246	1,395	15,282	
Maltrato físico	0	0	0	0	0	0	80	35	383	164	276	128	134	64	64	17	42	7	979	415	2,788	
Violación sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Preclampsia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia (3er trimestre y puerperio)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Complicaciones por aborto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Otras complicaciones de embarazo, parto o puerperio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Asfixia severa al nacer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Bajo peso al nacer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Síndrome de dificultad respiratoria del RN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Prematuridad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia del recién nacido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hospitalización por deshidratación/ EDA (incluye gastroenteritis)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Crisis de ansiedad	0	0	0	0	0	0	2	6	7	19	4	4	4	7	0	5	3	1	20	42	124	
Crisis de depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Intento suicida (conducta suicida)	0	0	0	0	0	0	0	4	2	3	5	0	0	0	0	2	0	0	7	9	32	
Alcoholismo	0	0	0	0	0	0	1	6	4	2	6	0	6	0	0	0	2	0	19	8	54	
Drogodependencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Accidente laboral con objeto corto punzante en trabajadores de salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Accidente laboral en trabajadores de salud (todos los accidentes)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	817	237	3484	807	2211	585	1244	375	702	229	642	208	9,100	2,441	23,082	

iii. Reporte de casos de COVID-19, Febrero – Diciembre 2020

Relación de empleados y pacientes con sospechas de COVID-19, atendidos por el departamento de epidemiología desde Febrero hasta Agosto 2020, que se le realizó PCR.

A	B	C	B/Ax100	A	B	C	B/Ax100
PCR Empleados	Empleados Positivos	Empleados Negativos	% empleados positivos	Pacientes hospitalizados PCR/PDR	Pacientes Positivos	Pacientes Negativos	% pacientes positivos
565	131	434	23,19	25	9	16	36

Fuente: Base de datos epidemiología

iv. Registro de Pruebas Rápidas Realizadas

Registro de Pruebas Rápidas Realizadas Por Epidemiología a Empleados y Por el Laboratorio en sala de Emergencia y Hospitalización 2020					Total de Pruebas Realizadas
Resultados	Rápida Salud Pública		Rápida Donadas		
Diagnostico	IgG	IgM	IgG	IgM	
Positivas	1	1	20	20	21
Negativas	121	121	130	130	251
Total	122	122	150	150	272

Fuente: Base de datos Epidemiología

Empleados Con Diagnostico de COVID-19 que han Tenido Licencia Médica, desde Agosto hasta Diciembre 2020; de acuerdo al reporte emitido por salud ocupacional. 103 pacientes.

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

v. Comportamiento Histórico Tasa IAAS Según Mes y Año periodo 2010-2020

Historico de los Casos de las Infecciones Asociadas a la atencion sanitaria																																	
MES	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	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	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	426	15	3,52	368	10	2,72
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	446	17	3,81	478	11	2,30
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	398	12	3,02	381	9	2,36
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	458	14	3,06	232	0	0,00
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	488	18	3,69	324	0	0,00
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	496	13	2,62	479	0	0,00
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	490	16	3,27	431	2	0,46
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	528	12	2,27	431	4	0,93
SEPTIEMBR	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	505	12	2,38	557	15	2,69
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	527	22	4,17	546	3	0,55
NOVIEMBRI	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	552	9	1,63	666	11	1,65
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	451	14	3,10	620	10	1,61
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	5.765	174	3,02	5.513	75	1,36
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.

vi. Incidencia Acumulada de IAAS desde año 2010-2020

Tabla de Incidencia Acumulada de IAAS desde año 2010-2020											
Mes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Enero	0	0,76	2,59	5,38	4,08	4,10	1,54	3,56	4,72	3,52	2,72
Febrero	0	0,34	0,96	2,74	2,9	5,39	3,47	4,09	2,57	3,81	2,30
Marzo	0	1,14	2,05	2,08	5,07	4,22	4,14	3,10	4,11	3,02	2,36
Abril	0	0,47	1,95	2,65	3,26	4,35	4,22	5,28	2,74	3,06	0,00
Mayo	0	2,26	3,86	2,15	2,2	4,62	5,25	4,04	3,71	3,69	0,00
Junio	0	1,6	1,01	3,61	6,06	6,46	3,23	2,38	3,75	2,62	0,00
Julio	0	0	0,34	2,6	2,65	4,95	5,09	4,20	3,40	3,27	0,46
Agosto	0	0,7	2,16	1,46	2,1	2,64	2,44	2,82	1,34	2,27	0,93
Septiembre	0	0,54	3,99	4,29	3,49	4,66	2,32	6,48	2,94	2,38	2,69
Octubre	0	0,33	4,22	2,31	5,48	5,44	3,77	3,54	3,84	4,17	0,55
Noviembre	1,32	0,89	3,35	2,74	5,11	4,10	3,93	4,01	2,47	1,63	1,65
Diciembre	2,42	0,34	0,52	3,79	3,13	4,10	2,81	3,78	3,44	3,10	1,61
Totales	1,45	0,77	2,01	2,82	3,77	4,57	3,52	3,85	3,26	3,02	1,36

Fuente: tabla anterior del histórico.

vii. Comportamiento Incidencia Acumulada IAAS del Sitio Quirúrgico, por mes y año, periodo 2014-2020

Incidencia Acumulada de la Infección del Sitio Operatorio																					
Mes	2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	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	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	1125,00	1,24	6	647	0,93	6	555	1,08
Febrero	8	588	1,36	11	843	1,30	5	1063	0,47	15	901	1,66	9	1009,00	0,89	6	579	1,04	6	733	0,82
Marzo	5	801	0,62	10	1191	0,84	11	938	1,17	15	1027	1,46	12	841,00	1,43	10	699	1,43	5	511	0,98
Abril	8	777	1,03	10	970	1,03	0	1074	0,00	11	695	1,58	9	1123,00	0,80	10	695	1,44	0	175	0,00
Mayo	6	500	1,20	17	882	1,93	11	1097	1,00	16	892	1,79	12	861,00	1,39	9	676	1,33	0	195	0,00
Junio	14	651	2,15	10	688	1,45	13	664	1,96	12	827	1,45	10	892,00	1,12	8	715	1,12	0	351	0,00
Julio	7	1122	0,62	16	852	1,88	20	731	2,74	11	851	1,29	8	955,00	0,84	7	770	0,91	0	348	0,00
Agosto	6	998	0,60	10	685	1,46	11	680	1,62	13	830	1,57	2	826,00	0,24	6	768	0,78	1	338	0,30
Septiembre	11	893	1,23	6	688	0,87	3	1112	0,27	19	722	2,63	4	778,00	0,51	9	789	1,14	9	668	1,35
Octubre	18	891	2,02	5	778	0,64	16	957	1,67	11	924	1,19	6	786,00	0,76	14	710	1,97	2	770	0,26
Noviembre	11	886	1,24	11	785	1,40	18	799	2,25	15	1061	1,41	3	797,00	0,38	2	728	0,27	8	754	1,06
Diciembre	6	914	0,66	6	484	1,24	9	634	1,42	11	816	1,35	5	799,00	0,63	4	649	0,62	5	629	0,79
Totales	108	9722	1,11	118	9847	1,20	122	10943	1,11	163	10405	1,57	94	10792	0,87	91	8425	1,08	42	6027	0,70

Fuente: ficha de vigilancia y reingresos

viii. Incidencia Acumulada de las Infecciones por gerencias 2014-2020

Incidencia Acumulada de las Infecciones por gerencias 2014-2021																					
Gerencias	2014			2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	Egresos	Tasa	No. Casos	No. Cx.	Tasa	No. Casos	No. Cx.	Tasa	No. Casos	No. Cx.	Tasa
Ortopedia	56	1852	3,02	87	2114	4,12	83	1996	4,16	90	3408	2,64	8	838	0,95	56	3072	1,82	22	2241	0,98
Cirugía	60	1962	3,06	54	2363	2,29	52	2552	2,04	69	3759	1,84	14	957	1,46	33	3285	1,00	19	2004	0,95
Neurocirugía	4	1232	0,32	8	1099	0,73	7	816	0,86	4	376	1,06	1	85	1,18	1	327	0,31	1	285	0,35
Tasa General	120	5046	2,38	149	5576	2,67	142	5364	2,65	163	7543	2,16	23	1880	1,22	90	6684	1,35	42	4530	0,93

ix. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Neurocirugía 2016 - 2020

Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Neurocirugía															
Mes	2016			2017			2018			2019			2020		
	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	2	38	5,26	0	40	0,00	0	40	0,00	0	32	0,00	0	25	0,00
Febrero	0	40	0,00	0	43	0,00	1	22	4,55	1	25	4,00	0	32	0,00
Marzo	1	34	2,94	0	37	0,00	0	23	0,00	0	28	0,00	0	21	0,00
Abril	0	39	0,00	0	24	0,00	1	29	3,45	0	26	0,00	0	10	0,00
Mayo	0	38	0,00	0	34	0,00	0	25	0,00	0	29	0,00	0	9	0,00
Junio	2	37	5,41	0	29	0,00	1	19	5,26	0	34	0,00	0	18	0,00
Julio	2	38	5,26	2	25	8,00	1	26	3,85	0	25	0,00	0	24	0,00
Agosto	1	48	2,08	1	31	3,23	0	23	0,00	0	27	0,00	0	14	0,00
Septiembre	0	44	0,00	1	26	3,85	0	33	0,00	0	29	0,00	0	43	0,00
Octubre	0	36	0,00	0	25	0,00	1	31	3,23	0	24	0,00	1	31	3,23
Noviembre	1	47	2,13	0	31	0,00	1	32	3,13	0	30	0,00	0	37	0,00
Diciembre	1	37	2,70	0	31	0,00	0	36	0,00	0	18	0,00	0	21	0,00
Totales	10	476	2,10	4	376	1,06	6	339	1,77	1	327	0,31	1	285	0,35

x. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Ortopedia 2016 - 2020

Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Ortopedia															
Mes	2016			2017			2018			2019			2020		
	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	2	239	0,84	6	239	2,51	4	303	1,32	5	219	2,28	3	224	1,34
Febrero	2	264	0,76	10	272	3,68	3	321	0,93	4	219	1,83	4	256	1,56
Marzo	4	243	1,65	14	258	5,43	9	214	4,21	6	311	1,93	3	201	1,49
Abril	0	305	0,00	5	241	2,07	3	352	0,85	6	235	2,55	0	78	0,00
Mayo	6	269	2,23	8	279	2,87	7	393	1,78	4	213	1,88	0	81	0,00
Junio	7	305	2,30	7	278	2,52	7	435	1,61	6	224	2,68	0	124	0,00
Julio	12	297	4,04	5	277	1,81	4	330	1,21	5	260	1,92	0	110	0,00
Agosto	6	283	2,12	3	267	1,12	1	360	0,28	1	251	0,40	0	167	0,00
Septiembre	1	329	0,30	11	201	5,47	2	340	0,59	4	311	1,29	6	235	2,55
Octubre	11	271	4,06	6	384	1,56	3	327	0,92	10	289	3,46	1	242	0,41
Noviembre	12	279	4,30	10	395	2,53	2	310	0,65	2	289	0,69	3	274	1,09
Diciembre	6	210	2,86	5	317	1,58	3	258	1,16	3	251	1,20	2	249	0,80
Totales	69	3294	2,09	90	3408	2,64	48	3943	1,22	56	3072	1,82	22	2241	0,98

xi. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Cirugía General y Especialidades 2016 - 2020

Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Cirugía General y Especialidades															
Mes	2016			2017			2018			2019			2020		
	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	1	180	0,56	8	387	2,07	10	404	2,48	1	244	0,41	3	199	1,51
Febrero	3	207	1,45	5	406	1,23	5	315	1,59	1	221	0,45	2	320	0,63
Marzo	6	250	2,40	1	450	0,22	3	238	1,26	4	262	1,53	2	188	1,06
Abril	0	251	0,00	6	239	2,51	6	336	1,79	4	278	1,44	0	59	0,00
Mayo	3	310	0,97	8	297	2,69	5	283	1,77	5	301	1,66	0	55	0,00
Junio	4	197	2,03	5	313	1,60	3	259	1,16	2	281	0,71	0	108	0,00
Julio	6	247	2,43	4	319	1,25	3	352	0,85	2	298	0,67	0	111	0,00
Agosto	3	224	1,34	9	314	2,87	1	286	0,35	5	317	1,58	1	96	1,04
Septiembre	2	328	0,61	7	251	2,79	2	233	0,86	4	293	1,37	3	178	1,69
Octubre	5	397	1,26	5	263	1,90	3	261	1,15	4	244	1,64	0	271	0,00
Noviembre	4	360	1,11	5	286	1,75	2	273	0,73	0	300	0,00	5	228	2,19
Diciembre	2	195	1,03	6	234	2,56	2	315	0,63	1	246	0,41	3	191	1,57
Totales	39	3146	1,24	69	3759	1,84	45	3555	1,27	33	3285	1,00	19	2004	0,95

xii. Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Maxilofacial 2016 - 2020

Tendencia de la Incidencia Acumulada de las Infecciones del Sitio Operatorio del Servicio de Maxilofacial															
Mes	2016			2017			2018			2019			2020		
	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	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	152	0,00	0	107	0,00
Febrero	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	114	0,00	0	125	0,00
Marzo	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	98	0,00	0	101	0,00
Abril	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	156	0,00	0	28	0,00
Mayo	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	133	0,00	0	50	0,00
Junio	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	176	0,00	0	101	0,00
Julio	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	187	0,00	0	103	0,00
Agosto	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	173	0,00	0	61	0,00
Septiembre	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	1	156	0,64	0	212	0,00
Octubre	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	153	0,00	0	226	0,00
Noviembre	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	109	0,00	0	215	0,00
Diciembre	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0	134	0,00	0	168	0,00
Totales	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	1	1741	0,06	0	1497	0,00

xiii. Principales Microorganismos Intrahospitalarios identificados en IIH Enero-Diciembre, 2020.

Microorganismos	Frecuencia	Porcentajes
1-Pseudomona aeruginosa	8	42,11%
2- Echerichia coli	5	26,32%
3- Enterobacter cloacae	3	15,79%
4- Klebsiella pneumoniae	2	10,53%
5- Staphylococcus aureus	1	5,26%
No crecimiento	19	100,00%

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

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

xiv. 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.

a) Consulta Externa:

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

Positivos:

100% encontró el servicio demandado.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones brindadas por el personal de facturación y con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con las explicaciones brindadas por el médico sobre su dolencia y uso de medicamentos.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el horario de atención en la consulta.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería del área.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a la privacidad.

100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios y el 100% encontró lo necesario para su higiene (Agua, jabón, papel).

98.9% recomendaría el hospital.

98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la rapidez de la atención.

98.9% conoce alguna manera de expresar quejas o sugerencias a las autoridades.

98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la agilidad que muestra el médico en su consulta.

98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la climatización y limpieza de áreas de espera y consultorios.

84.7% Conoce más de dos maneras de programar una cita.

A Mejorar:

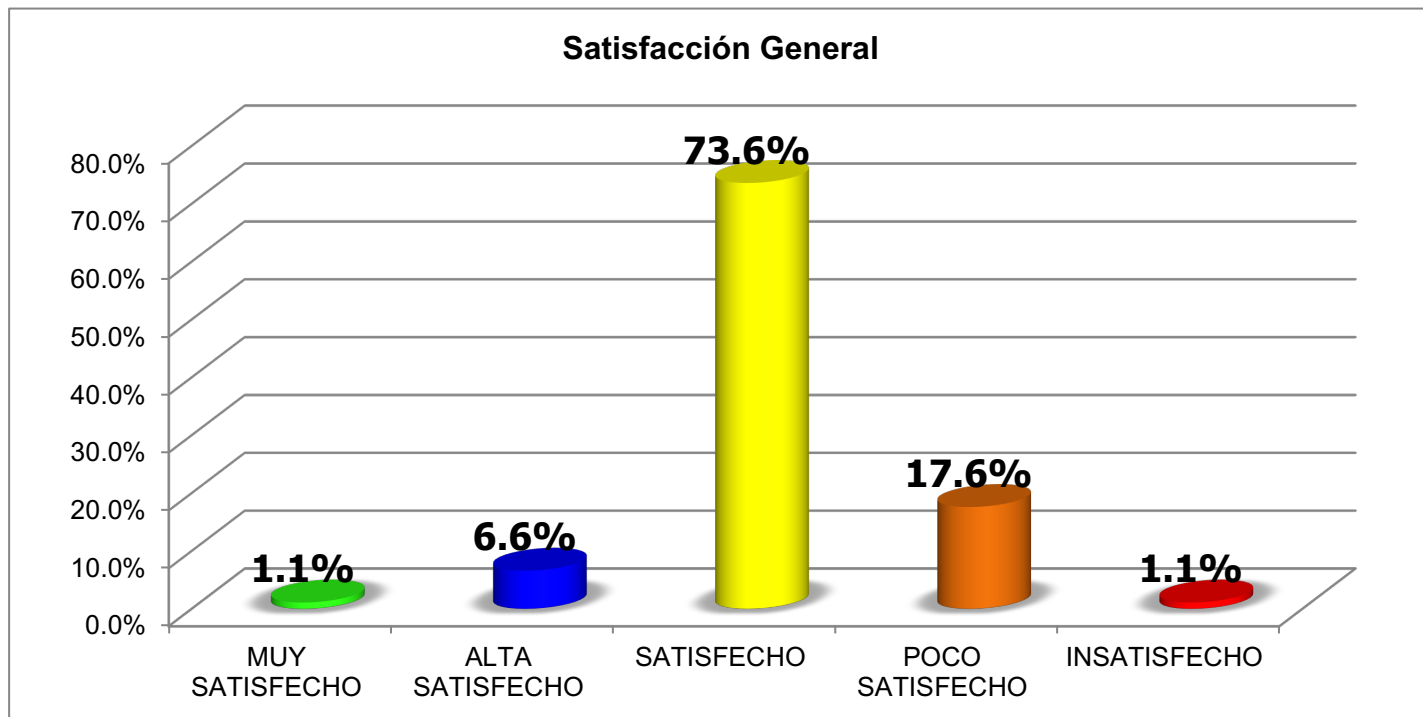
21.7% considera debe mejorar las facilidades para conseguir citas.

15.2% el horario de atención.

Nivel General de Satisfacción Consulta Externa:

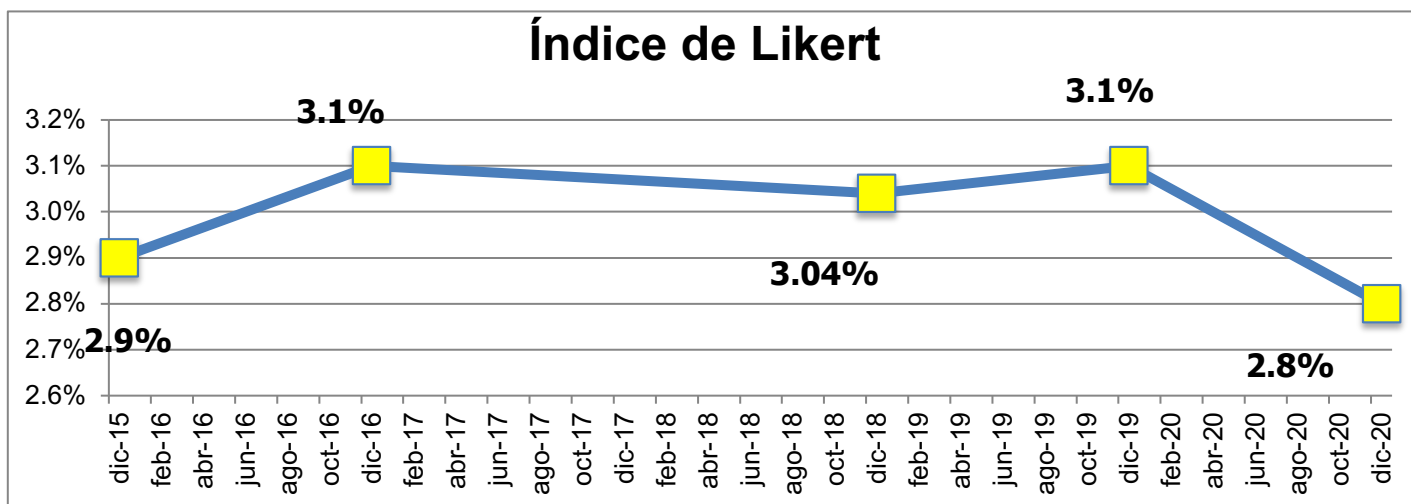
El nivel general de satisfacción de los usuarios en el área de consulta externa es el siguiente: el **73.6%** satisfecho, **17.6%** poco satisfechos y **6.6%** altamente satisfechos. **1.1%** muy satisfechos e insatisfechos.

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 **2.8** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Poco Satisfechos, con marcada tendencia hacia la satisfacción.**

Gráfico: Escala de Likert

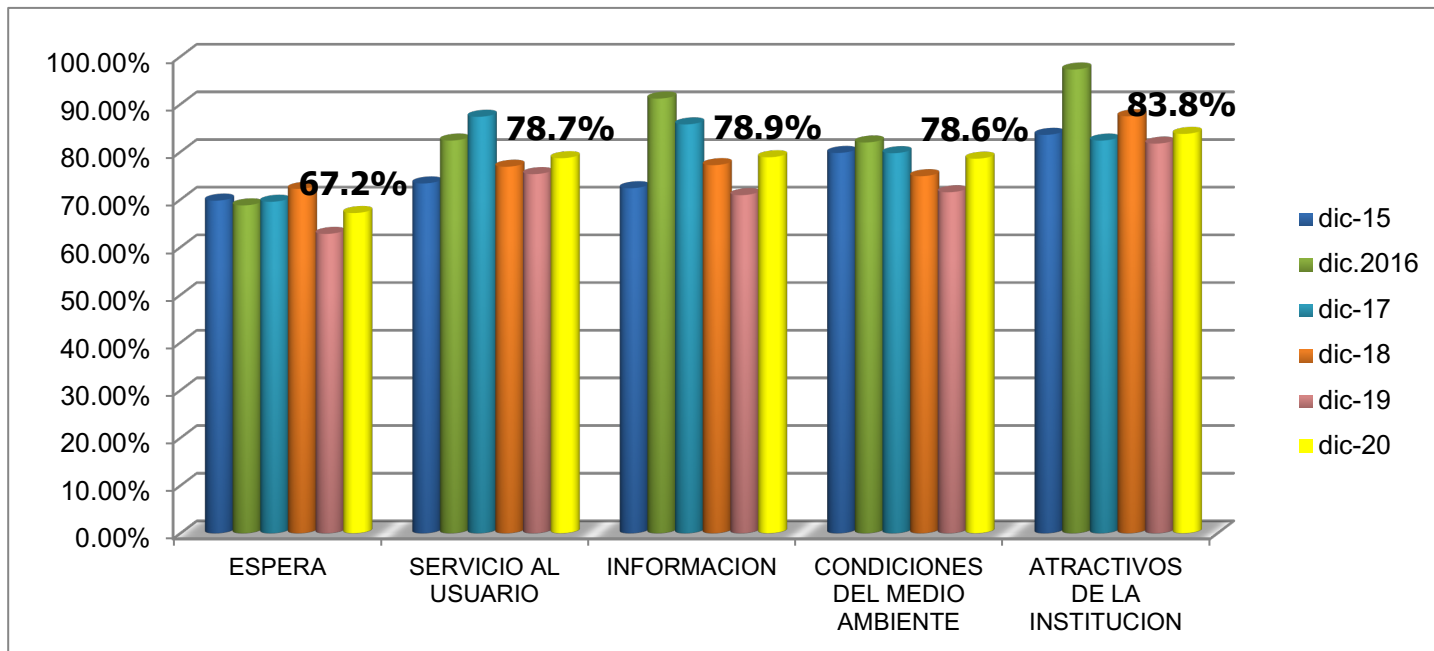


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **Atractivos de la Institución** con un **83.8%**, seguido de **Información** con un **78.9%** y **Servicio al usuario, trato y accesibilidad** con un **78.7%**. **Condiciones del medio ambiente, confort e higiene** obtuvo un **78.6%**

La sección con menor puntaje fue obtenida por la sección **Espera** con un **67.2%**.

Gráfico: Atractivos de la Institución



Aspectos Positivos

- Buen servicio, higiene y humanización.
- Limpieza y buen trato
- Buen servicio

A mejorar

- Faltan sillas en consulta.
- Mejorar el proceso de facturación.
- Mejorar el proceso de facturación.
- El tiempo de facturación muy lento.
- Los televisores siempre están apagados.
- No hay señalización.
- Cambiar el proceso de facturación.

b) Emergencia

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

Positivos:

100% Recomendaría el hospital

100% Volvería al hospital.

100% se siente de satisfecho a muy satisfecho en sentido general con los servicios y con la imagen que brinda el hospital.

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la climatización del área y con los ruidos y sonidos e intensidad de estos en el área y con la limpieza e iluminación de las áreas.

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte de la enfermera

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a su privacidad como paciente.

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el trato recibido por el personal de seguridad.

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la rapidez de la atención.

100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos.

98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la claridad en la información y manejo de los trámites de pago, ingreso, traslado; de estos el 75.6% se encuentra muy satisfechos.

98.8% dice la emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes

98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones brindadas por el personal de admisión y con la capacidad, conocimiento y prontitud del personal de admisión para resolver su problema o reclamo

98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico por su atención

95.3% considera de poco a aceptable el tiempo de espera para recibir atención en la emergencia.

95% reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución

88.4% recibió asistencia médica antes de 30 minutos de su llegada a la institución; de estos el **66.3%** antes de 15 minutos

A mejorar:

68.2% De los encuestados No conoce el nombre del médico que le atendió.

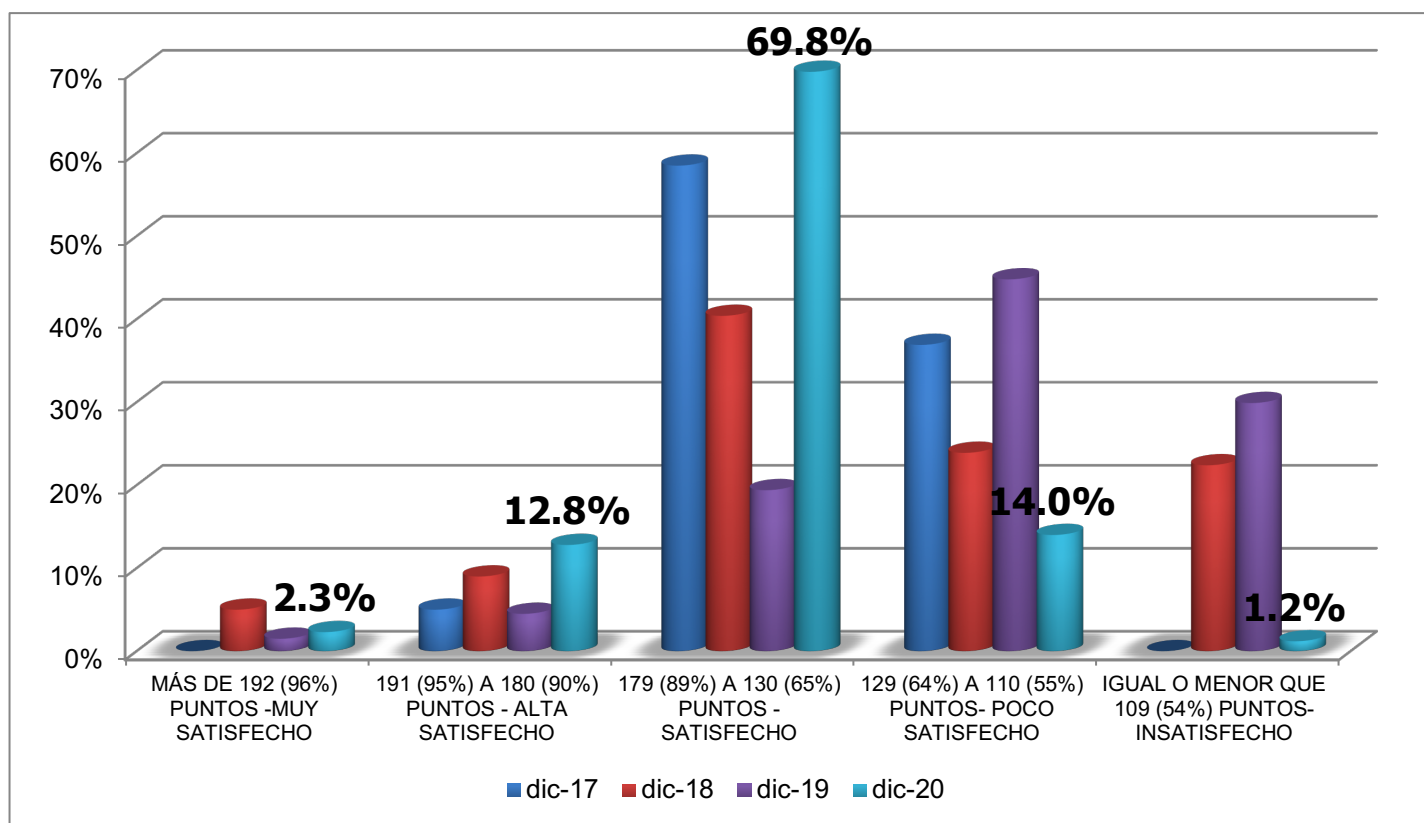
55.8% No conoce el nombre de la enfermera.

29.1% Respondió afirmativamente a la pregunta ¿se le ha realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en qué consiste, o sin pedir autorización?

Nivel General de Satisfacción Emergencia

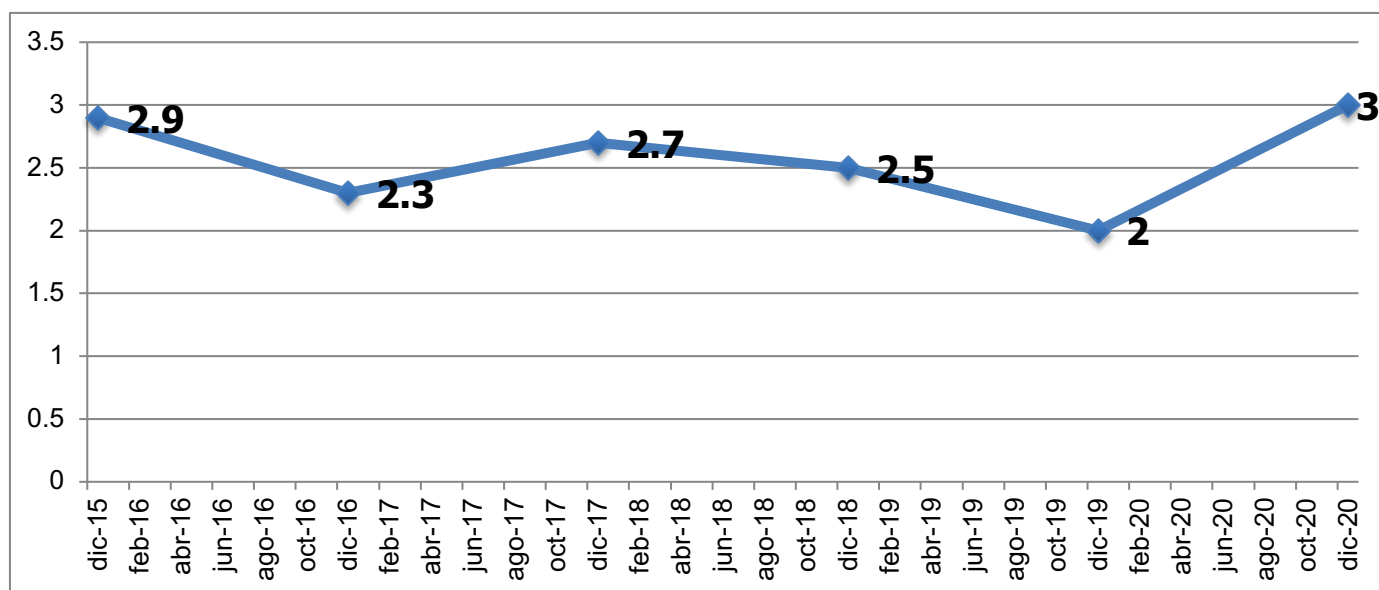
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Emergencia es el siguiente: **69.8%** satisfechos, **14%** poco satisfechos **1.2%** insatisfechos. **12.8%** altamente satisfechos y **2.3%** muy satisfechos.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción



En el interés de corroborar este resultado, 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 Emergencia nos refleja un **índice de 3** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Satisfechos**.

Gráfico: Escala de Likert

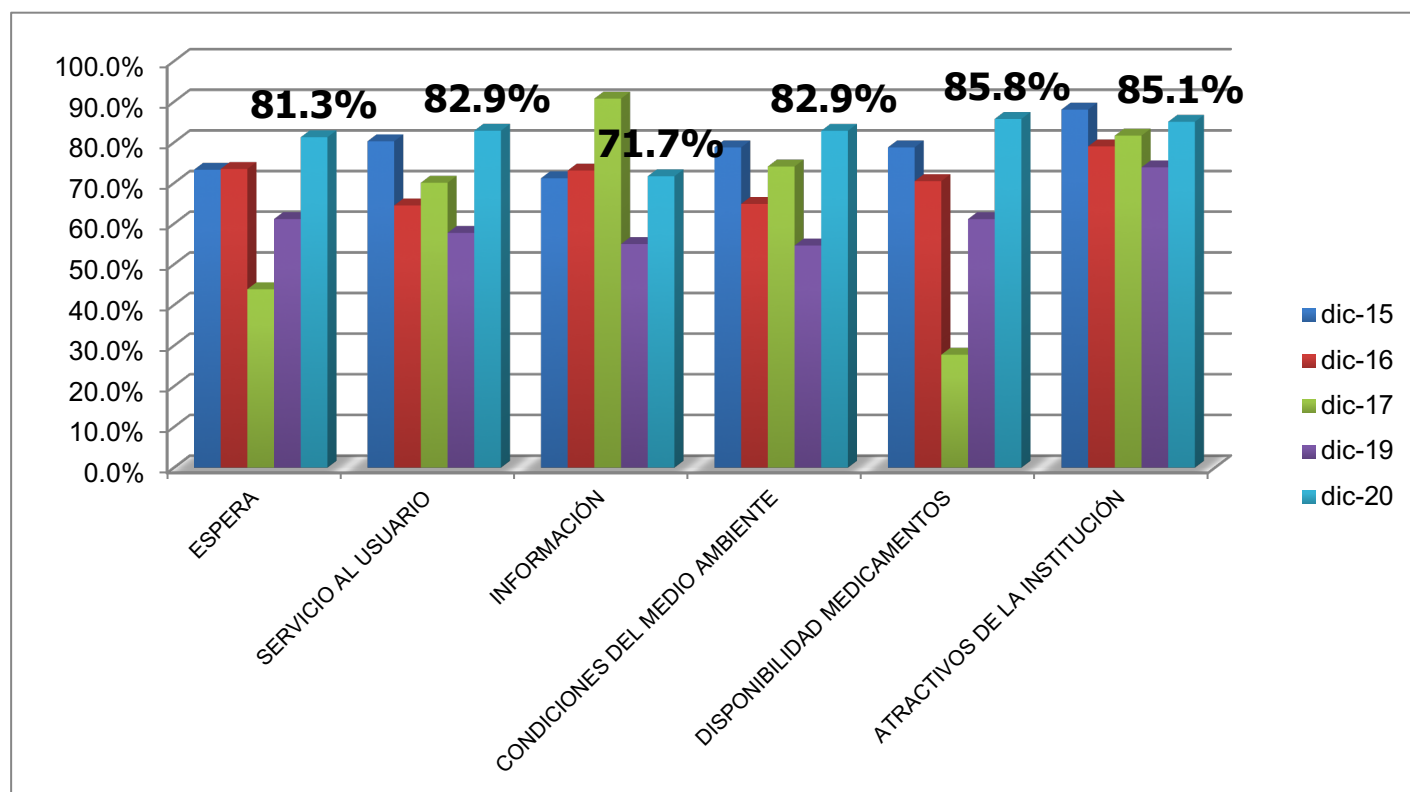


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección **Disponibilidad de medicamentos** con un **85.8%**, seguido de de **Atractivos de la institución** con un **85.1%** y **Condiciones de medio ambiente** y **Servicio al usuario** ambas con un **82.9%**. **Espera** obtuvo un **81.3%**.

El menor puntaje fue para los aspectos relacionados con **información** un **71.7%**.

Gráfico: Comportamiento Nivel de Satisfacción por Área



Observaciones, Comentarios y Sugerencias

- Una neverita para tomar agua.
- Excelentes, buena atención, higiene
- Por lo menos sillas en los cubículos
- Una neverita en la emergencia.
- Buenas atenciones y limpieza en el hospital.
- Muy buena atención brindada, más sillas de rueda y más avanzadas.
- Una silla en los cubículos.
- Mas personal de avanzada.
- Mejorar la forma en que responden los médicos a alguna inquietud.
- Todo excelente
- Trabajen en el tiempo de espera.
- El baño debe estar mas limpio.
- Buenos equipos.
- Buenas atenciones, excelente personal medico.
- Personal es muy amable .
- Deben atender mas rápido.
- Personal del hospital muy capacitado.
- La atención es calidad, agilizar el proceso de alta.
- Las avanzadas deben estar al servicio del paciente.
- Rápida atención, personal muy capacitado
- Poner mas sillas de ruedas.
- Todo esta bien
- Mas rapidez para facturar
- No había papel en el baño
- Buenos médicos
- Médicos amables
- Buenos médicos
- Buena comunicación
- Personal capacitado
- Todo bien

c) Hospitalización:

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

Positivos:

100% de los entrevistados en las áreas de Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía general y especialidades percibieron que **fueron tratados con respeto**.

100% de los entrevistados en las áreas de Neurocirugía, **97.4%** Ortopedia, **90.5%** de Cirugía General y especialidades **volverían** al hospital si se le presentara un problema de salud.

100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia y Cirugía general y especialidades, **93.8%** Neurocirugía **recomendaría** el hospital.

100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía el **90.5% de Cirugía General y especialidades** se encuentran de muy satisfechos a satisfechos con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.

100% de Cirugía General y especialidades de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía e% percibieron se les respetó su privacidad.

100% en el área de ortopedia, neurocirugía y cirugía general y especialidades se encuentran de satisfechos a muy satisfechos con el interés y agilidad que muestra el medico al tratar su dolencia

90.5% de los entrevistados en el área de cirugía, **94.9%** de ortopedia y **87.5%** de neurocirugía **conoce el nombre del médico y de la enfermera que le atendió**.

A mejorar en las tres principales áreas de hospitalización.

23.8% en el área de cirugía, considera debe mejorar la **limpieza de las habitaciones**.

23.8% en el área de cirugía, **12.5%** en el área de neurocirugía, considera debe mejorar los **puntos de atención al usuario**.

19% en cirugía general y especialidades, **12.5%** en el área de neurocirugía, **12.8%** en ortopedia, considera debe mejorar la **limpieza de sanitarios y áreas comunes**.

18.8% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar el **trato de las enfermeras**

14.3% de usuarios en cirugía general, **6.3%** neurocirugía, considera debe mejorar los **trámites de admisión y pago de servicios**.

Nivel General de Satisfacción en Hospitalización:

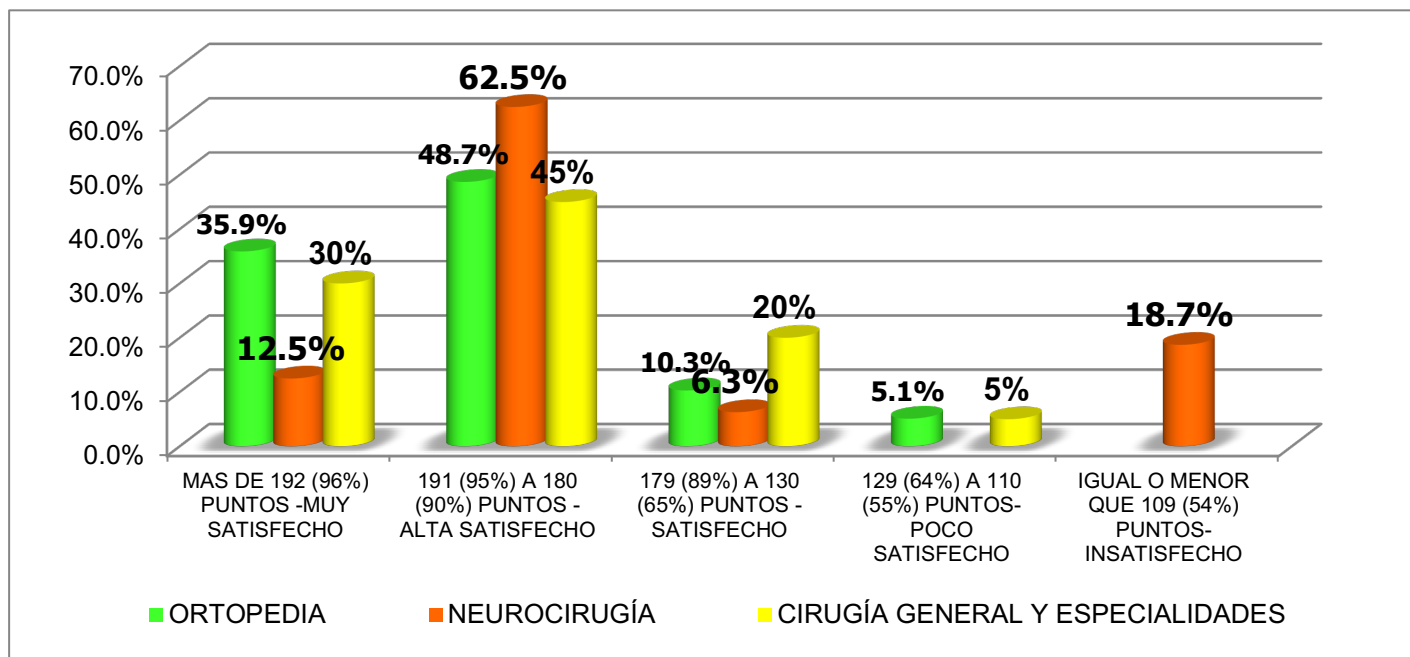
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en las áreas de Hospitalización es el siguiente:

Cirugía General y Especialidades: **45%** altamente satisfechos; **30%** muy satisfechos; **20%** satisfechos. **5%** poco satisfechos.

Ortopedia: **48.7%** altamente satisfechos; **35.9%** muy satisfechos; **10.3%** satisfechos; **5.1%** poco satisfechos.

Neurocirugía: **62.5%** altamente satisfechos; **18.8%** insatisfechos; **12.5%** muy satisfechos, **6.3%** satisfechos.

Gráfico: Nivel General de Satisfacción.



Índice de Likert Hospitalización:

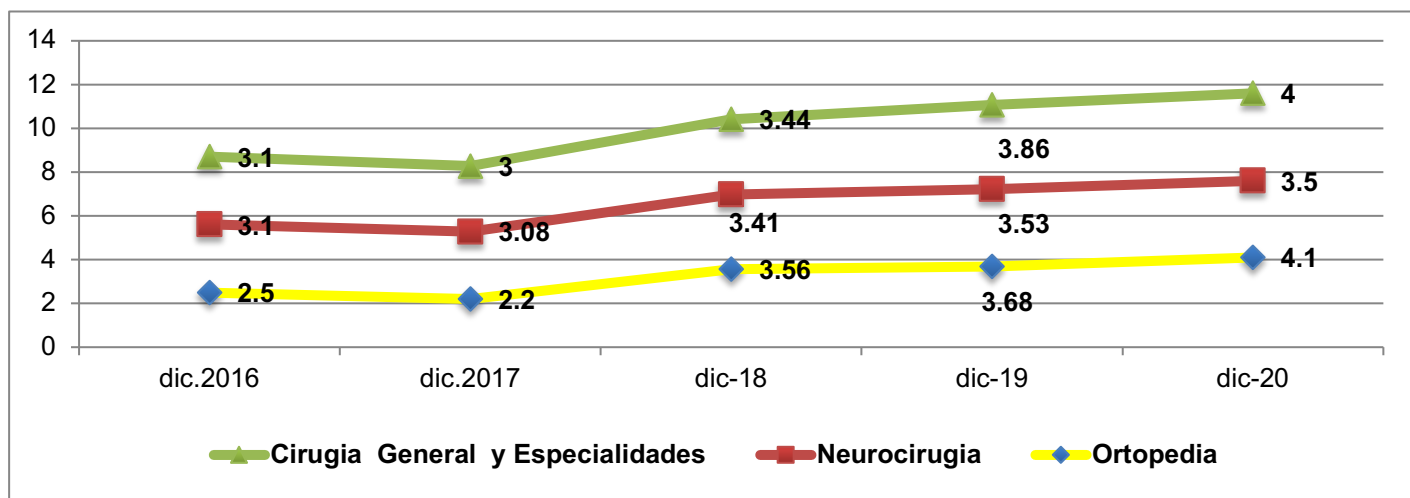
En el interés de corroborar estos resultados, a continuación, presentamos la Escala Sumatoria de Likert, que mide actitudes o predisposiciones individuales, mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Y encontramos que en términos generales las áreas de Hospitalización es la siguiente:

Cirugía General y Especialidades: 4 que se encuentra en una escala de satisfacción de **Altamente Satisfechos**.

Ortopedia: 4.1 que se encuentra en una escala de satisfacción de **Altamente Satisfechos**.

Neurocirugía: 3.5 que se encuentra en una escala de satisfacción de **Satisfechos** con tendencia a **Altamente Satisfechos**.

Gráfico: Comportamiento Histórico Índice de Likert



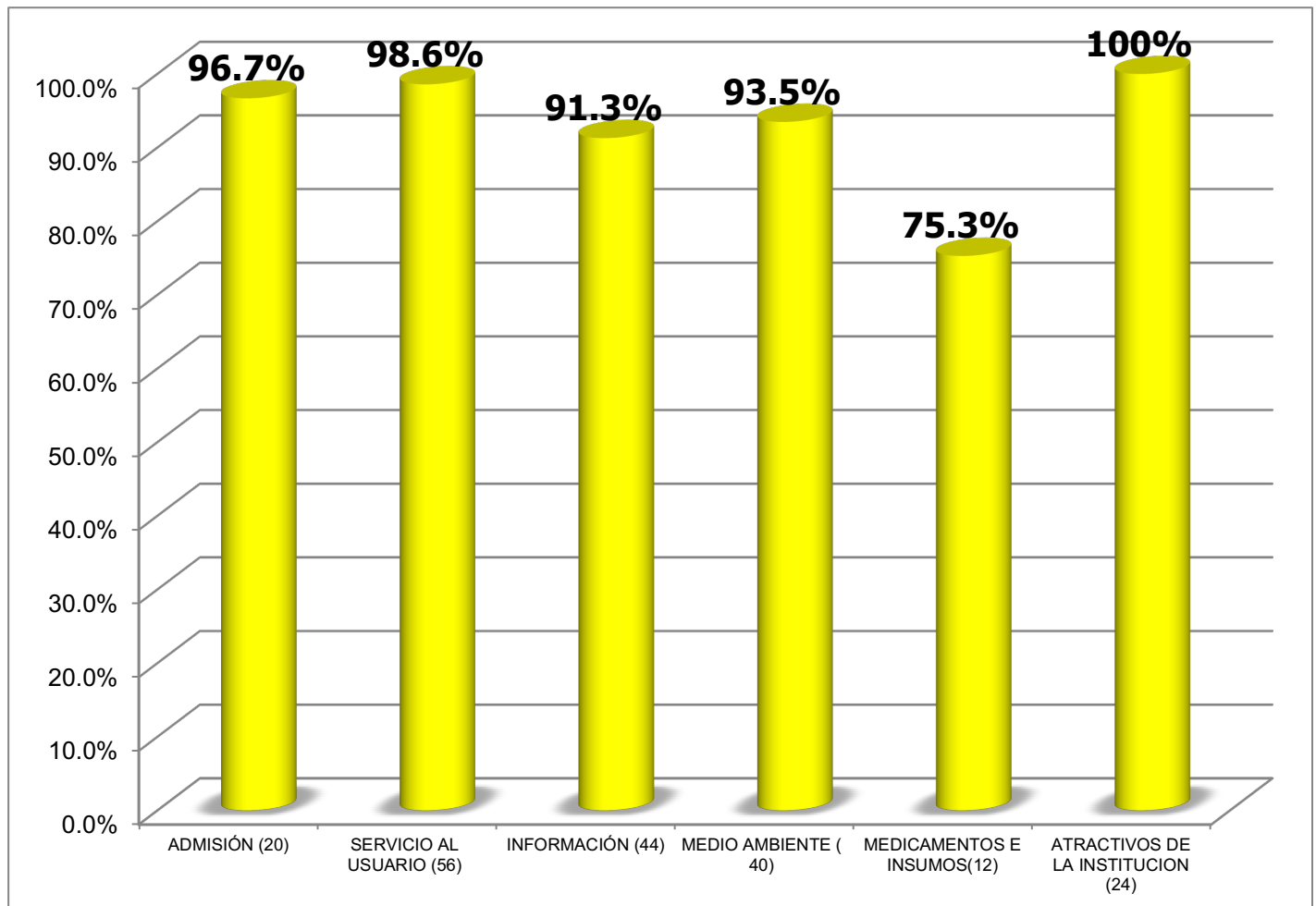
El mayor grado de Aspectos destacados donde los usuarios presentan satisfacción.

En el área de **hospitalización de Ortopedia** el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **atractivos de la institución** que fue valorada con un **100%**, seguido de **servicio al usuario, trato y accesibilidad** con **98.6%** y **admisión** con **96.7%**.

Los aspectos relacionados con **medioambiente, confort e higiene** obtuvieron **93.5%**, mientras que **información** obtuvo **91.3%**.

La sección **disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos** obtuvo **75.3%**

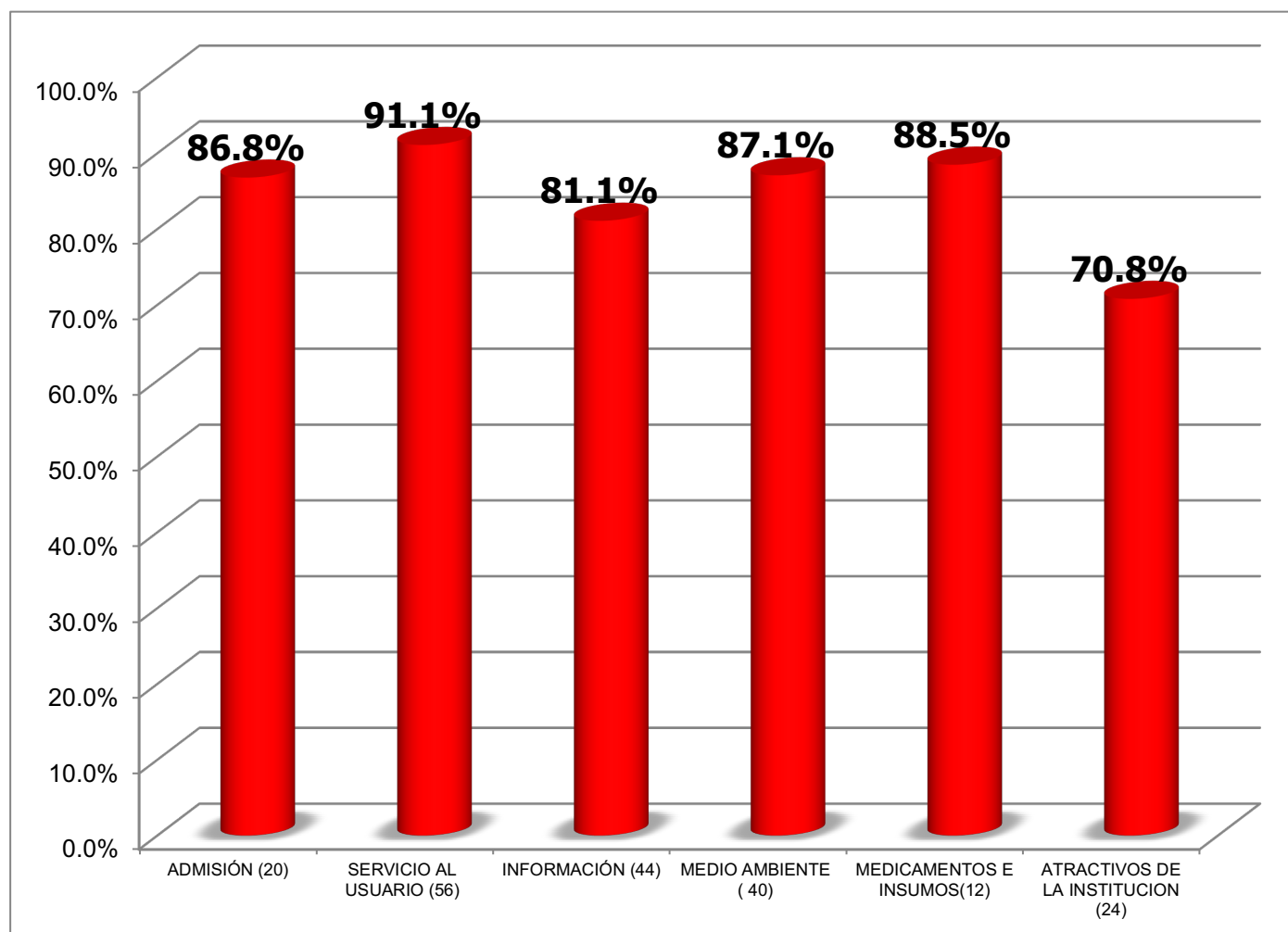
Gráfico: ORTOPEDIA



En **hospitalización de Neurocirugía** el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada con **servicio al usuario, trato y accesibilidad** con **91.1%**, seguido de **disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos** con **88.5%** y **medioambiente, confort e higiene** con **87.1%**.

La sección de **admisión**, obtuvo **86.8%**, **información** **81.1%**. La sección menos valorada es la relacionada con **atractivos de la institución** con **70.8%**.

Gráfico: NEUROCIRUGÍA



En **hospitalización de Cirugía** el nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección relacionada **servicio al usuario, trato y accesibilidad** con **94.5%**, seguido de **admisión** con **91.6%**.

Las secciones **medio ambiente, confort e higiene y disponibilidad de medicamentos**, obtuvieron **90.8%** cada una, mientras que los aspectos relacionados con **información**, obtuvieron **87.3%**. **Atractivos de la** institución obtuvo un **70.4%** para ser considerada la menos valorada por los usuarios en el área de hospitalización de cirugía general y especialidades.

Gráfico No. 40: Cirugía General y Especialidades

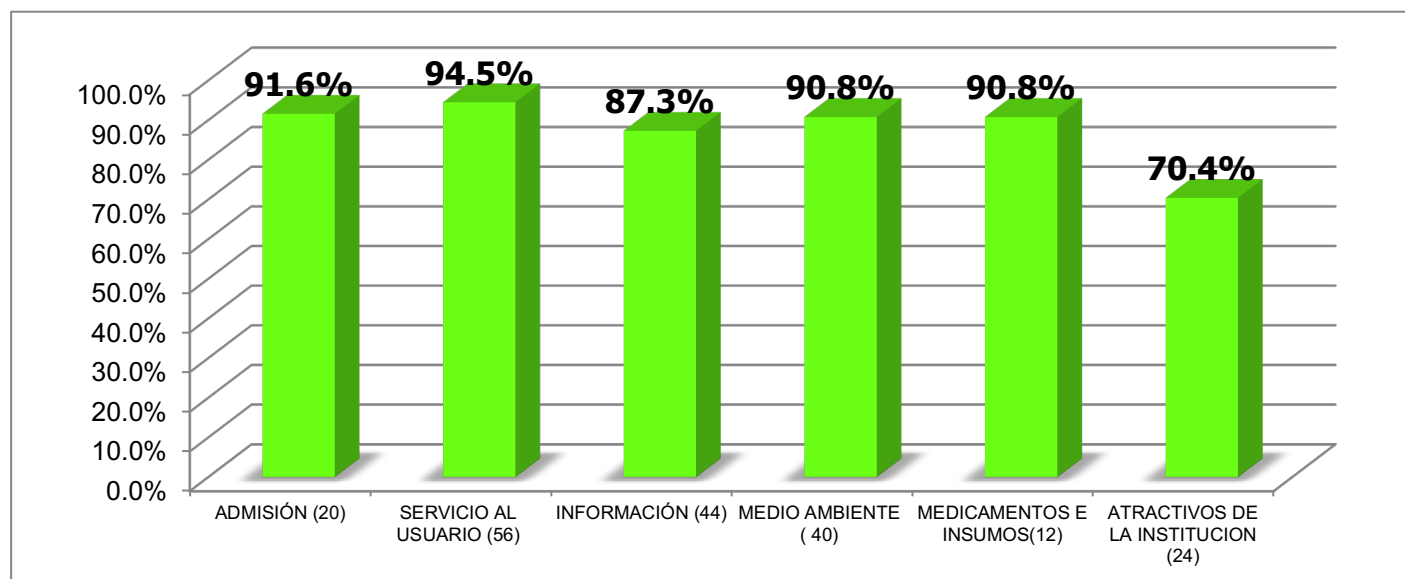
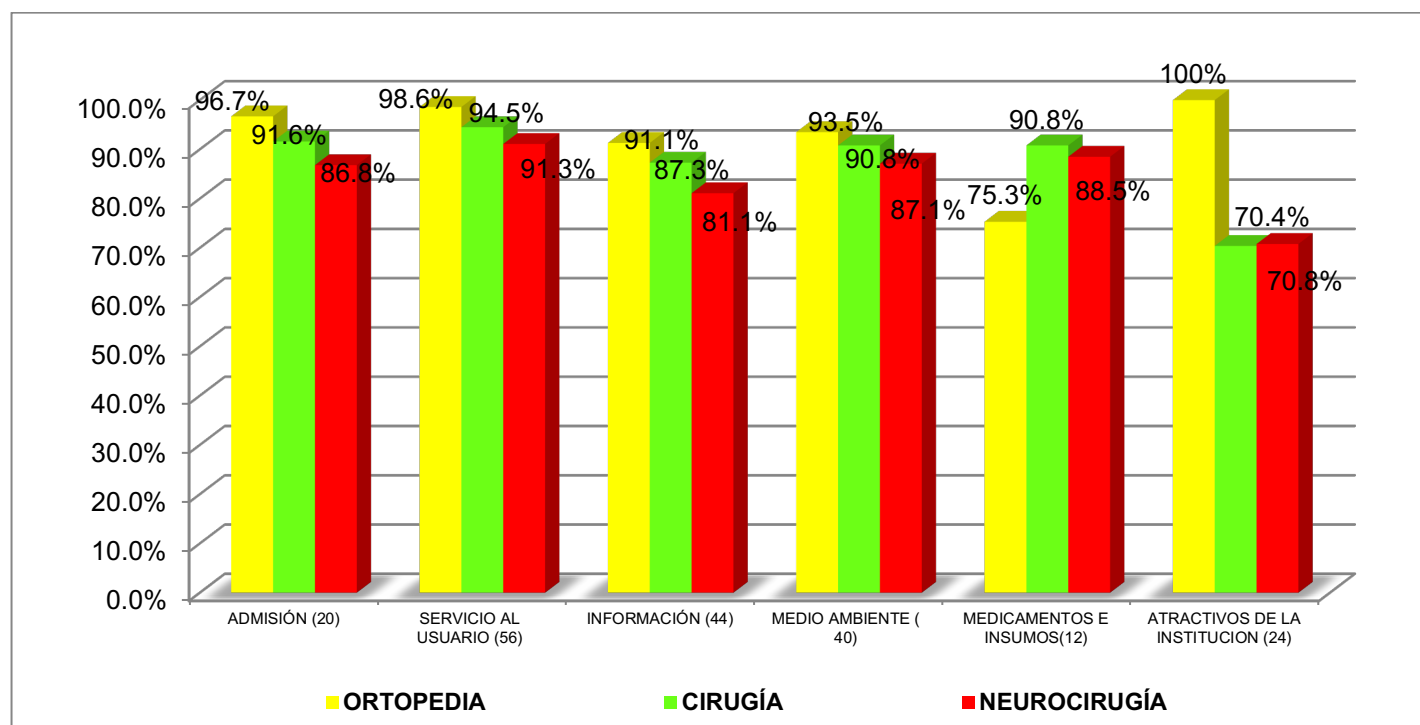


Gráfico No. 41: Comportamiento Comparativo Nivel de Satisfacción por Área.



Observaciones de los usuarios

CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	NEUROCIRUGÍA	ORTOPEDIA
Muy buen servicio	Alimentación	
Dispensadores de manitas limpias en las habitaciones.		
Limpieza, buen servicio.		
En cuanto a la alimentación que el menú sea según el padecimiento del paciente		
Limpieza de habitación muy bien.		

d) Laboratorio Clínico:

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

100% de los usuarios entrevistados **volvería** al hospital y **98.8%** lo **recomendaría**.
100% fue **atendido en el horario programado y respetando el orden de llegada**.
100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con el trato brindado por el personal del laboratorio.
100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la imagen del laboratorio.
96.5% considera de aceptable a poco el **tiempo de espera para recibir atención**.
95.3% considera que se le habla con claridad con respecto a la información suministrada, referente a tarifas, copago, cobertura de seguro
93% le informaron sobre la prioridad de atención de algunos usuarios ejemp: embarazadas, adultos mayores, niños, discapacitados, o los pudo leer en algún área del laboratorio
93% le informaron sobre donde, cuando y/o como puede reclamar y/o retirar los resultados de sus exámenes
91.9% Si tiene alguna duda, sabe a quien contactar

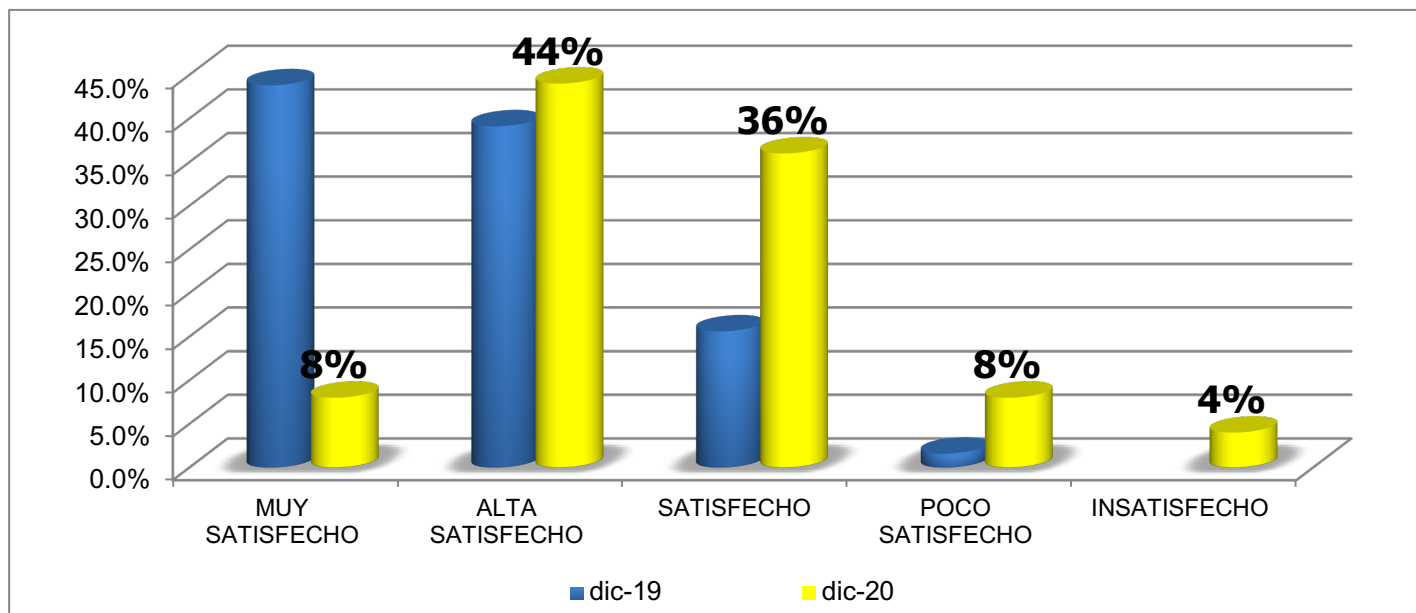
A Mejorar:

83.7% se le ha sido realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en que consiste este o sin pedir su autorización
81.4% considera debe mejorar las facilidades para conseguir cita.
79.1% considera debe mejorar el horario de atención.
79.1% considera debe mejorar los puntos de atención al usuario.
72.1% considera debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.
68.6% considera debe mejorar los trámites de admisión y pago de servicios.
59.3% considera debe mejorar la información sobre el funcionamiento de área.
48.8% considera debe mejorar la higiene de los cubículos.
41.9% considera debe mejorar la limpieza de sanitarios y áreas comunes.
38.4% considera debe mejorar el tiempo e interés del personal.
24.4% considera debe mejorar la comodidad y privacidad en sala de espera y en cubículos.
17.4% considera debe mejorar el trato del personal administrativo.
14% no le explicaron sobre la preparación necesaria para los exámenes antes de la toma de muestra.

Nivel General de Satisfacción Laboratorio Clínico

El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Laboratorio Clínico es el siguiente:
44% altamente satisfechos, **36%** satisfechos y **8%** muy satisfechos. **8%** Poco satisfechos y **4%** insatisfechos..

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 4.6** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Altamente satisfechos** con una alta tendencia hacia **Muy Satisfechos**.

Gráfico: Escala de Likert

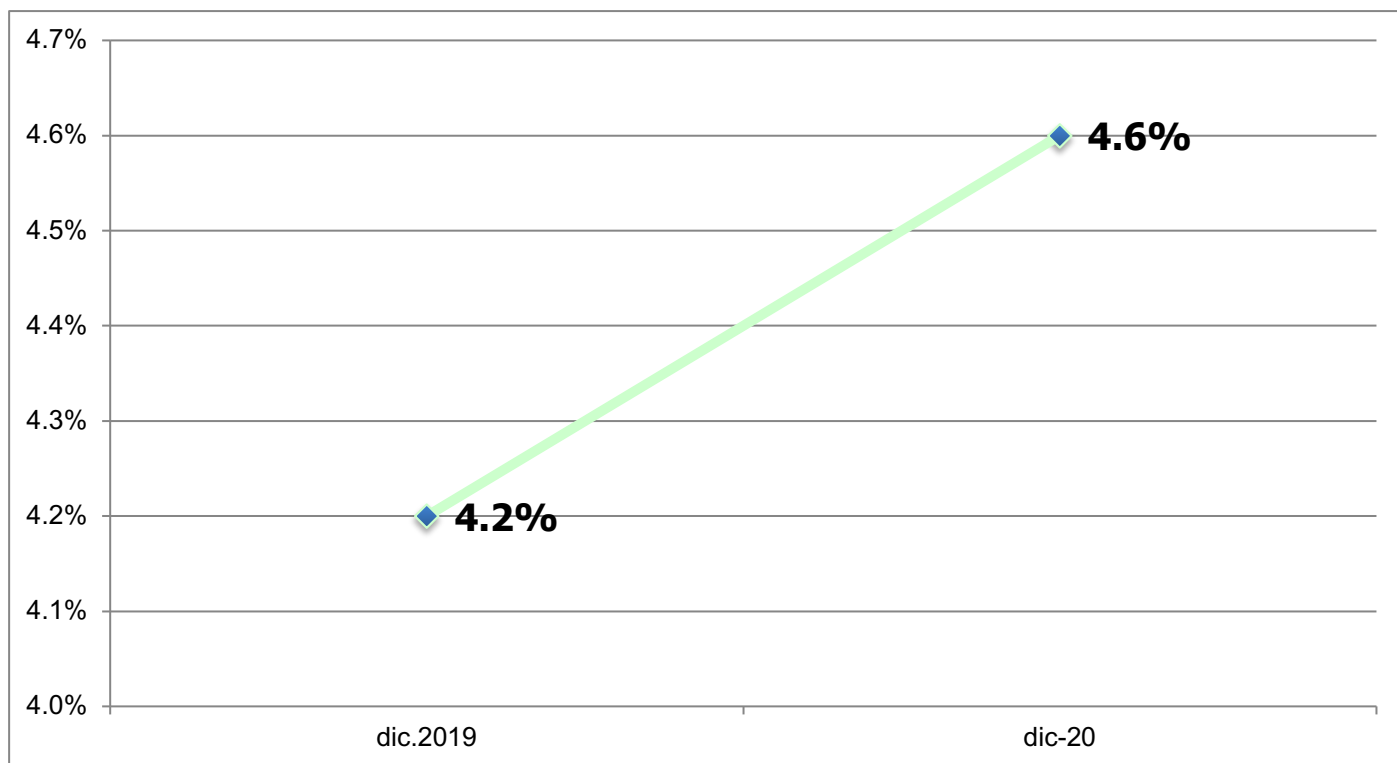
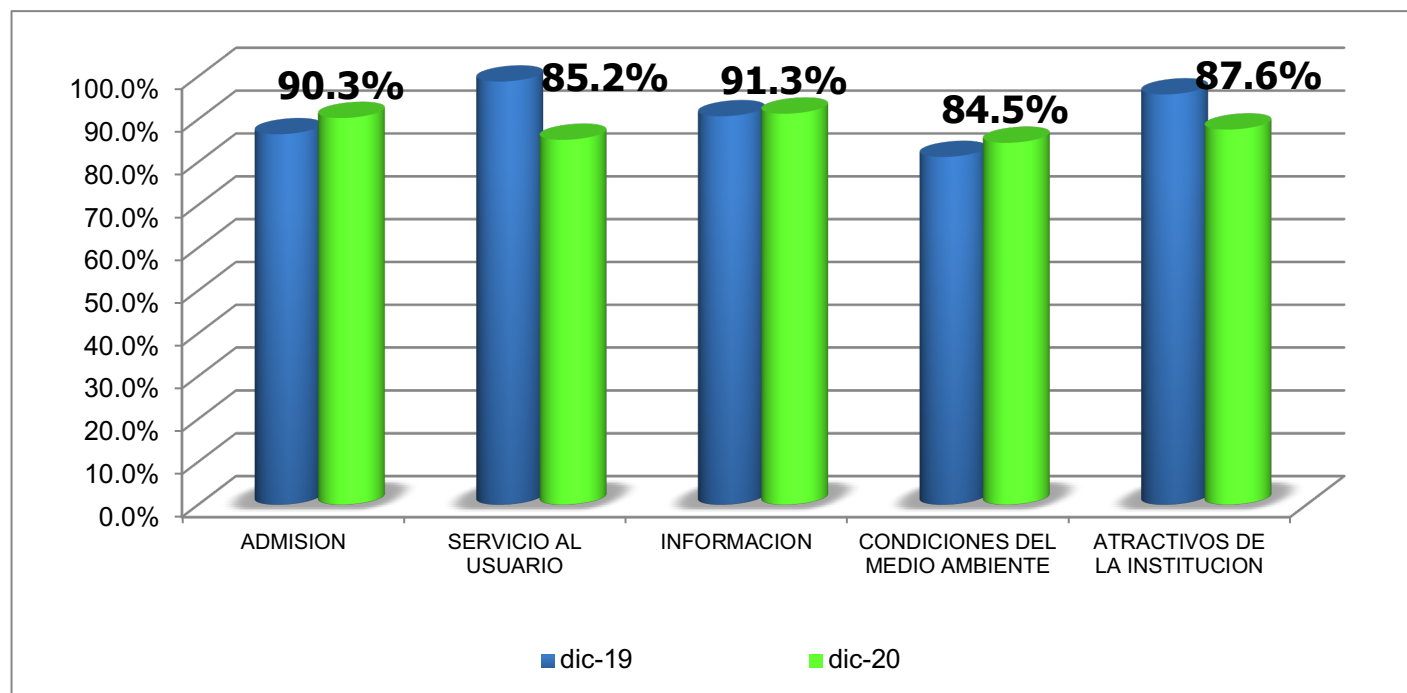


Gráfico No. 32: Atractivos de la Institución



Para concluir le solicitamos a los encuestados que nos citaran 3 cosas positivas que encontró en el hospital y 3 cosa que no le gustaron y estas fueron las respuestas:

e) Imágenes:

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

Positivos:

100% de los usuarios entrevistados **volvería al hospital** y **98.5% lo recomendaría**.
100% de los usuarios entrevistados **encontró el servicio requerido**.
100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **amabilidad del personal**.
100% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **imagen que proyecta el hospital**.
98.1% siente que fue tratado con respeto
98.5% de los usuarios que demandaron el servicio de imágenes se siente de satisfecho a muy satisfecho con los **horarios de atención**.
97.1% se siente de muy satisfecho a satisfecho con las **informaciones brindadas por el personal de admisión y 95.6% facturación**
94.1% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada**.
85.3% de los usuarios **se le atendió en horario programado**.

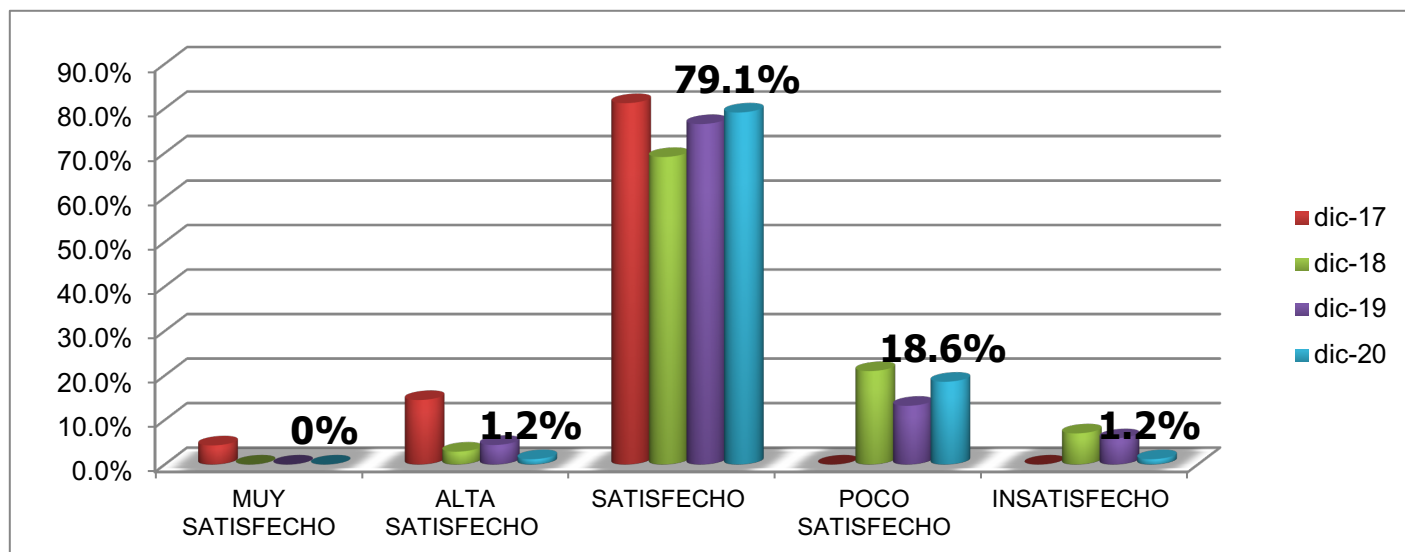
A Mejorar:

64.7% considera **debe mejorar el tiempo de espera para conseguir una cita**.
37.3% **no reconoce alguna manera de expresar queja o sugerencia a las autoridades**
36.8% considera de mucho a exagerado **el tiempo de espera para ser atendido**.
36.8% **tiempo de espera para obtener una cita**, fue mayor de 96 hora.
27.9% esperó mas de 2 horas para ser asistido.

Nivel General de Satisfacción Imágenes

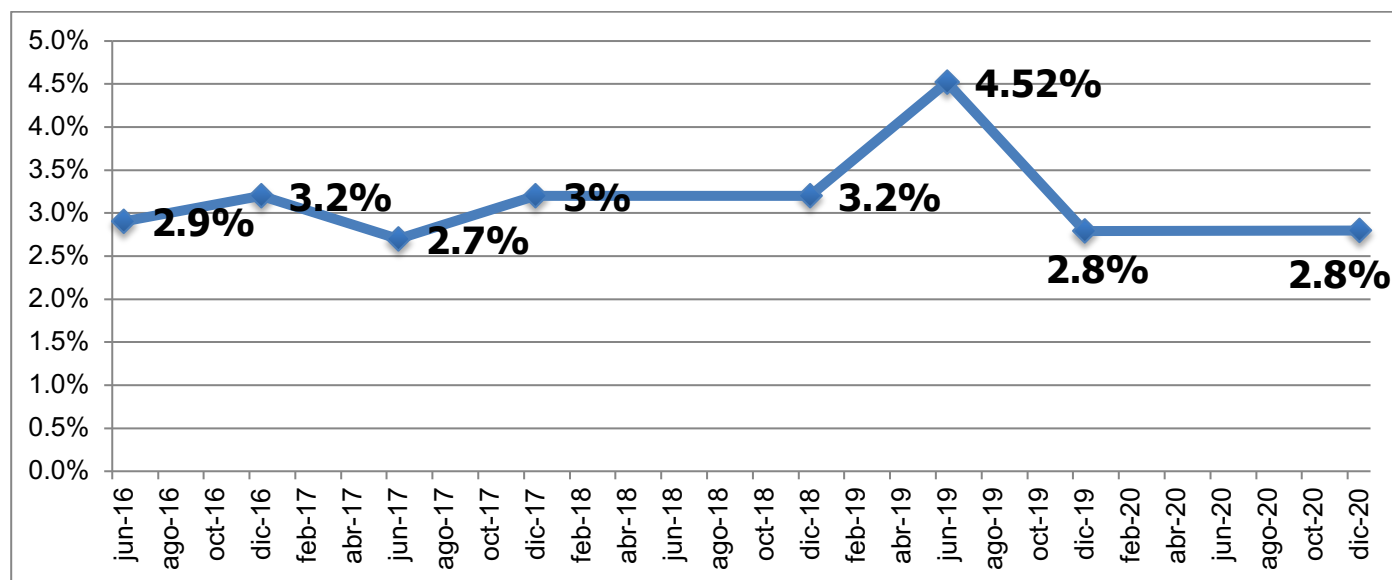
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Imágenes es el siguiente: **79.1%** satisfechos, **18.6%** poco satisfechos y **1.1%** insatisfechos. **1.2%** altamente satisfechos.

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 2.8** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Poco Satisfechos**, con alta tendencia hacia la **Satisfacción**.

Gráfico: Likert Comparativo

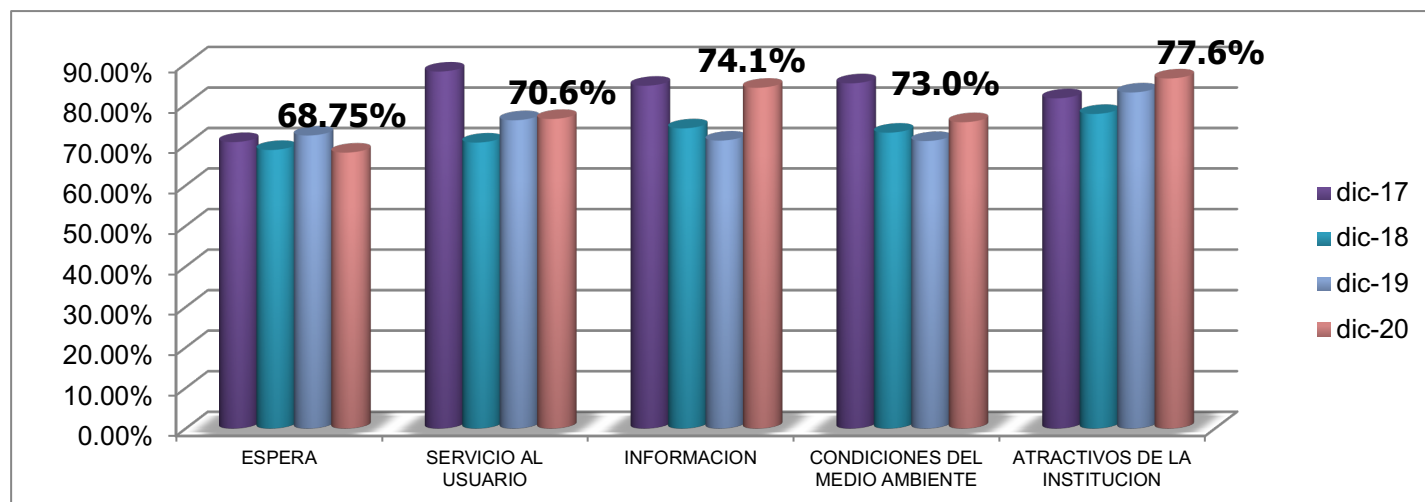


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para **Atractivos de la Institución** con un 77.6%, seguido de **información** con un 74.1% y **Condiciones del Medio Ambiente** con 73%. **Atención al usuario** con un 70.6%

Los aspectos relacionados con espera, fueron los menos valorados **Espera** con 68.75%

Gráfico No. 35: Atractivos de la Institución



f) Medicina Física y Rehabilitación:

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

Positivos:

97.6% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con **la limpieza de salas de espera y cubículos de atención.**

97.6% de los usuarios expresaron sentirse de muy satisfecho a satisfecho Con **la imagen que proyecta el hospital.**

96.5% de los encuestados sintió que se **le trato con respeto.**

95.3% considera adecuados los carteles y señalización del área.

95.3% de los encuestados **recomendaría el hospital.**

89.5% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la **capacidad, amabilidad, y disposición del personal en los puntos de atención.**

88.1% de los usuarios se le atendió **respetando la programación y el orden de llegada.**

85.7% de los usuarios **se le atendió en horario programado.**

A Mejorar:

65.1% debe mejorar las facilidades para conseguir citas.

47.4% no conoce el nombre del técnico/enfermera que le atendió.

42.4% esperó mas de 96 horas (5 días) para obtener una cita.

41% considera de mucho a exagerado el tiempo de espera para recibir atención

30.2% debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.

24.4% debe mejorar la disponibilidad de los médicos.

24.4% no conoce el nombre del médico que le atendió.

17.9% no pudo hablar con el médico/personal en privado.

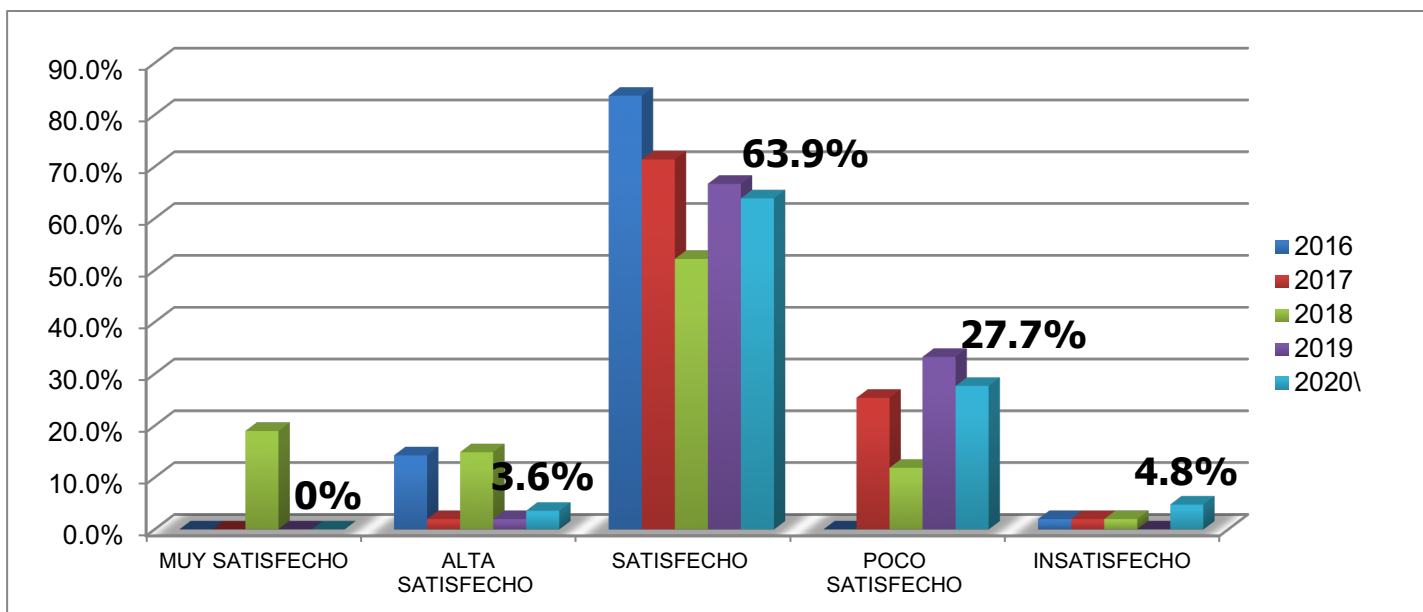
16.3% de los usuarios que demandaron el servicio de Medicina Física y Rehabilitación se siente de satisfecho a muy satisfecho con los horarios de consulta.

16.3% considera debe mejorar el horario de atención.

Nivel General de Satisfacción Medicina Física y Rehabilitación

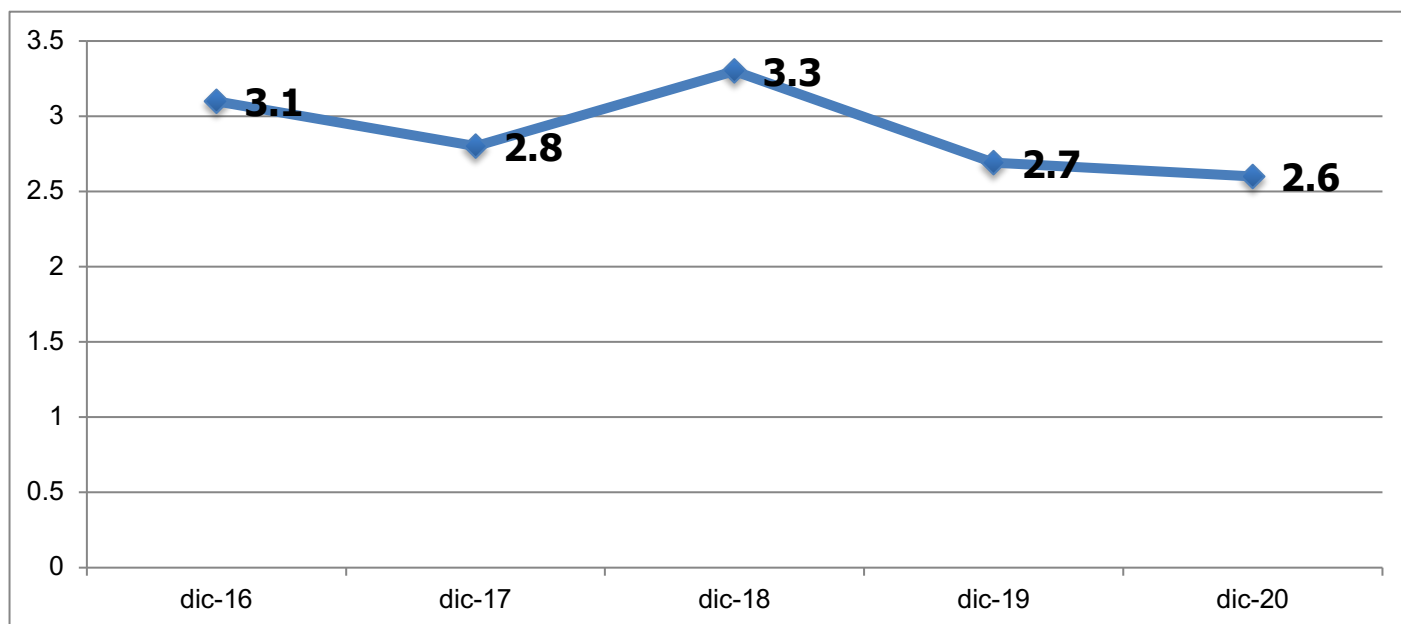
El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Medicina Física y Rehabilitación es el siguiente: **63.9%** satisfechos, **27.7%** poco satisfechos y **4.8%** insatisfechos, **3.6%** altamente satisfechos.

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 2.6** que se encuentra en una escala de satisfacción de **Poco Satisfechos con tendencia hacia la Satisfacción**.

Gráfico: Likert comparativo

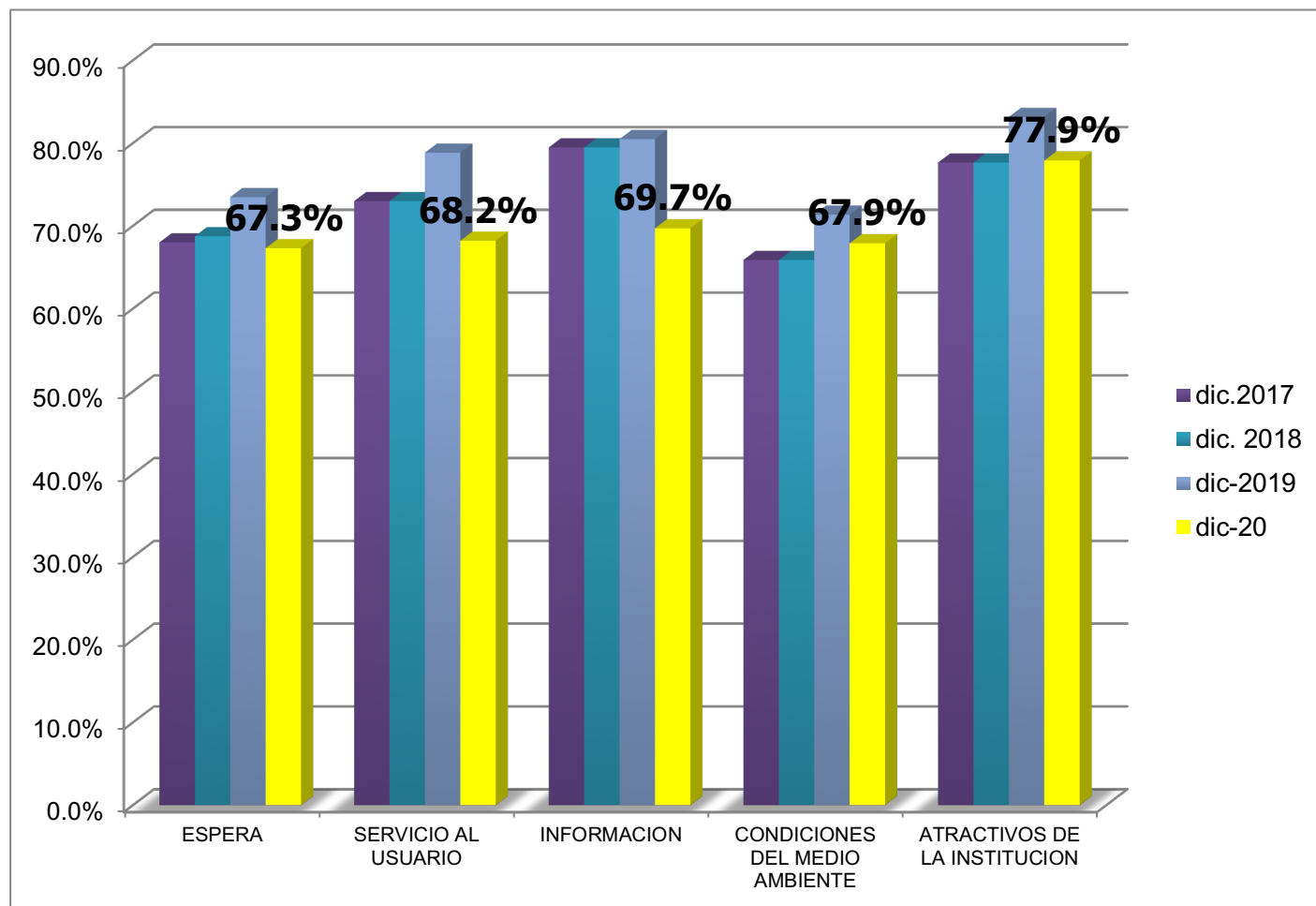


Aspectos destacados donde los usuarios presentan el mayor grado de satisfacción.

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para la sección de **Atractivos de la institución** con **77.9%**, seguido de **Información** con **69.7%**, **Servicio al usuario** obtuvo un **68.2%**.

Condiciones del Medio Ambiente obtuvo **67.9%**, la sección **Espera** mientras que fue la menos valorada con **67.3%**.

Gráfico: Atractivos de la Institución



xv. Encuesta Usuarios Internos:

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

Positivo:

100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.
96.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.
92.6% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por su supervisor inmediato
92.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por su supervisor inmediato.
90.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con las capacitaciones recibidas para llevar a cabo las funciones que el plan de evacuación y emergencia le encomiende.
90.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa de la institución y se sienten de muy satisfecho a satisfecho.
89.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma en que la institución contribuye con la comunidad y el medio ambiente.
88.3% considera la institución donde labora es un ejemplo a seguir.
87.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención la adversidad (genero, orientación sexual, etc) en la institución
85.1% conoce la existencia de un plan de evacuación/emergencia.

A Mejorar:

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

82% no ha recibido pago por horas extras.
66.7% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.
45.7% dice no ha recibido incentivo/reconocimiento por su trabajo.
45.2% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones al personal
43.6% no se realizan actividades de recreación con los equipos de trabajo.
39.9% no existen imágenes/advertencias en su área de trabajo y **28.8%** se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las imágenes y advertencias en relación a los riesgos/peligros en su área de trabajo.
39.8% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.
37.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.
36.2% considera que la carga de trabajo en su área NO esta distribuida equitativamente (bien repartida).
31.9% considera que el plan de capacitación NO toma en cuenta sus necesidades como empleado.
35.5% no conoce de la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.
29.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos, accesorios y/o insumos para proteger su integridad física y salud durante la realización de las tareas de su trabajo.

29.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.

27.7% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes para aprovecharlos en beneficio de la institución.

27.7% no tiene identificada área de descanso de acuerdo a su puesto de trabajo.

25.5% responden negativamente a la pregunta ¿Crees que tu institución trata de mantener y mejorar las condiciones de trabajo?

23.7% considera la forma de contratación no le confiere seguridad laboral.

23.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena

23.4% no conoce la existencia de un plan de capacitación.

22.3% no se les informa cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones y las razones de estas

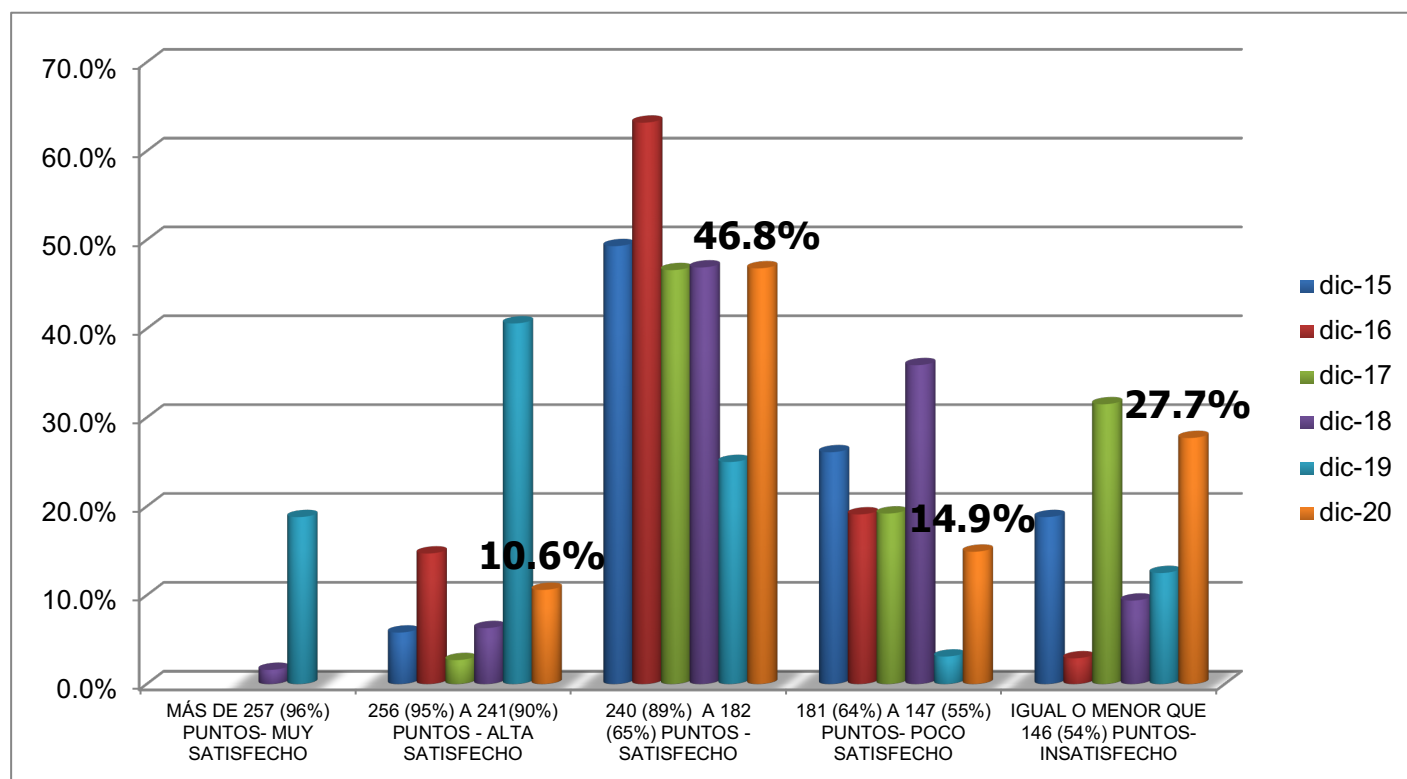
17% no ha participado en actividades de capacitación.

Nivel de Satisfacción General:

El **Nivel General de Satisfacción** de los usuarios en el área de Usuarios Internos es el siguiente:

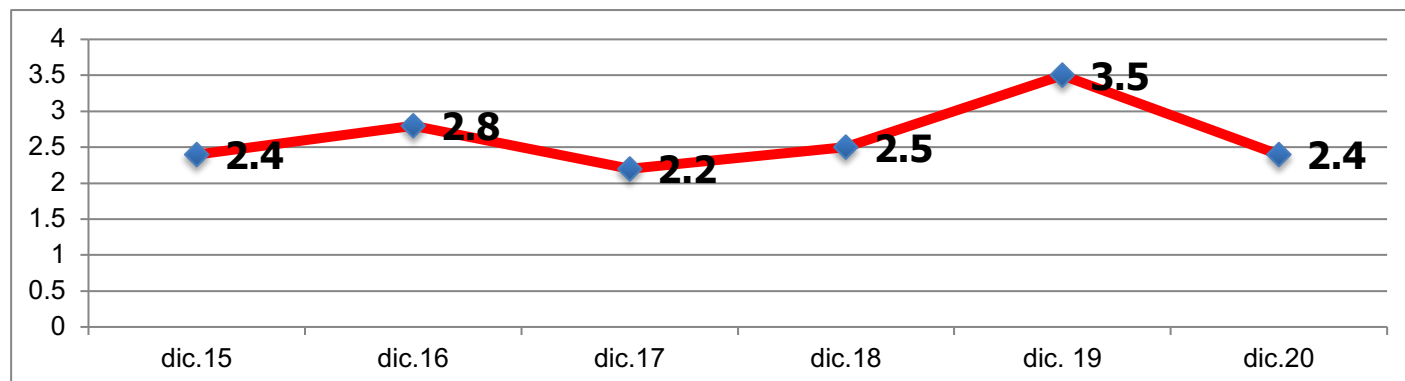
46.8% de los trabajadores se encuentran satisfechos, **27.7%** insatisfechos, **14.9%** poco satisfechos, **10.6%** altamente satisfechos.

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 2.4**, lo cual indica en la escala que en sentido general los entrevistados se encuentran: **poco satisfechos**.

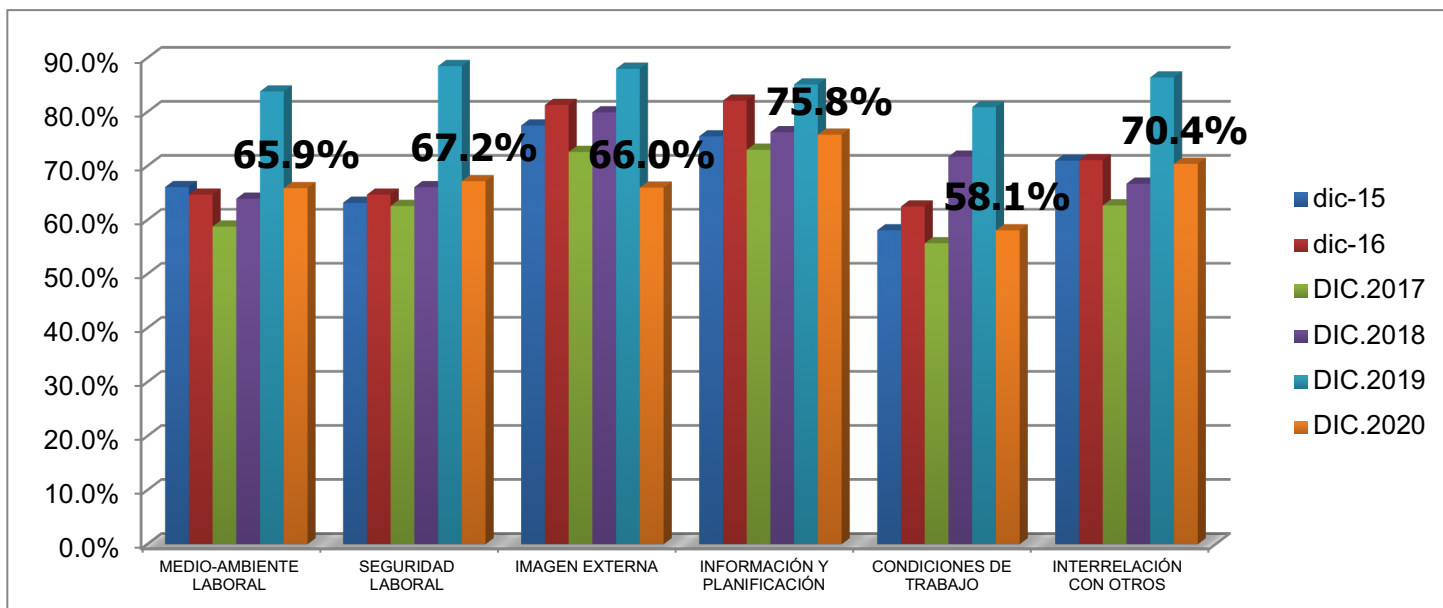
Gráfico: Comportamiento Histórico Índice Likert.



Aspectos destacados donde los trabajadores presentan el mayor grado de satisfacción

El nivel de satisfacción más alto fue considerado para las secciones relacionadas con **información y planificación** que obtuvo un **75.8%**, seguido de **interrelación con otros** con **70.4%** y **Seguridad laboral** **67.2%**.

Imagen externa fue valorada con un **66%** y **Medio-Ambiente laboral** con un **65.9%**. **Condiciones de trabajo** obtuvo un **58.1%**, para ser el área menos valorada.



Nota: Para mayores detalles de las informaciones de los diferentes aspectos evaluados consultar documento Informe Encuesta Satisfacción Usuario Internos diciembre 2021.

Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones Recibidas por la Gerencia de Atención al usuario año 2020.

Informe de Gestión de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones 2020

CUATRIMESTRE ENERO-ABRIL

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO TRAMITADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
ENERO	4	4	0	1	1	
FEBRERO	0	0	0	0	0	
MARZO	2	2	0	0	3	
ABRIL	0	0	0	0	0	
TOTAL	6	6	0	1	4	

CUATRIMESTRE MAYO-AGOSTO

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO TRAMITADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
MAYO	0	0	0	0	0	
JUNIO	0	0	0	0	0	
JULIO	0	0	0	0	0	
AGOSTO	0	0	0	0	0	
TOTAL	0	0	0	0	0	

CUATRIMESTRE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

MES	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO TRAMITADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	OBSERVACIONES
SEPTIEMBRE	4	4	0	1	1	
OCTUBRE	21	21	0	3	2	
NOVIEMBRE	20	9	11	3	3	QNP no tenía teléfono para investigar la misma...Anónima.
DICIEMBRE	27	20	07	4	1	QNP no tenía teléfono para investigar la misma...Anónima.
TOTAL	72	54	18	11	07	

AÑO	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS
2021	77	60	12	11
		94%		

Fuente: Gerencia de Atención al Usuario

Comportamiento Nivel Cumplimiento Plan de Inversión.

Tabla - Nivel ejecución Plan Inversión 2020 según Conceptos.

CONCEPTOS	Finalizada	En Proceso	No Realizada
Equipos y Otros	20%	41%	40%
Infraestructuras	11%	53%	36%
Recursos Humanos	11%	52%	36%
Capacitación	3%	1%	96%

Grafico. -

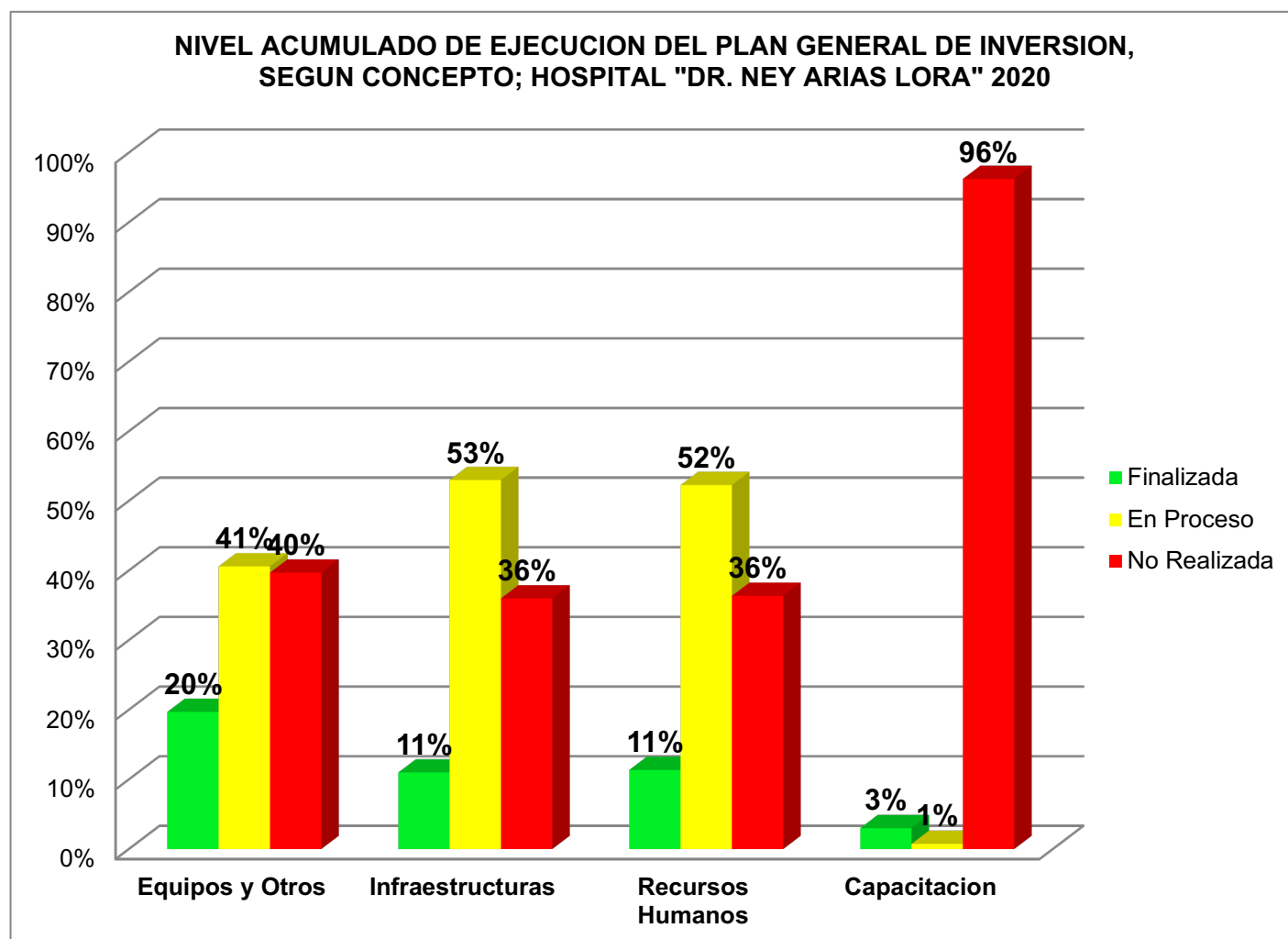
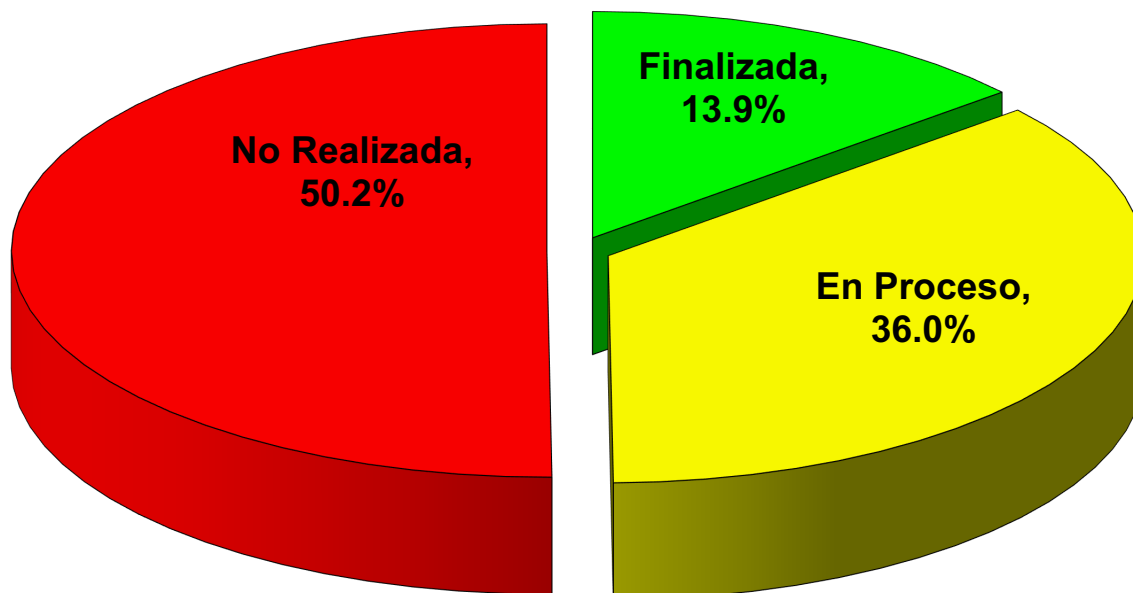


Gráfico-

NIVEL ACUMULADO DE EJECUCION DEL PLAN GENERAL DE INVERSION HOSPITAL "DR. NEY ARIAS LORA" 2020



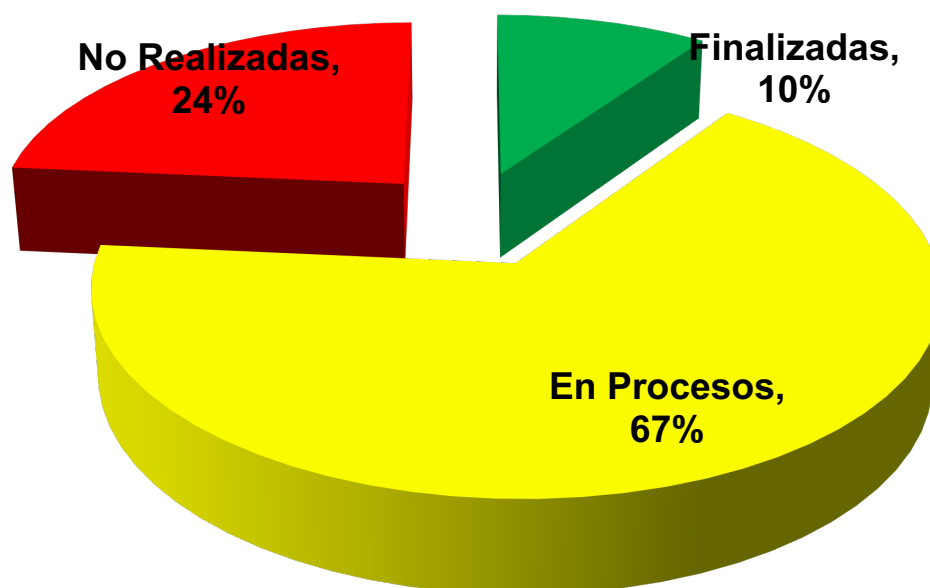
Comentario: El hecho por el cual el **Plan de Inversión** solo se cumpliera el **13.9%** de manera general, se debió, principalmente a la Pandemia del SAR-CoV-2 y las limitantes económicas que enfrentó el hospital durante todo el año 2020, con un cumplimiento del **85%** de presupuesto de ingreso proyectado ajustados dada la circunstancias de limitaciones impuestas por la Pandemia, estos ajustes representaron una disminución de lo proyectado inicialmente para el año 2020, en Hospitalización fue del **44%**, para procedimientos quirúrgicos electivos de un **58%**, y en el área de consultas de un **63%**; en relación a los servicios complementarios de manera general la reducción en la producción fue de un **40%**.

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

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 2020



Gráfico

NIVEL CUMPLIMIENTO EJECUCION ACTIVIDADES SEGUN LOS PLANES DE CORRECCION DEBILIDADES Y CONTROL DE LAS AMENAZAS AÑO 2020

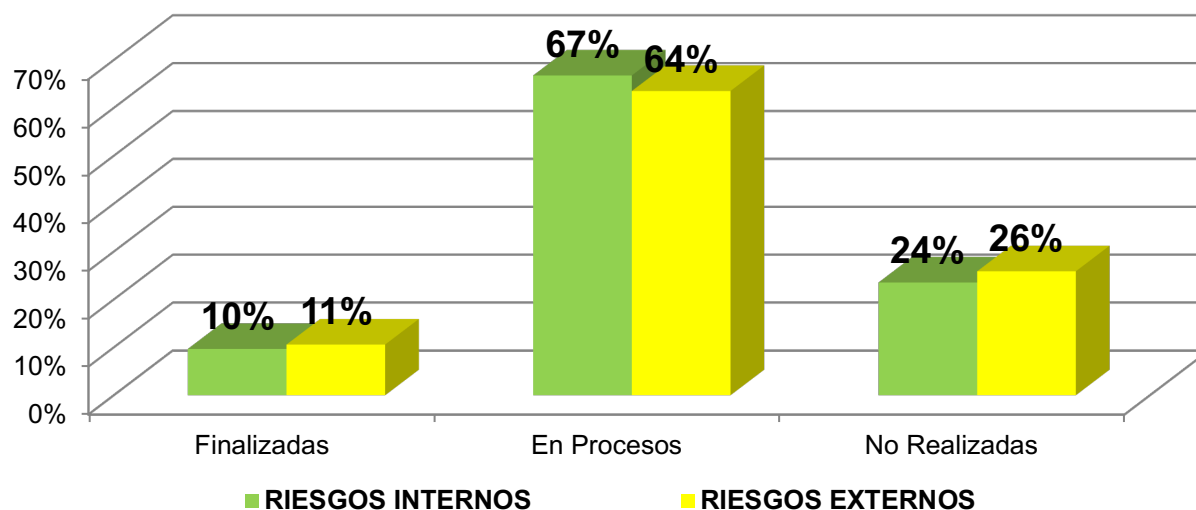
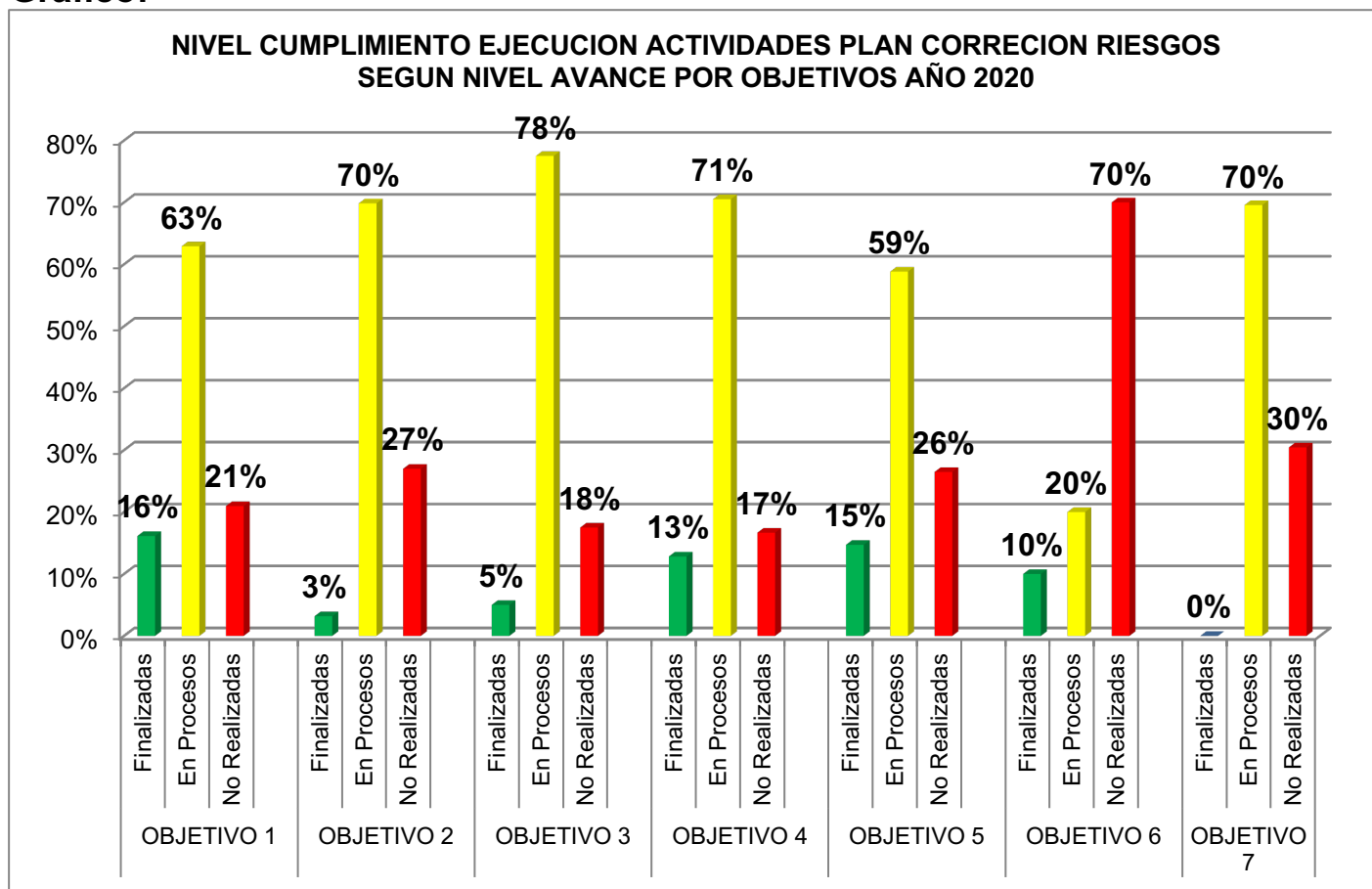


Gráfico:



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

Comentario:

Observando el pobre cumplimiento del Plan de Plan Corrección Debilidades y Control de Amenazas de apenas un **10%**, debido a la pandemia SAR-CoV-2 iniciada en el mes de marzo del año 2020, nos indica que 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 garantizaran 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 económicos, lo cual es importante a tomar en cuenta para exigir el cumplimiento de las actividades establecidas.

Comportamiento Nivel Cumplimiento Ejecución Plan Capacitación y Educación Continuada.

Grafico

NIVEL EJECUCION PLAN DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA, HTNAL; POA 2020



Comentario:

Unos de los planes más afectados su cumplimiento fue el Plan de Capacitación y Educación Continuada debido a la pandemia SAR-CoV-2 iniciada en el mes de marzo del año 2020, por las medidas restrictivas impuestas por las autoridades principalmente a limitar las aglomeraciones de personas en espacios cerrados.

Actividades Sociales Realizadas Durante el Año 2020.

TIPO ACTIVIDAD	TOTAL
CHARLAS EN LA COMUNIDAD	0
CHARLAS EN EL HOSPITAL	0
TOTAL	
PARTICIPANTES EN LA COMUNIDAD	
VISITAS DOMICILIARIAS	216
TEMAS DE LAS CHARLAS:	CANTIDAD PARTICIPANTES
USUARIOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL	ACUMULADO
USUARIOS EVALUADOS	2,727.00
DESCUENTO Y EXONERACIONES OTORGADOS	46,034,101.55

Tabla: Informe Financiero Año 2020.

i.Ingresos Según Fuentes:

INGRESOS OPERACIONALES	TOTAL	%
APORTES DIRECTOS DE LOS USUARIOS	RD\$41,027,898.44	10.8%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD PUBLICA (SENASA)	RD\$222,350,589.92	58.8%
PAGO ASEGURADORAS RIESGO DE SALUD P PRIVADAS (ARS's Privadas)	RD\$114,025,314.72	30.1%
SERVICIOS Y OTROS INGRESOS OPERACIONALES	RD\$919,674.33	0.2%
SOBRANTES DE CAJEROS	RD\$16,152.11	0.0%
OTRAS FUENTES	RD\$0.00	0.0%
TOTAL	RD\$378,339,629.52	44.4%
INGRESOS NO OPERACIONALES		
APORTES DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)	RD\$471,683,796.53	99.7%
APORTES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	RD\$0.00	
TOTAL APORTES DE INSTITUCIONES PUBLICAS	RD\$0.00	
APORTES DE INSTITUCIONES PRIVADAS	RD\$0.00	
DONACIONES	RD\$0.00	
OTRAS FUENTES	RD\$1,356,547.60	0.3%
TOTAL	RD\$473,040,344.13	55.6%
OTROS INGRESOS		
REVISTA	RD\$0.00	
DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$0.00	
TOTAL DESCUENTOS A EMPLEADOS	RD\$0.00	
TOTAL	RD\$0.00	
TOTAL INGRESOS GENERALES	RD\$851,379,973.65	100.0%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL.

ii. Costos y Gastos Según Renglones Año 2020:

Código Presupuestario			Descripción Gasto por Cuenta	MONTOS ACUMULADOS	%
2			Egresos		
2	1		SERVICIOS PERSONALES	RD\$608,283,477.27	71%
2	1	1	Remuneraciones	RD\$492,385,511.76	81%
2	1	2	Sobresueldos	RD\$46,032,932.01	8%
2	1	3	Dietas y Gastos de Representación	RD\$0.00	0%
2	1	4	Gratificaciones y Bonificaciones	RD\$673,000.00	0%
2	1	5	Contribuciones a la Seguridad Social y Riesgo Laboral	RD\$69,192,033.50	11%
2	2		SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$34,355,577.15	4%
2	2	1	Servicios Básicos	RD\$6,705,166.31	20%
2	2	2	Publicidad Impresión y Encuadernación	RD\$181,464.14	1%
2	2	3	Viáticos	RD\$1,243.98	0%
2	2	4	Transporte y AlmAcenaje	RD\$855,162.85	2%
2	2	5	Alquileres y Rentas	RD\$3,061,267.33	9%
2	2	6	Seguros	RD\$1,410,956.70	4%
2	2	7	Servicios de Conservación, Reparaciones Menores e Instalaciones Temporales	RD\$16,535,428.36	48%
2	2	8	Otros Servicios No Personales	RD\$5,604,887.48	16%
2	3		MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$190,174,376.30	22%
2	3	1	Alimentos y Productos Agroforestales	RD\$12,723,279.63	7%
2	3	2	Textiles y Vestuarios	RD\$2,157,071.17	1%
2	3	3	Productos de Papel, Cartón e Impresos	RD\$5,796,970.08	3%
2	3	4	Productos Farmacéuticos	RD\$65,869,540.11	35%
2	3	5	Productos de Cuero, Caucho y Plásticos	RD\$2,953,191.66	2%
2	3	6	Productos de Minerales, Metálicos y No Metálicos	RD\$475,387.10	0%
2	3	7	Combustibles, Lubricantes, Productos Químicos y Conexos	RD\$40,113,558.37	21%
2	3	8	Gastos a ser Asignados Durante el Ejercicio (ART. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$0.00	0%
2	3	9	Productos y Útiles Varios	RD\$60,085,378.18	32%
2	6		BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$26,099,702.28	3%
2	6	1	Mobiliario Y Equipo	RD\$4,987,227.08	19%
2	6	2	Mobiliario y Equipo Educacional y Recreativo	RD\$142,285.44	1%
2	6	3	Equipo e Instrumental, Científico Y Laboratorio	RD\$16,326,259.67	63%
2	6	4	Vehículos y Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	RD\$0.00	0%
2	6	5	Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas	RD\$3,343,986.21	13%
2	6	6	Activos Biológicos Cultivables	RD\$0.00	0%
2	6	7	Bienes Inmuebles	RD\$0.00	0%
2	6	8	Bienes Intangibles	RD\$1,296,185.58	5%
2	6	9	Equipos De Defensa Y Seguridad	RD\$3,758.30	0%
2	7		OBRAS	RD\$0.00	0%
2	7	1	Obras En Edificaciones	RD\$0.00	0
2	7	2	Infraestructura	RD\$0.00	0
2	7	3	Construcciones En Bienes Concesionados	RD\$0.00	0
2	7	4	Gastos a Ser Asignados Durante el Ejercicio para Inversión (Art. 32 Y 33 Ley 423-06)	RD\$0.00	0
Total de Egresos				RD\$858,913,133.00	100%

Fuente: Sub-Dirección Financiera y Administrativa HTNAL

iii. Análisis Resultados Informe Financiero año 2020.

a) Ingresos:

El Hospital Traumatológico “Dr. Ney Arias Lora” (HTNAL), evidenció durante el año 2020 en términos generales un **desempeño ADECUADO en base al presupuesto ajustado de ingresos esperados logrando un** cumplimiento del **85%** de presupuesto, dada la circunstancias de las limitaciones impuestas por la Pandemia, estos ajustes representaron una disminución de lo proyectado inicialmente para el año 2020, en Hospitalización fue del **44%**, para procedimientos quirúrgicos electivos de un **58%**, y en el área de consultas de un **63%**; en relación a los servicios complementarios de manera general la reducción en la producción fue de un **40%**.

En relación al uso de estos recursos ingresados su **desempeño fue ADECUADO** lo cual veremos mas adelante.

Según los ingresos estimados proyectados ajustados para el año 2020 en base a la capacidad productiva del hospital, este presento un cumplimiento **del 85%**, se esperaban ingresos por un monto de **RD\$1,003,587,525.59**, se obtuvieron ingresos por **RD\$851,379,973.65**, lo que demuestra un desempeño **ADECUADO** en la captación de ingresos, esto principalmente debido al desempeño de unidades productivas como hospitalización con un cumplimiento del **94%** de lo esperado, Cirugías electivas con un **71%** de cumplimiento y en consultas de el **98%**. Se puede observar el comportamiento más detallado de los ingresos en la siguiente tabla.

TOTAL INGRESOS PROYECTADOS	Esperado 1er Cuatrimestre	Resultados 1er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 1er. Cuatrimestre
RD\$1,003,587,525.59	RD\$354,692,596.26	RD\$252,852,701.79	71%
	Esperado 2do. Cuatrimestre	Resultados 2do. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 2do. Cuatrimestre
	RD\$301,288,796.26	RD\$299,151,525.58	99%
	Esperado 3er Cuatrimestre	Resultados 3er. Cuatrimestre	Nivel Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
	RD\$347,606,133.06	RD\$299,375,746.28	86%
		Ingresos Resultado Final	Nivel Cumplimiento Final
		RD\$851,379,973.65	85%
	Cumplimiento 1er. Cuatrimestre	Cumplimiento 2do. Cuatrimestre	Cumplimiento 3er. Cuatrimestre
	71.29%	99.29%	86.12%

El hospital alcanzó por concepto de ingresos generales de diferentes fuentes en el año 2020, un monto total de **RD\$ 851,379,973.65**, representando esto una variación incremental de un **1.8%** (**RD\$835,961,465.52**), con relación a los ingresos obtenidos en el año 2019.

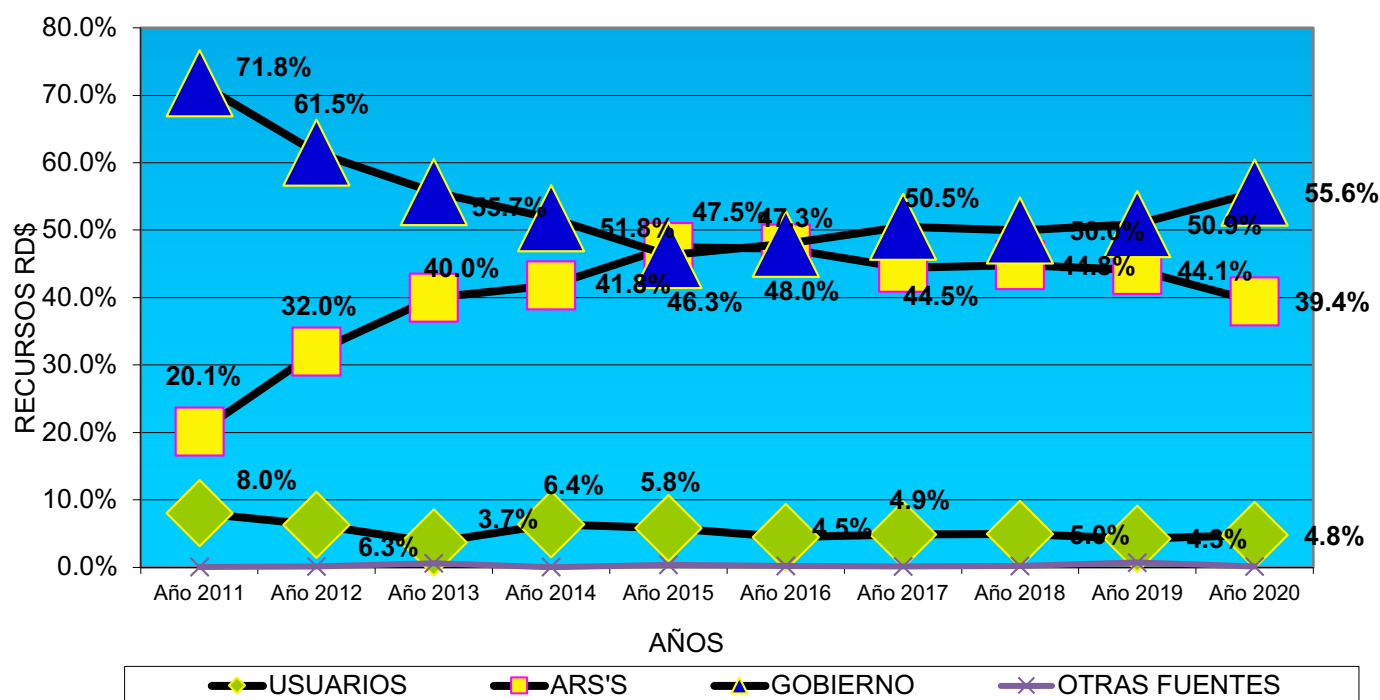
Los ingresos operacionales representaron **RD\$378,339,629.52** del total de los ingresos lo que represento el **44.4%** de los ingresos totales del hospital.

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\$336,375,904.64** representando esta fuente de los ingresos totales el **39.4%**, y un **-8.7%** menos que el año 2019 (**RD\$368,650,157.35**), de los ingresos totales.

La otra fuente principal de los aportes recibidos correspondió al **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, aportó un monto de **RD\$473,040,344.13**, representando esta fuente el **55.6%**, de los ingresos totales en el año 2020, un **11.2%** más que el año 2019, de los ingresos totales con **RD\$425,486,389.19**.

Así mismo otro renglón que aportó en el año 2020 el **1.7%** (**RD\$41,027,898.44**) de los ingresos totales fueron los **Aportes Directos de los Usuarios**, representando esto un incremento del **15.0%** (**RD\$35,663,949.03**) en este renglón en relación al año 2019, **esto debido principalmente a la situación económica del hospital ya que el SNS 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 un total de RD\$ 46,034,101.55; y acuerdos de pagos un total de RD\$ 41,719,522.54, totalizando RD\$ 87,753,624.09.**

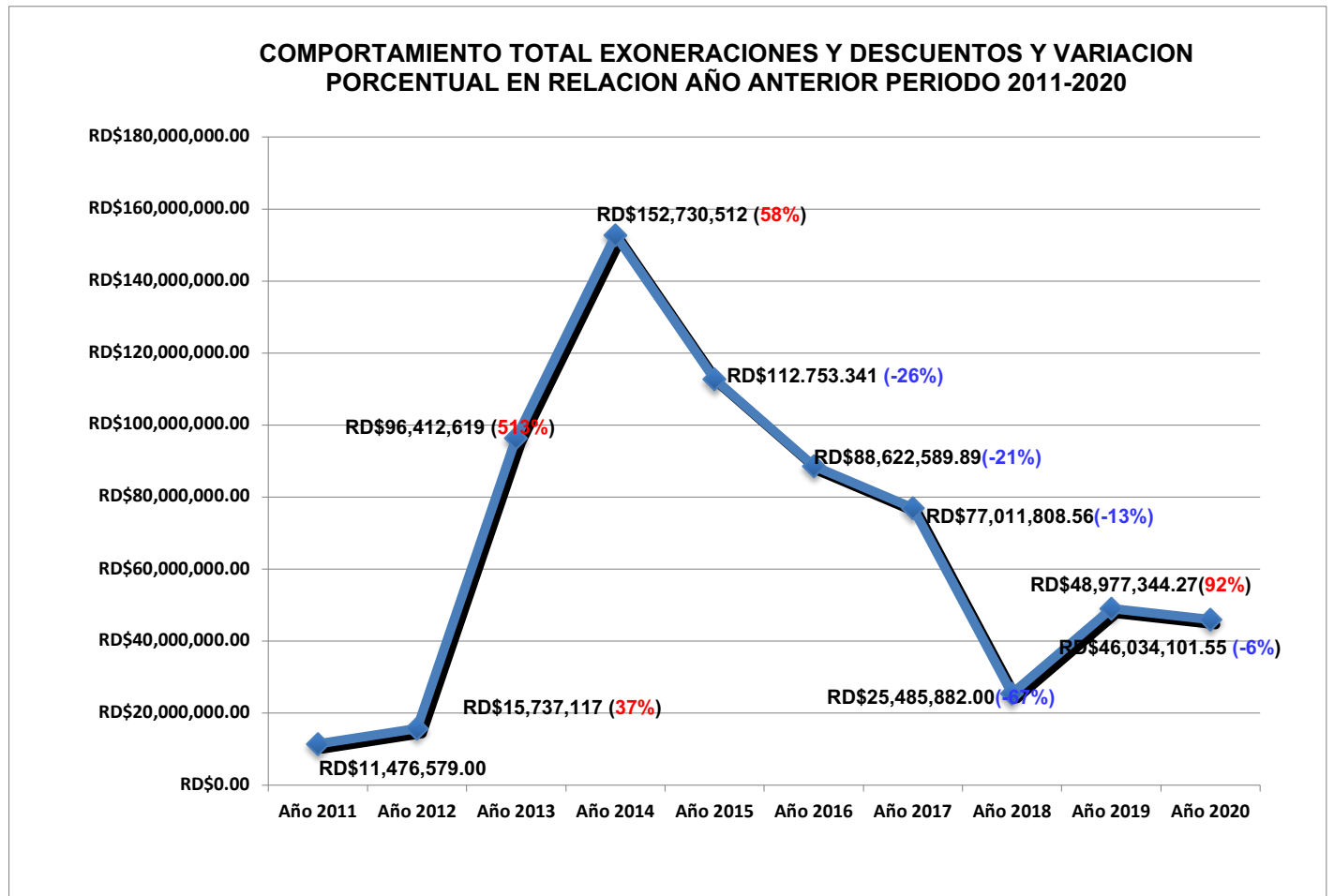
COMPORTAMIENTO PORCENTUAL SEGUN FUENTES FINANCIAMIENTO POR AÑOS 2011-2020



Los precios de todos los servicios ofrecidos en el hospital se encuentran muy por debajo del precio real en el mercado de la salud, aun así, el hospital otorgó por concepto de **exoneraciones y descuentos** un monto total de **46,034,101.55**, lo cual en términos generales representó **el 6%** del total de los ingresos en la institución, que fue de **RD\$851,379,973.65**, pesos y **el 10%** de los aportes suministrados por el MSP.

En términos relativos en este renglón se produjo una disminución del **-6%** con relación al monto otorgado en el 2019 en descuentos y exoneraciones que ascendió a **RD\$48,977,344.27**; **este comportamiento se espera que sea hacia la baja**, 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:



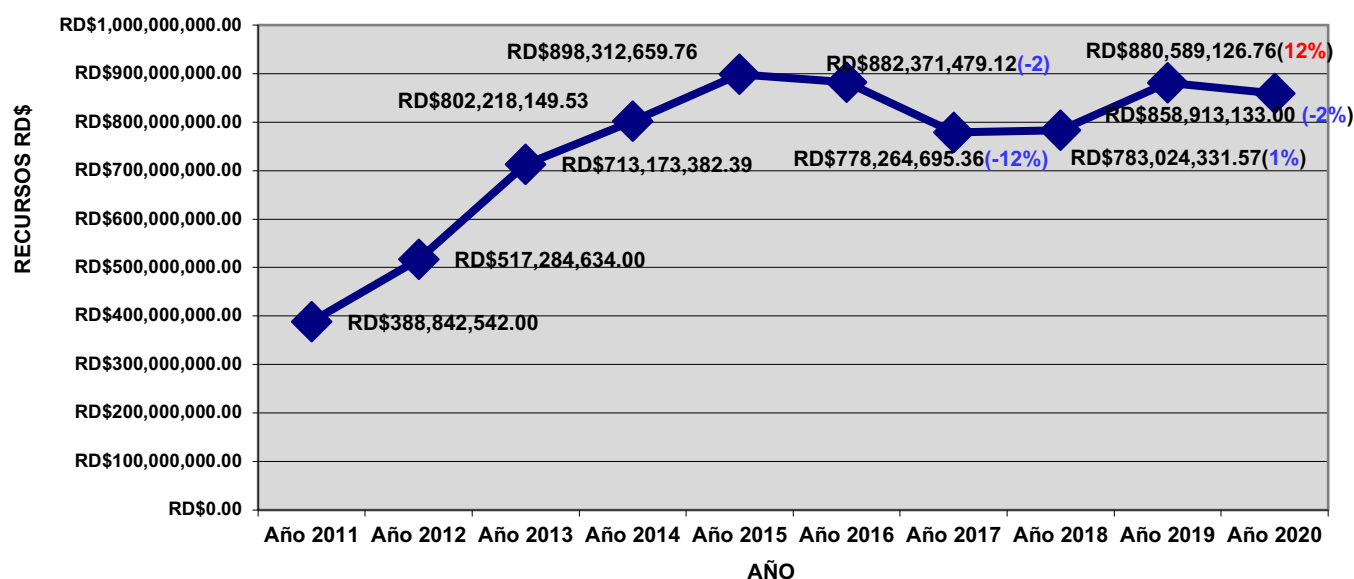
b) Costos y Gastos:

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 2020, 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.

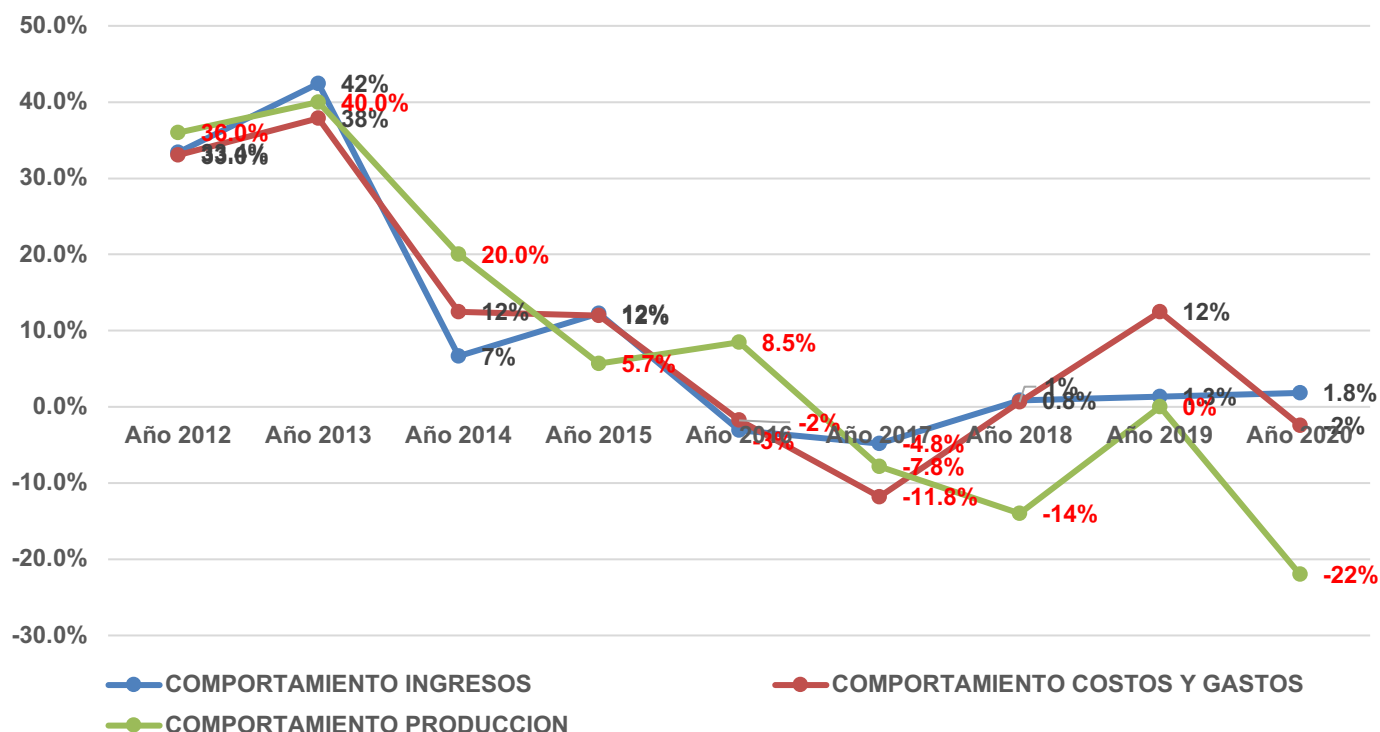
REGLONES	Recursos Asignados Reglones Según Presupuesto Producción	% General Asignación Según Presupuesto Producción por Reglones	RESULTADOS DEL PERIODO (Relativo y Absoluto)	NIVEL CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA POR REGLON EN BASE A LO PROGRAMADO
GASTOS PERSONAL	RD\$572,044,889.58	57.00%	70.82%	75.8%
			RD\$608,283,477.27	
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$39,139,913.50	3.90%	4.00%	97.4%
			RD\$34,355,577.15	
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$351,255,633.96	35.00%	22.14%	136.7%
			RD\$190,174,376.30	
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$40,143,501.02	4.00%	3.04%	124.0%
			RD\$26,099,702.28	
OBRAS	RD\$1,003,587.53	0.10%	0.00%	200.0%
			RD\$0.00	
TOTAL	RD\$1,003,587,525.59	100.00%	RD\$858,913,133.00	

El total de costos y gastos para realizar la producción hospitalaria durante el año 2020 fue **RD\$858,913,133.00** lo cual representó una **disminución** del **2%** del gasto con relación a los **RD\$880,589,126.76**, gastado en el 2019.

COMPORTAMIENTO DE LOS COSTOS Y GASTOS Y VARIACION % EN RELACION AÑO ANTERIOR, PERIODO 2011-2020



COMPORTAMIENTO HISTORICO RELACION INGRESOS, GASTOS Y PRODUCCION PERIODO 2012-2020



De manera desagregada los **Gastos personales y otros gastos personales** representaron el **70.8% (RD\$608,283,477.27)**, esto representó un incremento del **1.7%** de la proporción del gasto en relación al 2019, que fue de **RD\$598,136,836.89**; la nómina presento una disminución del numero de empleados del **0.2% menos** de colaboradores.

Del total de costos y gastos en **Materiales y Suministros** representaron el **22.14% (RD\$190,174,376.30)**, una disminución del **11.1%**; en el 2019 los **Materiales y Suministros** representó del gasto total el **24.3% (RD\$214,032,333.51)**.

Los **gastos no personales** (telefonía, agua, basura, publicidad, alquileres, mantenimiento, combustibles y lubricantes) representaron del total del gasto **4.0% (RD\$34,355,577.15)**, esto representó una disminución del **9.0%** de la proporción del gasto en relación al 2019, que fue de **RD\$37,771,648.43** siendo el **4.3%** del total de los costos y gastos.

Los **Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**, representaron del total del gasto **3.0%** (RD\$ 26,099,702.28), esto representó una disminución del **14.8%** de la proporción del gasto en relación al 2019, que fue de RD\$ 30,648,307.93 siendo el **3.5%** % del total de los costos y gastos.

c) Resultados Flujo de Caja del Periodo:

En relación al **Resultado del Periodo** con ingresos de unos **RD\$ 851,379,973.65**, menos los costos y gastos de **RD\$ 858,913,133.00**, obtenemos un resultado de negativo de **(RD\$ 7,533,159.35)**, representado esto el **-0.88%** con relación a los ingresos.

En relación al resultado del año 2019 representó una disminución de la perdida del **-83.0%** en relación al resultado del año 2019 donde el déficit fue de **-RD\$ 44,627,661.24**

CONCEPTOS	1er. CUATRIMESTRE	2do. CUATRIMESTRE	3er. CUATRIMESTRE	GENERAL
TOTAL INGRESOS	RD\$252,852,701.79	RD\$299,151,525.58	RD\$299,375,746.28	RD\$851,379,973.65
TOTAL EGRESOS	RD\$275,235,757.90	RD\$302,988,375.71	RD\$280,688,999.39	RD\$858,913,133.00
RESULTADOS	(RD\$22,383,056.11)	(RD\$3,836,850.13)	RD\$18,686,746.89	(RD\$7,533,159.35)
Margen de Beneficios o Perdidas	-8.85%	-1.28%	6.24%	-0.88%

Gráfico:

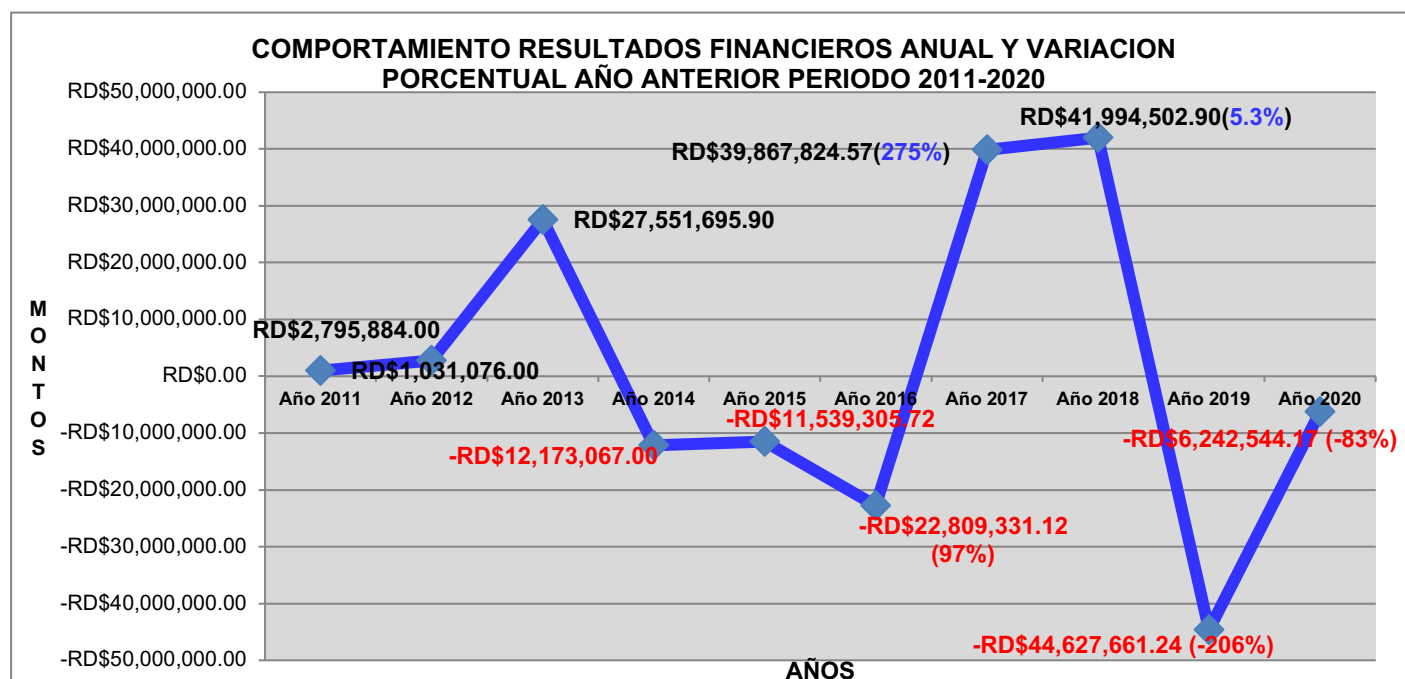
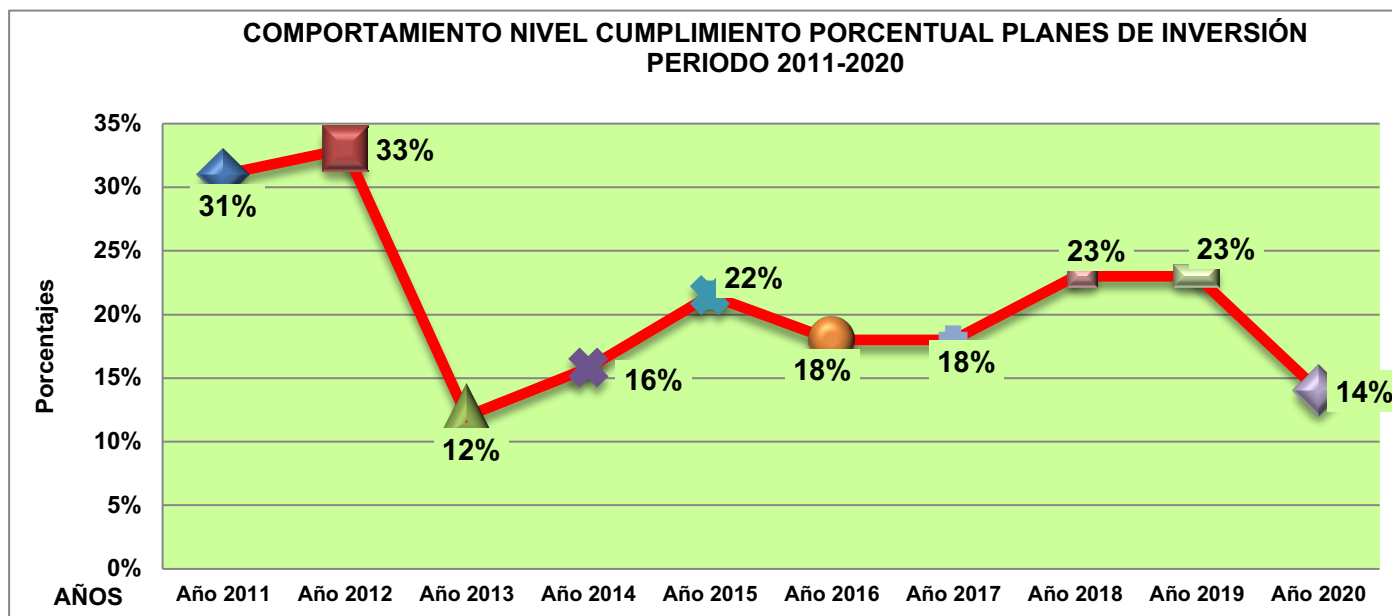


Gráfico:



d) Cuentas por cobrar y pagar al cierre del período fiscal encontramos el siguiente resultado:

DESCRIPCIÓN	TOTAL DEL AÑO 2020
CUENTAS POR COBRAR	RD\$ 199,699,952.92
CUENTAS POR PAGAR	RD\$ 42,631,943.42
BALANCE	RD\$ 157,068,009.50

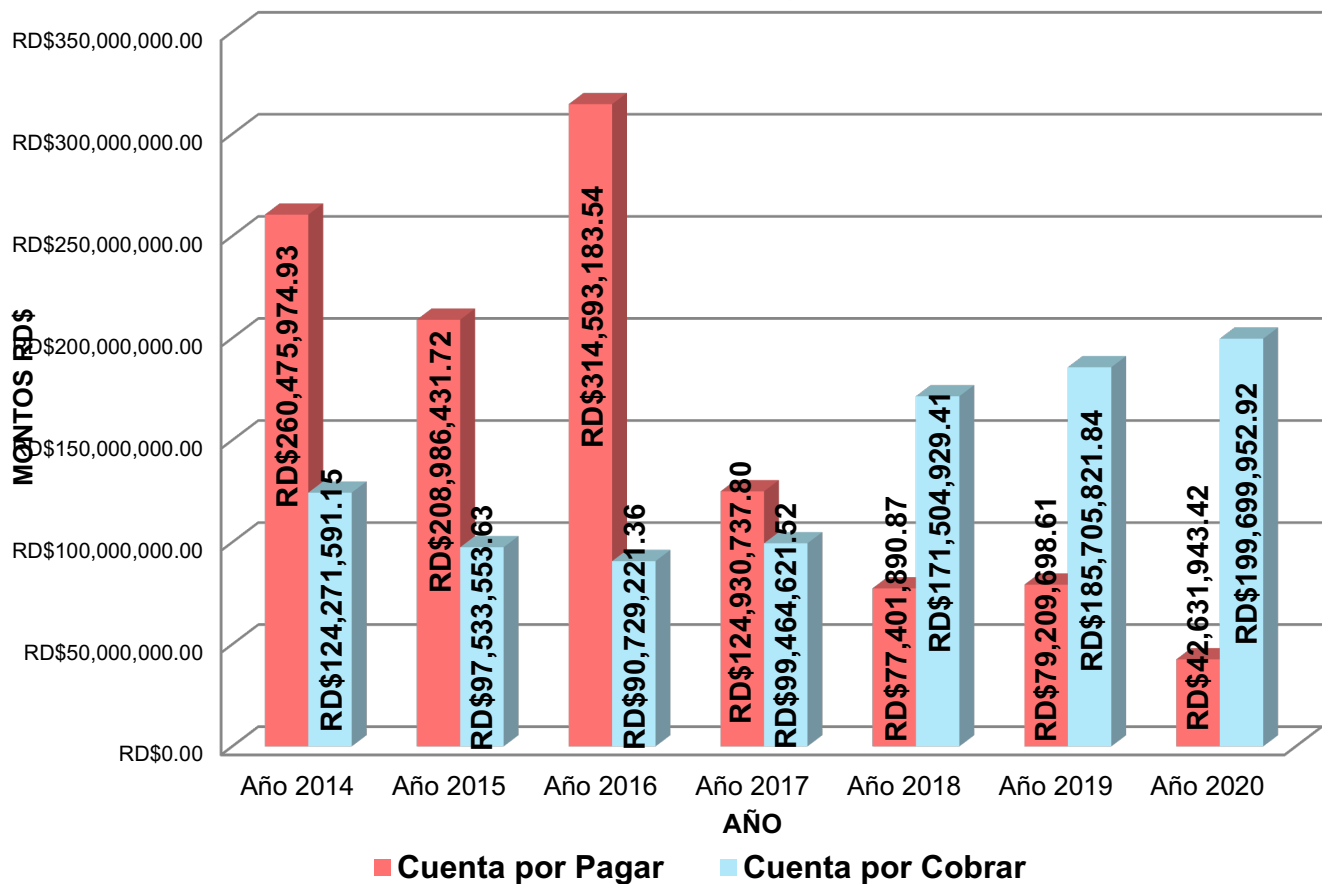
Estos nos arrojan un balance de **RD\$ 157,068,009.50**, que daría como resultado positivo, en el supuesto que logran recuperar el 100% de las cuentas por cobrar, en relación al balance de cuentas por cobrar y cuentas por pagar del año 2019 que fue de (**RD\$ 106,496,123.23**), esto significó un **resultado positivo de las cuentas por cobrar frente a las cuentas por pagar del 47.5%**, con relación al año 2019.

e) Composición de las cuentas por cobrar, montos y porcentajes año 2020; HTNAL.

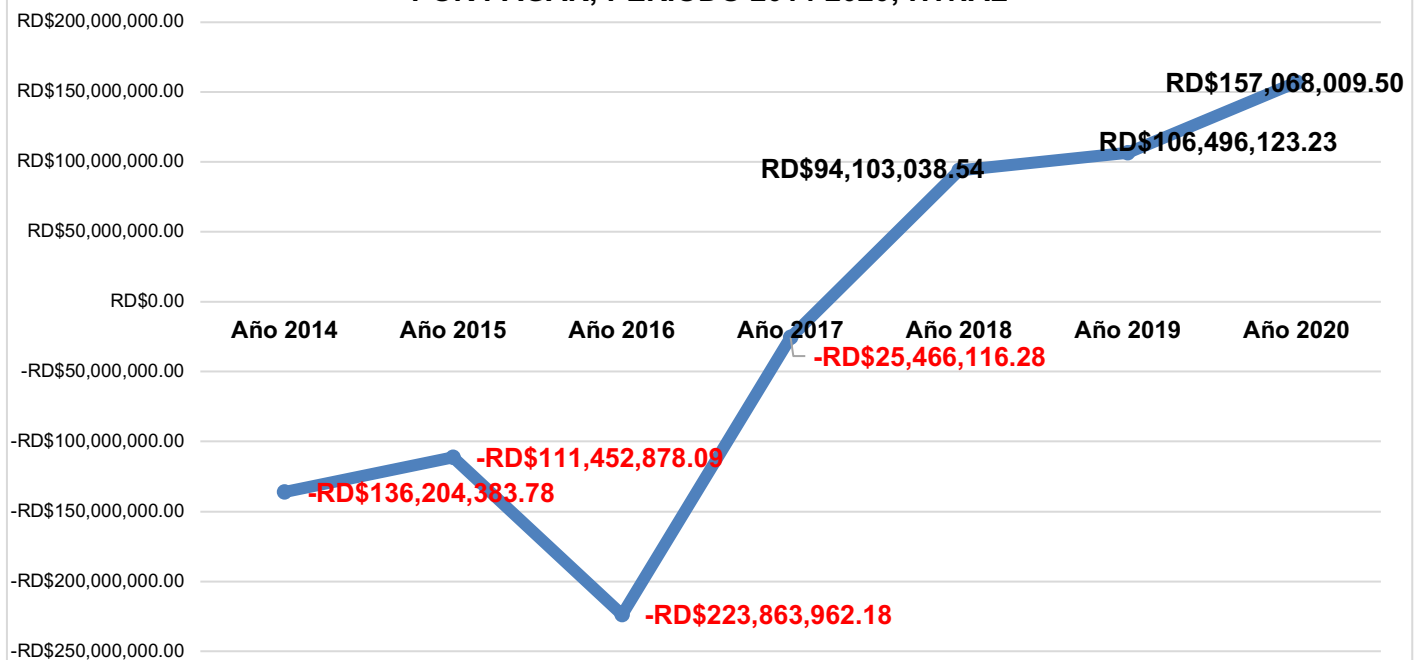
CONCEPTOS	MONTOS	%
CUENTAS POR COBRAR ARS	8,325,049.63	4.2%
NOTAS DE CRÉDITOS	- 838,069.38	-0.4%
CUENTAS POR COBRAR INSTITUCIONES	16,691,986.12	8.4%
CUENTAS POR COBRAR USUARIO	175,520,986.55	87.9%
TOTAL CUENTAS POR COBRAR	199,699,952.92	100.0%

Fuente: Subdirección Financiera y Administrativa HTNAL

COMPORTAMIENTO CUENTAS POR PAGAR Y POR COBRAR POR AÑO, PERIODO 2014-2020; HTNAL



COMPORTAMIENTO HISTORICO BALANCE CUENTA POR COBRAR Y CUENTA POR PAGAR; PERIODO 2014-2020; HTNAL



Observando el resultado de las cuentas por cobrar versus las cuentas por pagar observamos un balance positivo de **RD\$ 157,068,009.50**, si se hubiese realizado una adecuada gestión de cobro el resultado del balance de caja no fuera negativo (**RD\$ 6,242,544.17**), pues aun saldando las cuentas por pagar, el hospital hubiese quedado con un balance positivo de **RD\$ 150,825,465.33**.

Recomendación:

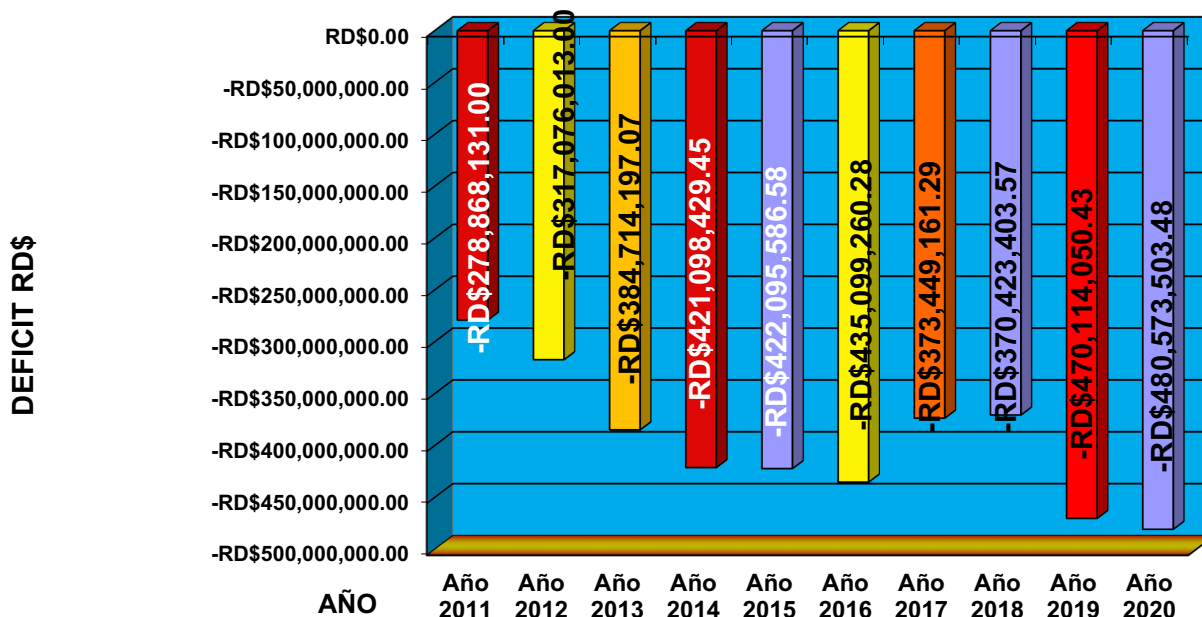
Es de vital importancia dada las condiciones económicas del hospital que se realice una adecuada gestión de las cuentas por cobrar, ya que el volumen de esta es muy elevado dada la situación financiera del hospital.

f) Análisis comportamiento del déficit según fuentes financieras.

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 **56.0%** (**-RD\$480,573,503.48**) 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:

COMPORTAMIENTO DEL DEFICIT OPERACIONAL, SIN LOS APORTES DEL GOBIERNO POR AÑO 2011-2020



En conclusión en relación a la gestión económica del hospital, podemos decir que en términos generales en base al análisis de la informaciones y datos podemos concluir que el desempeño financiero de la gestión del HTNAL, puede calificarse como **Pobre Desempeño**, debido a los resultados productivos y de ingresos económicos esperados y logrados el año 2020, cabe señalar que en los últimos años el hospital ha presentado un comportamiento deficitarios en los balances económicos al cierre de los periodos, pero el año 2020 tuvo también un mayor inconveniente que fue la situación presentada por la Pandemia del SAR-CoV-2.



4. SECCIÓN: PLAN OPERATIVO ANUAL **2021 (POA 2021)**



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 Traumatólogo 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.

i. Resultados del Análisis FODA.

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).	42) 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)	43) 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.	44) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención.
	§ 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.	45) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS
	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.	46) 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:

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	@ Recursos Humanos:	6) Inequidad salarial, de personas con el mismo cargo ganan diferentes salarios.	Acuerdos con nuevas universidades.	47) 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.	48) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.
	§ Sistema establecido de selección y contratación del personal.	9) Personal no cuenta con uniforme.	§ Auditoría médica externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS.	49) 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.	50) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.
	§ Funciones y responsabilidades de los cargos definidos.	11) Falta de identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	Sistema de regulación del Servicio Nacional de Salud para el traslado de pacientes	51) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.
	§ Planes de incentivos y premio a la calidad del mérito.	12) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.	Acuerdos bilaterales con hospitales de segundo nivel para el intercambio de servicios	52) 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) Violación por parte del personal a la disposición de ingerir alimentos solo en las áreas destinadas para tales fines (Ingesta de alimentos y snacks por parte del personal en las habitaciones y áreas de trabajo)	Acuerdo con hospitales del interior del país para la coordinación del traslado del paciente en condiciones seguras y la capacitación del personal	53) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911
	§ Contamos con un buen equipo de planificación y asesoría.	14) Falta de aumento salarial al personal médico y administrativo. (ajuste por indexación)	Señalización en la vía pública.	54) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo
	Seguimiento al Plan de control (ausentismo laboral, permisos, vacaciones, amonestaciones, reuniones departamentales, licencias médicas, entre otros).	15) Falta de incentivo por área gris o cerrada y emergencia.	Auge en la estrategia de TURISMO DE SALUD	55) Pagos parciales o semi-glosas de las ARS
	§ Personal de laboratorio certificado.	16) Falta de protección al área administrativa, mejora salarial, por falta de la administración pública.		56) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo
	Poseemos definidas las funciones y responsabilidades de los nuevos cargos y unidades que se han creado.	17) La modalidad de distribución de los incentivos NO satisface a los usuarios internos.		57) Productos de mala calidad proporcionados por PROMESE-CAL
	Se aprovechan los servicios de capacitación del Instituto Nacional de Administración	@ Educación Continua y Capacitación:		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Pública (ANA), INFOTEP, otras instituciones.			
	Evaluación periódica de desempeño técnico del personal .	18) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.		
	@ Educación Continua y Capacitación:	19) No se realizan conferencias audiovisuales a los usuarios.		
	§ Contamos con un Plan de Capacitación y educación Continua, formulado en base a necesidades identificada en cada Gerencia.			
	La entrega de guardia son educativas, ya que se incorporan informaciones académicas.	Logística de Medicamentos e Insumos		
	@ Estandarización y Seguridad:	@ Estandarización y Seguridad:		
	§ Servicios estandarizados a través de la utilización de procesos y protocolos de actuación en todas las áreas.	20) 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.		
	Contamos con protocolos de actuación emitidos por el MSP	21) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes		
	§ Auditoria médica interna de concurrencia y externa por partes de las ARS (SENASA) y otras ARS's privadas.	22) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.		
	§ Comité de infecciones Asociadas a la Atención en Salud (CIAAS)	23) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.		
	§ Sistema de administración y contabilidad con controles adecuados.	24) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para usuarios, pisos lisos resbalosos baños)		
	§ Atenciones de enfermería directa realizadas por personal profesional.	25) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.		
	§ Contamos con el plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	26) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.		
	§ Vigilancia epidemiológica de forma continua y búsqueda activas de casos objetos de vigilancia.	27) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.		
	Manejo adecuado de los desechos intrahospitalarios, se realiza la clasificación de desechos adecuadamente.	28) Falta de actualización de los protocolos existentes		
	Comité de Bioética y Mortalidad.	29) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.		
	Somos el único hospital de América Latina HemoCardio Protegido.	30) Se ha descontinuado la practica de proporcionar servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.		
	Iluminación en parte del perímetro interno del hospital y externo en todo el frente.	31) NO se ha realizado la revisión y modificación del documento Consentimiento Informado		
	Agilidad en la lista de espera para consultas y cirugías programadas de las	32) Falta de capacitación para la socialización del nuevo consentimiento informado, cuando sea elaborado.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	diferentes especialidades quirúrgicas			
	Plan de evacuación y seguridad en caso de desastre.	33) Falta de vigilancia en los parqueos del hospital		
	Comité de infecciones asociadas a la atención de salud (CIAAS).	@ Análisis y Tomas de Decisiones:		
	Habilitación de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC-Triaje) en la emergencia.	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de algunos médicos en el sistema del área de consulta		
	Conformación de comité de discusión evitabilidad Mortalidad.	35) Asignación de diferentes números de récord a un mismo paciente.		
	Manejo adecuado de los desechos hospitalarios, clasificación y manejo en el área de deposito, de acuerdo a las normas nacionales.	36) Personal de enfermería (auxiliares de transporte) poseen escasa capacitación sobre traslado de paciente.		
	Vigilancia y control de la tasa de Infecciones Intrahospitalaria en las UCIs, que nos permite contar con indicadores por debajo de lo esperado para hospitales similares.	37) Ausencia en las áreas quirúrgicas de los registros de las cirugías y procedimientos en formato digital (puede ser en Excel)		
	@ Logística de medicamentos e insumos:	@ Monitoreo y Evaluación:		
	§ Farmacia interna con dispensación de medicamentos sistema unidosis para garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento de los usuarios.	38) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.		
	§ Reposición continúa de stock de medicamentos.	39) Ejecución parcial del plan de capacitación		
	Adquisición de insumos y materiales de buena calidad de productos solicitados por las diferentes gerencias.	40) Falta del software de gestión financiera.		
	@ Análisis y Toma de Decisiones:	41) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.		
	§ Contamos con el Consejo de Administración Hospitalaria (CAH), nivel colegiado de análisis y toma de decisiones.			
	§ Cumplimiento de las disposiciones, acciones y actividades definidas en el CAH.			
	§ Acceso a informaciones actualizadas y oportunas para la toma de decisiones.			
	Habilitación para prestar servicios a las ARS privado			
	Implementación de estrategias para el control de las glosas con apoyo del personal de auditoría			
	@ Resultados Indicadores Calidad:			
	§ Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.			
	Bajo Nivel de Reingresos Programados.			
	@ Monitoreo y Evaluación:			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ 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.			
	Reactivación del comité de seguimiento periódico al plan de corrección de debilidades y control de 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.	54) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por el nivel de satisfacción de los ciudadanos en algunos aspectos.
	§ Apertura de otros servicios.	2) Falta de personal de atención al usuario en el lobby principal del hospital para orientar a los pacientes desde su llegada	§ 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	3) 21.7% considera que debe mejorar las facilidades para conseguir citas.	Aprovechar los convenios con las universidades para capacitar al personal	55) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.
	Implementación de los servicios de doppler y reactivación de los servicios de resonancia	4) El 15.2% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	La gran cantidad de cadenas comerciales en la zona del hospital para establecer convenios de negocios en ambas vías.	56) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Apertura de otros servicios, (unidad gestión ARS HTNAL)	Área Emergencia:	§ Acuerdo con fundaciones sin fines de lucro y del gobierno.	57) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable
	Reactivación de las charlas informativas por parte del personal de Atención al Usuario en las áreas de espera.	5) 68.2% De los encuestados No conoce el nombre del médico que le atendió.	Oportunidades de capacitación a nivel nacional e internacional	58) Falta de atención y/o cierre de hospitales sin tomar las medidas de lugar
	Implementación sistema de reconocimiento facial (Empleados y Usuarios externos).	6) 55.8% No conoce el nombre de la enfermera.		
	Monitoreo y Evaluación:	7) Solo 29.1% Respondió afirmativamente a la pregunta ¿se le ha realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en qué consiste, o sin pedir autorización?		
	§ Realización de encuestas de satisfacción de usuarios externos e internos.			
	Responsabilidad y Control:	Área Hospitalización:		
	§ Contamos con la Gerencia de Atención al Usuario.	8) 23.8% en el área de cirugía, considera debe mejorar la limpieza de las habitaciones.		
	§ Laboratorio de Emergencia en el 1 ^{er} nivel (24 hrs)	9) 23.8% en el área de cirugía, 12.5% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar los puntos de atención al usuario.		
	Satisfacción Usuarios Externos:	10) 19% en cirugía general y especialidades, 12.5% en el área de neurocirugía, 12.8% en ortopedia, considera debe mejorar la limpieza de sanitarios y áreas comunes.		
		11) 18.8% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar el trato de las enfermeras		
	ÁREA CONSULTA EXTERNA:	12) 14.3% de usuarios en cirugía general, 6.3% neurocirugía, considera debe mejorar los trámites de admisión y pago de servicios.		
	100% encontró el servicio demandado.			
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones brindadas por el personal de facturación y con la capacidad, amabilidad y disposición del personal en los puntos de atención.	Usuarios Internos:		
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con las explicaciones brindadas por el médico sobre su dolencia y uso de medicamentos.	13) 82% no ha recibido pago por horas extras. No se miden las horas extras.		
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el horario de atención en la consulta.	14) 66.7% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.		
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto del personal de enfermería del área.	15) 45.7% dice no ha recibido incentivo/reconocimiento por su trabajo.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a la privacidad .	16) 45.2% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones al personal		
	100% de los entrevistados, se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad y limpieza de los servicios sanitarios y el 100% encontró los necesario para su higiene (Agua, jabón, papel) .	17) 43.6% no se realizan actividades de recreación con los equipos de trabajo.		
	98.9% recomendaría el hospital.	18) 39.9% no existen imágenes/advertencias en su área de trabajo y 28.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las imágenes y advertencias en relación a los riesgos/peligros en su área de trabajo.		
	98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la rapidez de la atención .	19) 39.8% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.		
	98.9% conoce alguna manera de expresar quejas o sugerencias a las autoridades.	20) 37.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.		
	98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la agilidad que muestra en médico en su consulta .	21) 36.2% considera que la carga de trabajo en su área NO esta distribuida equitativamente (bien repartida).		
	98.9% de los usuarios se siente de muy satisfecho a satisfecho con la climatización limpieza de áreas de espera y consultorios .	22) 31.9% considera que el plan de capacitación NO toma en cuenta sus necesidades como empleado.		
	84.7% Conoce más de dos maneras de programar una cita.	23) 35.5% no conoce de la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.		
	ÁREA EMERGENCIA:	24) 29.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos, accesorios y/o insumos para proteger su integridad física y salud durante la realización de las tareas de su trabajo.		
	100% Recomendaría el hospital	25) 29.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.		
	100% Volvería al hospital.	26) 27.7% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes para aprovecharlos en beneficio de la institución.		
	100% se siente de satisfecho a muy satisfecho en sentido general con los servicios y con la imagen que brinda el hospital.	27) 27.7% no tiene identificada área de descanso de acuerdo a su puesto de trabajo.		
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la climatización del área y con los ruidos y sonidos e intensidad de estos en el área y con la limpieza e iluminación de las áreas.	28) 25.5% responden negativamente a la pregunta ¿Crees que tu institución trata de mantener y mejorar las condiciones de trabajo?		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte de la enfermera	29) 23.7% considera la forma de contratación no le confiere seguridad laboral.		
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a su privacidad como paciente.	30) 23.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena		
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el trato recibido por el personal de seguridad.	31) 23.4% no conoce la existencia de un plan de capacitación.		
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la rapidez de la atención.	32) 22.3% no se les informa cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones y las razones de estas		
	100% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la disponibilidad de medicamentos, equipos e insumos.	33) 17% no ha participado en actividades de capacitación.		
	98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la claridad en la información y manejo de los trámites de pago, ingreso, traslado; de estos el 75.6% se encuentra muy satisfechos.	34) No se reconoce a los empleados por su cumpleaños y reconocimientos por logros o mejoras.		
	98.8% dice la emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes			
	98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con las informaciones brindadas por el personal de admisión y con la capacidad, conocimiento y prontitud del personal de admisión para resolver su problema o reclamo	Responsabilidad y Control:		
	98.8% Se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico por su atención	35) No se define, ejecuta y se le da seguimiento a un Plan para mejorar las insatisfacciones identificadas en las encuestas.		
	95.3% considera de poco a aceptable el tiempo de espera para recibir atención en la emergencia.	36) Falta de Telecable en TVs de las salas de esperas.		
	95% reconoce o le informaron alguna manera de expresar cualquier queja, problema, o sugerencia a las autoridades de la institución	37) Escaso personal o falta de eficiencia en personal de admisión, caja y facturación en los días feriados y de mayor demanda.		
	88.4% recibió asistencia médica antes de 30 minutos de su llegada a la institución; de estos el 66.3% antes de 15 minutos	38) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.		
	ÁREA HOSPITALIZACIÓN:	39) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.		
	100% de los entrevistados en las áreas de Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía general y	40) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	especialidades percibieron que fuero n tratados con respeto.			
	100% de los entrevistados en las áreas de Neurocirugía, 97.4% Ortopedia, 90.5% de Cirugía General y especialidades volverían al hospital si se le presentara un problema de salud.	41) Falta de cortesía de algunos colaboradores		
	100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia y Cirugía general y especialidades, 93.8% Neurocirugía recomendaría el hospital.	42) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.		
	100% de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía el 90.5% de Cirugía General y especialidades se encuentran de muy satisfechos a satisfechos con la amabilidad y respeto del personal de enfermería.	43) Falta de batas para personal médico.		
	100% de Cirugía General y especialidades de los entrevistados en las áreas de Ortopedia, Neurocirugía e% percibieron se les respetó su privacidad.	44) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades		
	100% en el área de ortopedia, neurocirugía y cirugía general y especialidades se encuentran de satisfechos a muy satisfechos con el interés y agilidad que muestra el medico al tratar su dolencia	45) Falta amabilidad y poca capacidad resolutive de algunas secretarias y/o asistentes de gerencias médicas		
	90.5% de los entrevistados en el área de cirugía, 94.9% de ortopedia y 87.5% de neurocirugía conoce el nombre del médico y de la enfermera que le atendió.	46) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).		
	Usuarios Internos:	47) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED		
	100% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.	48) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre- quirúrgica, violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes		
	96.8% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por sus compañeros.	49) Comedor común compartido con usuarios externos		
	92.6% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por su supervisor inmediato	50) 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		
	92.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de ser tratado por su supervisor inmediato.	51) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)		
	90.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con las capacitaciones recibidas para llevar a cabo las funciones que el plan de evacuación y emergencia le encomiende.	52) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	90.5% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la imagen externa de la institución y se sienten de muy satisfecho a satisfecho.	53) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes		
	89.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma en que la institución contribuye con la comunidad y el medio ambiente.			
	88.3% considera la institución donde labora es un ejemplo a seguir.			
	87.3% se siente de satisfecho a muy satisfecho con el respeto a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención la adversidad (genero, orientación sexual, etc) en la institución			
	85.1% conoce la existencia de un plan de evacuación/emergencia.			
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:
	§ Asesoría de compañía consultora.	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.	34) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.
	§ Inicio de las operaciones con un Plan Estratégico de Desarrollo y de Producción.	2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	§ Compra y venta de servicios especializados	35) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos
	§ Definición de las necesidades (Recursos Humanos, capacitaciones, equipos, insumos y materiales, infraestructura, de cada subdirección y gerencia.	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:
	§ Calculo de productividad en base a capacidad instalada.	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.	36) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.
	§ Poseer definida la Misión, Visión y Valores.	5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura de los manuales de proceso y manual de organización.	@ Factores Logística e Información:	37) Sobredemanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).
	§ Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, etc.)	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.	38) Campaña de descrédito del hospital.
	§ Imagen editorial con relación a los medios de comunicación	7) Comité de contratación de personal No se ha capacitado con metodología.		39) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.
	§ Existencia de una subdirección de planificación (incluye la gerencia de monitoreo y evaluación)	8) No contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información.		40) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Call center para procesos de comunicación con los usuarios.	@ Factores Logística e Información:	§ Empresa consultora especializada en diseño de logística asistencial en salud.	41) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.
	§ Capacidad para elaboración de informes estadísticos por gerencia y general.	9) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	§ Acceso a redes de información nacional e internacional.	42) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.
	§ Capacidad de elaborar actividades educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	10) Bajo cumplimiento y/o escaso seguimiento a algunos procesos establecidos.	§ Acceso de grandes bibliotecas virtuales de información en salud y gestión hospitalaria.	43) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).
	§ Dirección general con experiencia en hospital en trauma y en modelo de gestión de hospital del futuro.	11) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	§ Diferentes medios especializados y foros para difundir informaciones del hospital.	
	Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado.	12) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	§ Oferta de capacitación en el área médica gerencial por instituciones universitarias nacionales e internacionales.	
	Poseemos stock mínimo establecido para áreas vulnerables.	13) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	Identificación de área para la construcción de un almacén general.	
	Compromiso de la mayoría de los gerentes con la institución	14) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	Venta internacional de nuestros servicios especializados	
	@ Factores Logística e Información:	15) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	Poder ofertar a nivel Nacional e internacional nuestros servicios especializados y subespecializados	
	§ Procesos generales definidos.	16) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.		
	§ 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.	17) No seguimiento por parte de algunas gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.		
	§ Existencia de una Gerencia de Activo Fijos.	18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.		
	§ Existencia de una Gerencia de Estadísticas.	19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.		
	§ Posibilidad de contratar personal y empresas por servicios prestados.	20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.		
	§ Capacidad resolutoria de la Gerencia de Informática para replicar los conocimientos de los diferentes softwares y soporte técnico.	21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal		
	§ Discusión de casos clínicos importantes.	22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)		
	Cumplimiento de los procesos en la adquisición de insumos.	23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia		
	Organización de récord clínico físico del paciente.	24) Mala logística para negociar con las ARS		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Utilización de facilidades tecnológicas para realizar educativas y laborales con otras entidades usando telemedicina y video-conferencias.	25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro		
	Unidad de Gestión de materiales de Osteosíntesis.	26) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.		
	Reactivación Y Reestructuración de los comités de Compras y Contrataciones, Comité de Ética, Comité de Emergencia y Desastres, Comité de Farmacia, Comité de Calidad	27) Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado con limitaciones en su funcionalidad.		
		28) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.		
		29) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.		
		30) Uniforme para parte del personal.		
		31) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan		
		32) Obsolescencia de equipos de hardware.		
		33) 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.	50) 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).	51) 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.	52) 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),	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.	53) Debilidad de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Unidades de Cuidados Intensivos, 2 Unidades (14 camas), UCI Intermedio (5 camas) emergencias, Triage y reanimación, cirugías (10 quirófanos), medicina física y rehabilitación, imágenes (tomógrafos, resonancia magnética, rayos x, ecocardiogramas, sonógrafos), laboratorio clínico y banco de sangre, laboratorio de anatomía patológica y morque.			
	@ Captura del Mercado	5) No poseer Planta de manejo de residuos hospitalarios.	Instalación del Sistema de Emergencias 911	54) 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 y Adecuación modulo odontología	55) Inestabilidad económica
	§ Personal con alta calificación técnica.	6) 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.	56) 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.	7) 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.	57) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.
	§ Enfoque de integralidad en los servicios.	8) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	§ Deficiencia en la entrega de servicios con calidad en la atención en los demás centros hospitalarios.	58) El aumento de precio de los productos alimentarios, medicamentos e insumos.
	§ Existencia de una Gerencia de Relaciones Públicas y Comunicación.	9) 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.	59) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.
	§ Posicionamiento publicitario en las redes sociales.	10) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	§ Acuerdos interinstitucionales con otros proveedores para la venta y compra de servicios.	
	§ Adecuado trato a los usuarios.	11) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	§ Factores Económicos / financieros:	@ Factores Medioambientales:
	§ Asistencia centrada en las necesidades y problemas de los usuarios.	12) 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	60) El país se encuentra en la ruta de huracanes.
	§ Garantía de calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas.	13) Limitado acceso a tecnología de punta	Implementar el Servicio de Cirugía Bariátrica	61) Fallas geológicas y movimientos telúricos.
	§ Infraestructura hospitalaria adecuada	14) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).	Contribución de los usuarios privados.	62) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
				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.	15) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas para realizar su trabajo	§ Autogestión financiera.	63) 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.	16) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	§ Cooperación de las FFAA en la disponibilidad de recursos humanos.	64) 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.	17) Falta de agilidad para dar respuestas a la corrección y/o reparación de averías en los equipos y/o sistemas.	Posibilidad de colocar unidad laparoscópica	65) 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 resolutive del laboratorio clínico, banco de sangre.	18) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	@ Factores Competitivos:	66) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.
	§ Climatización de todas las áreas.	19) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios		67) 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.	68) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.
	§ Área de Triage exclusiva en emergencia, que permite categorizar e identificar al usuario y atenderlo en función de criterios fisiológicos y no de acuerdo al orden de llegada.	20) Presión de Urgencias= 44% (-120%)	§ Posibilidad de adquirir insumos a gran escala, reduciendo el precio de adquisición.	69) El aumento del número de pacientes nacionales y 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.	70) Falta de seguridad en los parques de la ciudad de la salud.
	Somos el único hospital con servicio de nefrología y unidad de hemodiálisis en el municipio Santo Domingo Norte.	21) % Cirugías Electivas = 35%	§ Capacidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones nacionales e internacionales.	71) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda
	§ Red de tecnología de la información.	22) Hospitalización: 52.3%	§ Contar con unidad de video conferencia que permite el contacto con otras instituciones, nacionales e internacionales.	72) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.
	§ Alta capacidad resolutive en el aspecto quirúrgico al poseer 10 quirófanos exclusivamente para traumatología neurocirugía, maxilofacial y cirugía general y otras especialidades quirúrgicas.	23) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	§ Implementación de Tele-cirugía en el hospital, a través del Quirófano inteligente.	73) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital
	§ Atención de enfermería profesionalizada.	24) Escaso Mantenimiento preventivo de los equipos mobiliarios, sistema e infraestructura.	§ Formación de especialistas.	74) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos
	§ Traslado de usuarios por auxiliares de enfermería	25) Falta de expediente electrónico.	§ Limitada oferta de servicios especializados en el área de	75) Presión mediática con desvinculación del personal

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	capacitados en técnicas de traslado.		salud, en relación a la oferta definida en el hospital.	
	§ Servicio permanente de energía eléctrica.	26) La subutilización de los quirófanos existentes.	@ Factores Económicos / Financieros:	76) Tardanzas de las ARS para autorizar los materiales de osteosíntesis
	Registro de la marca HTNAL.	27) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	§ Posibilidad de incremento de la subvención económica del MSP.	77) Eliminación de procedimientos en el catálogo de SENASA Subsidiado.
	Habitaciones confortables (tv. Closet, etc.)	28) El no cumplimiento del horario establecido de consulta.	§ Convenios de ventas de servicios a las ARS's.	78) Aumento competitividad de otros centros que brinden servicios similares a los nuestros.
		29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	Posibilidad de establecer acuerdos con seguros internacionales para la venta de servicios.	79) Presencia de pacientes con COVID-19 y no tener un área específica
	@ Producción:	30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	§ 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.	31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	§ Precios de los servicios accesibles a la población general.	
	Buen reconocimiento de la marca.	32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	§ Contribución de los usuarios privados.	
	§ Facilidades de contratación de servicios con terceros.	33) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	§ Obtención de materiales y equipos donados por instituciones nacionales e internacionales.	
	Posibilidad de Renegociación de los servicios con ARS privadas y pública.	34) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	Servicio de medicina prehospitalaria.	
	§ Asignación presupuestaria por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	35) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	@ Factores de Gobierno y Sociales:	
	Contamos con servicios integrados de cirugía, neurocirugía, trauma y rehabilitación y Unidad Odontológica	36) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	§ Posibilidad de aprovechar la política social del gobierno.	
	Capacidad para ofertar procedimiento cirugía laparoscópica, artroscópico ,cirugía mínimamente invasivo	37) Alto riesgo de contagio del SAR-CoV-2 del personal que provoca un aumento de las licencias médicas y disminución de la producción	§ Conformación de un voluntariado que pueda identificar recursos financieros de apoyo a usuarios de escasos recursos.	
	Capacidad gerencial en todas las áreas.	38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	§ 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.	

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Ampliación de la capacidad productiva, área de Imágenes, hospitalización, etc.	39) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	§ Aumento del mercado con el paso de los servidores públicos al Régimen Contributivo de SENASA.	
	Uso eficiente de las áreas de especialidades quirúrgicas.	40) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	§ Inclusión por parte de SENASA de 1,300,000 de personas al régimen subsidiado en los próximos 4 años	
	Se realizan pruebas para determinación de COVID 19 rápidas y PCR y antígenos, calcitonina, Dímero D, Troponina cuantitativa.	41) 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.	Posibilidad de convenios educativos para la educación continuada.	
	Nuevo y actualizado equipo de resonancia magnética	42) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	§ Descentralización de la gestión del sector salud como política de gobierno central a través del Ministerio de Salud Pública.	
	Creación de unidad de gestión de material de osteosíntesis para ARS privadas	Equipos e Infraestructura	§ 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.	
	Bajo porcentaje de suspensión de procedimientos electivos	43) Limitada cantidad de parqueo.	§ La incorporación de Seguros Internacionales y desarrollo de un plan de posicionamiento que permita captar importantes recursos por la venta de servicios.	
	Mejoría del algunos colaboradores del hospital en el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones, que tenían bajo desempeño.	Capacidad instalada	§ La firma de convenios con empresas nacionales y multinacionales instaladas en el país.	
	@ Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:	44) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	§ 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).	
	Rendimiento Consulta Externa = 65% Aun con Pandemia SAR- CoV-2	45) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	Cooperación interinstitucional con otra dependencias del Estado y con las Fuerzas Armadas en la disponibilidad de RR.HH.	
	Consulta = 98%	46) No existe sistema informático específico para triage	Demanda no satisfecha en los servicios endovascular periférico y cardíaco y la instalación de otras áreas de imágenes.	
	Tasa Utilización Quirófanos= 28% Esto fue atribuible a la Pandemia SAR- CoV-2	Sistemas de Información	Ofrecer servicio a los pacientes que senasa incluirá en el régimen subsidiado	
	Tasa Ocupación = 108%	47) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	Demanda insatisfecha de procedimientos ambulatorios que da la oportunidad de crear la unidad de cirugía ambulatoria	
	Promedio Estadía= 7.1 día	48) Falta de números telefónicos y cambio o mal registro de informaciones y datos de los		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
		usuarios al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.		
	Cirugías Electivas: 35% Esto fue atribuible a la Pandemia SAR- CoV-2	49) Baja utilización de los informes de análisis de costos.		
	§ Monitoreo y control de gastos presupuestarios.			
	§ Cálculo de producción en base a capacidad instalada, enfocado a sacar el mayor provecho.			
	§ Adecuados controles internos de los activos fijos.			
	Se realizan análisis y control de costos.			
	§ Protocolos y manuales de procedimiento en todas las áreas.			
	§ Toma de decisiones en base a análisis de las informaciones y datos.			
	§ Capacidad de personal de acuerdo a perfiles técnicos.			
	§ Dotación de oficinas.			
	§ Existencia de la marca HTNAL			
	§ 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 potencial institucional (compra, reducción de costos, recursos disponibles).			
	Mayor control en la cantidad de flotas asignadas abiertas) y no.			
	Análisis y control de costos cada mes			
	Conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica.			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.	@ Logística:	@ Logística:	@ Seguridad y cuidados de los recursos:	@ Disponibilidad de recursos:
	Se han identificado otras fuentes de ingreso	1) Ausencia de un software financiero.RRHH , ETC. (Integrado)	§ Existen las Normas Básicas de Control Internos (NOBACI).	22) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).
	§ Facilidades para los servicios de facturación y cobro a usuarios asegurados			23) Retraso en el pago de las ARS's.
	§ Facturación 24 horas en emergencia.	@ Control:	@ Gestión y Control Recursos Económicos.	24) Crisis financiera internacional y nacional.
	Ampliación de la cartera de servicios con los nuevos equipos a disposición del hospital.	2) No hay una organización eficaz de los servicios subespecializados bien delimitada.	Disponibilidad de recursos humanos capacitados para determinar y suplir de personal contratado tanto administrativo como medico eficaz y eficientemente las necesidades del hospital	25) No existe a nivel nacional un plan de contingencia económico en casos de pandemia ni desastres naturales.
	Personal, equipos e infraestructura fisca para dar servicio sub-especializado.	3) Ausencia de un plan de compras.	§ Oferta de sistemas informáticos que facilitan la gestión y control adecuado de los recursos económicos.	26) Aumento de la prima del dólar.
	Buena utilización de los recursos ya existentes en el hospital de alojamiento, comida, y bienestar de personal para utilización diaria	4) No adecuada utilización de la denominación del cargo	§ Asistencia de instituciones del estado para fortalecer la adecuada gestión y control de los recursos económicos, (contraloría, cámara de cuenta, tesorería, entre otras)	27) Congelamiento de cuenta del Hospital.
	@ Control:	5) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	implementación de una Farmacia Externa, abierta al publico.	28) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.
	Existe una unidad Control y auditoría de activos fijos	6) No se realizan arqueos sorpresas a las cajas con frecuencia	Adquirir e instalar nuevos equipos en el área de imágenes	29) Devaluación del peso.
	§ Realización de auditoría externas.	7) Escaso control de costo de los procedimientos	Aumentar el horario para pruebas ambulatorias en el área de laboratorio clínico e imágenes.	30) Alto costo de combustibles.
	Realización de compras a través del portal	8) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	Renegociar tarifarios de procedimientos con las ARS públicas y privadas	31) Limitados créditos en el mercado para el hospital.
	Reporte al MSP del monto de los pacientes exonerado mensual.	9) inexistencia de un plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	Unidades productivas con servicios de Nasofibrolaringoscopia, fibro-broncoscopia, anoscopia, endoscopia y colonoscopia, servicios alto Costo ortopedia, Neuro, Odontología y Cirugía general y especialidades.	@ Medio Ambiente:
	@ Facilidades de gestión:	10) Escasa supervisión para disminuir las fugas de los pacientes sin pagar.		32) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.
	§ Estructura gerencial y administrativa descentralizada.	@ Monitoreo y Evaluación:		33) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.
	§ Control eficiente del presupuesto de la nómina.	11) Escaso control de consumo y fecha de vencimiento de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)		34) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.
	§ Centralización de la cuenta bancaria al área de contabilidad, que permite un mejor control administrativo y financiero.	12) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.		35) Acumulación de basura

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	§ Subvención del Ministerio de Salud Pública.	13) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.		36) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.
	§ Venta de servicios privados.	14) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.		37) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.
	§ Venta de servicios a las ARS's públicas y privadas	15) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.		
	§ Venta de servicios y acuerdos con otras instituciones.	16) Deficiencia de equipos en el área de imágenes		
	§ Manejo descentralizado de los recursos económicos.	17) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico		
	§ Unidades de negocio (laboratorio, imágenes, cafetería, maquina dispensadora de alimentos).	18) Escaso control de las cuentas por cobrar		
	§ Plan Estratégico de Desarrollo.	19) No se realizan análisis de costo.		
	§ Formulación del presupuesto general del hospital.	20) 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.	21) Personal de mantenimiento no cuenta con las capacidades para disminuir las contrataciones externas de servicios		
	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 económicos, (contraloría, tesorería, MAP, Compras y contrataciones, entre otras)			
	Contrato con empresa para recogida de desechos			
	En proceso construcción deposito 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.			
	Estricto control de seguimiento a los contratos de bienes y servicios para reducir costos.			

6. Formalizar y Mantener una fuerte relación con la comunidad.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	@ Relación con Lideres Comunitario:	@ Relación con Lideres Comunitario:	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:	@ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:
	§ Los líderes pueden entrevistarse con las autoridades con facilidad.	1) 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	5) 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		§ 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.	6) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.
	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	7) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.
	Involucramiento de personas de la comunidad a la actividad del hospital. (CAH)	2) 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	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.	8) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.
	@ Rendición de cuentas:		Ofertar el servicio a otros centros de salud el manejo de desechos hospitalarios	9) 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.	10) 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.	3) 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.	11) Interés de la comunidad de denunciar supuestas negligencias médicas.
	§ Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local: Capacidad de ofertar servicios con	4) 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,	12) Falta de semáforos en el entorno de la comunidad en la diversas intercepciones lo que

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	precios proporcionales a la capacidad de pago de los usuarios, permitiendo maximizar su función social.		enfocándonos más directamente en traumatología, cirugía y rehabilitación, sirviendo de soporte a la Salud Pública de la comunidad	aumenta el riesgo de que ocurran accidentes de tránsito.
	§ Disminución de manera sostenida la proporción de pago de bolsillos de los usuarios.		Viabilizar el sistema de referencia y contra referencia con los hospitales de segundo nivel y las UNAP.	
	§ Tener líderes comunitarios sirviendo de enlace entre el Hospital y la comunidad.		Posibilidad de acuerdos con otras empresas para disminuir el impacto ambiental en los alrededores del centro.	
	§ Realización de Operativos Médicos- Quirúrgicos.		Pasantía de las diferentes áreas técnicas no relacionadas con la salud. Ej. refrigeración, electricidad.	
	§ Facilidad de impartir talleres y cursos a diferentes grupos sociales de la comunidad, dando a conocer la funcionalidad de la institución y temas de carácter social.		Difundir la cartera de servicios de la comunidad (brochures)	
	§ Firma de acuerdos interinstitucionales para beneficiar usuarios de escasos recursos de la comunidad.		Visitar empresas del entorno con el objetivo de brindarles nuestra cartera de servicios.	
	§ 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.			
	La Oficina de Libre Acceso a la Información funcionando completamente			
	Acuerdos y convenios con instituciones de salud, escolares y sociales de la comunidad.			
	Líderes comunitarios conocen el sistema de			

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	organización y gestión del hospital.			
	Personal capacitado para realizar charlas que contribuyen a disminuir la violencia intrafamiliar y accidentes de tránsito			
	Equipo de voluntarios de salud donde están representados por estudiante de medicina y demás áreas			
	Disminución de manera sostenida la proporción de pago de bolsillos de los usuarios.			
	@ 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 Twitter, Face Book, Instagram, WhatsApp, Telegram, Redes Sociales otras).	16) 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.	17) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.
	Servicios de subespecialidades	2) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	§ Capacidad para realizar actividades de educación comunitaria para seguir aumentando la credibilidad en la población.	18) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Jornadas quirúrgicas para pacientes electivos en lista de espera	3) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	§ 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:
	Convenio del hospital con ARS SENASA para incluir pacientes no asegurados	@ Difusión de Información:	§ Creación de Voluntariado Hospitalario.	
	Resultados Indicadores seguridad y Calidad:	4) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	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...)	20) Ausencia de semáforo en las proximidades del Hospital
	§ Bajo Índice de Mortalidad y complicaciones.	5) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	Capacidad para contratar personal de Servicio al Usuario que pueda Orientar a las personas con discapacidad visual o No letradas.	21) Alto índice de criminalidad en la zona
	§ Bajo Nivel de Infecciones Intrahospitalaria.	6) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de informática.	Utilizar la tecnología, para la entrega vía electrónica de los resultados analíticos.	22) Ausencia de señalización, rampa peatonal para discapacitados para evitar el cruce peatonal debajo del puente peatonal
	@ Satisfacción de los usuarios:	7) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	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.	
	§ Ver satisfacción en aspectos. 2-Objetivo (Fortaleza).	8) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	Emitir las recetas digitales.	
	Aceptación (cobertura) de casi todas las Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS).	9) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	Firmar convenio con Casas comerciales y Laboratorios para que asuman parte del costo de la revista científica anual	
	@ Difusión de Información:	10) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.	Funcionamiento de puente peatonal frente al hospital	
	§ Poseemos las informaciones principales del hospital en nuestra página web.	11) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.		
	§ Poseemos un eficiente equipo técnico en relaciones públicas y comunicación.	12) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos		
	§ Buenas relaciones con los medios de comunicación.	13) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.		
	§ Descuentos y exoneraciones del pago a los usuarios de escaso recursos, esto trae como consecuencia un mayor flujo de pacientes y una mayor popularidad.	14) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.		
	§ La entrada en vigencia de los nuevos hospitales dará más capacidad resolutive en	15) El hospital asume el costo de elaboración de la revista		

Objetivos	Factores Internos		Factores Externos	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	la atención brindada a la población que nos visita (como el materno infantil, pediátrico, quemados y más especialidades).			
	§ La obtención de Medalla de Oro aumenta la credibilidad de los pacientes en el Hospital y afianza la misma en la población y en los demás centros hospitalarios.			
	§ No tenemos competencia en los servicios brindados en el municipio Sto. Dgo. Norte.			
	Contamos con un medio oficial de comunicación periódica (Revista) escrita del hospital.			
	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.			
	Diagnósticos clínicos y de laboratorio e imágenes confiables.			

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 RIESGOS	
		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 importaniza 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. No se toman en cuenta los análisis de costos para exigir de manera objetiva el incremento del pago de las tarifas adecuadas al hospital.
	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. Incremento de los gastos de nominas. Perdidas de recursos económicos.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades superiores al hospital (SNS, SMRS), violan las reglamentaciones organizacionales del hospital.
	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. No se actualizan los niveles salariales con personal con igual nivel de responsabilidad y funciones.
	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. Las autoridades superiores al hospital (SNS, SMRS), violan las reglamentaciones organizacionales del hospital.
	8) No poseemos Software de apoyo a la gestión de recursos humanos.	Limita realizar adecuado y oportunos análisis de los recursos, humanos, retrasa la generación de informes, escaso controles en la gestión de los recursos humanos.	Las autoridades no han importanizado la automatización de los procesos de gestión en el hospital, desde sus inicios.

9) Personal no cuenta con uniforme.

10) El personal requiere conocer los cambios en las leyes, normativas, reglamentaciones y disposiciones que se están generando en el sector salud.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	11) 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.
	12) 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.
	13) Violación por parte del personal a la disposición de ingerir alimentos solo en las áreas destinadas para tales fines (Ingesta de alimentos y snacks por parte del personal en las habitaciones y áreas de trabajo)	Mala imagen del hospital y su personal. Riesgo de que se incrementen las plagas (insectos, roedores) en el hospital. Riesgo incremento de olores desagradables.	El personal no cumplen con las disposiciones generales del hospital. Los superiores inmediatos del personal no realiza supervisiones adecuadas. No se aplican un régimen de consecuencia para el personal que viola las disposiciones generales.
	14) Falta de aumento salarial al personal médico y administrativo. (ajuste por indexación)	Insatisfacción de los colaboradores. Bajo desempeño técnico. Renuncias de recursos humanos capacitados. Mala calidad de la atención.	El hospital no cuenta con recursos económicos para mejorar el nivel salarial del personal. El SNS y SRMS, no valoran el nivel de compromiso y producción y resultados del hospital y mantienen un presupuesto histórico limitado para el hospital.
	15) Falta de incentivo por área gris o cerrada y emergencia.	Insatisfacción de los colaboradores. Bajo desempeño técnico. Renuncias de recursos humanos capacitados. Mala calidad de la atención.	El hospital no cuenta con recursos económicos para mejorar el nivel de motivación y compromiso personal. El SNS y SRMS, no valoran el nivel de compromiso y producción y resultados del hospital y mantienen un presupuesto histórico limitado para el hospital.
	16) Falta de protección al área administrativa, mejora salarial, por falta de la administración pública.	Insatisfacción de los colaboradores. Bajo desempeño técnico. Renuncias de recursos humanos capacitados. Mala calidad de la atención.	El hospital no cuenta con recursos económicos para mejorar el nivel salarial del personal. El SNS y SRMS, no valoran el nivel de compromiso y producción y resultados del hospital y mantienen un presupuesto histórico limitado para el hospital.
	17) La modalidad de distribución de los incentivos NO satisface a los usuarios internos.	Insatisfacción de los colaboradores. Bajo desempeño técnico. Renuncias de recursos humanos capacitados. Mala calidad de la atención.	El sistema de incentivos que se implementaba en base a valoración del desempeño técnico, y cumplimiento de otras variables de valoración del personal desapareció y actualmente se entregan incentivos sin adecuados criterios.
Educación Continua y Capitación:			
	18) 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.
	19) No se realizan conferencias audiovisuales a los usuarios.	Perdida de oportunidad de informar: sobre cuidados de la salud y control de riesgos. Informar sobre la cartera de servicios del hospital Informaciones de funcionamientos de las áreas del hospital. Logros obtenidos en el hospital y destacar servicios y procedimientos elites del hospital.	No se aprovecha la oportunidad de tener los usuarios concentrados en un salón para difundir informaciones importantes y valiosas para los usuarios. Bajo desempeño gerencial de la gerencia de atención al usuario.
Logística de Medicamentos e Insumos			
Estandarización y Seguridad:			
	20) 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 SNS 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.
	21) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	22) 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. No cuentan con el personal necesario y/o capacitado técnicamente para realizar los mantenimientos preventivos.
	23) 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.
	24) 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.
	25) 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. Descrédito 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.
	26) 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. Renuncia personal calificado. Mala calidad de la atención	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.
	27) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.	Mala calidad e inseguridad de la atención. Altos costos de producción. Pérdida de recursos. Descrédito 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.
	28) Falta de actualización de los protocolos existentes	Mala calidad e inseguridad de la atención. Altos costos de producción. Pérdida de recursos. Descrédito 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.
	29) 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. Los gerentes no realizan encuentros para evaluar las necesidades de capacitación de su personal.
	30) Se ha descontinuado la practica de proporcionar servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	Pérdida de oportunidad de informar: sobre cuidados de la salud y control de riesgos. Informar sobre la cartera de servicios del hospital Informaciones de funcionamiento de las áreas del hospital. Logros obtenidos en el hospital y destacar servicios y procedimientos elites del hospital.	No se aprovecha la oportunidad de tener los usuarios concentrados en un salón para difundir informaciones importantes y valiosas para los usuarios. Bajo desempeño gerencial de la gerencia de atención al usuario.
	31) NO se ha realizado la revisión y modificación del documento Consentimiento Informado	Insatisfacción de los usuarios por la escasa información sobre los procedimientos riesgosos que se le realizaran. Descréditos del hospital. Mala calidad de la atención. Riesgo de el hospital y su personal de ser demandado judicialmente.	Las autoridades y gerentes no importanzan el valor de esos documentos para garantizar la satisfacción, calidad y seguridad de la atención y proteger legalmente al hospital y sus empleados.
	32) Falta de capacitación para la socialización del nuevo consentimiento informado, cuando sea elaborado.	Insatisfacción de los usuarios por la escasa información sobre los procedimientos riesgosos que se le realizaran. Descréditos del hospital. Mala calidad de la atención. Riesgo de el hospital y su personal de ser demandado judicialmente.	Las autoridades y gerentes no importanzan el valor de esos documentos para garantizar la satisfacción, calidad y seguridad de la atención y proteger legalmente al hospital y sus empleados.
	33) Falta de vigilancia en los parqueos del hospital	Riesgo que ocurran asalto, violaciones y robo a los vehículos. Temor de los ciudadanos a movilizarse en el área de parqueos	No contar con personal de manera continua vigilando los parqueos.
	Análisis y Tomas de Decisiones:		
	34) Subregistros de los reingresos. Falta de registro clínico de parte de	La mala calidad, la falta de oportunidad y los subregistros pueden determinar que en	Limitaciones por parte del SNS para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	algunos médicos en el sistema del área de consulta	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.	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 SNS 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.
	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.
Monitoreo y Evaluación:			
	38) 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 república, 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.
	39) 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.
	40) Falta 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. Pérdida y sustracciones de recursos.	Las autoridades tampoco han mostrados mucho interés en la adquisición de adecuado sistema de gestión financiero.
	41) 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.
RIESGOS EXTERNOS			
Factores de Gobierno y Legales:			
	42) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	Pérdida de credibilidad y descredito de la institución. Pérdida 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.
	43) Volver a centralizar la gestión del hospital.	Grandes limitaciones para la gestión adecuada del centro, por ende grandes ineficiencias en los resultados logrados.	Desconocimiento por parte del nivel político y/o autoridades del sector salud sobre los resultados exitoso del modelo de gestión implementado en el hospital.
	44) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos,	No contar con los recursos necesarios para realizar una adecuada gestión, lo cual	Escasa valorización de los resultados positivos del hospital.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención.	afectaría la calidad, seguridad de la atención y satisfacción de los usuarios.	
	45) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	Perdidas de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios.	Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión de los registros del personal. El personal de auditoría no realiza revisiones de forma prospectiva. No se aplican sanciones al personal que no realiza de manera adecuada su desempeño técnico.
	Recursos Humanos		
	46) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	No contar con los recursos humanos adecuados, produciría grandes problemas en la calidad, seguridad de la atención, satisfacción de los usuarios y eficiencia de la institución.	Escasa valorización de los recursos humanos en el hospital, bajo salarios. Maltratos al personal. No contar con los recursos económicos para mejorar salarios e incentivos.
	Resultados:		
	47) 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:		
	48) 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.
	49) 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.
	50) 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. Descrédito 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.
	51) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	Baja la calidad de los servicios, Arrabalización. Insatisfacción de los usuarios descredito 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.
	52) 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.
	53) 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. descredito del Hospital	El personal del 911 no cumple con los protocolos y procesos establecidos para el traslado de los usuarios a los hospitales.
	54) 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. Descrédito 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.
	55) 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 auditoría no realiza revisiones de forma prospectiva. No se aplican sanciones al personal que no realiza de manera adecuada su desempeño técnico.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	56) 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.
	57) 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. Pérdida de recursos económicos. Dificultades financieras para el hospital. El Hospital no puede resolver los compromisos económicos con los proveedores. Insatisfacción de los usuarios. Descredito 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.
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 la funciones y responsabilidades del personal de la unidad.
	2) Falta de personal de atención al usuario en el lobby principal del hospital para orientar a los pacientes desde su llegada	Incomodidad para los usuarios. Insatisfacción. Descredito de la Institución.	Las autoridades no importanizan la necesidad de que el usuario desde que ingrese en el centro reciba las orientaciones necesarias y el apoyo para realizar las actividades necesarias en el hospital que fue a demandar.
	Área Consulta Externa:		
	3) 21.7% considera que debe mejorar las facilidades para conseguir citas.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	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.
	4) El 15.2% 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.
	Área Emergencia:		
	5) 68.2% De los encuestados 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.
	6) 55.8% No conoce el nombre de la enfermera.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal. Errores en las atenciones.	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.
	7) Solo 29.1% Respondió afirmativamente a la pregunta ¿se le ha realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en qué consiste, o sin pedir autorización?	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	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 brindada en el hospital. Escasa supervisión del Personal Operativo por parte de los gerentes.
	Área Hospitalización:		
	8) 23.8% en el área de cirugía, considera debe mejorar la limpieza de las habitaciones.	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.
	9) 23.8% en el área de cirugía, 12.5% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar los puntos de atención al usuario.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se toman en cuentan las recomendaciones de los usuarios, por lo cual se mantienen las quejas reiteradas sobre algunos aspectos.
	10) 19% en cirugía general y especialidades, 12.5% en el área de neurocirugía, 12.8% en ortopedia, considera debe mejorar la limpieza de sanitarios y áreas comunes.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	11) 18.8% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar el trato de las enfermeras	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se realiza una adecuada supervisión y control del desempeño del personal de enfermería, tampoco se aplica un régimen de consecuencia por maltratar a los usuarios.
	12) 14.3% de usuarios en cirugía general, 6.3% neurocirugía, considera debe mejorar los trámites de admisión y pago de servicios.	Insatisfacción en los usuarios. Descréditos del Hospital y su personal.	No se toman en cuenta las recomendaciones de los usuarios, por lo cual se mantienen las quejas reiteradas sobre algunos aspectos.
	0.00		
	USUARIOS INTERNOS		
	13) 82% no ha recibido pago por horas extras. No se miden las horas extras.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	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.
	14) 66.7% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Las autoridades del SNS y Sistema Nacional de Salud desconocen la entrega y el cumplimiento del personal del hospital en el desempeño de sus funciones y valoran el hospital igualmente que cualquier otro hospital del sistema donde el personal no evidencia el grado de compromiso y de desempeños adecuados
	15) 45.7% dice no ha recibido incentivo/reconocimiento por su trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no explican al personal sobre lo que son los incentivos y como es el sistema de otorgamientos de estos al personal.
	16) 45.2% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones al personal	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no explican al personal sobre los criterios establecidos para realizar promociones del personal en el hospital.
	17) 43.6% no se realizan actividades de recreación con los equipos de trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Las autoridades del hospital no han importanzado y por ende no han especializados recursos económicos para el desarrollo y apoyo a las actividades de compartir y recrearse en otros ambientes para el personal, como estrategias para desarrollar lazos afectivos de amistad y tolerancia en el trabajo.
	18) 39.9% no existen imágenes/advertencias en su área de trabajo y 28.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las imágenes y advertencias en relación a los riesgos/peligros en su área de trabajo.	Insatisfacción de los colaboradores. Riesgos de sufrir lesiones y contaminaciones en las áreas de trabajo. Aumento de ausentismos laboral.	No se ha importanzado la colocación las informaciones de advertencias en las áreas. No se ha realizado el levantamiento de estas necesidades por áreas. Los gerentes tampoco han importanzado este reclamo del personal operativo.
	19) 39.8% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.	Limitaciones para realizar su trabajo. Insatisfacción, desmotivación. Bajo desempeño. Riesgo de baja calidad de la atención y seguridad. Descrédito del hospital y su personal.	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No dan seguimiento al cumplimiento de las necesidades solicitadas. El hospital no cuenta con recursos suficientes para garantizar los productos e insumos necesarios para el personal realizar su trabajo.
	20) 37.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Los gerentes no realizan un adecuado levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua de su personal. Escasa participación del personal operativo para el levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua.
	21) 36.2% considera que la carga de trabajo en su área NO esta distribuida equitativamente (bien repartida).	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Los gerentes operativos no realizan una adecuada supervisión y gestión de desempeño del personal operativo.
	22) 31.9% considera que el plan de capacitación NO toma en cuenta sus necesidades como empleado.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Los gerentes no realizan un adecuado levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua de su personal. Escasa participación del personal operativo para el levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	23) 35.5% no conoce de la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no explican al personal sobre los criterios establecidos para realizar las evaluaciones del personal en el hospital. Tampoco realizan reuniones con el personal para discutir la evaluación de desempeño y planes de mejoras para el personal.
	24) 29.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos, accesorios y/o insumos para proteger su integridad física y salud durante la realización de las tareas de su trabajo.	Insatisfacción de los colaboradores. Riesgos de sufrir lesiones y contaminaciones en las áreas de trabajo. Aumento de ausentismos laboral.	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No dan seguimiento al cumplimiento de las necesidades solicitadas. El hospital no cuenta con recursos suficientes para garantizar los productos e insumos necesarios para el personal protegerse realizar su trabajo.
	25) 29.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Riesgo que sus pertenencia sean robadas.	Los gerentes no realizan el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades de los cargos que ostentan. No dan seguimiento al cumplimiento de las necesidades solicitadas. El hospital no cuenta con recursos suficientes para garantizar los productos e insumos necesarios para el personal realizar su trabajo.
	26) 27.7% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes para aprovecharlos en beneficio de la institución.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Renuncias. Captación del personal capacitado por otras instituciones que ofrecen mejores condiciones	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no realizan reuniones con el personal para discutir la evaluación de desempeño y planes de mejoras para el personal.
	27) 27.7% no tiene identificada área de descanso de acuerdo a su puesto de trabajo.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Riesgo de cometer errores. Mala calidad de la atención y seguridad.	Las autoridades y gerentes no valoran la importancia que tiene que el personal cuente con las comodidades necesarias para su descanso.
	28) 25.5% responden negativamente a la pregunta ¿Crees que tu institución trata de mantener y mejorar las condiciones de trabajo?	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Escaso compromiso con la institución.	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no realizan reuniones con el personal para discutir la evaluación de desempeño y planes de mejoras para el personal.
	29) 23.7% considera la forma de contratación no le confiere seguridad laboral.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Escaso compromiso con la institución.	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos no realizan reuniones con el personal para motivarlo y expresarle que el personal que posee un adecuado desempeño se le garantiza su trabajo.
	30) 23.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho 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.	Las autoridades y gerentes no valoran la importancia que tiene que el personal cuente con las comodidades necesarias para la preparación es ingesta de alimentos.
	31) 23.4% no conoce la existencia de un plan de capacitación.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Los gerentes no realizar un adecuado levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua de su personal. Escasa participación del personal operativo para el levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua.
	32) 22.3% no se les informa cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones y las razones de estas	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Los gerentes no realizan reuniones con el personal para informarles y/o explicarles los cambios y/o nuevas formas de actuación y el porque se ha dispuestos esas nuevas medidas o disposiciones.
	33) 17% no ha participado en actividades de capacitación.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Los gerentes no realizar un adecuado levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua de su personal. Escasa participación del personal operativo para el levantamiento de las necesidades de capacitación y educación continua.
	34) No se reconoce a los empleados por su cumpleaños y reconocimientos por logros o mejoras.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño.	Las autoridades del hospital no han importanzado y por ende no han especializados recursos económicos para el desarrollo y apoyo a las actividades de compartir y recrearse en otros ambientes para el personal, como estrategias para desarrollar lazos afectivos de amistad y tolerancia en el trabajo.
	Responsabilidad y Control:		
	35) 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	Las autoridades no importanzan las informaciones de las encuestas realizadas. No se desarrolla un Plan de Intervención.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
		debilidades, descritos del hospital y sus autoridades.	
	36) 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 importanizan 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.
	37) 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.
	38) 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 integrados. No se ha priorizado esta situación para abordarla.
	39) 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.
	40) 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 personal reincidente en las faltas a sus desempeño técnico.
	41) Falta de cortesía de algunos colaboradores	Insatisfacción de los usuarios. Descuento 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.
	42) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.	Insatisfacción de los usuarios. Descuento del hospital y su personal.	No se ha puesto interés por parte de las autoridades para resolver dicha situación.
	43) 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 importaniza la imagen corporativa del hospital. Los gerentes no realizan el control establecido sobre las normas que debe cumplir el personal.
	44) 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. Gerentes no asumen el rol de control de su personal.
	45) Falta amabilidad y poca capacidad resolutoria de algunas secretarias y/o asistentes de gerencias médicas	Insatisfacción de los usuarios. Descuento 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.
	46) Proceso de facturación en Fisiatria y consulta (Caja distante).	Insatisfacción de los usuarios. Descuento 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. No se implementan los planes de mejoras.
	47) 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.
	48) 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. Descuento del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos. Posibilidad de cobros de sobornos a los usuarios y familiares.	Personal interno viola los procesos establecidos en el hospital para favorecer usuarios. No se aplican sanciones.
	49) Comedor común compartido con usuarios externos	Insatisfacción de los usuarios. Descuento del hospital. Disminución de las demandas de servicios. Perdidas de recursos. Usuarios ingresan con condiciones y olores desagradables al área de comida.	Comedor compartido para todos los usuarios del hospital. No se establecen controles para facilitar a esos usuarios que presentan condiciones inadecuadas para que ingieran sus alimentos en otras áreas.
	50) 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. Descuento 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.
	51) 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. No se

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
			aplican régimen de consecuencia para los colaboradores reincidente en los errores.
	52) 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 las funciones y responsabilidades del personal de la unidad. No se aplican régimen de consecuencia para los colaboradores reincidente en los errores.
	53) 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. No se aplican régimen de consecuencia para los colaboradores reincidente en los errores.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Resultados:		
	54) 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:		
	55) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	Perdida de recursos y descritos frente a las fuentes de financiamiento del hospital. Falta de Recursos.	No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descrédito del hospital.
	56) 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.
	57) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	Perdida de tiempo. Molestia a los usuarios. Insatisfacción.	SENASA no valora las molestias y dificultades que ocasiona el mal funcionamiento de su plataforma electrónica cuando falla. No realizan mejora en su sistema.
	58) 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, Área, 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.
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. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal.
	2) Falta de compromiso e identificación de algunos gerentes hacia la institución	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltrato al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. Las autoridades no le dan seguimiento al cumplimiento de las metas y objetivos de cada gerencia. No se despiden los gerentes con bajo desempeño.
	3) Falta de equipamiento de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. Mala Calidad de la atención. Baja Producción.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las solicitudes de sus necesidades para que el personal cuente con los recursos necesarios para realizar su trabajo. Falta de recursos.
	4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	Perdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión. 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
			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.
	7) Comité de contratación de personal No se ha capacitado con metodología.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. bajo desempeño. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Compromisos políticos con personas. Violación al proceso de entrevista y selección del personal. No importanizan el proceso que deben ser agotado para la entrevista y selección del personal en el hospital.
	8) No contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información.	Subregistros de los datos e informaciones. Dificultades para realizar adecuados análisis de la información. Toma de decisiones inadecuadas. Perdida de recursos. malos resultados en los indicadores del producción, calidad, eficiencia, desempeño técnico. Mala imagen del hospital. Descrédito del hospital.	Las dificultades que se ha tenido con los sistema de registros clínicos del hospital. Falta de adquisición de software financiero administrativo.
	@ Factores Logística e Información:		
	9) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	Mala calidad de información y datos, su registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios.	Las autoridades no muestran interés para adquirir adecuado sistema de Gestión Financiera.
	10) Bajo cumplimiento y/o escaso seguimiento a algunos procesos establecidos.	Incumplimiento de las responsabilidades del cargo. Mala calidad e inseguridad de la atención. Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios. Maltratos al personal y usuarios. Perdida y deterioro rápido de los equipos, mobiliario e instalaciones del hospital. Crisis constante de todas índoles.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento de los procesos establecido para la operatividad del hospital. No se evalúa periódicamente los procesos por parte de los responsables de estos.
	11) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	Desconocimiento de las disposiciones emanadas de los niveles gerenciales superiores. Conflictos. Insatisfacción. Problemas de logística y administrativos.	No se ha definido una política sobre las maneras de empoderar a las instancias necesaria sobre las informaciones que deben ser divulgadas.
	12) 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.
	13) 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.
	14) 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.	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
		Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital.	
	15) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	Subregistro de informaciones. Dificultades para el análisis adecuado de situaciones. Pérdida de tiempo e información. Retraso en la ejecución de las actividades de los procesos operativos.	Adquisición de un sistema de registro no estaba totalmente desarrollado. Retraso de la empresa que desarrolla el software.
	16) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.	No se cuenta con informaciones actualizadas. Desconocimiento de informaciones importantes. Pérdida de oportunidades. Pérdida de recursos al tener que utilizar papeles y tinta, energía para imprimir informaciones.	El servicio de comunicación no da seguimiento al personal encargado de actualizar estos medios de difusión de información. No se le entregan las informaciones de manera oportuna al personal encargado de actualizar el intranet y pagina web.
	17) 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.
	18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	Desconocimiento del nivel de cumplimiento de las metas establecidas. Retraso para la toma de decisiones para la corrección de inconformidades y debilidades en la gerencia. Insatisfacción. Pérdida de recursos. 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.
	19) 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.
	20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	Los gerentes no pueden tomar decisiones oportunas y adecuadas. Se limita la función gerencial y esto hace que la dirección ejecutiva se sobre cargue con actividades que deben desarrollar los gerentes operativos. Incremento de los procesos burocrático del hospital. Insatisfacción de los usuarios. Escaso nivel de liderazgo del nivel gerencial operativo.	Los directivos del hospital aun no cambia totalmente la forma de gestión de forma centralizada.
	21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	El personal no cuenta con las capacitaciones que le permita estar actualizado sobre nuevos tratamientos y procedimientos. Rezago en la cartera de servicio del hospital. 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.
	22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	Mala imagen del hospital. Los usuarios desconocen la marca del hospital.	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica no exigen el cumplimiento de la normativa de imagen corporativa que posee el hospital.
	23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	Bajo desempeño. Insatisfacción de los usuarios. Pérdida de recursos. malo resultados en los indicadores del 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.
	24) 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 medico para realizar las negociaciones con las ARS. No toman en cuenta los análisis de costo que se realizan en el hospital.
	25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	Mala imagen del hospital. Los usuarios desconocen la marca del hospital. Incorporación de floras microbianas de otros centros. Producción de infecciones cruzadas. Aumento de las IAAS.	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica no exigen el cumplimiento de la normativa de imagen corporativa que posee el hospital. Los gerentes operativos no exigen al personal que solo use los uniformes oficiales del hospital.
	26) 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 cuenta 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
			esta función de rendición de cuenta en base a informes estadísticos.
	27) Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado con limitaciones en su funcionalidad.	Insatisfacción en los usuarios. Desmotivación Personal. Bajo desempeño. No uso adecuado del software.	Las malas elecciones de los softwares contratados. No pago según lo convenido a los proveedores del software.
	28) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.	Limitaciones para la capacitaciones a los estudiantes y residentes. Riesgo de contaminación en los quirófanos por aumento del número de persona en estos.	Las autoridades y gerentes no importanizan y tampoco gestionan este tipo de intervenciones para beneficio del hospital y su personal.
	29) 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. Descuento 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. No pago según lo convenido a los proveedores del software.
	30) 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.
	31) 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. Descuento 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 mantener o mejorar situaciones en sus unidades.
	32) Obsolescencia de equipos de hardware.	Mal funcionamientos de los sistemas. Pérdida de tiempo. Insatisfacción de los usuarios. Descuento 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. No se planifica un presupuesto de recursos para dar respuestas a estas necesidades.
	33) 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.	Descuento 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:		
	34) 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. Maltrato 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.
	35) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	Disminución de la demanda de servicios. Disminución de los ingresos. No poseer los recursos necesario para la gestión y desarrollo del Hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No Tomar la previsión de lugar frente a esta amenaza. No actualizar la forma de entregar los servicios enfocado a la satisfacción de los usuarios. No poseer oferta de servicios competitivos en el mercado.
	Factores Logística e Información:		
	36) 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.
	37) Sobredemanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	Trastorno de la Logística Asistencial. Desorden. Insatisfacción. Descuentos del hospital. Mala calidad e inseguridad de la atención.	Incumplimiento de los parámetros establecidos en el volumen posible de asistencias a los usuarios por servicios. Las autoridades piensan que el hospital puede resolver toda la demanda de servicios que recibe.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	38) 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.
	39) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.	Perdida de recursos. Limitado desarrollo del hospital. No cumplimiento del Plan de Inversión.	No realizar las negociaciones de las tarifas de los servicios con el SENASA en base a los resultados de los análisis de costos de los servicios producidos en el hospital. Las autoridades y gerentes no importanizan las informaciones suministrada por la unidad de costos.
	40) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	Duplicación de esfuerzos y servicios en la ciudad de la salud. Conflictos de intereses. Dificultad en la logística de facilitar las atenciones a los usuarios.	No existe una entidad superior que facilite la coordinación y complementariedad de los centros de salud en la ciudad sanitaria.
	41) 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.
	42) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	Sobre demanda. Riesgo de mala práctica en la atención de los usuarios. Descrédito del Hospital e insatisfacción.	No se cuenta con un Plan de acción que defina las acciones estrategias y actividades necesarias para cuando ocurra una catástrofe natural, el hospital pueda dar una respuesta adecuada a dicha situación.
	43) 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 importanizado por parte de las autoridades el impacto negativo que puede producir la ineficiencia del banco de sangre.
	5) No poseer Planta de manejo de residuos hospitalarios.	Riesgos de contaminación del medio ambiente. Descrédito del hospital.	No se ha definido un plan conjunto con los directores y autoridades del SNS, para la búsqueda de solución en conjunto del tema de manejo de los desechos hospitalarios de los centros del área.
	Captura del Mercado:		
	6) 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 importanizado este riesgo y no realizan la inversión necesaria, sin las otras instituciones no realizan su trabajo. Las autoridades no han desarrollado un

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
			plan de señalización de rutas para la llegar al hospital.
	7) 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 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.
	8) 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.
	9) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	Problema de comunicación interna; necesidad constante de desplazamiento de los empleados a otros servicios porque no cuentan con la facilidades telefónicas. Baja producción y desempeño del personal. Insatisfacción de usuarios, personal. Insatisfacción y usuarios. Aumento de gastos financieros por parte del personal. Pérdida de tiempo de colaboradores	Las autoridades no realizan la inversión necesaria para corregir estas dificultades. La falta de seguimiento del centro con la empresa suministradora del servicio. Robo de cables por parte de desaprensivos, condiciones climáticas.
	Factores Competitivos:		
	10) Parqueos insuficientes para el personal y usuarios.	Insatisfacción en los usuarios internos y externos. Descuento 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.
	11) 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.
	12) 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. Descuento 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.
	13) Limitado acceso a tecnología de punta	Disminución de la competitividad del hospital en el mercado. Disminución de la demanda. Descuento 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.
	14) 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:		
	15) 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.
	16) 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.
	17) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	18) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	Desactualización tecnológica del Hospital. Baja demanda de los servicios. Descrédito del Hospital.	Limitaciones de recursos por parte del hospital. No se cuenta con un Plan de Actualización tecnológica del Hospital.
	19) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	Riesgo de contaminación del medio ambiente. Descrédito 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:		
	20) Presión de Urgencias= 44% (-120%)	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:		
	21) % Cirugías Electivas = 35%	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) Hospitalización: 52.3%	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.
	23) 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.
	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, su registro, informaciones y datos no oportunos. Grandes limitaciones para el análisis y planificación. Aumento de las Glosas por causas de falta de informaciones. Perdidas de recursos. Perdidas de informaciones de los usuarios.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad. 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) 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.
	28) 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	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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
		recursos. Insatisfacción de los usuarios. Largas listas de espera.	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.
	29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	Barreras de accesos a los servicios. Baja producción. Aumentos de los costos. Escaso desarrollo del hospital. Perdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Largas listas de espera.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos a las labores operativas de su personal para dar respuestas mas eficiente a las demandas de los servicios ofrecidos. No se aplican sanciones al personal gerencia y operativo.
	30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	Perdidas de recursos por Glosas por faltas de registros adecuados. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Falta de apego a lo establecido por la SISALRIL y CNS.	Los Gerentes operativos no dan seguimientos de manera continua al cumplimiento a los protocolos, procesos, funciones y responsabilidades de los cargos del personal operativo y los procesos establecido para la operatividad del hospital. No se aplican sanciones al personal gerencia y operativo.
	31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	Desconocimiento de la población sobre los servicios y facilidades que ofrece el hospital. Subutilización de la capacidad instalada. Baja captación de recursos de fuentes privadas de financiamientos.	Las autoridades no han importantizado este tipo de gestiones. No contar con un plan de mercadeo y publicitario del hospital.
	32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	Perdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	Las autoridades no realizan las negociaciones con las ARS en base a los resultados de los análisis de costos realizados en el hospital.
	33) 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 mas eficiente y con mayor nivel de control.
	34) 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.
	35) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	Retraso en las adquisiciones. No cumplimiento de metas de producción. Limitados ingresos económicos para el hospital. Dificultades para ofrecer los servicios adecuados a los usuarios. No cumplimiento con el Plan de Inversión. Insatisfacción de los usuarios.	No contamos con los recursos económicos. No se han contemplados los stock mínimos para los productos de consumos mas común en el hospital. Retraso de entrega de los productos por los proveedores. Procesos administrativos por ley muy largos y lentos para las adquisiciones.
	36) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Perdida 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.
	37) Alto riesgo de contagio del SAR-CoV-2 del personal que provoca un aumento de las licencias medicas y disminución de la producción	Riesgo de desarrollar la condición grave de la enfermedad. Muertes. Ausentismo laboral. Riesgo de cerrar el hospital. Perdida de recursos. Limitar el acceso a los servicios de los usuarios.	No se mantiene un adecuado control y vigilancia para el cumplimiento de las medidas de protección y distanciamiento para evitar las transmisión de las infección del virus.
	38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	Molestia para los colaboradores ofrecer de manera adecuada los servicios. Insatisfacción. Daños físicos. Desarrollo de enfermedades ligadas al trabajo.	No se han adquiridos el mobiliario adecuado para el personal. Se han deteriorado los muebles. No contamos con los recursos económicos necesarios para adquirir el mobiliario necesario.
	39) 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

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
			presentado a las ARS's el impacto negativo que esta situación ocasiona en el hospital y en los usuarios.
	40) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Perdida 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.
	41) 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. Perdida 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.
	42) 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		
	43) Limitada cantidad de parqueo.	Insatisfacción. Descredito del Hospital. Disminución de la demanda. Perdida 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 Cuidad de la salud.
	Capacidad instalada		
	44) 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 de acudir los usuarios.
	45) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	Perdida 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.
	46) No existe sistema informático específico para triage	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.
	Sistemas de Información		
	47) 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.
	48) Falta de números telefónicos y cambio o mal registro de informaciones y datos de los usuarios 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.
	49) Baja utilización de los informes de análisis 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	RIESGOS EXTERNOS		
	Factores del Mercado:		
	50) 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.
	51) 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.
	52) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Insatisfacción de los usuarios. Baja producción. Perdida de recursos. Descredito del Hospital. Descredito del Hospital. El estrés e inseguridad en usuarios, personal gerencial y operativo.	No contar con sistemas de emergencia de todos estos servicios en el hospital, cuando falle la oferta externa de estos. Actos vandálicos. Ser afectados por fenómenos atmosféricos.
	53) 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.
	54) Inseguridad ciudadana del sector.	Riesgos de asaltos, robos, lesiones y/o muertes de empleados, usuarios, familiares y/o relacionados.	Las autoridades no han realizado y/o no dan seguimiento a la solicitud a policía nacional encargadas de garantizar la seguridad y vigilancia en el sector. Perdida del clima laboral.
	55) 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.
	56) 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. Perdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. 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 descredito del hospital. Deficiente gestión de la gerencia de comunicación y relaciones públicas.
	57) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	Perdida de competitividad. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Perdidas 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.
	58) 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:		
	59) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No estar enfocado en el desarrollo de planes de contención de costos y de mejoría continua de la calidad.
	Factores Medioambientales:		
	60) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción. Amenaza en la infraestructura. Amenaza en el área financiera.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	61) 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.
	62) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Amenaza en la infraestructura. Amenaza en el área financiera. Pérdidas o lesiones de vida humanas del personal hospitalario. Sobre población.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones. La inexistencia de un programa integrado conjunto entre las autoridades correspondiente.(salud, militar y socorro) Para dar respuesta pertinentes.
	Factores de demanda de los servicios:		
	63) 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.
	64) 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.
	65) 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.
	66) 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.
	67) 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.
	68) 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.
	69) 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.
	70) 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.
	71) 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.	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 RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
		Pobre producción. Grandes barreras de accesos para los usuarios.	
	72) 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.
	73) 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.
	74) 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.
	75) Presión mediática con desvinculación del personal	Poseer personal que han incurrido en falta graves. Malas calidad de la atención. Pérdida de recursos. Descredito del hospital. Desmotivación del personal.	Presión política. Miedo de las autoridades a tomar decisiones.
	76) Tardanzas de las ARS para autorizar los materiales de osteosíntesis	Incremento del riesgo complicación de los usuarios. Consolidación de fracturas. Aumento de la estancia promedio del hospital. Disminución del número de hospitalizaciones. Disminución de la reutilización de camas. Pérdidas de recursos.	Las instituciones encargadas de regular la relación entre los prestadores y ARS no han intervenido nunca para corregir dicha situación. Al igual que la DIDA tampoco por parte de los usuarios exige que dicha situación sea corregida.
	77) Eliminación de procedimientos en el catálogo de SENASA Subsidiado.	Pérdida de recursos por parte del hospital. Limitaciones para la asistencia de los usuarios.	Las instituciones encargadas de regular la relación entre los prestadores y ARS no han intervenido nunca para corregir dicha situación. Al igual que la DIDA tampoco por parte de los usuarios exige que dicha situación sea corregida.
	78) Aumento competitividad de otros centros que brinden servicios similares a los nuestros.	Baja la demanda. Pérdida de recursos. Hospital no puede cumplir con los compromisos económicos.	No se garantiza alto niveles de satisfacción y resultados a los usuarios. Mala calidad y seguridad de la atención. La oferta de servicio no está enfocada a satisfacer la demanda de los usuarios.
	79) Presencia de pacientes con COVID-19 y no tener un área específica	Infestación de los colaboradores. Riesgo de desarrollar la condición grave de la enfermedad. Muertes. Ausentismo laboral. Riesgo de cerrar el hospital. Pérdida de recursos. Limitar el acceso a los servicios de los usuarios.	No se mantiene un adecuado control y vigilancia para el cumplimiento de las medidas de protección y distanciamiento para evitar la transmisión de las infecciones del virus. No se ha habilitado un área específica para manejo de estos usuarios.
Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS		
	Logística:		
	1) Ausencia de un software financiero.RRHH , ETC. (Integrado)	Pérdidas de recursos. Robos. Ineficiencia en el análisis de datos financieros. Faltas de controles contables. Violación de las NOBACI. Irregularidades de las auditorías. Descréditos de las autoridades.	Limitaciones por parte del MSP para ofrecer adecuado sistema automatizado a los hospitales para el registro de los datos e informaciones de manera oportuna y de calidad.
	@ Control:		
	2) No hay una organización eficaz de los servicios subespecializados bien delimitada.	Bajo desempeño en la producción de estas subespecializadas. Limitado el acceso a los usuarios.	La subdirección Médica y los gerentes no se han reunidos para definir la organización adecuada de estos.
	3) Ausencia de un plan de compras.	No contar con los productos, insumos y equipos para realizar de manera eficiente el trabajo por parte de los colaboradores. Insatisfacción del colaborador y los usuarios. Descrédito del hospital.	No se prioriza el levantamiento de las necesidades que se realiza con los gerentes en el taller de plan estratégico.
	4) No adecuada utilización de la denominación del cargo	Desorganización. Creación de cargos inexistente en el organigrama del hospital.	Autoridades desconocen los mecanismos de organización del hospital.
	5) 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 república. Riesgo de tener pésimos resultados en auditorías externas. Descréditos de las autoridades.	Escasa importancia por parte de las autoridades y gerentes sobre el conocimiento y cumplimiento de las NOBACI.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	6) No se realizan arqueos sorpresas a las cajas con frecuencia	Riesgo de perdidas de dinero.	No se realizan de manera periódica arqueos de cajas.
	7) Escaso control de costo de los procedimientos	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 unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos.
	8) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	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 unidad de costos para el análisis y el desarrollo de planes de contención de costos.
	9) inexistencia de un plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Pérdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No ha desarrollado el Plan de Mantenimiento Preventivo. No se le exige al gerente de mantenimiento la formulación de este plan.
	10) Escasa supervisión para disminuir las fugas de los pacientes sin pagar.	Pérdidas de recursos. Riesgo de complicaciones de los usuarios.	No se realiza un control eficaz de las salidas de las áreas de atención de los usuarios. No se toman acciones para controlar la situación.
	Monitoreo y Evaluación:		
	11) Escaso control de consumo y fecha de vencimiento de medicinas y material gastable en unidades estratégicas (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	Altos costos de producción. Pérdida de recursos. No contar con los recursos necesarios para el desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Riesgo de complicaciones en los usuarios. Riesgo de generar resultados erróneos de las pruebas.	No existe un control eficaz de los inventarios del hospital. Las autoridades y gerentes no importanizan este aspecto en la logística de almacenamiento.
	12) 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.
	13) 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.
	14) 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 importanizado el servicio de activos fijos. Tampoco exigen que cuando esta este funcionando realice de manera adecuada sus funciones.
	15) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.	Pérdida de recursos. Insatisfacción de los usuarios. Descredito del hospital. Disminución de la demanda.	Las autoridades no han analizado e importanizado el volumen económico que pueden aportar estas unidades al hospital.
	16) 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. Descredito del hospital y sus autoridades.	No se cuenta con un plan de mantenimiento preventivo de los equipos. El hospital no cuenta con recursos económicos.
	17) 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. Descredito 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.
	18) Escaso control de las cuentas por cobrar	Pérdidas de recursos. No contar con los recursos necesarios para pagar los compromisos financieros del hospital. Descredito 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.
	19) No se realizan análisis 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. Descredito del hospital. No poseer informaciones adecuadas para negociar con las ARS.	Las autoridades y gerentes no importanizan esta acción gerencial en el hospital.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	20) Deficiente control y auditoria de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	Perdida 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.
	21) Personal de mantenimiento no cuenta con las capacidades para disminuir las contrataciones externas de servicios	Deterioro prematuro de los equipos y mobiliario del hospital. Perdida de recursos. Baja producción. Alto costo de producción.	No se contrata el personal necesario con las competencias técnicas para dar respuestas a la necesidades del hospital.
	RIESGOS EXTERNOS		
	Disponibilidad de recursos:		
	22) 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.
	23) 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.
	24) 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.
	25) No existe a nivel nacional un plan de contingencia económico en casos de pandemia ni desastres naturales.	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.
	26) 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.
	27) 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.
	28) 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.
	29) 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.
	30) Alto costo de combustibles.	Incrementos de los costos de producción. Perdida de recursos.	No realizar análisis financiero. No tomar las medidas cautelares financieras de manera oportuna para dar respuestas a estas situaciones. No poseer planes de instalación de energías alternativas para este servicio.
	31) 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. Descuento 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.
	Medio Ambiente:		
	32) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	Baja demanda de los servicios ofrecidos en el Hospital. Perdida de recursos. Baja producción.	No poseer adecuados planes de emergencia para estas situaciones.
	33) 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. Descuento 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. Las autoridades de salud insisten en mantener un presupuesto histórico a los hospitales, que no obedece a ningún parámetro de gestión de un hospital.
	34) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.	Irrealización del entorno. Mala imagen corporativa del hospital. Disminución de la demanda. Descuento 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	35) Acumulación de basura	Irrealización del entorno. Mala imagen corporativa del hospital. Disminución de la demanda. Descuento 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.
	36) 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.
	37) 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. Descuento 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 Lideres Comunitario:		
	1) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	Critica 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. Maltrato 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 lideres comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.
	@ Rendición de cuentas:		
	2) 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:		
	3) 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. Descuento 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 de acudir los usuarios.
	4) No funcionamiento del equipo de esterilización de desechos, para evitar la contaminación del medio ambiente.	Insatisfacción de los usuarios y la comunidad. Descuento 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:		
	5) 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.	Critica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital.	No desarrollar adecuados mecanismos de comunicación con los lideres comunitarios y políticos. No realizar actividades de información y rendición de cuentas de los resultados programáticos del hospital.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	6) 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.
	7) 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
	8) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	Perdida de recursos. Dificultades para afrontar los compromisos financieros. Descredito del hospital y sus autoridades.	No se le exige el pago a esta por los servicios prestados. No se han realizados encuentros para consensuar esta dificultades.
	9) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de los hospitales y llevados del 9-1-1, en estado de deterioro, sin cobertura que llegan al hospital como centro de referencia nacional, lo que está aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad.	Sobredemanda. Insatisfacciones. Incomodidades para los usuarios. Sobre carga de trabajo. Riesgo de mala atención. Descredito del Hospital. Deterioro del área.	Las autoridades del sistema 911 no están supervisando el cumplimiento de los procesos y protocolos del sistema por parte de su personal. Las autoridades del hospital no han exigido de manera contundente la discontinuación de esta practica mal que afecta de manera muy negativa al hospital.
	10) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	Sobredemanda. Insatisfacciones. Incomodidades para los usuarios. Sobre carga de trabajo. Riesgo de mala atención. Descredito del Hospital. Deterioro del área.	No se desarrollan planes de educación en salud para la población general por parte del MSP y las ARS's.
	11) Interés de la comunidad de denunciar supuestas negligencias médicas.	Descredito de la institución. Perdida de recursos. Desmotivación y escaso compromiso del personal.	Bajo niveles de satisfacción de los usuarios. Escaso control de los protocolos y procesos para garantizar la calidad y seguridad de la atención. Escaso control del desempeño operativo del personal por parte de los gerentes.
	12) Falta de semáforos en el entorno de la comunidad en la diversas intercepciones lo que aumenta el riesgo de que ocurran accidentes de transito.	Riesgo de accidentes, lesiones, discapacidades y muertes. Alta percepción de riesgo en el entrono del hospital.	Las autoridades municipales no priorizan la colocación en puntos clave los semáforos necesarios, para mejorar el flujo vehicular y control de accidentes.
Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.	RIESGOS INTERNOS		
	Satisfacción de los usuarios:		
	Ver satisfacción en aspectos. 2- Objetivo (Debilidades).		
	1) Tiempo de espera para citas médicas especializadas.	Disminución de usuarios. Descredito público del Hospital. Aumento de las citas extraordinarias.	Mala gestión en la asignación de las citas. Mal uso de los consultorios. Sobrecarga de la emergencia que conduce a un aumento de la solicitud de citas.
	2) 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.
	3) Tardanza en la entrega de los resultados de pruebas de laboratorio e imágenes, provocando insatisfacción y disminución de la credibilidad en la población.	Disminución de usuarios. Descredito público del Hospital. Aumento de las citas extraordinarias.	Los gerentes no analizan las dificultades existente para tomar las decisiones necesarias para corregir las dificultades. Escasa capacidades técnicas de los gerentes.
	@ Difusión de Información:		
	4) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	Desconocimientos de informaciones valiosas del hospital. Crítica a la gestión del Hospital. Oposición a iniciativa desarrolladas desde el hospital. Protestas y manifestaciones en contra el hospital.	Los gerentes no realizan la supervisión necesaria de las acciones desarrolladas por su personal operativo. No se realizan las sanciones necesaria al personal cuando actúa de esa manera.
	5) 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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
	6) 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.
	7) 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.
	8) 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 supervisión del personal en el área. No aplicación de sanciones al personal gerencial y operativo.
	9) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	Falta de respuestas oportunas a las inquietudes de la comunidad. Descredito público del Hospital. Retraso en el análisis de las informaciones y toma de decisiones. Retraso en la formulación de planes y proyectos.	Fallo en el registro de las informaciones. Irresponsabilidad de los gerentes.
	10) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad de acceso a la información del Hospital.	Limitaciones de acceso y utilización de los servicios del hospital por parte de los discapacitados. Discriminación de las personas con limitaciones. Descredito del Hospital. Insatisfacción de los usuarios.	No se han tomado en cuenta todas las posibilidades que tenemos o debemos desarrollar para ser una institución mas amigable para los discapacitados que visitan con cierta frecuencia al hospital.
	11) 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 estadía de los usuarios hospitalizados. Retraso de los procedimientos quirúrgicos. Riesgo de complicaciones y muertes de los usuarios. Disminución de la demanda. Perdida de recursos. Altos costos de producción de la atención. Descredito 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 despreciados.
	12) 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 el registro de informaciones y datos para el calculo de indicadores muy importantes para evaluar la calidad del hospital y de los servicios.
	13) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	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.	El hospital no cuenta con los recursos necesarios para la adquisición de mas asientos y/o las área son limitadas para colocar mas asientos.
	14) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	Mala comunicación. Perdida 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.
	15) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	Perdida 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:		
	16) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	Insatisfacción. Descredito del Hospital. Conflictos. Disminución de la demanda de servicios. No contar con los recursos necesarios para prestar los servicios, desarrollo del hospital y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos.	No mantener de manera constante una relación directa con los líderes y políticos de la comunidad y medios de comunicación. No tomar medidas correctivas oportunas de las situaciones que puedan provocar el descredito del hospital. No cumplir con los resultados establecidos en el hospital.
	17) 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.
	18) 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	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.

Objetivos	Riesgos y Aspectos	FACTORES DE RIESGOS	
		Impacto	Probabilidad
		y cumplimiento de los planes de inversión e incentivos. Insatisfacción de los usuarios.	
	Aspectos Legales:		
	19) 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.
	20) Ausencia de semáforo en las proximidades del 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.
	21) 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.
	22) Ausencia de señalización, rampa peatonal para discapacitados para evitar el cruce peatonal debajo del puente peatonal	Insatisfacción. Riesgo de accidentes. Disminución de las demanda de los servicios. Perdida de recursos. Las vías no son amigables para los ciudadanos con limitaciones físicas.	Las autoridades del Ministerio de Obra Publica no construyeron de manera adecuada el paso a desnivel para las personas.

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 identificación del personal médico y de enfermería con los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	12) Contamos con una cooperativa de colaboradores, pero actualmente no tiene una directiva.	1	1	1	1	Bajo
	13) Violación por parte del personal a la disposición de ingerir alimentos solo en las áreas destinadas para tales fines (Ingesta de alimentos y snacks por parte del personal en las habitaciones y áreas de trabajo)	2	2	4	2	Medio
	14) Falta de aumento salarial al personal médico y administrativo. (ajuste por indexación)	2	2	4	2	Medio
	15) Falta de incentivo por área gris o cerrada y emergencia.	2	2	4	2	Medio
	16) Falta de protección al área administrativa, mejora salarial, por falta de la administración pública.	2	2	4	2	Medio
	17) La modalidad de distribución de los incentivos NO satisface a los usuarios internos.	2	2	4	2	Medio
	Educación Continua y Capacitación:					
	18) Cumplimiento limitado y evaluación al Plan de Capacitación y Educación Continuada.	2	3	6	3	Alto
	19) No se realizan conferencias audiovisuales a los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	Logística de Medicamentos e Insumos					
	0					
	Estandarización y Seguridad:					
	20) 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
	21) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes	2	2	4	2	Medio
	22) Ausencia de mantenimiento preventivo oportuno de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
	23) No hay una programación, ni se realiza el control periódico de las calibraciones de los equipos y sistemas.	3	3	9	3	Alto
	24) 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
	25) Falta un Sistemas informáticos para el manejo y procesamiento de la información clínica.	2	2	4	2	Medio
	26) Cambio de la metodología y formulario de evaluación de desempeño por otra muy subjetiva.	2	2	4	2	Medio
	27) Falta de cumplimiento del personal de los protocolos y procesos establecidos.	3	3	9	3	Alto
	28) Falta de actualización de los protocolos existentes	3	3	9	3	Alto

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	29) Las capacitaciones no siempre atienden las necesidades de las gerencias.	2	2	4	2	Medio
	30) Se ha descontinuado la practica de proporcionar servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	3	2	6	3	Alto
	31) NO se ha realizado la revisión y modificación del documento Consentimiento Informado	3	3	9	3	Alto
	32) Falta de capacitación para la socialización del nuevo consentimiento informado, cuando sea elaborado.	3	2	6	3	Alto
	33) Falta de vigilancia en los parqueos del hospital	3	3	9	3	Alto
	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
	Monitoreo y Evaluación:					
	38) No se realizan evaluaciones del cumplimiento de normas, controles, procesos y procedimientos establecidos, NOBACI, otros.	3	3	9	3	Alto
	39) Ejecución parcial del plan de capacitación	2	2	4	2	Medio
	40) Falta del software de gestión financiera.	3	3	9	3	Alto
	41) Falta de asignación de parqueos para colaboradores.	1	1	1	1	Bajo
	RIESGOS EXTERNOS					
	Factores de Gobierno y Legales:					
	42) Demandas por mala práctica, consignado en la Ley General de Salud (42-01).	3	2	6	3	Alto
	43) Volver a centralizar la gestión del hospital.	3	1	3	2	Medio
	44) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, Instituciones y ciudadanos, otros), por malos resultados en los indicadores de calidad de la atención.	3	1	3	2	Medio
	45) Alto Índice de Glosas por los auditores de las ARS	3	3	9	3	Alto
	Recursos Humanos					
	46) Mejores ofertas, condiciones de trabajos y remuneración por otras instituciones para el personal de salud.	3	1	3	2	Medio
	Resultados:					
	47) 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:					
	48) Dificultad para abastecimiento de insumos y materiales de manera oportuna.	3	1	3	2	Medio
	49) 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
	50) Mala calidad de los insumos, materiales y equipos que se adquieren.	3	1	3	2	Medio
	51) Sobredemanda de usuarios en función de la capacidad instalada en el hospital.	2	2	4	2	Medio
	52) Ilíquidez por las ARS, procesan el pago al hosp. en suma parciales con retraso.	3	2	6	3	Alto
	53) Pacientes que llegan de manera incoordinada desde otras instituciones o traídos por el 911	3	3	9	3	Alto
	54) Pacientes postquirúrgicos complicados que llegan desde otros centros y que son de alto costo	3	3	9	3	Alto
	55) Pagos parciales o semi-glosas de las ARS	3	3	9	3	Alto
	56) Agotamiento de cobertura de pacientes de alto costo	3	3	9	3	Alto
	57) 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
	2) Falta de personal de atención al usuario en el lobby principal del hospital para orientar a los pacientes desde su llegada	2	2	4	2	Medio
	Área Consulta Externa:					
	3) 21.7% considera que debe mejorar las facilidades para conseguir citas.	2	2	4	2	Medio
	4) El 15.2% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	3	2	6	3	Alto
	Área Emergencia:					
	5) 68.2% De los encuestados No conoce el nombre del médico que le atendió.	2	2	4	2	Medio
	6) 55.8% No conoce el nombre de la enfermera.	3	3	9	3	Alto
	7) Solo 29.1% Respondió afirmativamente a la pregunta ¿se le ha realizado algún procedimiento o intervención sin informarle en qué consiste, o sin pedir autorización?	2	2	4	2	Medio
	Área Hospitalización:					
	8) 23.8% en el área de cirugía, considera debe mejorar la limpieza de las habitaciones.	2	3	6	3	Alto
	9) 23.8% en el área de cirugía, 12.5% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar los puntos de atención al usuario.	3	2	6	3	Alto
	10) 19% en cirugía general y especialidades, 12.5% en el área de neurocirugía, 12.8% en ortopedia, considera debe mejorar la limpieza de sanitarios y áreas comunes.	3	2	6	3	Alto
	11) 18.8% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar el trato de las enfermeras	2	2	4	2	Medio
	12) 14.3% de usuarios en cirugía general, 6.3% neurocirugía, considera debe mejorar los trámites de admisión y pago de servicios.	2	2	4	2	Medio
	0					
	USUARIOS INTERNOS					
	13) 82% no ha recibido pago por horas extras. No se miden las horas extras.	2	2	4	2	Medio
	14) 66.7% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.	2	2	4	2	Medio
	15) 45.7% dice no ha recibido incentivo/reconocimiento por su trabajo.	2	1	2	1	Bajo
	16) 45.2% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones al personal	3	2	6	3	Alto
	17) 43.6% no se realizan actividades de recreación con los equipos de trabajo.	2	2	4	2	Medio
	18) 39.9% no existen imágenes/advertencias en su área de trabajo y 28.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las imágenes y advertencias en relación a los riesgos/peligros en su área de trabajo.	3	3	9	3	Alto
	19) 39.8% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.	2	2	4	2	Medio
	20) 37.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.	2	1	2	1	Bajo
	21) 36.2% considera que la carga de trabajo en su área NO esta distribuida equitativamente (bien repartida).	3	1	3	2	Medio
	22) 31.9% considera que el plan de capacitación NO toma en cuenta sus necesidades como empleado.	3	3	9	3	Alto
	23) 35.5% no conoce de la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	3	2	6	3	Alto
	24) 29.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos, accesorios y/o insumos para proteger su integridad física y salud durante la realización de las tareas de su trabajo.	2	2	4	2	Medio
	25) 29.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	2	2	4	2	Medio
	26) 27.7% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes para aprovecharlos en beneficio de la institución.	2	2	4	2	Medio
	27) 27.7% no tiene identificada área de descanso de acuerdo a su puesto de trabajo.	3	2	6	3	Alto
	28) 25.5% responden negativamente a la pregunta ¿Crees que tu institución trata de mantener y mejorar las condiciones de trabajo?	2	2	4	2	Medio
	29) 23.7% considera la forma de contratación no le confiere seguridad laboral.	2	2	4	2	Medio

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	30) 23.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena	3	2	6	3	Alto
	31) 23.4% no conoce la existencia de un plan de capacitación.	2	3	6	3	Alto
	32) 22.3% no se les informa cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones y las razones de estas	2	2	4	2	Medio
	33) 17% no ha participado en actividades de capacitación.	2	2	4	2	Medio
	34) No se reconoce a los empleados por su cumpleaños y reconocimientos por logros o mejoras.	2	2	4	2	Medio
	Responsabilidad y Control:					
	35) 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
	36) Falta de Telecable en TVs de las salas de esperas.	2	2	4	2	Medio
	37) 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
	38) Tardanza en la preparación y entrega del expediente para las de alta médicas.	2	2	4	2	Medio
	39) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	2	2	4	2	Medio
	40) Falta de supervisión de los gerentes en el área de Consulta Externa.	3	2	6	3	Alto
	41) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	2	4	2	Medio
	42) La ubicación de unidad pre quirúrgica en la sala de consulta.	3	3	9	3	Alto
	43) Falta de batas para personal médico.	2	2	4	2	Medio
	44) Impuntualidad para asistir a reuniones, capacitaciones y actividades	3	3	9	3	Alto
	45) Falta amabilidad y poca capacidad resolutoria de algunas secretarías y/o asistentes de gerencias médicas	2	2	4	2	Medio
	46) Proceso de facturación en Fisiatría y consulta (Caja distante).	2	2	4	2	Medio
	47) Mal funcionamiento del sistema de citas SYSMED	3	3	9	3	Alto
	48) 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
	49) Comedor común compartido con usuarios externos	2	2	4	2	Medio
	50) 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
	51) Errores frecuentes del personal de admisión de citas (récord incompletos, errores en nombres y cédulas, números de teléfonos)	3	3	9	3	Alto
	52) Cambio de indicaciones por letras ilegibles, vencidas, errores en nombres, etc.	3	3	9	3	Alto
	53) La gerencia de seguridad permite acceso a prestamistas y vendedores ambulantes	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Resultados:					
	54) 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:					
	55) Penalización financiera de las fuentes de financiamiento (Gobierno, ARS's, instituciones y ciudadanos, otros), por insatisfacción de los ciudadanos.	2	2	4	2	Medio
	56) Acceso a medios de comunicación y redes sociales de personas que quieran difamar el hospital y sus autoridades.	3	2	6	3	Alto
	57) Plataforma electrónica de SENASA que no es estable	2	2	4	2	Medio
	58) 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
	7) Comité de contratación de personal No se ha capacitado con metodología.	3	3	9	3	Alto
	8) No contar con todos los instrumentos necesarios para la recolección y análisis de información.	3	1	3	2	Medio
	@ Factores Logística e Información:					
	9) No contamos con un sistema de gestión financiera y administrativa automatizado.	3	2	6	3	Alto
	10) Bajo cumplimiento y/o escaso seguimiento a algunos procesos establecidos.	3	3	9	3	Alto
	11) Falta de un buen flujo de información entre gerencias, vertical y horizontal.	3	2	6	3	Alto
	12) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	3	2	6	3	Alto
	13) Falta de información hacia el paciente por parte del médico tratante.	3	2	6	3	Alto
	14) Bajo cumplimiento de las demandas de las gerencias en cuanto a las necesidades estipuladas en el plan estratégico.	3	3	9	3	Alto
	15) Sistema clínico digital no desarrollado en toda su totalidad	3	2	6	3	Alto
	16) Deficiencia en la Actualización y utilización de intranet y página web.	2	2	4	2	Medio
	17) No seguimiento por parte de algunas gerencias para el cumplimiento del uniforme establecido.	3	3	9	3	Alto
	18) No elaboración de informes estadísticos por las gerencias.	2	2	4	2	Medio
	19) No uso de recursos de Internet, pagina web como contacto con los grupos de interés.	2	2	4	2	Medio
	20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	2	2	4	2	Medio
	21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	3	2	6	3	Alto
	22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	2	2	4	2	Medio
	23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	3	9	3	Alto
	24) Mala logística para negociar con las ARS	3	3	9	3	Alto
	25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	2	3	6	3	Alto
	26) No utilización de las herramientas disponibles para elaboración de informes estadísticos por gerencia.	3	3	9	3	Alto
	27) Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado con limitaciones en su funcionalidad.	3	2	6	3	Alto
	28) Sistema de cámaras del quirófano inteligente fuera de servicio.	2	2	4	2	Medio
	29) Mal funcionamiento del sistema de gestión clínica automatizado.	2	3	6	3	Alto
	30) Uniforme para parte del personal.	2	2	4	2	Medio
	31) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes estadísticos por gerencia no lo realizan	3	3	9	3	Alto
	32) Obsolescencia de equipos de hardware.	3	3	9	3	Alto
	33) 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:					
	34) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.	2	2	4	2	Medio

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	35) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	2	2	4	2	Medio
	Factores Logística e Información:					
	36) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	2	1	2	1	Bajo
	37) Sobredemanda de los servicios ofrecidos (desborda la capacidad del hospital).	2	2	4	2	Medio
	38) Campaña de descrédito del hospital.	3	2	6	3	Alto
	39) 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
	40) No definición de políticas sobre cartera de servicios, referencia y contraferencia, admisiones, entre los hospitales del complejo hospitalario.	3	3	9	3	Alto
	41) Aumento del cruce de infecciones debido al uso de uniforme de otros centros por el personal.	3	3	9	3	Alto
	42) No tenemos capacidad para dar respuesta ante una catástrofe natural.	3	3	9	3	Alto
	43) 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
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	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
	5) No poseer Planta de manejo de residuos hospitalarios.	3	3	9	3	Alto
	Captura del Mercado:					
	6) Poca señalización e iluminación del área de acceso al hospital.	3	3	9	3	Alto
	7) El acceso Oeste- Este/ Este-Oeste es un posible generador de accidentes de tránsito.	3	2	6	3	Alto
	8) Inicio de operaciones con bajo presupuesto.	3	2	6	3	Alto
	9) Déficit en la comunicación telefónica, en la red, comunicación interna.	3	2	6	3	Alto
	Factores Competitivos:					
	10) Parques insuficientes para el personal y usuarios.	2	2	4	2	Medio
	11) Debilidad de seguridad en la Infraestructura hospitalaria.	3	3	9	3	Alto
	12) 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
	13) Limitado acceso a tecnología de punta	2	2	4	2	Medio
	14) Varios años sin participar en los Premios de Calidad del ministerio de administración pública (MAP).	2	2	4	2	Medio
	Disponibilidad de Recursos:					
	15) Personal no dispone de lo necesario en algunas áreas para realizar su trabajo	3	2	6	3	Alto
	16) No se cubren las plazas cuando el personal está de vacaciones o licencia, en algunas áreas.	3	2	6	3	Alto
	17) 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
	18) No todos los equipos son modernos, digitales de última generación.	2	2	4	2	Medio
	19) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	2	2	4	2	Medio
	Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:					
	20) Presión de Urgencias= 44% (-120%)	3	2	6	3	Alto
	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:					
	21) % Cirugías Electivas = 35%	2	2	4	2	Medio
	22) Hospitalización: 52.3%	3	2	6	3	Alto
	23) Equipamiento incompleto según área y nivel de complejidad (Equipos de otorrino, etc.)	3	3	9	3	Alto
	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

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	27) Poca oferta de los productos (variedad) en el comedor a los colaboradores.	3	3	9	3	Alto
	28) El no cumplimiento del horario establecido de consulta.	2	3	6	3	Alto
	29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	3	2	6	3	Alto
	30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.	3	3	9	3	Alto
	31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	2	2	4	2	Medio
	32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace que el centro sea deficitario.	3	3	9	3	Alto
	33) Falta de un sistema clínico-financiero que permita una gestión eficiente y eficaz.	3	3	9	3	Alto
	34) Falta de control de accesos interno en algunas Áreas.	3	3	9	3	Alto
	35) Respuesta lenta de las solicitudes a Compra	2	2	4	2	Medio
	36) Falta de mantenimiento preventivo adecuado y validación del funcionamiento correcto de sistemas y equipos médicos.	3	3	9	3	Alto
	37) Alto riesgo de contagio del SAR-CoV-2 del personal que provoca un aumento de las licencias medicas y disminución de la producción	3	3	9	3	Alto
	38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	2	2	4	2	Medio
	39) Largo tiempo para consultarse con un Especialista.	2	2	4	2	Medio
	40) Mantenimiento preventivo de los equipos, mobiliarios, sistemas e infraestructura	3	3	9	3	Alto
	41) 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
	42) No cumplimiento de perfiles técnicos definidos. RR.HH.	3	3	9	3	Alto
	Equipos e Infraestructura					
	43) Limitada cantidad de parqueo.	2	3	6	3	Alto
	Capacidad instalada					
	44) La capacidad instalada en la emergencia es inferior a la demanda (sobrepoblación) de los pacientes politraumatizados.	3	3	9	3	Alto
	45) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	2	2	4	2	Medio
	46) No existe sistema informático específico para triage	3	3	9	3	Alto
	Sistemas de Información					
	47) Déficit de monitoreo del sistema informático en la diferentes áreas.	3	3	9	3	Alto
	48) Falta de números telefónicos y cambio o mal registro de informaciones y datos de los usuarios al momento de la facturación, para una adecuada comunicación con el usuario.	3	3	9	3	Alto
	49) Baja utilización de los informes de análisis de costos.	3	3	9	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Factores del Mercado:					
	50) Factores externos de contaminación ambiental: ruidos, basura, falta regulación del tránsito, vendedores ambulantes.	3	2	6	3	Alto
	51) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	2	6	3	Alto
	52) Falta de energía u otros servicios básicos (agua, recogida de basura, seguridad), que afecten la prestación de los servicios.	3	2	6	3	Alto
	53) Debilidad de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
	54) Inseguridad ciudadana del sector.	2	2	4	2	Medio
	55) Inestabilidad económica	2	2	4	2	Medio
	56) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones negativas del hospital sin fundamentos.	1	1	1	1	Bajo
	57) Avances acelerados de la tecnología y que el hospital no tenga la posibilidad para la actualización en estas.	2	2	4	2	Medio
	58) El aumentos de precio de los productos alimentarios, medicamentos e insumos.	2	2	4	2	Medio
	Factores Competitivos:					
	59) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	2	1	2	1	Bajo
	Factores Medioambientales:					
	60) El país se encuentra en la ruta de huracanes.	2	2	4	2	Medio

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	61) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	2	4	2	Medio
	62) Temporada de lluvia que hacen que los servicios de construcción produzcan problemas de filtraciones, poniendo en riesgo el no uso de áreas y daños a equipo.	3	2	6	3	Alto
	0					
	Factores de demanda de los servicios:					
	63) 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
	64) Nombramiento de personal por otra instancia violando lo establecido en el modelo de gestión.	3	2	6	3	Alto
	65) 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
	66) Retraso desembolso presupuesto por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud Pública) para subvención a la demanda.	3	3	9	3	Alto
	67) Robo de cables de compañía de teléfono, eléctricos	3	2	6	3	Alto
	68) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	3	2	6	3	Alto
	69) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros indigentes, asistidos en el hospital.	2	2	4	2	Medio
	70) Falta de seguridad en los parqueos de la ciudad de la salud.	3	3	9	3	Alto
	71) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	3	3	9	3	Alto
	72) Limitado pago de los usuarios que pueden aportar económicamente por su atención, por disposiciones de la presidencia.	2	2	4	2	Medio
	73) Alto costo de los insumos que se compran en el hospital	3	3	9	3	Alto
	74) Aumento de la incidencia de los pacientes en días festivos	2	2	4	2	Medio
	75) Presión mediática con desvinculación del personal	2	2	4	2	Medio
	76) Tardanzas de las ARS para autorizar los materiales de osteosíntesis	3	2	6	3	Alto
	77) Eliminación de procedimientos en el catalogo de SENASA Subsidiado.	3	2	6	3	Alto
	78) Aumento competitividad de otros centros que brinden servicios similares a los nuestros.	2	1	2	1	Bajo
	79) Presencia de pacientes con COVID-19 y no tener un área específica	3	2	6	3	Alto
Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS					
	Logística:					
	1) Ausencia de un software financiero.RRHH , ETC. (Integrado)	2	2	4	2	Medio
	@ Control:					
	2) No hay una organización eficaz de los servicios subespecializados bien delimitada.	2	2	4	2	Medio
	3) Ausencia de un plan de compras.	3	2	6	3	Alto
	4) No adecuada utilización de la denominación del cargo	3	2	6	3	Alto
	5) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	3	2	6	3	Alto
	6) No se realizan arqueo sorpresas a las cajas con frecuencia	3	3	9	3	Alto
	7) Escaso control de costo de los procedimientos	3	3	9	3	Alto
	8) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	3	9	3	Alto
	9) inexistencia de un plan de mantenimiento preventivo de los equipos y mobiliario de la institución.	3	3	9	3	Alto
	10) Escasa supervisión para disminuir las fugas de los pacientes sin pagar.	2	2	4	2	Medio
	Monitoreo y Evaluación:					
	11) Escaso control de consumo y fecha de vencimiento de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	3	2	6	3	Alto
	12) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	2	6	3	Alto
	13) No existencia de un taller de reparación y mantenimiento de los equipos médicos y mobiliario.	3	3	9	3	Alto
	14) Falta de un control de inventario de activo fijo, actualizado.	3	3	9	3	Alto
	15) Falta de instalación de farmacia externa como unidades de negocios del hospital.	3	3	9	3	Alto
	16) Deficiencia de equipos en el área de imágenes	3	3	9	3	Alto
	17) Laboratorio no cuenta con la credibilidad necesaria por parte del personal medico	3	3	9	3	Alto

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	18) Escaso control de las cuentas por cobrar	3	3	9	3	Alto
	19) No se realizan análisis de costo.	3	3	9	3	Alto
	20) Deficiente control y auditoría de activos fijos, recursos humanos, recursos económicos.	3	3	9	3	Alto
	21) Personal de mantenimiento no cuenta con las capacidades para disminuir las contrataciones externas de servicios	3	2	6	3	Alto
	RIESGOS EXTERNOS					
	Disponibilidad de recursos:					
	22) Retraso o falta de recursos (asignación presupuestaria).	3	2	6	3	Alto
	23) Retraso en el pago de las ARS's.	3	2	6	3	Alto
	24) Crisis financiera internacional y nacional.	2	2	4	2	Medio
	25) No existe a nivel nacional un plan de contingencia económico en casos de pandemia ni desastres naturales.	3	2	6	3	Alto
	26) Aumento de la prima del dólar.	2	2	4	2	Medio
	27) Congelamiento de cuenta del Hospital.	2	2	4	2	Medio
	28) No recibir la cantidad de fondos asignados de acuerdo al presupuesto elaborado que se envía al MSP.	3	2	6	3	Alto
	29) Devaluación del peso.	2	2	4	2	Medio
	30) Alto costo de combustibles.	2	2	4	2	Medio
	31) Limitados créditos en el mercado para el hospital.	3	2	6	3	Alto
	Medio Ambiente:					
	32) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	2	2	4	2	Medio
	33) Ineficiente subvención del Ministerio de Salud Pública.	3	3	9	3	Alto
	34) Cúmulo de personas alrededor del hospital que amanecen.	2	2	4	2	Medio
	35) Acumulación de basura	3	3	9	3	Alto
	36) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.	2	2	4	2	Medio
	37) Ausencia de RR.HH. capacitado para gestionar la unidad de costo.	2	2	4	2	Medio
Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.	0					
	RIESGOS INTERNOS					
	Relación con Líderes Comunitario:					
	1) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	3	2	6	3	Alto
	@ Rendición de cuentas:					
	2) 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:					
	3) 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
	4) 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:					
	5) 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
	6) 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
	7) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	2	2	4	2	Medio
	8) Exclusión de pago de procedimiento por la ARS afectando los servicios del hospital.	3	3	9	3	Alto
	9) 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

OBJETIVOS (METAS)	RIESGOS	EVALUACIÓN DEL RIESGO				
		Calificación		Nivel de Gravedad		
		Impacto	Probabilidad	Calificación	Valor	Nivel
	10) La falta de educación y conciencia social en la comunidad influye en el aumento de las enfermedades y accidentes.	2	2	4	2	Medio
	11) Interés de la comunidad de denunciar supuestas negligencias médicas.	3	2	6	3	Alto
	12) Falta de semáforos en el entorno de la comunidad en la diversas intercepciones lo que aumenta el riesgo de que ocurran accidentes de tránsito.	3	3	9	3	Alto
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) Tiempo de espera largo en Emergencia para ingresos.	3	2	6	3	Alto
	3) 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
	4) Falta de comunicación efectiva de los médicos, pacientes y departamentales.	3	2	6	3	Alto
	5) Múltiples puntos riesgos altos para la seguridad para nuestros pacientes y colaboradores.	3	3	9	3	Alto
	6) No tener un plan de contingencia ante las eventualidades de informática.	3	3	9	3	Alto
	7) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	2	2	4	2	Medio
	8) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	3	3	9	3	Alto
	9) Retraso de las gerencias en el tiempo de entrega de las informaciones internas solicitadas para ser comunicadas externamente.	2	2	4	2	Medio
	10) 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
	11) Tecnología que ha ido quedando desfasada, en comparación con los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.	2	2	4	2	Medio
	12) Bajo índice de reingresos no programados por posible sub registro de los casos	3	3	9	3	Alto
	13) Asientos insuficientes en las diferentes salas de espera.	2	2	4	2	Medio
	14) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	3	3	9	3	Alto
	15) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	2	2	4	2	Medio
	RIESGOS EXTERNOS					
	Difusión de Información:					
	16) Campana de descréditos del hospital por los diferentes medios de comunicación.	3	2	6	3	Alto
	17) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	3	3	9	3	Alto
	18) Incumplimiento de otras instituciones y/o proveedores con el Hospital.	2	2	4	2	Medio
	Aspectos Legales:					
	19) Demandas civiles en contra del personal médico y/o el hospital	3	2	6	3	Alto
	20) Ausencia de semáforo en las proximidades del Hospital	3	3	9	3	Alto
	21) Alto índice de criminalidad en la zona	3	2	6	3	Alto
	22) Ausencia de señalización, rampa peatonal para discapacitados para evitar el cruce peatonal debajo del puente peatonal	3	3	9	3	Alto

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

D) Matriz Plan Mitigación Riesgos, Debilidades y Amenazas, para la Consecución de los Objetivos Estratégicos Generales en el 2021.

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				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 RR.HH.. Publicar en la página web y la carpeta pública del hospital	Servicio de Comunicación y Relaciones Publica Unidad Asesoría Legal Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos Gerencia				Informe de Actividades Realizadas	Numero de Empleados Participantes en los encuentros. Numero de Leyes Entregadas. Decreto en pagina Web.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				la versión electrónica del Decreto	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:										
	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				Informe de Empleados Contratado	% de Empleados contratados o asignado a otro cargo que cumplen con el perfil técnico del cargo.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
					Gerencias que conforman el Hospital.						
	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.	Gerencias que conforman el Hospital. 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. 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.	
	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.	Dirección General. Recursos Humanos. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia Tecnología información				Comunicación solicitud presentación software. Informe de evaluación. Orden de compra.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Configuración e implementación del Software. Uso adecuado del Software.							
	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 están generando en el sector salud.	2	Medio	Campaña de educación e información interna (brochures, talleres). Aprovechamiento 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.	
	11) 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	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	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				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.	Personal interesado						
	12) 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.					Comunicación solicitando encuentro con las autoridades de IDECOOP	Directiva conformada. Listado participantes encuentro de sensibilización.	
	13) Violación por parte del personal a la disposición de ingerir alimentos solo en las áreas destinadas para tales fines (Ingesta de alimentos y snacks por parte del personal en las habitaciones y áreas de trabajo)	2	Medio	Los gerentes deben de realizar supervisiones periódicas por las áreas especialmente a la hora de almuerzo y hora de merienda para constatar que personal esta ingiriendo alimentos en las áreas de trabajos. Aplicar régimen de consecuencia según lo establecido en el manual de inducción según el tipo de falta.		Gerentes Operativos de las gerencias				Informe de supervisiones realizadas. Informe de sanciones aplicadas.	% de colaboradores que ingiere alimentos en las áreas de trabajo.

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	14) Falta de aumento salarial al personal médico y administrativo. (ajuste por indexación)	2	Medio	El Director General, Subdirector Medico, Subdirector Financiero, deben de periódicamente presentar los resultados y evaluaciones de desempeño del personal a las autoridades del SNS, para demostrar que el personal del HTNAL, cumple con sus funciones mas que otros hospitales por lo que deben recibir mejor remuneración.	Director General. Subdirector Financiero. Subdirector Medico.				Informe de reuniones realizadas	% de colaboradores satisfechos con el nivel salarial devengado.	
	15) Falta de incentivo por área gris o cerrada y emergencia.	2	Medio	Evaluar la posibilidad de especializar fondos para implementar esta modalidad de incentivos para el personal asistencial, que se encuentran laborando en dicha áreas.	Director General. Subdirector Financiero. Subdirector Medico.				Informe de análisis	% de colaboradores que laboran en áreas gris o cerrada y emergencia que reciben incentivos por este concepto.	
	16) Falta de protección al área administrativa, mejora salarial, por falta de la administración pública.	2	Medio	Solicitar reunión con el SNS para solicitarles que cuando se dispongan aumentos salariales para el personal asistencial (medico, enfermera) también sean contemplados los colaboradores de las demás áreas de apoyo.	Director General. Subdirector Financiero. Subdirector Medico.				Informe de reuniones realizadas	% colaboradores satisfechos con el incremento salarial	
	17) La modalidad de distribución de los incentivos NO satisface a los usuarios internos.	2	Medio	Realizar un análisis de la modalidad del sistema de incentivos aplicado en el hospital. Proponer mejora.	Director General. Subdirector Financiero. Subdirector Medico.				Informe de análisis. Informe de Reuniones realizadas con el personal.	% de colaboradores satisfechos con el sistema de incentivos aplicado.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Presentar al personal los cambios. Si están de acuerdo implementar nuevo sistema.	Subdirector Planificación						
	Educación Continua y Capitación:										
	18) 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	
	19) No se realizan conferencias audiovisuales a los usuarios.	2	Medio	Iniciar con la programación de las conferencias a los usuarios en las salas de espera. Realizar las charlas programadas.	Gerente Atención al usuario				Plan de charlas a realizar por semana en las áreas de espera. Informe de charlas realizadas.	% usuarios externos satisfechos con las informaciones ofrecidas en las charlas impartidas.	
	Logística de Medicamentos e Insumos										
	0										
	Estandarización y Seguridad:										
	20) 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	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	21) Falta de ambulancia equipada para el traslado de pacientes	2	Medio	Evaluar la posibilidad de reparación de la ambulancia que posee el hospital. Realizar análisis de disponibilidad para la adquisición de una ambulancia.	Director General. Subdirector Financiero. Subdirector Medico.				Informe de evaluación de la ambulancia actual. Informe de disponibilidad económica.	Índice de Actividades Realizadas	
	22) 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.	
	23) 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. Informe de las calibraciones realizadas	Índice de cumplimiento de las Calibraciones programadas.	
	24) Salas de hospitalización que no garantizan la seguridad y confort de los usuarios, (faltan closet para	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	Índice Cumplimiento programa de Adquisiciones.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM.AA
	usuarios, pisos lisos resbalosos baños)			identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones. Instalar los equipos.	Apoyo. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Compras.						
	25) 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. Pagar la cantidad y en los tiempos establecidos al proveedor.	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. Informe de pagos realizados.	Poseer un adecuado sistema de gestión clínica.	
	26) 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.	
	27) 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	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.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				personal que no cumpla con lo establecido en los protocolos.							
	28) 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.	
	29) 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. Cumplir con el Programa de Capacitaciones establecidas por las gerencias en el POA Anual.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de Capacitaciones Realizadas.	% cumplimiento Plan de Capacitación por Gerencia, según programa de capacitación establecido en el POA anual.	
	30) Se ha descontinuado la practica de proporcionar servicio personalizado y educativo por parte de la gerencia de atención al usuario.	3	Alto	Iniciar con la programación de las conferencias a los usuarios en las salas de espera. Realizar las charlas programadas. Exigir a los técnicos de atención al usuario que asistan de manera amable a los usuarios que requieran información y/o	Gerente Atención al usuario				Plan de charlas a realizar por semana en las áreas de espera. Informe de charlas realizadas.	% usuarios externos satisfechos con las informaciones ofrecidas en las charlas impartidas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				orientación sobre los diversos aspectos que necesiten.							
	31) NO se ha realizado la revisión y modificación del documento Consentimiento Informado	3	Alto	Definir Modelo de base para actualizar los consentimientos informados. Programar encuentro con los servicios para realizar la revisión y actualización de los consentimientos informados. Realizar análisis. Incorporar las correcciones.	Subdirector medico. Gerentes asistenciales. Servicio Legal. Subdirección Planificación.				Documento Base de Consentimiento Informado. Informe de las reuniones realizadas. Documentos de Consentimientos Informados.	% De procedimientos que requieren consentimiento informado que están actualizados..	
	32) Falta de capacitación para la socialización del nuevo consentimiento informado, cuando sea elaborado.	3	Alto	capacitación personal operativo sobre el proceso de presentación del consentimiento informado al usuario, llenado y firma por parte de este.	Subdirector medico. Gerentes asistenciales. Servicio Legal.				Informe de capacitaciones Realizadas. Listado de participantes reuniones.	% de colaboradores capacitados que utilizar consentimientos informados.	
	33) Falta de vigilancia en los parqueos del hospital	3	Alto	Disponer de un personal de seguridad para la vigilancia y control en el área de parqueo del hospital. Supervisar el trabajo realizado por el personal.	Gerente Seguridad. Personal de seguridad.				Designación personal seguridad para parqueos.	% de áreas de parqueos que cuentan con vigilancia personalizada.	
	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 Epidemiología.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	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.		
	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.		
	Monitoreo y Evaluación:										
	38) 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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	39) 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.	
	40) Falta del software de gestión financiera.	3	Alto	Solicitar propuesta para adquisición de software financiero del hospital. Evaluar propuestas. Seleccionar software. Realizar contratación. Realizar pago convenidos. Instalar y configurar, integrar y cargar data. Capacitar personal operativos y gerentes.	Dirección General. Subdirector Financiero. Subdirector Planificación. Gerente TIC. Gerentes del Área Financiera.				Informe de propuestas recibidas. Informe de análisis de propuesta. Informe de selección. Contratado con proveedor. Constancia de pago. Constancia e informe de avance de instalación, configuración y carga de datos. Informe de capacitaciones y listados de participantes.	Hospital cuenta con un adecuado software financiero	
	41) 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	Director General				Invitación a Reunión para discutir y proponer acciones para corregir dicha situación	Informe resultados de la reunión	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	45) 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										
	46) 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:										
	47) Descrédito de la población y opinión pública del hospital por los resultados presentados en el cuidado de la salud de los ciudadanos.	2	Medio	Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y relaciones Publicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	Logística y Calidad Productos:										
	48) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Gerencia de Compras.						
	49) Deterioro en el sistema eléctrico, agua potable, telefonía e Internet que afecta los equipos y/o sistemas y la logística asistencial.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Servicios Generales de Apoyos. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Compras.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	50) 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.	
	51) 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.		
	52) Ilíquidez 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección de Planificación.						
	53) 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	
	54) 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	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios		Fecha de monitoreo DD.MM.AA				
					Valor	Nivel		Descripción Insumos			Presupuesto (US\$ 000)
	55) 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. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Médica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	56) 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 Médica.				Informe documentado de las solicitudes	% de usuarios que siendo tratado en el hospital han agotado su cobertura.	
	57) 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.	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	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 Epidemiologia.				Comunicación convocando reunión para evaluar situación. Informe de la reunión. Plan de intervención. Informe implementación Plan. Informe evaluación impacto Plan.		
	2) Falta de personal de atención al usuario en el lobby principal del hospital para orientar a los pacientes desde su llegada	2	Medio	Designar personal de atención al usuario para realizar las asistencias a los usuarios que ingresan al hospital. Supervisar el trabajo realizado por este personal.	Gerencia Atención al Usuario. Director General. Subdirección Gestión Recursos Humanos.				Informe de designación personal. Informe de supervisión desempeño personal.	% de usuarios satisfechos con l recibimiento en el hospital.	
	Área Consulta Externa:										
	3) 21.7% considera que debe mejorar las facilidades para conseguir citas.	2	Medio	Realizar auditoria del proceso asistencial en el área para determinar cuales son las dificultades que determinan que los usuarios consideren hay dificultades para conseguir citas. Presentar resultados de la auditoria. Presentar propuesta del plan mejoría. Implementar plan según cronograma establecido. Evaluar impacto de las medidas ejecutadas.	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 para conseguir citas	
	4) El 15.2% considera que se debe mejorar el tiempo de espera para recibir atención.	3	Alto	Evaluar las dificultades actuales que presentan los usuarios para	Sub-Dirección Medica. Gerentes				Comunicación convocando reunión. Plan de intervención	% de usuarios Satisfechos con el tiempo de espera	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios			DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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.					elaborado. Informe de ejecución del Plan.	para ser asistidos en consultas.	
	Área Emergencia:										
	5) 68.2% De los encuestados No conoce el nombre del médico que le atendió.	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal medico se presente con su nombre a los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.	Gerencias Médicas				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios que conocen el nombre del médico que le asiste.	
	6) 55.8% No conoce el nombre de la enfermera.	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.	
	7) Solo 29.1% Respondió afirmativamente a la pregunta ¿se le ha realizado algún procedimiento o intervención sin	2	Medio	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 satisfecho con las informaciones sobre los procedimientos realizados.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	informarle en qué consiste, o sin pedir autorización?			protocolos asistenciales y derechos de los usuarios. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con los procesos y protocolos establecidos.							
	Área Hospitalización:										
	8) 23.8% en el área de cirugía, considera debe mejorar la limpieza de las habitaciones.	3	Alto	Establecer un control periódico de supervisión para los supervisores verifiquen la limpieza de las habitaciones, baños y disponibilidad de productos en los baños.	Sub-Director Servicios generales. Supervisores de Limpiezas. Enfermeras				Normativa establecida. Formularios de control. Reportes de formularios de control.	% de usuarios satisfechos con la limpieza habitaciones, baños y disponibilidad de insumos en los baños del área.	
	9) 23.8% en el área de cirugía, 12.5% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar los puntos de atención al usuario.	3	Alto	Evaluar las dificultades actuales que presentan los usuarios en los puntos de atención y definir 8n plan de mejora. Implementar Plan y evaluar impacto de las medidas adoptadas	Gerentes asistenciales. Atención al usuario.				Informe evaluación. Plan de mejora. Informe implementación plan.	% de usuarios que conocen el nombre de la enfermera que le asiste.	
	10) 19% en cirugía general y especialidades, 12.5% en el área de neurocirugía, 12.8% en ortopedia, considera debe mejorar la limpieza de sanitarios y áreas comunes.	3	Alto	Establecer un control periódico de supervisión para los supervisores verifiquen la limpieza de áreas comunes, baños y disponibilidad de productos en los baños.	Sub-Director Servicios generales. Supervisores de Limpiezas. Enfermeras				Normativa establecida. Formularios de control. Reportes de formularios de control.	% de usuarios satisfechos con la limpieza áreas comunes, baños y disponibilidad de insumos en los baños del área.	
	11) 18.8% en el área de neurocirugía, considera debe mejorar el trato de las enfermeras	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal de enfermería brinde un trato amable a los usuarios. Aplicar	Gerente Enfermería. Supervisoras de enfermería				Informe de sanciones aplicadas que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfecho con las atenciones del personal de enfermería	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA	
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)				
				sanciones al personal que maltraten a los usuarios								
12) 14.3% de usuarios en cirugía general, 6.3% neurocirugía, considera debe mejorar los trámites de admisión y pago de servicios.	2	Medio	Realizar evaluación de dicha situación. Presentar Informe. Tomar las medidas correctivas correspondientes. Implementar las medidas. Evaluar resultados de impacto sobre las medidas adoptadas.	Gerente facturación. Gerentes médicos. Gerente estadísticas. Coordinador Admisión.				Informe análisis situación. Informe de medida a implementar. Implementación de medidas. Informe evaluación resultados logrados.	% de usuarios satisfechos con los tramites de admisión y facturación.			
0												
USUARIOS INTERNOS												
13) 82% no ha recibido pago por horas extras. No se miden las horas extras.	2	Medio	Realizar un análisis sobre la situación y presentar a las autoridades del SNS.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis e Informe reunión con autoridades del SNS	% de usuarios satisfecho con el pago de horas extras laboradas.			
14) 66.7% considera que su salario NO es acorde con sus funciones.	2	Medio	Realizar un análisis sobre la situación y presentar a las autoridades del SNS.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis e Informe reunión con autoridades del SNS	% de usuarios satisfecho con el salario.			
15) 45.7% dice no ha recibido incentivo/reconocimiento por su trabajo.	1	Bajo	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos deben convocar encuentros para explicar al personal sobre lo que son los incentivos y como es el sistema de otorgamientos de estos al personal.	Subdirector Recursos Humanos. Gerente Financiero.				Informes de encuentros realizados. Listado participantes	% de usuarios satisfecho con el sistema de incentivos implementado			
16) 45.2% no conoce la existencia de criterios definidos para realizar las promociones al personal	3	Alto	Los gerentes y la subdirección de recursos humanos deben convocar encuentros para explicar al personal sobre los criterios tomados en cuentas	Subdirector Recursos Humanos. Gerentes.				Informes de encuentros realizados. Listado participantes	% de usuarios conoce los criterios para promociones en el hospital.			

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				para realizar promociones.							
	17) 43.6% no se realizan actividades de recreación con los equipos de trabajo.	2	Medio	Establecer un fondo responsable para incentivar el desarrollo de actividades sociales para apoyo a las actividades de compartir y recrearse en otros ambientes para el personal, como estrategias para desarrollar lazos afectivos de amistad y tolerancia en el trabajo. Informar a los gerentes para que coordinen estos encuentros con su personal.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis. Informe de medida adoptadas.	% de usuarios satisfecho con el estímulo y facilidades para compartir socialmente.	
	18) 39.9% no existen imágenes/advertencias en su área de trabajo y 28.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las imágenes y advertencias en relación a los riesgos/peligros en su área de trabajo.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Colocar las imágenes y anuncios en las áreas	Gerente Epidemiología. Coordinador Salud del trabajo. Gerentes				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago. Colocación de imágenes e informaciones.	% de usuarios satisfecho con las imágenes e informaciones sobre peligros en las áreas.	
	19) 39.8% no dispone de todo el material necesario para el desempeño de su trabajo.	2	Medio	Realizar supervisión periódicas sobre las necesidades del personal operativo. Solicitar materiales, insumos, productos y/o equipos. Dar seguimiento a las solicitudes. Entregar insumos, productos y/o equipos.	Gerentes. Gerencia de compras. Servicio de almacén.				Informe de necesidades. Solicitudes realizadas. Cotizaciones. Comprobantes de pagos.	% de Usuarios Satisfechos al poseer los materiales, insumos y equipos para realizar su trabajo.	
	20) 37.6% no dispone de facilidades para la educación continuada.	1	Bajo	Realizar el levantamiento de estas necesidades con el personal	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de levantamiento de necesidades. Entrega de las	% de Usuarios Satisfechos el Plan de educación	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				operativo. Presentar el plan de capacitación y educación continuada. Elaborar cronograma capacitación. Informar a los colaboradores. Establecer las facilidades para que participen. Iniciar las capacitaciones. Dar seguimiento al cumplimiento del Plan.	Subdirección académica.				necesidades. Listados participantes.	Continua y Capacitaciones.	
	21) 36.2% considera que la carga de trabajo en su área NO esta distribuida equitativamente (bien repartida).	2	Medio	Realizar evaluaciones de desempeño. Corregir las inequidades en las cargas de trabajos detectadas.	Gerentes.				Informe de situaciones encontradas. Informe de Medidas Correctivas establecidas.	% Colaboradores satisfecho con el equilibrio de las cargas de trabajos.	
	22) 31.9% considera que el plan de capacitación NO toma en cuenta sus necesidades como empleado.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades con el personal operativo. Presentar el plan de capacitación y educación continuada. Elaborar cronograma capacitación. Informar a los colaboradores. Establecer las facilidades para que participen. Iniciar las capacitaciones. Dar seguimiento al cumplimiento del Plan.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos. Subdirección académica.				Informe de levantamiento de necesidades. Entrega de las necesidades. Listados participantes.	% de Usuarios Satisfechos el Plan de educación Continua y Capacitaciones.	
	23) 35.5% no conoce de la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño.	3	Alto	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre los criterios establecidos para realizar las	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios conoce los parámetros para realizar las evaluaciones de	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				evaluaciones de desempeño en el hospital.						desempeño en el hospital.	
	24) 29.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con la disponibilidad de los equipos, complementos, accesorios y/o insumos para proteger su integridad física y salud durante la realización de las tareas de su trabajo.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Entregas de equipos, complementos, accesorios e insumos.	Gerente Epidemiología. Coordinador Salud del trabajo. Gerentes				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios poseen sus equipos de protección para realizar su trabajo	
	25) 29.8% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades para guardar pertenencias privadas.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Colocar los Lockert necesarios para el personal guardar sus pertenencias.	Gerentes. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios satisfechos al poseer lugares para guardar sus pertenencias.	
	26) 27.7% considera su jefe no conoce sus puntos fuertes para aprovecharlos en beneficio de la institución.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal luego de realizar las evaluaciones de desempeño, para resaltar sus puntos fuertes y área de mejora en su desempeño. Dar mayor grado de participación al personal operativo que tiene interés de continuar desarrollándose en la gerencia.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios satisfecho con el conocimiento por parte del gerente sobre sus potencialidades.	
	27) 27.7% no tiene identificada área de descanso de acuerdo a su puesto de trabajo.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar	Gerentes. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor.	% de usuarios satisfechos al poseer lugares para descansar de manera adecuada.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				propuesta. Habilitar áreas de descansos.					Constancia de pago.		
	28) 25.5% responden negativamente a la pregunta ¿Crees que tu institución trata de mantener y mejorar las condiciones de trabajo?	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las acciones y estrategias que desarrolla el hospital para mejorar las condiciones de trabajo.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios satisfecho con las acciones desarrolladas por el hospital para mejorar sus condiciones de trabajo.	
	29) 23.7% considera la forma de contratación no le confiere seguridad laboral.	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre la seguridad laboral que garantiza el hospital para su permanencia.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que cuenta con seguridad laboral en la permanencia de su cargo.	
	30) 23.4% se siente de poco satisfecho a insatisfecho con las facilidades y comodidades para la ingesta/preparación (calentar, guardar, sentarse cómodamente) de alimentos en su hora de almuerzo/cena	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades por áreas. Presentar informe. Cotizar, evaluar y seleccionar propuesta. Habilitar áreas.	Gerentes. Subdirección servicios generales. Gerencia de Compras.				Informe de levantamiento. Cotizaciones. Informe selección proveedor. Constancia de pago.	% de usuarios satisfechos la disponibilidad de áreas para ingerir para preparar e ingerir alimentos	
	31) 23.4% no conoce la existencia de un plan de capacitación.	3	Alto	Realizar el levantamiento de estas necesidades con el personal operativo. Presentar el plan de capacitación y educación continuada. Elaborar cronograma capacitación. Informar a los colaboradores. Establecer las facilidades para que participen. Iniciar las capacitaciones. Dar seguimiento al cumplimiento del Plan.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos. Subdirección académica.				Informe de levantamiento de necesidades. Entrega de las necesidades. Listados participantes.	% de Usuarios Satisfechos el Plan de educación Continua y Capacitaciones.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	32) 22.3% no se les informa cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones y las razones de estas	2	Medio	Realizar encuentros con su personal para explicar sobre las nuevas medidas o disposiciones adoptadas y el porque fueron dispuestas.	Dirección General. Gerentes. Subdirección Recursos Humanos.				Informe de encuentros. Listados de Participantes.	% de Usuarios considera que se le informa oportunamente sobre las medidas o cambios adoptados	
	33) 17% no ha participado en actividades de capacitación.	2	Medio	Realizar el levantamiento de estas necesidades con el personal operativo. Presentar el plan de capacitación y educación continuada. Elaborar cronograma capacitación. Informar a los colaboradores. Establecer las facilidades para que participen. Iniciar las capacitaciones. Dar seguimiento al cumplimiento del Plan.	Gerentes. Subdirección Recursos Humanos. Subdirección académica.				Informe de levantamiento de necesidades. Entrega de las necesidades. Listados participantes.	% de Usuarios Satisfechos el Plan de educación Continua y Capacitaciones.	
	34) No se reconoce a los empleados por su cumpleaños y reconocimientos por logros o mejoras.	2	Medio	Establecer un fondo responsable para incentivar el desarrollo de actividades sociales para apoyo a las actividades de compartir y recrearse en otros ambientes para el personal, como estrategias para desarrollar lazos afectivos de amistad y tolerancia en el trabajo. Informar a los gerentes para que coordinen estos encuentros con su personal.	Director General. Gerente Recursos Humanos. Gerente Financiero				Informe de análisis. Informe de medida adoptadas.	% de usuarios satisfecho con el estímulo y facilidades para compartir socialmente.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	Responsabilidad y Control:										
	35) 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.	
	36) 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.	
	37) 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.	
	38) 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.	
	39) Identificación del área de información general a la entrada del hospital.	2	Medio	Cotizar letrero. Evaluar Cotización. Comprar. Instalar	Servicio Relaciones Publicas y Comunicación.				Cotización Realizada.	Letrero colocado.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				letrado de Identificación.	Gerencia de Compra						
	40) 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 derechos de los usuarios.	Gerentes de los servicios asistenciales y médicos				Informe de sanciones aplicadas a los médicos que son reiterativo en esta practica.	% de usuarios satisfechos con el tiempo para recibir las atenciones	
	41) Falta de cortesía de algunos colaboradores	2	Medio	Incrementar la supervisión para vigilar que el personal trate de manera cortes 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.	
	42) 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 pre quirúrgica	
	43) 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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	44) 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.		
	45) 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.		
	46) 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.	
	47) 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	
	48) Colaboradores entorpeciendo el proceso de facturación, admisión y desenvolvimiento de la unidad pre- quirúrgica.	3	Alto	Identificar los colaboradores que realizar dicha mala practica. Aplicar la norma de sanciones establecidas en el	Subdirectores. Gerentes				Informe de sanciones aplicadas al personal que son reiterativo en esta practica.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	violentando turnos, causando insatisfacción de los pacientes			hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.							
	49) 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.	
	50) 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.	
	51) 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 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.	
	52) 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	Gerente Estadísticas, admisión y archivo Personal operativo.				Informe de sanciones aplicadas al personal que	% de expediente que cuentan con las informaciones bien registradas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				establecidas en el hospital por parte de los gerentes al personal que de manera reiterativa incurre en dicha mala practica de su desempeño.					son reiterativo en esta practica.		
	53) 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.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Resultados:										
	54) 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:										
	55) 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	Dirección General. Subdirectores. Gerentes. Personal Operativo.				Informe de actividades realizadas y sus resultados. Informe presentados a las autoridades.	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				Fecha de monitoreo DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				supervisión de las actividades desarrolladas por el personal. Mantener informado a las autoridades sobre los resultados del hospital.							
	56) 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 Publicas.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	57) 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.		
	58) 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.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	0										

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	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 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.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
				Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
		Valor	Nivel				Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	4) Imposibilidad de cobros a personas indigentes con compromiso de pago con la institución de cuentas por cobrar.	3	Alto	Realizar levantamiento de las cuentas por cobrar. Identificar las cuentas cobrables. Pasar las cuentas no cobrables al Renglón de cuentas no Cobrables. Definir un Plan de Intervención para realizar la gestión de cobro.	Dirección General. Subdirección Financiera. Gerente Facturación y seguro. Gerencia Contabilidad. Servicio de Cuenta por Cobrar.				Lista Cuentas Por Cobrar.	% de cuentas por cobrar realizado el cobro.	
	5) Desconocimientos de la mayoría de los gerentes por no lectura 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.	
	7) Comité de contratación de personal No se ha capacitado con metodología.	3	Alto	Conformar y capacitar el personal de miembro del comité de entrevista y contratación del Personal. Poner comité en operatividad.	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. Subdirección Planificación.				Comunicación designando comité. Informe de capacitación el sistema de entrevista. Listado participantes.	Se cuenta con el comité de entrevista y selección del personal	
	8) No contar con todos los instrumentos necesarios para la	2	Medio	Realizar un levantamiento de las informaciones	Gerencia estadísticas. Gerencia				informe levantamiento. Instrumentos	Se cuenta con las fuetes necesarias para el registros	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	recolección y análisis de información.			necesarias que deben ser registradas. Crear fuentes de registros del datos y/o configurar sistemas digitales de registros de datos. Capacitar el personal para el adecuado registro de las informaciones y datos. Poner en ejecución el registro.	epidemiología. Gerencia TIC. Subdirección planificación. Gerentes				registros información y datos.	de informaciones y datos.	
	@ Factores Logística e Información:										
	9) 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	
	10) Bajo cumplimiento y/o escaso seguimiento a algunos 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.	
	11) 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.	
	12) Falta de informes a las subdirecciones correspondientes.	3	Alto	Definir la estructura del informe que cada Sub-Director debe enviar	Sub-Dirección de Planificación. Otras Sub-Direcciones				Instrumento de Informe definido. Informes Realizados.	% de Sub-Direcciones que Presentan Informe	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				mensualmente a la Dirección General. Evaluar Nivel de Cumplimiento. Definir Plan de Intervención cuando no se cumple con las metas.						Estructurado, según instrumento. % de Informe Entregado Oportunamente.	
	13) 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.	
	14) 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.	
	15) 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.	
	16) 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.	
	17) 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	Gerentes de las áreas clínicas quirúrgicas. Gerencia de seguridad.				Informes de personal que se le ha llamado la atención por el no uso de	% de personal sancionado por esta mala practica.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Hospital. Facilitar uniforme al personal. Sancionar al personal que no cumple con las disposiciones.	Servicio de relaciones publicas y comunicaciones				vestimenta aceptadas en el hospital. Informe sanciones aplicadas		
	18) 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.	
	19) 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.	
	20) Sistema de gestión centralizado, escasa libertad para los gerentes tomar decisiones.	2	Medio	Definir una ruta de actuación para ir delegando funciones a los mandos gerenciales del hospital.	Comité Ejecutivo. 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.	
	21) Escasa motivación y apoyo económico para la realización de capacitación para el personal	3	Alto	Definir un fondo económico especializado para la capacitaciones del personal. Ejecutar plan de capacitación. Informe de ejecución plan de capacitación.	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Disposición creando el fondo especializado de capacitaciones. Plan de capacitación. Informe evaluación	% de capacitaciones cubierta según la programación establecida.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
									cumplimiento plan.		
	22) Violación de la Imagen corporativa definida y establecida (logo, esquema, colores, formatos de carta, etc.)	2	Medio	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica debe exigir el cumplimiento de las normativas de imagen corporativa que posee el hospital. Realizar periódicamente monitoreo sobre el cumplimiento del manual de imagen corporativa.	Gerencia de comunicaciones y relaciones publicas.				Comunicación solicitud cumplir con la imagen corporativa del hospital. Informe de monitoreo cumplimiento imagen corporativa.	% Cumplimiento imagen corporativa	
	23) No seguimiento y apoyo de parte de algunas subdirecciones a los gerentes bajo su dependencia	3	Alto	Dirección General debe exigir a los 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.		
	24) Mala logística para negociar con las ARS	3	Alto	Realizar previamente con los gerentes y la unidad de costo el análisis de los tarifarios de las ARS. Programar los encuentros para realizar las negociaciones con las ARS con la participación de los gerentes. Tomar en encuentra 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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	25) Permitir personal de salud con uniforme de otro centro	3	Alto	La gerencia de comunicaciones y relaciones publica debe exigir el cumplimiento de las normativas de imagen corporativa que posee el hospital. Realizar periódicamente monitoreo sobre el cumplimiento del 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.	
	26) 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.	
	27) Contamos con un sistema de gestión clínica automatizado con limitaciones en su funcionalidad.	3	Alto	Realizar levantamiento de necesidades de funcionalidades del sistema. Presentar proveedor. Establecer un Plan de corrección y mejora. Implementar Plan. Capacitar personal.	Gerentes TIC. Gerentes. Subdirección Planificación.				Informe levantamiento. Informe reunión proveedor. Informe de mejora ejecutadas. Listado de capacitación.	% usuarios del sistema satisfecho con su desempeño.	
	28) 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.	Subdirección de Planificación. Gerencia de Tecnología de la Información. Sub-Dirección Académica.				Informe de evaluación. Informe de contactos realizados y acuerdos logrados.	% de actividades de videos conferencias programadas / realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Informe de la situación encontradas. Contactar otras entidades para realizar los acuerdos de video conferencias y telemedicina. Formalizar plan de intervención, Ejecutar plan de intervención. Evaluar cumplimiento e impacto del Plan.					Informe ejecución Plan.		
	29) 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.		
	30) Uniforme para parte del personal.	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.	
	31) Aun teniendo el personal cualificado para elaboración de informes	3	Alto	Establecer los informes necesarios que requieren los gerentes. Los	Subdirección Medica. Subdirección Planificación.				Listado de informes a elaborar.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	estadísticos por gerencia no lo realizan			gerentes no importantizan los datos e informaciones necesarios para analizar y tomar decisiones para mantener o mejorar situaciones en sus unidades.	Gerencia de estadísticas						
	32) Obsolescencia de equipos de hardware.	3	Alto	Definir un Plan de acción progresivo para ir actualizando los equipos informáticos del hospital. Establecer un presupuesto para ir cumpliendo con las sustituciones del Hardware	Subdirección Planificación. Gerencia TIC. Subdirección Financiera. Dirección General				Documento Plan. Informe ejecución.	% de usuarios internos satisfechos con el desempeño de sus computadores.	
	33) 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.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Planificación-Control:										
	34) Escasez en el mercado de gerentes médicos especializados en las áreas gerenciales.	2	Medio	Autoridades deben realizar levantamiento de los programas de formación en	Sub-Dirección de Recursos Humanos y Académica				Acuerdo suscritos con Universidades	Plantilla de Gerentes Elegibles.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				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.							
	35) Apertura de centros de salud que posean servicios similares a los que ofrecemos	2	Medio	Realizar de manera continua acciones para mejorar cada día la forma de entregar los servicios enfocado a la satisfacción de los usuarios. Poseer oferta de servicios competitivos en el mercado. Mantener alto niveles de satisfacción de los usuarios. Mantener excelentes niveles de desempeño en los indicadores de calidad, eficiencia, producción y desempeño técnico del personal.	Comité Ejecutivo. Subdirectores y Gerentes.				Informe nivel cumplimiento plan de mejora del Hospital. Informe resultados indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia, producción.	% de usuarios satisfechos	
	Factores Logística e Información:										
	36) Los llamados a huelga de los gremios profesionales.	1	Bajo	Mantener Informado al Personal Sobre la modalidad de contratación que poseen con el	Sub-Dirección Recursos Humanos. Unidad Asesoría Legal.				Informes Actividades Realizadas	% actividades realizadas según la programación.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Hospital. Programa de Sensibilización.							
	37) 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.	
	38) 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.	
	39) Poca disposición de parte de aseguradoras del Estado a la hora de cotizar procedimientos y diagnósticos quirúrgicos en comparación con otras ARS.	3	Alto	Desarrollar Mecanismos de negociación acorde con los costos incurridos en la producción de servicios en el Hospital.	Dirección General. Sub-Dirección Medica. Unidad de Costo.				Cálculos de Costos	% de Precio pagados por las ARS, acorde con los Costo de Producción y margen de Beneficios.	
	40) 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		
	41) 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	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.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				incumpla con las disposiciones en este sentido.							
	42) 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.	
	43) No existencia de normativa de gestión para las relaciones interinstitucionales del complejo hospitalario (Los pacientes confunden el nombre, para los pacientes todo es Ney).	3	Alto	Solicitar al SRS la definición de una política para definir forma de relacionarse y actuación de las instituciones que conforman el complejo hospitalario.	Dirección General.				Comunicación Solicitud		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM.AA
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.	
	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.	Subdirección medica. Gerencia laboratorio. Subdirección Financiera. Dirección General				Informes Resultados. Informe nivel ejecución Plan.	% cumplimiento necesidades identificadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Realizar las adquisiciones.							
	5) No poseer Planta de manejo de residuos hospitalarios.	3	Alto	Coordinar encuentro con los demás directores generales para elaborar un documento solicitando la construcción de una planta centralizada de manejo de desechos hospitalarios para la ciudad de la salud a Ministerio de Obras Publicas.	Director General HTNAL				Informe de reunión Directores. Comunicación solicitud Obra Publica. Informe Reunión Ministro Obra Publica.	El complejo hospitalario cuenta con una planta centralizada de manejo de desechos hospitalarios.	
	Captura del Mercado:										
	6) 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.	
	7) 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.	
	8) 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	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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				ARS, que aun no poseen convenios con el Hospital. Firmar Convenios con las ARS.							
	9) 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:										
	10) 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	
	11) 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 de ejecución del Plan.	Dirección General. Sub-Dirección Servicios Generales. Gerencia Mantenimiento.	Esto es de la unidad de riesgo			Plan definido. Informes Ejecución Plan.	% de recomendaciones ejecutadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	12) 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.	
	13) Limitado 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.	
	14) 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:										
	15) 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. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos porque cuentan con todo lo necesario para realizar su trabajo.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Realizar las adquisiciones.							
	16) 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.	
	17) 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.	
	18) 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, obsoletos y/o dañados.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Plan elaborado. Informe ejecución Plan.	% de equipos instalado en el hospital de ultima generación tecnológica.	
	19) No existe planta de manejo de residuos hospitalarios	2	Medio	Definir un Plan de manejo de los desechos hospitalario del hospital Ejecutar	Gerencia epidemiologia. Subdirección Servicios Generales.				Plan elaborado. Informe ejecución Plan.	% Cumplimiento Normativa gestión desechos hospitalario.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Plan. Informe de ejecución del Plan.	Gerencia Limpieza.						
	Eficiencia en el Uso de los Recursos Instalados:										
	20) Presión de Urgencias= 44% (-120%)	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-Quirurgicos. Subdirección Medica. Gerencia Emergencia				Informes de Actividades Realizadas	% Presión de Urgencia.	
	Bajo Cumplimiento de las Metas de Producción en:										
	21) % Cirugías Electivas = 35%	2	Medio	Evaluar las situaciones y determinantes que produjeron tan bajo nivel de cumplimiento. 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.	% nivel cumplimientos Cirugías Cirugías electivas.	
	22) Hospitalización: 52.3%	3	Alto	Desarrollar actividades de captación de usuarios, según las actividades propuestas en la captura del Mercado de la Gerencia.	Gerentes Clínicos-Quirurgicos.				Informes de Actividades Realizadas	% Cumplimiento Metas de Hospitalización.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM.AA
				Controlar la estancia promedio actual del hospital.							
	23) 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.	
	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	Dirección General. Sub- Dirección Gestión Recursos Humanos. Subdirección Medica. Gerentes de las Diversas Gerencias que				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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios		DD.MM.AA				
					Valor	Nivel		Descripción Insumos			Presupuesto (US\$ 000)
				situaciones que determinaron el no cumplimiento de las metas de producción. Elaborar plan de intervención para corregir las debilidades identificadas. Ejecutar las actividades. Evaluar nivel ejecución Plan.	conforman el Hospital.						
	27) 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	
	28) 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.	
	29) Falta del control y la evaluación por parte de las gerencias de las distintas áreas médicas en el cumplimiento del horario de trabajo, lo que afecta la productividad y la calidad de los servicios prestados	3	Alto	Incrementar la Supervisión de los Gerentes Clínicos Quirúrgicos en las áreas Asistenciales. Aplicar sanciones al personal que no cumpla con las disposiciones establecidas, sus funciones y responsabilidades.	Gerentes Clínicos-Quirurgicos. Gerencia Control Recursos Humanos				Informes de Supervisión.	% personal que cumple el horario establecido.	
	30) La Gestión deficiente en el proceso de facturación de los servicios prestados desde la gestión de la documentación por las	3	Alto	Realizar supervisiones periódicas sobre el registro adecuado de las ordenes medicas, procedimientos	Gerentes Clínicos-Quirurgicos. Gerencia Control procesos				Informe evaluaciones. Informe Medidas correctivas realizadas.	% de Glosas de expedientes auditados por problemas de registros de información.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	áreas médicas hasta la facturación y cobro de los mismos, lo que se traduce en pérdidas millonarias, afectando el adecuado desenvolvimiento del hospital.			realizados, evoluciones diarias, justificaciones de pruebas, estudios y procedimientos.	internos. Servicio auditoria medica.						
	31) No contar con un plan de mercadeo que posicione el hospital en el primer plano para la captación de recursos por la venta de servicios.	2	Medio	Formulación del Plan de Mercadeo del Hospital. Ejecutar Plan de Mercadeo.	Servicios de Comunicación y relaciones Publica.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de Mercadeo	% de Actividades del Plan realizadas con relación a las Planteadas.	
	32) Los altos costos en la producción de los servicios y al mismo tiempo los bajos precios contratados con las ARS, lo que hace 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.	
	33) 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 situaciones en el Hospital.	Director General. Sub-Directora de Planificación. Gerente Tecnología Información.				Comunicación Solicitud Reunión	Informe Reunión Realizada	
	34) 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.	
	35) 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	Dirección General. Subdirecciones. Sub-Dirección Financiera. Gerencia de Compras. Gerentes.				Informe de Prioridades. Comunicaciones de Solicitudes entregadas.	% de Prioridades establecidas y cumplidas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				por escrito a los gerentes cada vez que se da cumplimiento a las necesidades.							
	36) 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.	
	37) Alto riesgo de contagio del SAR-CoV-2 del personal que provoca un aumento de las licencias medicas y disminución de la producción	3	Alto	Mantener una estricta vigilancia de las medidas de control y distanciamiento en el hospital. Evaluar la posibilidad de habilitar áreas asistencial diferenciada para los usuarios positivos al COVID-19.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera. Gerentes				Informe análisis. Informe implementación medida establecidas.	Índice de Colaboradores Infectado en su área laboral. Índice de Usuarios asistidos con COVID-19	
	38) Falta de mobiliarios adecuados para el personal	2	Medio	Realizar levantamiento de necesidades. Realizar cotización de las necesidades identificadas. Evaluar Factibilidad económica para la adquisiciones. Definir Programa de Adquisiciones. Realizar las adquisiciones.	Dirección General. Subdirecciones. Gerentes. Gerencia de Compras.				Lista de necesidades. Cotizaciones realizadas	% de Usuarios Satisfechos por que cuentan con el mobiliario adecuado para realizar su trabajo.	
	39) 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.	Sub-Dirección Medica. Gerentes				Comunicación convocando reunión. Plan de intervención elaborado. Informe de	% de usuarios Satisfechos con el tiempo de espera para ser asistidos en consultas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				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.				ejecución del Plan.			
	40) 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.	
	41) 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	Alto	Evaluar la modificaciones sugeridas por el comité evaluador externo de la seguridad de la infraestructura del hospital. Solicitar cotización modificación área ingreso ambulancia emergencia del hospital. Evaluar cotizaciones. Identificar si existe disponibilidad para ejecutar las modificaciones. Contratar empresa. realizar las Modificaciones.	Dirección General. Subdirección de Servicios Generales de Apoyo. Gerencia de Mantenimiento. Sub-Dirección Financiera. Unidad sensoria legal.				Informe evaluación. Cotizaciones. Análisis cotizaciones. Contrato.	Área de acceso a emergencia modificada según recomendaciones.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	42) 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										
	43) 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		
	Capacidad instalada										
	44) 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.	
	45) Escasa Actualización de los inventarios de insumos	2	Medio	Solicitar presentación de sistemas financiero. Solicitar cotización. Evaluar propuestas. Adquirir e implementar el	Dirección General. Subdirección Medica. Subdirección financiera. Subdirección				Informes de evaluación de propuestas. Orden de compras. Informe de configuración es		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				software de gestión financiero. Implementar software. Realizar periódicamente inventario de los almacenes y stock.	Planificación. Servicio control de Inventario.				implementación. Informe de inventarios realizados.		
	46) 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										
	47) 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.	
	48) Falta de números telefónicos y cambio o mal registro de informaciones y datos de los usuarios al momento de la facturación, para una adecuada	3	Alto	Realizar supervisiones periódicas sobre el registro adecuado de las informaciones en el servicio de admisión. Aplicar	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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	comunicación con el usuario.			sanciones al personal que no registre de manera adecuada las informaciones de los usuarios en admisión.							
	49) Baja utilización de los informes de análisis de costos.	3	Alto	Exigir al personal gerencial el uso de las informaciones de costos de sus áreas para implementar planes de control de costos. Implementar los planes de costos. Presentar resultados logrados.	Sub-Dirección Financiera. Gerentes contabilidad. Coordinador servicio costo. Subdirector Médicos. Gerentes asistenciales y servicios apoyo clínico.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	Se cuenta con planes de contención de costos por unidades.	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Factores del Mercado:										
	50) 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.	
	51) Calidad de los medicamentos y material gastables, ofrecidos en el mercado.	3	Alto	Definir las características Técnicas de los insumos, materiales y equipos que mayormente son adquiridos en la institución. Definir las Características que deben cumplir los proveedores de estos productos.	Gerencia de Compras. Todas las demás Gerencias.				Características de los insumos, materiales y equipos definidas. Características de los Proveedores Definidas.	Índice de insumos, materiales y equipos adquiridos que cumplen con las características establecidas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Cumplir con el proceso de compra general de la institución establecido.							
	52) 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.	
	53) 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.	
	54) 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.	
	55) 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.	
	56) Los medios de comunicación que se hagan eco de rumores y/o informaciones	1	Bajo	Desarrollar a actividades promocionales en los diferentes medios de	Dirección General. Servicio de Comunicación y				Informe de actividades realizadas	% Nivel Cumplimiento Actividades	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	negativas del hospital sin fundamentos.			comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros.	relaciones Publicas.					programadas y realizadas.	
	57) 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.	
	58) 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:										
	59) Aumento de la oferta en la competencia con mejor costo y calidad.	1	Bajo	Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos.	Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo.				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas definida en el Hospital.	
	Factores Medioambientales:										
	60) 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.	
	61) Fallas geológicas y movimientos telúricos.	2	Medio	Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.							
	62) 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:										
	63) Disminución de la demanda de los servicios del hospital por parte de los ciudadanos por diversas razones (Calidad, satisfacción, costos, otros)	2	Medio	Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con los protocolos y procesos. 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.	
	64) 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.	
	65) Las designación de autoridades en el sector	3	Alto	Mantener un alto nivel de eficiencia y	Dirección General. Sub-				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	salud que se oponen o resisten al modelo de descentralización y autogestión que propone la Ley General de Salud (42-01)			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.	Directores. Gerentes y Personal Operativo.					definida en el Hospital.	
	66) 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.	
	67) 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.	
	68) La llegada de pacientes de otros centros sin previa coordinación.	3	Alto	Definir un protocolo de referimientos 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 referimientos al hospital.	
	69) El aumento del número de pacientes nacionales y extranjeros	2	Medio	Presentar los informes periódicos a las autoridades del SNS. Solicitar la	Dirección General. Sub-Dirección Financiera.				Informe elaborados. Comunicación	% de recursos reembolsados.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	indigentes, asistidos en el hospital.			reposición de los recursos empleados en estos usuarios.					solicitud recursos.		
	70) 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.	
	71) No asignación presupuestaria suficiente por parte del poder ejecutivo (MSP) para la subvención a la demanda	3	Alto	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades).	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	72) 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.		
	73) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de compras generales.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				compras y contrataciones.							
	74) 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.	
	75) 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.		
	76) Tardanzas de las ARS para autorizar los materiales de osteosíntesis	3	Alto	Plantear la situación a la SISALRIL y DIDA sobre las dificultades que enfrentan los hospitales con dicha situación.	Dirección General				Informe de encuentros con autoridades.	Días de retraso en entrega de los materiales de osteosíntesis	
	77) Eliminación de procedimientos en el catalogo de SENASA Subsidiado.	3	Alto	Plantear la situación a la SISALRIL y DIDA sobre las dificultades que enfrentan los hospitales con dicha situación.	Dirección General				Informe de encuentros con autoridades.		
	78) Aumento competitividad de otros centros que brinden servicios similares a los nuestros.	1	Bajo	Mantener un alto nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios en el centro. Cumplir con los protocolos y	Dirección General. Sub-Directores. Gerentes y Personal Operativo.				Informes de resultados.	% cumplimiento de las metas definida en el Hospital.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				procesos. Cumplir con las metas establecidas. Cumplir con las actividades de control de costos. Cumplir con el Plan de Mercadeo.							
	79) Presencia de pacientes con COVID-19 y no tener un área específica	3	Alto	Mantener una estricta vigilancia de las medidas de control y distanciamiento en el hospital. Evaluar la posibilidad de habilitar áreas asistencial diferenciada para los usuarios positivos al COVID-19.	Dirección General. Sub-Direcciones Medica y Financiera. Gerentes				Informe análisis. Informe implementación medida establecidas.	Índice de Colaboradores Infectado en su área laboral. Índice de Usuarios asistidos con COVID-19	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
Definir y Efectuar un adecuado control y uso de los recursos.	RIESGOS INTERNOS										
	Logística:										
	1) Ausencia de un software financiero.RRHH , ETC. (Integrado)	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) No hay una organización eficaz de los servicios subespecializados bien delimitada.	2	Medio	Evaluar la organización de los servicios subespecializados. Establemer medidas de mejoras. Implmentar medidas, Evaluar impacto logrado.	Subdirección medica. Gerentes Asistenciales.				Informe evaluación. Inform de evaluación resultados.		
	3) Ausencia de un plan de compras.	3	Alto	Formalizar el Plan de compra en base a las necesidades establecidas en el documento del Plan Estrategico. Analizar el comportamiento historico de consumos de materiales, medicamentos, productos, insumos, lenceria, productos alimenticios, otros. Elaborar Plan de compras. Presupuestar Plan de Compras. Eiecutar Plan de	Unidad Presupuesto. Gerencia de Compras. Gerencia de Contabilidad. Servicio Almacen. Subdirección Financiera.				Informe evaluación. Informes de evaluación resultados.	Se cuenta con un Plan de Compras Planificado y Presupuestado.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Compras. Presenta informe ejecucion Plan de compras.							
	4) No adecuada utilización de la denominación del cargo	3	Alto	Realizar una revisión de las designaciones de los cargos en el hospital y corregir las inconsistencia con el organigrama del hospital.	Dirección General. Subdirección Recursos Humanos. Gerentes.				Informe de la evaluación. Informe de los ajustes realizados.	% de los cargos cumplen con la denominacion establecida en el sistema de organización del hospital.	
	5) Cumplimiento "Parcial de las NOBACI	3	Alto	Preparar los instrumentos para evaluación de las NOBACI. Realizar las Evaluaciones. Definir Plan de Intervención para corregir la no implementación y/o el no cumplimiento de las NOBACI.	Sub-Directora de Planificación. Otros Sub-Directores. Todos los demás Gerentes.				Estructura de Instrumento de evaluación Definido. Informes Mensuales realizados. Planes de Intervención. Elaborados.	Índice de cumplimiento de las NOBACI. Índice de Cumplimiento de los Planes de Intervención Cumplido.	
	6) No se realizan arqueos sorpresas a las cajas con frecuencia	3	Alto	Definir un cronograma de arqueo sorpresas de las cajas. Ejecutar los arqueos tal lo programado. Informe de resultados de los arqueos.	Unidad de Contro de procesos				Cronograma Arqueos. Informe resultados arqueos	Contamos con Medidas de control desempeño cajas.	
	7) Escaso control de costo de los procedimientos	3	Alto	Definir un Plan de Contención de Costos para los servicios que presentan costos desproporcionados. Ejecutar Plan de Contención.	Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	
	8) No uso por parte de los gerentes de las informaciones producidas por la unidad de costos.	3	Alto	Exigir a los gerentes de las gerencias que presentan costos de producción elevados presentar propuestas para la contención de costo. Ejecutar plan de contención de costos.	Sub-Dirección de Planificación. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informes de Actividades Realizadas. Plan de contención de costos.	% de reducción de los Costos.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	9) inexistencia 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 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. Informe nivel cumplimiento plan	Índice de cumplimiento de las actividades programadas.	
	10) Escasa supervisión para disminuir las fugas de los pacientes sin pagar.	2	Medio	Forlacer los controles de salidas de las áreas de emergencia y hospitalización. Capacitar al personal de seguridad y asistencial para el control de las fugas.	Subdirección Medica. Gerente Seguridad				Informe de medidas adoptadas. Listados de participantes.	Índice de fugas por servicios.	
	Monitoreo y Evaluación:										
	11) Escaso control de consumo y fecha de vencimiento de medicinas y material gastable en unidades estrategias (UCI, farmacia, laboratorio, imágenes, almacén)	3	Alto	Evaluar el cumplimiento de los Protocolos establecidos y procesos para el control de vencimientos. Sancionar al Personal que no de cumplimiento a los protocolos.	Gerentes Clínicos Quirúrgicos.				Informe de Cumplimiento de Protocolos	% de Productos identificados en auditorias con fecha de vencimientos cumplidas	
	12) 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.	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 Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				Firmar Convenios con las ARS.							
	13) 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.	
	14) 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.		
	15) 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.		
	16) 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		
	17) 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	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección medica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de laboratorio				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
				general del hospital y de la dirección de compras y contrataciones.	clínico. Gerencia de compras generales.						
	18) Escaso control de las cuentas por cobrar	3	Alto	Fortalecer el servicio de cuenta por cobrar. Definir limite de índice de cuenta por cobrar. Cumplir con la meta o sobrepasarla. Realizar una adecuada evaluación de la condición de socioeconómica de los usuarios.	Subdirección Financiera. Gerencia Servicio Social.				Informe de actividades realizadas	Índice de cuentas por cobrar. Índice de Morosidad.	
	19) No se realizan análisis 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		
	20) 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.	Subdirección Financiera. Gerencia Administrativa.				Informe de actividades realizadas. Informe inventario activos fijos.		
	21) Personal de mantenimiento no cuenta con las capacidades para disminuir las contrataciones externas de servicios	3	Alto	Evaluar las necesidades del personal y sus calificaciones técnicas que requieres el hospital, frente a los gastos de mantenimientos que incurre el hospital. Frente a la evaluación y análisis tomar decisión de continuar con las contrataciones o	Subdirección servicios generales. Subdirección Financiera. Gerencia Mantenimiento. Subdirección Recursos Humanos						

[illegible]

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	26) 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.	
	27) 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.	
	28) 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.	
	29) Devaluación del peso.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	30) Alto costo de combustibles.	2	Medio	Definir un Plan de Contingencia para cuando se presente dicha situación. Activar dicho plan. (Tomar en cuenta todas las situaciones que podrían	Dirección General. Sub-Dirección Financiera. Sub-Dirección Medica. Sub-Dirección de Planificación.				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				ocasionar estas dificultades)							
	31) 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.	
	Medio Ambiente:										
	32) Deterioro o daño de equipos, infraestructura, materiales, medicamentos e insumos por terremoto, inundaciones, ciclones, fuego, otros.	2	Medio	Conformación del Comité de Emergencia y desastre del Hospital. Definir el Plan de Emergencia del Hospital. Ejecutar las actividades definidas en el Plan. Realizar Simulacros.	Dirección General. Sub-Directores. Gerente Emergencia, Gerente seguridad.				Conformación del Comité. Definición del Plan.	Numero de Simulacros Realizados.	
	33) 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.		
	34) 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.	
	35) 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.	
	36) Gestión del presupuesto de incentivos por parte del	2	Medio	Dialogar con el MAPA, sobre las características de los	Dirección General. Subdirección				informe acuerdos arribados.	% de usuarios internos satisfechos con el	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	MAP por desconociendo la complejidad y la operatividad hospitalaria.			recursos humanos del hospital indicarle cuales son indicadores que deben ser tomados en cuenta para ejecutar un plan de incentivos.	Gestión Recursos Humanos. Subdirección Planificación.					Plan de Incentivos.	
	37) 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.		
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
Continuar Fortaleciendo y desarrollando actividades enfocadas a la Prevención y mejoría de las condiciones de salud en la comunidad.	0										
	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 lideres y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Indicen Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
	@ Rendición de cuentas:										
	2) 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	2	Medio	Realizar levantamiento de información sobre las necesidades y condiciones de salud del área de influencia del hospital. Realiza el análisis correspondiente por la gerencia de epidemiología y servicio social. Definir un Plan de Intervención en base a los resultados del	Gerencia de Epidemiología. Gerencia Servicio Social.				Informe Levantamiento Información. Informe del Análisis. Plan de Intervención. Informe ejecución Plan.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				DD.MM.AA
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	presencia en el campo del hospital			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:										
	3) 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.	
	4) 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.	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
	RIESGOS EXTERNOS										
	Actividades Enfocadas a la Comunidad y/o coordinadas con el nivel local:										
	5) Escasa colaboración de los líderes, instituciones y comunidad en general a las iniciativas	3	Alto	Definir programa encuentro con lideres y políticos de las zona y autoridades de	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-				Actividades Realizadas.	Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	colaborativa del hospital para el desarrollo de acciones y estrategias para mantener lazos fuertes de cooperación con y para la comunidad.			salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital y sus logros.	Dirección de Planificación.						
	6) No inclusión de la comunidad en el Sistema de Seguridad Social, tomando de referencia la eliminación del cobro de cuota.	3	Alto	Realizar actividades de apoyo técnico para los líderes de la comunidad, que le permita a estos sustentar proyectos de demanda de inclusión de las personas de escaso recursos de la comunidad en el régimen subsidiado.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	% de Población Pobre incluidas en el Régimen Subsidiado.	
	7) Presión y exigencias políticas para la contratación de personal en la institución.	2	Medio	Definir programa encuentro con líderes y políticos de las zona y autoridades de salud. Realizar las actividades programadas sobre el desempeño del hospital, sus logros y modelo de organización y gestión.	Dirección General. Servicio de Comunicación y Publicidad. Sub-Dirección de Planificación.				Actividades Realizadas.	Índice Nivel Cumplimiento actividades programadas y realizadas.	
	8) 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.	
	9) El cúmulo de pacientes referidos sin previa comunicación de	3	Alto	Solicitar entrevista con las autoridades del servicio 9-1-1	Dirección General. Subdirección				Solicitudes reunión. Documento con		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación				Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA	
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos				Presupuesto (US\$ 000)
	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.			para explicarle sobre el incumplimiento de los protocolos y procesos establecidos en el sistema operativo del 9-1-1.	Medica. Gerencia Emergencia				las medidas que se adoptaran.		
	10) 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.	
	11) Interés de la comunidad de denunciar supuestas negligencias médicas.	3	Alto	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.	
	12) Falta de semáforos en el entorno de la comunidad en la diversas intercepciones lo que aumenta el riesgo	3	Alto	Solicitar evaluación por parte de la alcaldía sobre estas necesidades e	Dirección General. Gerencia de Emergencia				Comunicación solicitud reunión. Informe de la reunión.	Las intersecciones con alto riesgo de accidentes y flujo de personas	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	de que ocurran accidentes de transito.			instarlos a instalar dicho semáforo.						cuentas con semáforos.	
									Numero de Actividades Según Nivel Ejecución		
									% Cumplimiento Según Nivel de Ejecución		
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) 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	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.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				no por la condiciones.							
	3) 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:										
	4) 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.	
	5) 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.	
	6) 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	Dirección General. Sub-Dirección Servicios Generales. Sub-Dirección				Informe de actividades realizadas	Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
						DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				todas las situaciones que podrían ocasionar estas dificultades)	Medica. Sub-Dirección de Planificación. Gerencia de Mantenimiento. Gerencia de Tecnología de Información.						
	7) Falta de personal para orientar a los usuarios a su llegada en los distintos procesos	2	Medio	Identificar las necesidades de personal, sillas en las áreas de ingresos de los usuarios. Solicitar las necesidades a recursos humanos y compras. Dar seguimiento a las necesidades solicitadas.	Gerencia Enfermería. Sub-Dirección Recursos Humanos. Gerencia de Compra.				Informe de necesidades. Cotizaciones.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas.	
	8) Falta de auxiliar de avanzada, camillas y sillas de rueda para recibir a los usuarios.	3	Alto	Identificar las necesidades de personal, sillas y camillas en las áreas de ingresos de los usuarios. Solicitar las necesidades a recursos humanos y compras. Dar seguimiento a las necesidades solicitadas.	Gerencia Atención al Usuario. Sub-Dirección Recursos Humanos.				Informe de necesidades.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas.	
	9) 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	
	10) No contar con facilidades para usuarios con Discapacidad visual y No letrados con dificultad	2	Medio	Realizar levantamiento de las barreras existentes actuales para discapacitados en el	Gerencia atención al usuario. Comité Ejecutivo.				Informe de análisis. Informe de medidas a realizar. Cotizaciones.	% de Cumplimiento de las necesidades solicitadas, según el cronograma	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
	de acceso a la información del Hospital.			hospital. Analizar situaciones. Realizar cotizaciones de los cambios que deben realizarse. Analizar cotización. Identificar fondos disponibles. Realizar los cambios y/o contrato personal asistencial.					Resolución del comité Ejecutivo.	establecido. % de usuarios satisfechos con las facilidades que brinda el hospital para los usuarios discapacitados.	
	11) 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.	
	12) 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.		
	13) 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.		
	14) Deficiencia en el Sistema Automatizado de las llamadas telefónicas.	3	Alto	Evaluar la deficiencia actúale del sistema de telefonía. Evaluar la posibilidad de actualizar y/o adquirir un nuevo sistema de	Subdirección Planificación. Gerencia TIC. Subdirección Financiera.				Informe evaluación. Propuesta de solución.		

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				comunicaciones para el hospital.							
	15) El hospital asume el costo de elaboración de la revista	2	Medio	Desarrollar plan de capacitación 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:										
	16) 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.	
	17) Usuarios insatisfechos y opinión pública que lleven mensaje negativos del hospital a sus relacionados y/o población en general.	3	Alto	Mantener un alto nivel de satisfacción de nuestros usuarios. Desarrollar a actividades promocionales prospectivas en los diferentes medios de comunicación sobre los resultados del hospital y sus logros.	Dirección General. Servicio de Comunicacion y relaciones Publicas.				Informe de actividades realizadas	% Nivel Cumplimiento Actividades programadas y realizadas.	
	18) 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	Dirección General. Unidad Asesoría Legal.				Clausula de penalidad establecidas en los contratos.	Penalidad aplicada a las empresas y/o personal pro incumplimiento.	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo DD.MM.AA
		Valor	Nivel	Actividad	Responsable	Fecha resultado DD.MM.AA	Recursos necesarios				
							Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			
				insatisfacción en los usuarios y hacen quedar mal al hospital frente a los usuarios.							
	Aspectos Legales:										
	19) 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.	
	20) Ausencia de semáforo en las proximidades del 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		
	21) 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		
	22) Ausencia de señalización, rampa peatonal para discapacitados para evitar el cruce peatonal debajo del puente peatonal	3	Alto	Solicitar evaluación por parte del ministerio de obras publicas para que evalúen la posibilidad de colocar un paso peatonal para el crece de personas en sillas de ruedas y	Dirección General. Gerencia de Emergencia				Comunicación solicitud reunión. Informe de la reunión.	Se cuenta con paso a desnivel amigables para las personas discapacitadas	

Objetivos Específicos (Metas)	Riesgos	Nivel de Gravedad		Acciones de Mitigación					Actividades de control	Indicador verificable objetivamente	Fecha de monitoreo
				Actividad	Responsable	Fecha resultado	Recursos necesarios				DD.MM.AA
		Valor	Nivel			DD.MM.AA	Descripción Insumos	Presupuesto (US\$ 000)			DD.MM.AA
				con limitaciones físicas.							

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 2021.

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.**

Estimado Capacidad Productiva de las Gerencias año 2021.

GERENCIAS / SERVICIOS	METAS DE INGRESOS		METAS DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS		METAS CONSULTAS EXTERNAS	
	# CAMAS	META ESTABLECIDA 2021	# QUIRÓFANOS	META ESTABLECIDA 2021	# CONSULTORIOS	META ESTABLECIDA 2021
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA Y ESPECIALIDADES	70	5,110	4	2,058	4	38,035
Ortopedia		0				33,163
Unidad Artroscopia		0				2,352
Unidad Reconstrucción		0				2,520
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES		3,850	4	4,026	5	31,517
Cirugía General	22	2,294		2,156		15,053
Urología	1	122		96		3,763
Cirugía Ginecológica				74	0	0
Cirugía Plástica	2	243		131		1,344
Oftalmología				1,176	1	2,688
Otorrinolaringología				0		1,882
Cirugía Vascular	2	183		123		4,032
Cirugía Torácica	5	521		74		1,344
Cirugía Coloproctología	2	243		196		1,411
Cirugía Laparoscópica	2	243				
NEUROCIRUGÍA	16	973	1	294	1	2,822
MAXILOFACIAL	1	73	1	196	1	3,422
ODONTOLOGÍA				0		0
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES		0				52,337
Medicina Interna	0	0				22,008
Infectología	0	0				840
Pediatría						0
Gastroenterología						3,528
Neurología						4,536
Nutrición						2,138
Nefrología	0	0			2	1,882
Neumología						4,939
Cardiología					1	4,234
Reumatología						2,352
Salud Mental					1	5,880
Psicoterapia				1,764		0
ANESTESIOLOGÍA				6,574		6,860
UCI 3ra. PLANTA INTERMEDIO	5	304				
UCI 4ta. PLANTA	7	319				
UCI PEDIÁTRICO	0	0				
UCI NEUROCIRUGÍA	7	319				
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN					2	5,329
TOTAL	142	10,949	10	6,574	23	140,322
OBSERVACIÓN EMERGENCIA	18	13,140				
EMERGENCIAS					10	48,043

La variación esperada en el 2021 con relación al año 2020, según la utilización de la capacidad instalada, será:

Hospitalizaciones es de un:	91%
Procedimientos Quirúrgicos Programado es de:	180%
Consultas es de un:	153%
Emergencia es de un:	10 %

Capacidad Productiva Estimada Unidades Complementarias Estratégicas de Producción de Servicios de Salud Año 2021.

GERENCIAS Y PROCEDIMIENTOS	METAS ESTABLECIDAS 2021
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	19,565
LABORATORIO CLÍNICO	
Hematología Emergencia	32,694
Hematología Laboratorio Central	30,832
Hematología Banco Sangre	36,039
Pruebas Especiales	40,806
Química Sanguínea Emergencia	60,536
Química Sanguínea Lab. Central	138,329
Gases Arteriales, Sodio, Potasio,	34,997
PP, PTT y Fibrinógeno	19,634
Bacteriología	4,238
Uroanálisis	18,395
Coprológico	4,953
Serología	24,362
TOTAL	445,816
IMÁGENES	
Rayos X	57,123
Sonografía	10,196
Tomografía	10,507
Resonancia Magnética	0
Doppler	538
Estudios Especiales	0
TOTAL	78,364
LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA	
Biopsia	1,652
Citología	17
TOTAL	1,669
FARMACIA	
Recetas Emergencia	57,652
Recetas Hospitalización	122,630
Recetas Quirófanos	4,161
Recetas Curas y Ostomía	6,204
Reducciones y Yesos	7,733
Hemodiálisis	11,253
Imágenes	784
TOTAL	210,416
MISCELÁNEOS	
Curas y Otomías	6,665
Curas Emergencia	4,895
Suturas	2,219
Reducción y Enyesado	7,812
Hemodiálisis	11,482
Ecocardiograma	807
EKG (Consultas, Hospitalización, Emergencias)	5,067
Evaluaciones Cardiovasculares	9,448

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	0.0
Otorrinolaringología	0.0
Cirugía Vascular	4.0
Cirugía Torácica	3.5
Cirugía Laparoscópica	3.0
Coloproctología	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	6.0
Estancia General Estimada	4.3 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	30
Urología	120
Cirugía Ginecológica	120
Cirugía Bariátrica	90
Neurocirugía	360
Tiempo Promedio General por Procedimiento	133 minutos

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

ESPECIALIDAD	Tiempo Promedio por Consulta (Minutos)
Cirugía General	13
Coloproctología	25
Cirugía Vascular	18
Cirugía Torácica	18
Cirugía Plástica	18
Neurocirugía	25
Urología	13
Ortopedia	13
Reconstrucción Ósea	18
Artroscopia	18
Maxilofacial	28
Otorrinolaringología	13
Anestesiología	15
Oftalmología	18
Medicina Interna	18
Medicina Familiar	-
Cardiología	13
Reumatología	13
Hematología	-
Nutrición	28
Nefrología	10
Gastro	7.5
Infectología	18
Ginecología	-
Neurología	18
Psicología	25
Rehabilitación Cognitiva	-
Psiquiatría	38
Neumología	13
Tiempo Promedio General por Consultas	18 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 Ostomía	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 2021, 245 días.

Total de días trabajados en el año (245)
Cálculo No. Semanas al año : -----= Total Semanas (49)
No. De días laborables por semana (5)

Cálculo días trabajados al año: Total de semanas (49) X días trabajados a la semana (5) = 245 días.

Si el servicio solo realiza la tarea de cirugía o consulta por un día, trabajara solo 49 días de los 245 días.

2 días a la semana son 98 días trabajo.
3 días a la semana son 147 días trabajo.
4 días a la semana son 196 días trabajo.
5 días a la semana son 245 días trabajo.

El crecimiento estimado de manera general para los servicios complementarios fue del 10% con relación a los resultados del 2021.

X. METAS PARA EL 2021 Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ESPECÍFICAS DE LAS GERENCIAS HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO “DR, NEY ARIAS LORA”

Metas Generales Plan Operativo Anual 2021.

VARIABLES E INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2021
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.	10,949
Total, Consultas Hospital.	140,322
Total, Cirugías Programadas	6,574
Total, Emergencia.	48,043
Total, Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	19,565
Total, Laboratorios Clínicos.	445,816
Total, Estudios Imágenes	78,364
Total, Estudios y procedimientos Anatomía Patológica.	1,669
Total, Recetas Despachadas	210,416
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%

Estrategias Específicas de Desarrollo de las Gerencias Para el 2021.

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:

2- Auxiliares Call Center

3- Auxiliares Atención Directa.

b) Capacitación y Educación continua:

10- Curso de Excel básico y Avanzado.

20- Curso de Calidad en el Servicio.

Humanización de los servicios de salud.

Diplomado en gestión hospitalaria.

Curso Agente Profesional de Call Center.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Recepción:

No en este periodo.

Facturación de Imágenes

Consulta Externa:

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.

2- Televisores para salas de espera

16- Buzones de sugerencia.

Uniformes para Personal AU, con colores identificativos (Azul)

Sistema automático de turnos en las diferentes áreas de espera.

Dispensadores de manitas limpias en todas las áreas de espera.

d) Habilitación o readecuación de infraestructura.

Habilitación de 4 cubículos para el call center.

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

b) Capacitación y Educación Continua:

3- Paquete Office.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Cámara fotográfica/video para uso de oficina.
- 3- Anaqueles.
- 1- Impresora a color multifuncional
- 5- Sillas ergonómicas.
- 1- Carrito para transportar los expedientes llevados a la dirección para fines de firmas.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Separación cubículos

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- Diseñador Grafico

b) Capacitación y Educación Continua:

Manejo estratégico de marketing y plataformas digitales

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1 Grabadora.

1-Pantalla portátil.

1- Micrófono inalámbrico

Máquina de edición con capacidad de procesador para videos y montaje de audiovisuales.

Flota con capacidad para realizar videos y tiros en vivo.

Monitor para computadora.

Cámara con micrófono.

Cambio de equipos de oficina (computadores y teclados)

Bebedero

2- Computadora Mac

3- Disco duro externo (2 Terabyte)

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:

No en este período

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.
Maestría en derecho administración y constitucional.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Sillas de visita
Cambio de dos escritorios.
Archivo grande.

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

No en este período

c) Adquisición y/o Reparación de Equipos

1- Escritorio

1- Sillón (para el auxiliar)

1- Computadora (para el auxiliar)

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Empapelado de cristales laterales y frontal.

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

1) GERENCIA: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total Ingresos.	1,835	5,110	178%
Total Consultas.	20,943	38,035	82%
Total Cirugías Programadas.	1,277	2,058	61%
Total Reducciones y Yesos	7,102	7,812	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	60%	85%	25%
Promedio de estadía. (días)	8.9 días	5.0 días	- 3.9 días
Tasa IAAS	1.29%	1.0%	-0.29%
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.75%	0.5%	-0.25%

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 médicas 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

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 5- Ortopedas (1- artroscopista, 2- Artroplastia, 1- especialista de miembro superior, 1 cirujano de columna).
- 2- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.
- 2- Auxiliares de avanzada.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este período.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Quirúrgicos

Actualización bandejas quirúrgicas.

Reparación mesa de tracción.

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 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total Ingresos.	1,926	3,850	99.90%
Total Consultas.	12,335	31,517	155.51%
Total Cirugías programadas.	769	4,026	423.54%
Total Curas y Otomías	6,059	6,665	10.00%
Tasa de ocupación hospitalaria.	90.8%	85%	- 5.8%
Promedio de estadía. (días)	5.1 días	3.5 días	- 1.6 días
Tasa IAAS	1.20%	1.00%	-0.20
Tasa de mortalidad neta intra hospitalaria.	0.76%	0.5%	-0.26%

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:

3- Técnicos Instrumentistas

1- Médico General Instrumentista.

4-Cirujanos generales (sustitución, 1 adicional)

b) Capacitación y Educación Continua:

6- Curso de Laparoscopia Avanzada para Cirujano Generales.

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-Actualizar bandeja para cirugía de cabeza y cuello (oído); (Nariz).

1-Fronto Luz.

1- Nasofibrolaringoscopio rigido de 3mm con canal de trabajo con sus pinzas de biopsia.

1- Equipo de microcirugía para cirugía de mano.

Equipos de cirugía laparoscópica ópticos de 5mm 30c y 30 de 10 mm2.

Bandeja de cirugía laparoscópica no.2,

Fibras ópticas no.2

Torre de laparoscópica no.1

1-Dermatomo y un mallador.

1-Rectosimoidoscopio.

1-Protoscopio.

1-Ligadores de hemorroides.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

3) GERENCIA: NEUROCIRUGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total ingresos	794	973	22.54%
Total consultas.	1,275	2,822	121.33%
Total cirugías programadas.	119	294	147.06%
Tasa de ocupación hospitalaria.	126%	85%	- 41.0%
Promedio de estadía. (días)	11 días	6.0 días	- 5.0 días
Tasa IAAS	0.15%	0.10%	-0.05%
Tasa de mortalidad neta intra-hospitalaria.	1.50%	1.0%	-0.50%

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 o enfermeras circulantes para los quirófanos de la tercera
(Capacitarlos en el hospital)

b) 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.
- 1- Craneótomo

Instrumentos Quirúrgicos

- 1- Set de microcirugía.
 - 4- Halo de tracción cervical.
 - 1- Cama quirúrgica para cirugía de columna.
- Cambio 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 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total Consultas.	2,902	5,329	83.63%
Total Sesiones de Rehabilitación	17,786	19,565	10.00%
Tasa de mortalidad intrahospitalaria	0.0%	0.0%	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.
- 2- Terapeuta física.

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.
- 6- Camillas para fisioterapia
- 1- Tallímetro.
- 2- Computadoras completas
- 4- Sillas para escritorio (pacientes)
- 4- Sillas ergonómicas para médicos
- 2- Cámara de vigilancia en el área.

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.

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 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total Usuarios Observación	n/d	n/d	-
Total Atenciones Emergencia	43,675	48,043	10.0%
Presión de Urgencia	44%	20%	-24.0%
Tasa de mortalidad BRUTA intrahospitalaria.	0.47%	0.25%	-0.22%

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:

- 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:

i. En el ara de Reanimación:

Reparación de:

Cambio del piso de reanimación y dividir con cortinas

Adquisición de:

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

ii. En Ambulancia:

- 1- Ventilador mecánico portátil.
- 1- Oxígeno portátil.

iii. En el ara de Triage:

iv. En el Área de Atención / Observación.

- 1- Reparación carro de medicamentos

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura .

- 2 Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera.
 - 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.
- Habilitar espacio en el parqueo de las ambulancias y acondicionar (cerrar con material resistente y material acrílico, colocar piso y puertas).
- Remozar áreas (reanimación, recuperar áreas hidroterapia, oficina, amputación área atención de corta estancia (Triage anterior) habilitación del personal médico, habilitar área de sutura.
- Sistema informático que contempla clasificación y distribución de los pacientes de Rac-triage.
- Automatizar puertas de acceso a la sala de emergencia.

e) Generales

- 1-Pintar con pintura blanca lumínica una línea limite para parqueo de las ambulancias que lleguen de emergencia.

6) GERENCIA: ANESTESIOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total Consultas.	2,422	6,860	183.24%
Total Procedimientos programados.	2,350	6,574	179.74%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.0%	0.0%	0.0%

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.
Creación de Unidad de Manejo del Dolor

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 video-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)
- 2- Anestesiólogos (ó 5 guardias nocturnas).

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Curso CEEA, Sociedad Dominicana de Anestesiología.
- 1- Apoyo a congreso latinoamericano de anestesiología del 21 al 25 de sept.
- 8- XV congreso dominicano de anestesiología.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Neuroestimulador.
- 1- Bis (Índice biespectral de monitorización)
- 8- Blower (Manta térmica)
- 8- Monitores.
- 1- Escritorio.

- 1- Computadora.
- 2- Sillas secretariales
- 1-Fibrobroncoscopio
- 2-Mascara Laringea Fastrach
- Glidescape
- 1- King visión
- Fibro videolaringoscópio
- 1- Máquina de anestesia (clínica del dolor)

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

No en este período

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

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total ingresos	127	No tienen camas asignadas	
Total Consultas.	13,944	52,337	275.34%
Ecocardiograma	784	807	10%
Tasa de ocupación hospitalaria.	No tienen camas asignadas	No tienen camas asignadas	
Promedio de estadía. (días)	No tienen camas asignadas	No tienen camas asignadas	
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.00%	0.00%	0.00%

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

Creación unidad gastroenterología.

Creación unidad Diagnostica (Eco/ Doppler espirómetro (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-Cardiólogo

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 (portátil).

1- Espirómetro portátil

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Readecuación unidad pre-quirúrgica.

8) UNIDAD: DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Hemodiálisis	10,438	11,482	10%
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.02%	0.0%	-0.02

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

No en este período

b) Capacitación y educación continúa

5- Curso de ABC reanimación cardiovascular avanzado básico y avanzado.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período

d) Readecuación y/o habilitación de infraestructura.

Pintura de la unidad.

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

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total ingresos	964	942	-2.3%
Tasa de ocupación hospitalaria Promedio.	83.4%	85%	1.6%
Promedio de estadía Promedio. (días)	6.2 días	6.0 días	-0.2 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria Promedio	33.94%	25.0%	- 8.94%
Tasa IAAS Promedio	4.8%	4.0%	-0.8%

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

No en este período.

2. Estrategia de Mercado y Competitivas:

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

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

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

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

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

i. UCI 4to. piso

- 2- Licenciadas de enfermería.
- 1- Terapeuta respiratorio.

ii. UCI 3er Piso

- 1- Terapeuta respiratorio.
- 2- Enfermeras.
- 3- Auxiliar (Masculino)

iii. UCI Intermedio

- 2- Licenciadas de enfermería.

b) Capacitación y Educación Continua:

- Implementar reuniones bimensuales (médicos y enfermeras), para tertulias educativas.
- 6-Curso servicio al cliente para personal asistencial y de seguridad 2021.
- 16- Actualización curso de ventilación mecánica para médicos.
- Maestría de alta gerencia en salud universidad la católica.
- Congreso Panamericanos de medicina critica nacional e internacional dada en el país agosto 2021 (Online)
- Curso taller manejo de traqueotomía para el personal de la UCI.

Curso taller de manejo de monitores y respiradores para el personal de UCI.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Respirador automático portátil
- 2-Medias de compresión intermitente con blower.
- 2- Colchones para la cama camarote.
- 1- Camarote
- 2- Manguito de presión para medir Coff de tubo oro traqueal y de traqueotomía.

i. UCI 3er piso:

- 2- Camas.
- 3- Bombas de infusión de 3 canales.
- 14-Frazadas
- 7- Nebulizador.(dispositivos)
- 2- Ventiladores.
- 1- Camarote

ii. UCI 4to piso:

- 7- Mesita de noche con gavetas de tres.
- Cuarto nebulizador
- 2- mesas de desayunar
- 1-Cama de posición eléctrica.
- 1- Camarote.
- 1- Anaquel ropa limpia.
- 7- Vacum para succión
- 1- Cable conector oxímetro.

iii. UCI Intermedio:

- 1-Bebedero
- 3-Nebulizador (colocar dispositivo)
- 5-Mesas de noche de gavetas de tres.
- 1-Mesita de cura.
- 1-Silla de rueda.
- 1- Ventilador (Con turbina o compresor)

d) Reparación y/o habilitación de infraestructura

- Habilitar sala de espera para familiares de UCI.
- Cerrar electrónicamente las puertas de las UCI.

10) GERENCIA: SALUD MENTAL

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total consultas.	194	5,880	2930.93%
Total Psicoterapia y Consultas Psicología	198	1,764	790.91%

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.
- ✘ Capacitación a otras gerencias (psicoeducación)

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Técnico en psicometría.

b) Capacitación y Educación Continua:

Curso sobre Psicotraumatología.

c) Adquisición y/o Reparación de Equipos:

Pruebas Psicométricas:

Figura humana (DFH)

Dibujo de la familia de Koppitz

16 FP-C

1- Computadora completa.

2- Silla de escritorio.

Necesidades de las siguientes pruebas:

DFH

16 FP-C

Dibujo de la familia.

d) Readecuación y/o habilitación de infraestructura.

No en este periodo.

11)GERENCIA: MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Total ingresos	189	73	-61.38%
Total consultas.	1,737	3,422	97.01%
Total cirugías programadas.	151	196	29.80%
Tasa de ocupación hospitalaria.	149.5%	85.0%	- 64.5%
Promedio de estadía. (días)	5.5 días	5.0 días	-0.5 días
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria.	0.0%	0.0%	0.0%

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

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

1- Asistente (ayudante, medico general, maxilofacial, enfermera)

1- Asistente dental (odontología)

b) Capacitación y Educación Continua:

2- Facilidades y apoyo a congreso nacional.

3- Manejo de conflictos

2- Apoyo para congreso internacional.

Participación en el congreso CONAOD (Congreso nacional de capacitación anual en cirugía oral y odontológica) con apoyo económico.

Participación en congresos nacionales para la sociedad especializada de cirugía maxilofacial por lo menos una (1) vez al año con apoyo económico.

Cursos y capacitaciones organizados por la sociedad de cirugía maxilofacial con apoyo económico.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

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

1- Luz frontal

2- Lupas

1-Equipo de 4 gavetas.

4- Equipo de retiro de sutura.

2- Actualizar bandeja quirúrgica.

1- Equipo RX panorámica.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

No en este período.

12)GERENCIA: LABORATORIO CLÍNICO

PRUEBAS	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Hematología Emergencia	29,722	32,694	10.0%
Hematología Laboratorio Central	28,029	30,832	10.0%
Hematología Banco Sangre	32,763	36,039	10.0%
Pruebas Especiales	37,096	40,806	10.0%
Química Sanguínea Emergencia	55,033	60,536	10.0%
Química Sanguínea Lab. Central	125,754	138,329	10.0%
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, PP, PTT y Fibrinógeno	31,815	34,997	10.0%
Bacteriología	17,849	19,634	10.0%
Uro análisis	3,853	4,238	10.0%
Coprológico	16,723	18,395	10.0%
Serología	4,503	4,953	10.0%
TOTAL	22,147	24,362	10.0%
	405,287	445,816	10.0%

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:

3- Licenciadas Bioanálisis (2 completar equipos de servicio nocturno)

1-Secretaria

Actualizar salario de 6 colaboradoras

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

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Equipo para procedimientos de pruebas rápidas (antígenos para COVID, dímero D, Procalcitonina, entre otros).

1-Equipo de coagulación de más capacidad para el área de hematología.

1-Equipo de gases y electrolitos para el área de química clínica.

Sistema de seguridad de llaves eléctricas.

2-Pipetas de 100 y 1000 uds.

5-Sillas ergonómicas.

Otros:

3-Cestillos de vidrio para cubetas de tinción.

10-Batas para las áreas de proceso.

1-Incubadora mediana.

Batas del personal.

20-Pijamas para el servicio nocturno.

Banco de Sangre

3-Sillones reclinables.

2-Esfignomanometro digital

2-Termometros digital

3-Balanza mezcladoras

3-Pinza selladora o pinza de rodillo

3-Pinza Quirúrgica

1-Peso para donantes.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

1-Cambio de meseta en metal para Bacteriología.

1- Puertas en cristal ahumado en Bacteriología.

Sistema de seguridad con llave electrónicas para la puerta del laboratorio.

13) GERENCIA: IMÁGENES

ESTUDIOS	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Rayos X	51,930	57,123	10.0%
Sonografía	9,269	10,196	10.0%
Tomografía	9,552	10,507	10.0%
Resonancia	0	0	10.0%
Panorámica	0	0	10.0%
Doppler	489	538	10.0%
Estudios Especiales	0	0	10.0%
TOTAL	71,240	78,364	10.0%

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:

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

b) Capacitación y Educación Continua:

- Congreso De Radiología 2021. (Colaboración económica)
- Congreso De Sonografía 2021.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

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

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

1-Sistema DR para rayos x.

1-Unidad robótica para copiado de los CD en entrega de resultados.

3- Camilla de posición para sonografía (Ergonómicas)

Inyector digital para tomógrafo Phillips.

4- Hileras de asientos, para ampliar el área de entrega de resultados .

1- Equipo densitometría ósea.

1- Cartel con la cartera de servicios.

1- Equipo de radiografía panorámica dental (rayos x)

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

Construcción vestidor para el equipo 1 de rayos X.

14) GERENCIA: ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTUDIOS	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Biopsia	1,502	1,652	10.0%
Biopsia por congelación	0	0	10.0%
Citología	15	17	10.0%
Necropsia	0	0	10.0%
TOTAL	1,517	1,669	10.0%

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 procesamientos o tinciones especiales)
- ✖ Calidad diagnóstica
- ✖ Oferta de servicios especiales (improntas, tinciones especiales).
- ✖ Trato humanizado y con máxima cortesía
- ✖ Inclusión en los reportes de microfotografías de la lesión histopatológica
- ✖ Difusión de la información y orientación pertinente al usuario
- ✖ Equipo de colaboradores altamente capacitado

3. Estrategias de Desarrollo de la Calidad de los Servicios

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

4. Requerimiento para el Desarrollo de la Gerencia:

a) Recursos Humanos:

- 1- Histotecnólogo.
- 1- Auxiliar

b) Capacitación y Educación Continua:

- 2- Curso de excel y acces para crear base de datos.
- Cursos de actualización en cito patología.
- Curso sobre calidad de los procesos.
- Capacitación sobre legislaciones nuevas y el código penal.
- Capacitación sobre humanización de los servicios de salud.
- 2- Congreso de patología y cito patología.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Carro de transporte de cadáveres con cubierta metálica.
- 1-Reparación de autotechnicon.
- 1-Reparación de centro dispensador de parafina.
- 1-Bebadero o dispensador de agua potable.
- 1 Computadora
- 1 Escritorio
- 5- Sillas secretariales ergonómicas.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura.

Habilitar un armario cerrado para almacenamiento de especímenes.

15)GERENCIA: FARMACIA

INDICADOR	RESULTADOS 2020	RESULTADOS ESPERADOS 2021	VARIACIÓN ESTIMADA PARA EL 2021
Recetas Emergencia	71,328	57,652	-19.17%
Recetas Hospitalización	105,625	122,630	16.10%
Recetas Quirófanos	4,422	4,161	-5.90%
Recetas Curas y Ostomía	6,059	6,204	2.39%
Reducciones y Yesos	7,096	7,733	8.98%
Hemodiálisis	11,248	11,253	0.04%
Imágenes	878	784	-10.71%
TOTAL	206,656	210,416	1.82%

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 brouchour 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:

2- 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.

d) Adquisición y/o reparación de Equipos:

5- Computadora.

4- Impresoras matriciales

1-Locker de 6 espacios.

Escritorio tipo metal madera.

3- Impresoras matricial

1- Monitor de computadora

Uniformes para todo el personal.

Letrero de identificación del área (letrero de farmacia que va en la puerta)

1- Nevera más grande para medicamentos de cadena de frío.

Estante para colocar documentación e instrumentos de trabajo.

Estante preferiblemente de 1.4 metros de altura y 0.9 de ancho.

Cambio de la base de trameras existentes, instalarlas en metal, son de madera.

1- Archivo

Cajetines para medicamentos medianos. 16x24x13

Canastas grandes. 24x42x19 cm.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Hacer pasamanos 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).

Reparación de interruptores

Reorganización de cables de red y eléctricos.

Pintura para el área.

Remodelación almacén de farmacia.

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. 22 - encargadas. 9 - supervisoras. 2- avanzadas de fin de semanas y días feriados.	5- Supervisoras 3- Avanzadas

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1 Archivo de 4 gavetas.

ÁREA DE EMERGENCIA:

Estado Situacional

5- 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	7
Personal Auxiliar Actual	9 Auxiliares	7
Auxiliares De Avanzadas Actual	14 Auxiliares de avanzada.	7

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Sillón reclinable para ser usado en reanimación por el personal de salud.
5- Sillas estacionarias para el estación de enfermería.
6- Mesas de desayunador (Cama)
1-Carro para medicar.
2-Bomba de infusión.
3- Colchones para las camillas.
1- Reparación locker 12 puertas.
2 – Electrocardiografos

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.

Área de Quirófano EMERGENCIA (2 Quirófanos)

A. Recursos Humanos:

Área de Quirófano EMERGENCIA	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Auxiliar Actual	0	10
Auxiliar avanzadas	0	2 Avanzadas
Personal Profesional	0	5

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Lokers de 4 compartimientos.
3- Sillas de anestesia.
3- Mesa de mayo.
1- Mesa media luna.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitación del lavadero para instrumental post – quirúrgico.
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
Profesionales	1	0

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período

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	2
Personal auxiliar actual	6	2
Auxiliares de avanzadas	2	1

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Mesas de curas de acero inoxidable.

2- Sillas secretariales.

1-Aspirador

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	16 auxiliares	4
Auxiliares de avanzadas actual	2 avanzadas en consultas,	2

RADIOLOGÍA

A. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	1	0
Personal auxiliar actual	2 auxiliares	1
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:**

- 8- Sillas de ruedas.
- 2- Camillas de transporte
- 1- Electrocardiógrafo
- 1- Impresora

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	20	3
Personal Auxiliar Actual	4	2
Auxiliares De Avanzadas	2	1

A. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Carro de cura
- 1- Fotocopiadora.
- 1- Nebulizador,
- 2- Sillas de ruedas.
- 1- Camilla
- 1- Lockers de 8 compartimientos.
- 1- Sofá.
- 1- Reparación desfibrilador.
- 5- Mesitas de noche.
- 5- Mesitas de desayunar.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

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 (29 Cama)

A. Recursos Humanos:

Bloque II 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	20	3
Personal Auxiliar Actual	6	1
Auxiliares De Avanzadas	2	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Mesa de cura
- 3- Aspiradores
- 1- Counter de pared para material gastable
- 2- Sillas de oficina
- 1- Monitor.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Remodelación de los gabinetes.

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

A. Recursos Humanos:

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	18	5
Personal Auxiliar Avanzada	5	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Locker de 8 compartimiento.
- 1- camilla.
- 7-Cables de mantenimiento de monitores.
- 1- Esfigmomanómetro portátil

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período.

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

A. Recursos Humanos:

UCI 3er. Nivel	Personal Actual	Personal Pendiente
Personal Profesional	11	2
Personal Auxiliar Actual	6	2
Avanzadas	0	1

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- bebedero
- Reparación de los cables de los monitores o reposición (2 cables)
- 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	6	2
Auxiliares de avanzadas actual	1 avanzada	3
Auxiliares	24	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas.
- 4-Equipo completo de electrocauterio.
- 4- Bombas de infusión
- 1-Locker de 8 compartimiento.
- 4 -Zafacones de metal de acero inoxidable con ruedas.
- 5- Aspiradores.
- Bebedero
- 4-Relojes de pared quirúrgicos.

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	19	3.
Personal Auxiliar Actual	5	2
Auxiliares de Avanzadas Actual	1	1

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Camilla de posición para el transporte del paciente.
- 9- Sofá para el descanso de los familiares de usuarios en las habitaciones.
- 1- Calentador de H2O.

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período.

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to. Nivel (31 cama)

A. Recursos Humano:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	20	3
personal auxiliar actual	5	2
auxiliares de avanzadas actual	1	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Negatoscopio
- 1- Locker de 8 compartimiento
- 5- Sofá

C. Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Reparar sofá reclinables de las habitaciones.

ÁREA QUIRÓFANO 4to nivel.

E. Recursos Humanos:

Clasificación de Personal	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	4	2
personal auxiliar actual	18 auxiliares en esterilización e instrumentistas	7
auxiliares de avanzadas actual	2 avanzada masculino para transporte, esterilización	2
Técnicos	1	2

F. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 2- sillas de rueda.
- 4- Zafacones con ruedas.
- 4- Mesa de mayo.
- 4- Banquitos para anesthesiólogo.
- 1- Carro de paro.
- 1- Mesa de acero cuadrada.
- 4- Bombas de infusión
- 4- Relojes de pared quirúrgicos.

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-quirúrgico.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 4to nivel (7 cama)

A. Recursos Humanos:

Área de UCI	Personal Actual	Personal Pendiente
personal profesional	18	5
personal auxiliar actual	6	0
Personal auxiliares avanzada	0	2

B. Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1- Anaquel para ropa limpia.
- 7- Mesitas de cama.

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.

Capacitación y Educación Continua

Plan de Capacitaciones Gerencia de Enfermería Año 2021

- 60-Manejo de conflictos
- 31- Habilidades gerenciales
- 31- Trabajo en equipo
- 31-Ortografía y redacción
- Diplomado Gerencia Hospitalaria
- Comunicación Efectivo Diplomado de cuidados intensivos.
- Diplomado de quirófano.

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- Secretaria
- 1- Auxiliar de costo.
- 1- Auxiliar de cobro.

b) Capacitación y Educación Continua:

Diplomado en auditoria y control interno.

Gestión de cobros

Manejo de impuesto,

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Software financiero.
- 9- Computadora
- 4- Sillas semi ejecutivas (1 gerencia, 1 cobros, 2 cuentas por pagar).
- 2- Anaqueles para archivo.

Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Dentro de la oficina hacer cubículos.

Habilitar área de archivo general / 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:

Diplomado en auditoría y control interno

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

2- Sillas secretarial ergonómica

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar área de archivo general (contabilidad y tesorería)

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-Capacitaciones en Gestión humana.

23- Seminario de relaciones humanas.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

4 - Sillas secretariales.

5- Lector de dinero.

2-Sillones ejecutivos.

3-Computadoras.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Organizar a todos las auxiliares de caja en área común.

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 préstamos 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 naciones y multinacionales instaladas en el país, para en casos de accidentes brindarles nuestros servicios a sus empleados.
- ✘ En ese mismo orden, desarrollar un plan de posicionamiento del hospital a nivel nacional e internacional con miras a captar recursos económicos importantes que puedan llegar por la prestación de servicios de las distintas especialidades con que cuenta el hospital. Importante sería la incorporación al centro de seguros médicos internacionales, con miras a captar posibles usuarios afiliados a estos.
- ✘ Establecer negociaciones con seguros internacionales.

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

- ✘ Establecer el trabajo en equipo dentro del departamento y fomentarlo en todas las áreas con las que se establezcan relaciones.
- ✘ Focalizar la capacitación del personal para obtener los resultados buscados por medio a la unidad de Educación Continuada.
- ✘ Establecer un plan de control y verificación de toda la información que se genera en el departamento, el cual busca eliminar los posibles errores que puedan generarse en cualquiera de nuestras áreas.
- ✘ Obtención oportuna de los recursos humanos e insumos para alcanzar los objetivos fijados.
- ✘ Cumplir con lo establecido en los protocolos, así como introducir las modificaciones siempre que sea necesario bajo la supervisión de la Subdirección de Planificación

4. Requerimientos para el Desarrollo de la Gerencia.

a) Recursos Humanos

No en este periodo

b) Capacitación y Educación Continua

10- Diplomado en Seguridad Social

30- Comunicación efectiva

Diplomado de seguridad social

Curso de las 5s.

Ortografía y redacción

Excel básico y avanzado

Atención al cliente.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Software de facturación (o completar GeMedic)

1-Counter interphone

1-Línea alterna de internet

8-Sillas secretariales

5-Head set para el personal de consulta (evaluar)

6-Cambio de equipos de cómputos

Unidad de Reclamaciones

6- Sillas secretariales.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Reacondicionar las áreas en cubículos.

5) GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS.

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

No en este período

2. Estrategias de Mercado y Competitivas:

- ✘ Realizar el 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
- ✘ 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

1- Auxiliar de activos fijos (Modificar designación, esta en otra area)

b) Capacitación y Educación Continua:

Curso de Excel básico y avanzado.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Sillón ejecutivo.
- 1-Sillón semi-ejecutivo

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-Computadora

2-Sillas ejecutivas

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar cubículos de oficina

7) GERENCIA ADMINISTRATIVA

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incrementó 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:

- 1- Auxiliar almacén de cocina (fines de semana)

b) Capacitación y Educación Continua:

- 6- Excel básico y avanzado
- 1- Curso control de calidad
- 1- Diplomado almacén y logística

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 15- Anaqueles industriales los almacenes (suministro y cocina)
- 7- Computadora
- 2- Cortina de cuarto frio
- Reparación de techo del almacén de medicamentos.
- Módulo de cuatro divisiones para el almacén de medicamentos.

5- Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Cambiar la puerta de lugar de anexo del almacén de medicamentos
- 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)
- Cambio de plafón de almacén Medicamentos.
- Almacén de cocina.
- Anaqueles
- Reparar los anaqueles de la despensa.
- Reparar placas del congelador.

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-Computadora

Batas personal medico.

Presupuesto para actividades especiales propias de RRHH

Trituradora De Papel.

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

1- Auxiliar

b) Capacitación y Educación Continua

No en este periodo

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1- Guillotina

1- Puntero laser.

1- Laptop

1- Encuadernadora en espiral

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

b) Capacitación y Educación Continua

No en este periodo

d) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Archivo

Silla secretarial con brazos

Silla ejecutivo.

d) Instalaciones Físicas

No en este período

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

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.
- 3- Congreso Internacional de seguridad y seguridad y salud ocupacional.
- 4-Congreso nacional de seguridad y salud ocupacional IDOPPRIL.

c- Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 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- Secretaria
- 2- Soportes técnicos

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.
- Diplomado de auditoria médica.
- Administración de base de datos (SQL)
- Manejo de Asterisk
- Administración servicios Windows.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

- 1-Sistema de detección temprana contra incendio para el Data Center
- 1-Modulo de conferencia para el quirófano Inteligente (Crear el quirófano inteligente)
- 1- Sistema de gestión de imágenes.
- 1-SAN
- 1- Línea redundante de internet.
- 1- Office 365
- 1- Readecuar sistema de audio video conferencia.
- 130- Computadoras (incluidas las solicitadas por las gerencias)
- Circuito cerrado de TV
- Greca industrial

Contratos:

- Antivirus Kaspersky
- Soporte Avaya Nortel.
- Gestión de impresoras (toner de Deport)
- Bio-Nuclear (Lab-plus).
- Fortinet

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

- Readecuación 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- Cuidado de heridas y la piel
- 2- Excel avanzado

c) Adquisición y/o reparación de equipos:

Mobiliarios y Equipos:

- 2. Sillas para visita
- 1. Bebedero
- 5. Estante aéreo para oficina.
- 1. Librero pequeño de pared.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Construcción de la central de esterilización.

Reubicación del área de cura y ostomía. (Clínica de heridas)

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

4- Auxiliares (admisión emergencia)

b) Capacitación y Educación Continua:

5- Excell avanzado
Diplomado en estadística aplicado a salud pública.
Manejo de conflicto.
Oratoria
Ortografía.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

3- Spekerphone
1- Archivo 2 gavetas
1- Pantalla de turno digital.
3- Computadora
4- Sillas
1- Impresora multifuncional.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período

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

No en este período

b) Capacitación y Educación Continua

1-Aplicación y diseño de instrumentos.

1-Calidad de procesos.

1-Auditoria de procesos.

1-Evaluación y seguimiento.

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este periodo

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este periodo

SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

1) SUB DIRECCIÓN ACADÉMICA

1. Proyecto de incorporación de nuevas unidades o incremento de la cartera de servicios.
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
- ✕ Desarrollo plan académicos para los pre internos rotantes de las universidades
- ✕ Lanzamiento de la revista semestral
- ✕ Acuerdos con INFOTEP, ITLA ETC.
- ✕ Desarrollo plan académico para estudiantes de psicología y enfermería.
- ✕ Valoración y rotación trimestral de los médicos pasantes de ley.

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- Auxiliar de biblioteca.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este período

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

3- Computadoras.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Habilitar una habitación para residentes

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- Técnico electromedicina.
- 1- Supervisor de infraestructura
- 1- Técnico electricidad

b) Capacitación y Educación de Continua

- 7-Curso de mantenimiento de plantas de emergencia
- 5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y Schiller
- Plantas eléctrica industriales.
- Reparación y mantenimiento equipos médicos.
- Cursos para técnicos de refrigeración.
- Curso de mantenimiento de equipos electrógenos. (Planta eléctrica).
- Riesgos eléctricos
- Refrigeración
- Electro Medicina
- Trabajos en altura
- Técnico en lavadoras industrial
- Técnico en máquinas de agujas

Mantenimiento a plantas eléctricas

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

No en este período

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Tanque para caldera.

Construcción de cisterna de 50,000 galones.

Colocación productos anti algas.

Pintura de fachada parque español.

Reparación y mantenimiento de motores o bombas de agua de los chiles.

Remodelación de los baños de usuarios primer y segundo piso.

Instalación de cerámicas a media pared en entrada de emergencia y parque español.

Reparación de los letreros de identificación en fachada del hospital.

Calentador para agua caliente en el hospital.

Readecuación de cuarto de planta y cuarto de bombas.

Cambio de sistemas de tuberías de tres bombas sumergibles y readecuación del pavor.

Mantenimiento a la planta de tratamiento de aguas residuales.

No se recomienda la construcción de una cisterna, sino, el reemplazo de los cabezales de los ablandadores que producen 80 galones por minuto, en total son 2 ablandadores y producen por minuto 160 galones y el consumo total del hospital son 250 galones por minuto, dichos ablandadores están por debajo del hospital.

Se necesita la remodelación de los baños de los usuarios del primer piso y segundo piso

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

6-Auxiliares para cubrir vacaciones, licencia, quirófanos

b) Capacitación y Educación Continua:

Manejo de desechos y limpieza hospitalaria

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

Maquina de brillado de piso.

Maquina bomba de agua a presión.

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

Compra de anaqueles para almacén de limpieza.

3) GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD.

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

Habilitar servicio de la DIGESETT, en la puerta principal del centro para control de la salida en vía contraria y control de taxista en la parte exterior, aglomeramiento de vehículos.

Solicitar al Ayuntamiento del Municipio que el hospital sea incluido dentro de la Policía Municipal para patrullaje

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:

7- Auxiliares de seguridad (sustitución por desvinculaciones y renunciaciones)

b) Capacitación y educación continua:

61- Defensa personal para todo el personal de seguridad.

61- Curso manejo de crisis.

61- Capacitación curso desfibriladores

5- Cursos supervisión efectiva (supervisores)

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

20- Radios

12- Cámaras de vigilancia

Sustitución de brazos hidráulicos

Paneles de control de acceso.

2- Detectores de metal de mano.

e) Habilitación y/o readecuación de infraestructura:

No en este período.

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 definidos, claros y concisos 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:

1- Curso supervisión efectiva

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

1-Mesa para corte.

Reparación máquinas lavadoras.

Locker para lavandería

Mantenimiento para máquina de cocer.

d) Habilitación y/o readecuación de infraestructura

Agua caliente para lavado y desinfección de la licencia.

Un lavamanos en el área de lavandería, para el lava mano en acero inoxidable.

Nuevos carros de transportación.

Tener un personal de mantenimiento especializado en las maquinarias de lavandería.

Máquina de recambio para la dosificación ya instalada.

Rolo de planchado en el área de lavandería para el mejor resultado del lavado.

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

No en este período

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-Auxiliar de room service

1- Ayudante de cocina

Cambio designación supervisora actual.

b) Capacitación y Educación Continua:

No en este período

c) Adquisición y/o reparación de Equipos:

23- Adquisición de uniformes para todo el personal.

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).

Habilitación de cortinas de lama de PVC flexible para cocina.

Habilitación de una plataforma de descarga.

Habilitación ventana de cristal en dirección: Oficina área de producción.

Lava vajillas industrial

Licuada industrial.

Mezcladora de puré industrial.

Campanas estructura de grasa.

Estufas con horno.

XI. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL 2021 Y LOGRAR LAS METAS.

Tabla. NECESIDADES POR GERENCIAS E INVERSIONES PARA SUSTENTAR EL POA 2021 Y LOGRAR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA 2021.

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.	Actualización bandejas quirúrgicas.		No en este periodo		5- Ortopedas (1- artroscopista, 2- Artroplatista, 1- especialista de miembro superior, 1 cirujano de columna).		No en este periodo.	
	Reparación mesa de tracción.				2- Instrumentistas o técnicos quirúrgicos.			
					2- Auxiliares de avanzada			
GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	1- Broncoscopia flexible 5mm con canal de trabajo 2mm, mas (2) pinzas de extracción de cuerpo extraño y toma de biopsia.		No en este periodo		3- Técnicos Instrumentistas		6- Curso de Laparoscopia Avanzada para Cirujano Generales.	
	1- Actualizar bandeja para cirugía de cabeza y cuello (oído); (Nariz).				1- Médico General Instrumentista		1- Curso de auditoría médica.	
	1- Fronto Luz.				4- Cirujanos generales (sustitución, 1 adicional)			
	1- Nasofibrolaringoscopio rígido de 3mm con canal de trabajo con sus pinzas de biopsia.							
	1- Equipo de microcirugía para cirugía de mano.							
	Equipos de cirugía laparoscópica ópticos de 5mm 30c y 30 de 10 mm2.							
	Bandeja de cirugía laparoscópica no.2.							
	Fibras ópticas no.2							
	1- Dermatólogo							
	1- Rectosigmoidoscopia.							
	1- Proctoscopia.							
	1- Ligadores de hemorroides.							
	1- Mallador.							
	Torre de laparoscópica no.1							
GERENCIA NEUROCIRUGÍA	1- Microscopio.		En quirófano de la tercera, completar la habilitación del área de vestidor de los médicos.		2- Técnicos instrumentistas o enfermeras circulantes para los quirófanos de la tercera (Capacitarlos en el hospital)		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.	
	2- Lupas.						5- Cursos y capacitaciones temporales, organizados por la Sociedad Dominicana de Neurocirugía con apoyo económico.	
	2- Luz Frontal.							
	1- Craneótomo							
	1- Set de microcirugía.							
	4- Halo de tracción cervical.							
	1- Cama quirúrgica para cirugía de columna.							
	Cambio autoclaves.							
GERENCIA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Completar equipos y adquisición de otros para nuevas áreas.		Readecuar un espacio para un tercer consultorio, área de terapia ocupacional y terapia de habla.		1- Psicólogo terapeuta del lenguaje		2- Facilidades para participar en congreso nacional	
	1- Pantalla para mostrar los turnos de atender los usuarios.				1- Licenciada en enfermería		2- Facilidades para participar en congreso internacional	
	6- Camillas para fisioterapia				1- Auxiliar de avanzada.			
	1- Tallímetro.				2- Terapeutas ocupacionales.			
	2- Computadoras completas				2- Terapeuta física.			
	4- Sillas para escritorio (pacientes)							
	4- Sillas ergonómicas para médicos							
	2- Cámara de vigilancia en el área.							
	2- Esfigmomanómetros de mercurio de pared o pedestal.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	2- Camillas de fisioterapia							
	1- Espejo cuadrículado.							
	1- Electromiógrafo con potenciales evocados somestésicos medulares (de carbono)							
	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		1- Emergenciólogo / médico general		10- Facilidades para congresos internacionales de Emergenciología	
	2- Manubrios altos flujos de 3 entradas.		2 Rediseñar el área de triage para habilitar área de espera.				30- Curso del Manejo de Estrés	
	1- Juego cables para monitor desfibrilador marca Nihom.		Ampliación o cambios de mobiliario y pintura de la oficina de la gerencia de emergencia con baño.				16- Curso de Heartsaver "Primeros Auxilios con RCP y DEA":	
	4- Bombas de infusión para sala reanimación.		Habilitar espacio en el parqueo de las ambulancias y acondicionar (cerrar con material resistente y material acrílico, colocar piso y puertas).				16- Cursos de ACLS Avanzado por la AHA:	
	1- Ventilador mecánico automático.		Remozar áreas (reanimación, recuperar áreas hidroterapia, oficina, amputación área atención de corta estancia (Triage anterior) habilitación del personal médico, habilitar área de sutura.				16- Cursos de ITLS Avanzado por la AHA:	
	En Ambulancia		Sistema informático que contempla clasificación y distribución de los pacientes de Rac-triage.				16- Cursos de ATLS Avanzado por la ATLS:	
	1- Ventilador mecánico portátil.		Automatizar puertas de acceso a la sala de emergencia.				30- Curso de trabajo en equipo	
	1- Oxígeno portátil.		1-Pintar con pintura blanca luminica una línea limite para parqueo de las ambulancias que lleguen de emergencia.				30- Curso de humanización sala emergencia.	
	1- Reparación carro de medicamentos						30- Curso de ética medico-legal en sala emergencia.	
	5- TV para transmisión de informaciones en sala de espera de emergencia.						30- Charlas sobre la importancia higienización manos del equipo salud de emergencia.	
	1- Equipo de sutura.							
GERENCIA DE ANESTESIOLOGÍA	1- Neuroestimulador.		No en este período		4- Enfermeras para URPA (2 por turno y en cada nivel)		2- Curso CEEA, Sociedad Dominicana de Anestesiología.	
	1- Bis (Índice biespectral de monitorización)				2- Anestesiólogos (ó 5 para guardias nocturnas).		1- Apoyo a congreso latinoamericano de anestesiología del 21 al 25 de sept.	
	8- Blower (Manta térmica)						8- XV congreso dominicano de anestesiología.	
	8- Monitores (o reparación de los actuales).							
	1- Escritorio.							
	1- Computadora.							
	2- Sillas secretariales							
	1-Fibrobroncoscopio							
	2-Mascara Laringea Fastrach							
	Glidescape							
	2- King visión							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1Fibro videolaringoscópico							
	1- Máquina de anestesia (clínica del dolor)							
GERENCIA MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES	1- Eco cardiógrafo (portátil).		Readequación unidad pre-quirúrgica.		1-Cardiólogo		10-Facilidades para asistencia a congresos nacionales e internacionales escogidas por cada especialidad.	
	1- Espirómetro portátil						2- Atención al cliente.	
							4- Manejo de conflicto.	
							Capacitación pertinente a las áreas en proyecto.	
UNIDAD DE NEFROLOGÍA	No en este período		Pintura de la unidad.		No en este período		5- Curso de ABC reanimación cardiovascular avanzado básico y avanzado.	
GERENCIA DE ATENCIÓN CRÍTICA	1-Respirador automático portátil		Habilitar sala de espera para familiares de UCI.		UCI 4to. piso 2- Licenciadas de enfermería.		Implementar tertulias educativas reuniones bimensuales (médicos y enfermeras)	
	2-Medias de compresión intermitente con blower.		Cerrar electrónicamente las puertas de las UCI.		1- Terapeuta respiratorio. UCI 3er Piso 1- Terapeuta respiratorio.		6-Curso servicio al cliente para personal asistencial y de seguridad 2021.	
	2- Colchones para la cama camarote.				2- Enfermeras.		16- Actualización curso de ventilación mecánica para médicos.	
	1- Camarote				3- Auxiliar (Masculino)		Maestría de alta gerencia en salud universidad la católica.	
	2- Manguito de presión para medir Coff de tubo oro traqueal y de traqueotomía.				UCI Intermedio 2- Licenciadas de enfermería.		Congreso Panamericanos de medicina crítica nacional e internacional dada en el país agosto 2021 (Online)	
	UCI 3er piso: 2- Camas.						Curso taller manejo de traqueotomía para el personal de la UCI.	
	3- Bombas de infusión de 3 canales.						Curso taller de manejo de monitores y respiradores para el personal de UCI.	
	14-Frazadas							
	7- Nebulizador.(dispositivos)							
	2- Ventiladores.							
	1- Camarote							
	UCI 4to piso: 7- Mesita de noche con gavetas de tres.							
	4- Nebulizadores							
	2- mesas de desayunar							
	1-Cama de posición eléctrica.							
	1- Camarote.							
	1- Anaquel ropa limpia.							
	7- Vacum para succión							
	1- Cable conector oxímetro.							
	UCI Intermedio							
	1-Bebedero							
	3-Nebulizador (colocar dispositivo)							
	5-Mesas de noche de gavetas de tres.							
	1-Mesita de cura.							
	1-Silla de rueda.							
	Ventilador (Con turbina o compresor) Ventilador (Con turbina o compresor)							
GERENCIA DE SALUD MENTAL	Pruebas Psicométricas: Figura humana (DFH)		No en este periodo.		1- Técnico en psicometría.		Curso sobre Psicotraumatología.	
	Dibujo de la familia de Koppitz							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	16 FP-C							
	1- Computadora completa.							
	2- Silla de escritorio.							
GERENCIA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	Readecuación de las dos bandejas quirúrgicas para cirugía maxilofacial (adquisición de instrumental quirúrgico nuevo).		No en este período.		1- Medico Maxilofacial		2- Facilidades y apoyo a congreso nacional.	
	1- Luz frontal				1- Asistente (ayudante, medico general, maxilofacial, enfermera)		3- Manejo de conflictos	
	2- Lupas				1- Asistente dental (odontología)		2- Apoyo para congreso internacional.	
	1-Equipo de 4 gavetas.						Participación en el congreso CONAOD (Congreso nacional de capacitación anual en cirugía oral y odontológica) con apoyo económico.	
	4- Equipo de retiro de sutura.						Participación en congresos nacionales para la sociedad especializada de cirugía maxilofacial por lo menos una (1) vez al año con apoyo económico.	
	2- Actualizar bandeja quirúrgica.						Cursos y capacitaciones organizados por la sociedad de cirugía maxilofacial con apoyo económico.	
	1- Equipo RX panorámica.							
GERENCIA DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	1-Equipo para procedimientos de pruebas rápidas (antígenos para COVID, dímero D, Procalcitonina, entre otros).		1-Cambio de meseta en metal para Bacteriología.		3- Licenciadas Bioanálisis (2 completar equipos de servicio nocturno)		2- Diplomados en hematología.	
	1-Equipo de coagulación de más capacidad para el área de hematología.		1- Puertas en cristal ahumado en Bacteriología.		1-Secretaria		1- Gerencia Moderna en Salud	
	1-Equipo de gases y electrolitos para el área de química clínica.		Sistema de seguridad con llave electrónicas para la puerta del laboratorio.		Actualizar salario y designación de 6 colaboradoras		2- Curso toma de muestra y actualizaciones	
	Sistema de seguridad de llaves eléctricas.						1- Curso Taller de lavado de cristalería	
	2-Pipetas de 100 y 1000 uds.							
	5-Sillas ergonómicas.							
	3-Cestillos de vidrio para cubetas de tinción.							
	Batas para las áreas de proceso.							
	1-Incubadora mediana.							
	20-Pijamas para el servicio nocturno.							
	Banco de Sangre							
	3-Sillones reclinables.							
	2-Esfigmomanometro digital							
	2-Termómetros digital							
	3-Balanza mezcladoras							
	3-Pinza selladora o pinza de rodillo							
	3-Pinza quirúrgicas							
	1-Peso para donantes.							
GERENCIA DE IMÁGENES	1-Sonógrafo portátil para los usuarios de Emergencia, UCI y la planta.		Construcción vestidor para el equipo1 de rayos X.		5- Médicos sonografistas (5 para guardias presenciales)		Congreso De Radiología 2021. (Colaboración económica)	
	Sistema risk-pacs para la interpretación y visualización de los estudios de imágenes (dictáfono, encriptación de reportes, firmas).				6- Técnicos de rayos X.		Congreso De Sonografía 2021.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1-Sistema DR para rayos x.							
	1-Unidad robótica para copiado de los CD en entrega de resultados.							
	3- Camilla de posición para sonografía (Ergonómicas)							
	inyector digital para tomógrafo Phillips.							
	4- Hileras de asientos, para ampliar el área de entrega de resultados .							
	1- Equipo densitometría ósea.							
	1- Cartel con la cartera de servicios.							
	1- Equipo de radiografía panorámica dental (rayos x)							
GERENCIA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	1-Carro de transporte de cadáveres con cubierta metálica.		Habilitar un armario cerrado para almacenamiento de especímenes.		1- Histotecnólogo.		2- Curso de excel y acces para crear base de datos.	
	1-Reparación de Autotechnicon				1- Auxiliar		Cursos de actualización en cito patología.	
	1-Reparación de centro dispensador de parafina.						Curso sobre calidad de los procesos.	
	1-Bebadero o dispensador de agua potable.						Capacitación sobre legislaciones nuevas y el código penal.	
	1 Computadora						Capacitación sobre humanización de los servicios de salud.	
	1 Escritorio						2- Congreso de patología y cito patología.	
	5- Sillas secretariales ergonómicas.							
GERENCIA DE FARMACIA	5- Computadora.		Hacer pasamano y mostradores para entrega de medicamentos en quirófano de tercera y cuarta.		2- 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, anaqueles para el aprovechamiento de los espacios utilizar un extremo de la pared).		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.	
	Escritorio tipo metal madera.		Reparación de interruptores				32- Capacitación a todos los auxiliares en office.	
	3- Impresoras matricial		Reorganización de cables de red y eléctricos.					
	1- Monitor de computadora		Pintura para el área.					
	Uniformes para todo el personal.		Remodelación almacén de farmacia.					
	Letro de identificación del área (letero de farmacia que va en la puerta)							
	1- Nevera más grande para medicamentos de cadena de frío.							
	Estante para colocar documentación e instrumentos de trabajo.							
	Estante preferiblemente de 1.4 metros de altura y 0.9 de ancho.							
	Cambio de la base de trameras existentes, instalarlas en metal, son de madera.							
	1- Archivo							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Cajetines para medicamentos medianos. 16x24x13							
	Canastas grandes. 24x42x19 cm.							
	Oficina Gerencia 1 Archivo de 4 gavetas.				5- Supervisoras		60-Manejo de conflictos	
					3- Avanzadas		31- Habilidades gerenciales	
	Emergencia						31- Trabajo en equipo	
	5- Sillas estacionarias		Habilitar el estar médico y de enfermería del área de triaje.				31-Ortografía y redacción	
	6- Mesas de desayunador						Diplomado Gerencia Hospitalaria	
	1-Carro para medicar.		Colocación de puertas y gavetas del área de observación.				Comunicación Efectivo Diplomado de cuidados intensivos.	
	2-Bomba de infusión.		Reubicar el descanso del personal médico ya que están utilizando el de los avanzadas de enfermería.				Diplomado de quirófano.	
	3- Colchones para las camillas.							
	1- Reparación locker 12 puertas.							
	2 – Electrocardiografos							
	Quirófano EMERGENCIA							
	2- Lokers de 4 compartimientos.		Habilitación del lavadero para instrumental post – quirúrgico.		10- Auxiliares de enfermería			
	3- Sillas de anestesia.		Área de preparación de equipos quirúrgicos.		2- Avanzadas			
	3- Mesa de mayo.		Vestidor y baño para el personal médico y de enfermería.		5- Licenciadas			
	1- Mesa media luna.		Pileta de desagüe en el área de quirófano.					
	Área de CURA Y OSTOMIA							
	No en este período		Cambio de espacio físico a un lugar más amplio, división de curas limpias y sucias.		No en este período		No en este período	
	ÁREA DE HEMODIÁLISIS							
	2- Mesas de curas de acero inoxidable.				2- Profesionales			
	2- Sillas secretariales.		Lavamanos Unidad A		2- Auxiliares			
	1-Aspirador				1- Auxiliar de avanzada			
	CONSULTA EXTERNA							
	8- Sillas de ruedas		Habilitar área para aplicación de tratamiento ambulatorio y procedimientos mínimamente invasivos.		2- Auxiliares			
	2- Camillas de transporte				2- Avanzadas			
	1- Electrocardiógrafo							
	1- Impresora							
	RADIOLOGIA				1- Auxiliar			
					1- Avanzada			
					2- Avanzadas nocturnos			
	HOSPITALIZACIÓN BLOQUE – I (3ER NIVEL)							
	1-Carro de cura		Habilitar espacio para poner sabanas sucias.		3- Profesionales			
	1- Fotocopiadora		Habilitar anaqueles para colocar sabanas limpias.		2- Auxiliares			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Nebulizador,		Habilitar anaqueles para colocar insumos de limpieza.		1- Avanzada			
	2- Sillas de ruedas.							
	1- Camilla							
	1- Lockers de 8 compartimentos.							
	1- Sofá.							
	1- Reparación desfibrilador.							
	5- Mesitas de noche.							
	5- Mesitas de desayunar.							
	Hospitalización 3er. Nivel Bloque							
	1- Mesa de cura		Remodelación de los gabinetes.		3-Profesionales			
	3- Aspiradores				1- Personal Auxiliar			
	1- Counter de pared para material gastable				1- 2- Avanzadas.			
	2- Sillas de oficina							
	1- Monitor.							
	UCI 3ER. Nivel							
	1- Locker de 8 compartimiento.		No en este periodo.		5- Profesionales			
	1- camilla.				2- Avanzadas			
	7-Cables de mantenimiento de monitores. 1- Esfigmomanómetro portátil							
	UCI INTERMEDIO							
	1- bebedero		Pintura del área					
	Reparación de los cables de los monitores o reposición (2 cables)							
	1- Mesa de cura.							
	1- Silla de ruedas.							
	1- Camilla traslado de usuarios.							
	QUIRÓFANO 3er. nivel							
	4- Mesas de Mayo fuerte con sus bandejas.		Magnetización de las puertas que dan al quirófano.		2- Profesionales			
	4-Equipo completo de electrocauterio				2- Auxiliares			
	4- Bombas de infusión				1- Avanzada			
	1-Locker de 8 compartimiento.							
	4 -Zafacones de metal de acero inoxidable con ruedas.							
	5- Aspiradores.							
	Bebedero							
	4-Relojes de pared quirúrgicos.							
	HOSPITALIZACIÓN BLOQUE – I 4to.							
	1- Camilla de posición para el transporte del paciente.		No en este periodo.		3- Profesionales		No en este periodo.	
	9- Sofá para el descanso de los familiares de usuarios en las habitaciones.				2- Auxiliares			
	1- Calentador de H2O.				1- Avanzada			
	HOSPITALIZACIÓN BLOQUE –II 4to							
	1- Negatoscopio		Reparar sofá reclinables de las habitaciones.					
	1- Locker de 8 compartimiento							
	5- Sofá							
	ÁREA QUIRÓFANO 4to							
	4- Zafacones con ruedas.		Habilitación y adecuación del vestidor en el pre-quirúrgico.		5- Profesionales			

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	4- Mesa de mayo.		Adecuación del área de esterilización.		2- Avanzada			
	4- Mesa de mayo.		Reparar los pisos de quirófano y área de las ventanas del post-quirúrgico.					
	4- Banquitos para anestesiólogo.							
	1- Carro de paro.							
	1- Mesa de acero cuadrada.							
	4- Bombas de infusión							
	4- Relojes de pared quirúrgicos.							
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 4to							
	1- Anaquel para ropa limpia.		Colocación de gavetas y puerta en el estar médico y de enfermería.		5- Profesionales			
	7- Mesitas de cama.		Habilitación del espacio físico para colocación de ropa limpia.		2- Auxiliares			
GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	1- Impresora a color multifuncional		Separación cubículos		1- Trabajadora social para fines de semana		3- Paquete Office.	
	5- Sillas ergonómicas.							
	1- Carrito para transportar los expedientes llevados a la dirección para fines de firmas.							
GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	Sistema de bocinas exclusivo para el área de consulta y Micrófono.		Habilitación de 4 cubículos para el call center.		2 Auxiliares Call Center		10- Curso de Excel básico y Avanzado.	
	Adquisición de Software para el Call Center, con sistema recordatorio de citas				3 Auxiliares Atención Directa.		20- Curso de Calidad en el Servicio.	
	Adquisición o Mantenimiento de Sistema de Citas.						Humanización de los servicios de salud.	
	2- Televisores para salas de espera						Diplomado en gestión hospitalaria.	
	16- Buzones de sugerencia						Curso Agente Profesional de Call Center.	
	Uniformes para Personal AU, con colores identificativos (Azul)							
	Sistema automático de turnos en las diferentes áreas de espera.							
	Dispensadores de manitas limpias en todas las áreas de espera.							
UNIDAD DE ASESORIA LEGAL	2- Sillas de visita		No en este período		No en este período		3- Capacitación y actualización del marco legal del sector salud.	
	2- escritorios (cambio)						Curso taller sobre aplicación de la ley 41-08 de función pública.	
	Archivo grande.						Maestría en derecho administración y constitucional.	
GERENCIA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS	1 Grabadora.		No en este periodo.		1- Diseñador Grafico		Manejo estratégico de marketing y plataformas digitales	
	1- Pantalla portátil.							
	1- Micrófono inalámbrico							
	Máquina de edición con capacidad de procesador para videos y montaje de audiovisuales.							
	Flota con capacidad para realizar videos y tiros en vivo.							
	Monitor para computadora.							

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Cámara con micrófono.							
	Cambio de equipos de oficina (computadores y teclados)							
	1- Bebedero							
	2- Computadora Mac							
	3- Disco duro externo (2 Terabyte)							
OFICINA LIBRE ACCESO A INFORMACIÓN (OAI)	No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo	
GERENCIA DE CONTABILIDAD.	1-Software financiero.		Dentro de la oficina hacer cubículos.		1- Secretaria		Diplomado en auditoria y control interno.	
	9- Computadora		Habilitar área de archivo general / administrativo.		1- Auxiliar de costo.		Gestión de cobros	
	4- Sillas semi ejecutivas (1 gerencia, 1 cobros, 2 cuentas por pagar).				1- Auxiliar de cobro.		Manejo de impuestos	
	2- Anaqueles para archivo.							
Gerencia de Control de Procesos y Registros	2- Sillas secretarial ergonómica		Habilitar área de archivo general (contabilidad y tesorería)		No en este periodo		Diplomado en auditoria y control interno	
GERENCIA DE TESORERÍA	4 - Sillas secretariales.		Organizar a todos las auxiliares de caja en área común.		No en este periodo		23-Capacitaciones en Gestión humana.	
	5- Lector de dinero.						23- Seminario de relaciones humanas.	
	2-Sillones ejecutivos.							
	3-Computadoras.							
GERENCIA DE FACTURACIÓN	1- Software de facturación (o completar GeMedic)		Reacondicionar las áreas en cubículos.		No en este periodo		10- Diplomado en Seguridad Social	
	1-Counter interphone						30- Comunicación efectiva	
	1-Linea alterna de internet						Diplomado de seguridad social	
	8-Sillas secretariales						Curso de las 5s.	
	5-Head set para el personal de consulta (evaluar)						Ortografía y redacción	
	6-Cambio de equipos de cómputos						Excel básico y avanzado	
	6- Sillas secretariales.						Atención al cliente.	
GERENCIA DE ACTIVOS FIJOS	1-Sillón ejecutivo.		No en este periodo.		1- Auxiliar de activos fijos (Modificar designación, esta en otra área)		Curso de Excel básico y avanzado.	
	1-Sillón semi-ejecutivo							
GERENCIA DE COMPRAS GENERALES	1-Computadora		Habilitar cubículos de oficina		1- Auxiliar de compras		No en este periodo	
	2-Sillas ejecutivas							
GERENCIA ADMINISTRATIVA	15- Anaqueles industriales los almacenes (suministro y cocina)		Cambiar la puerta de lugar de anexo del almacén de medicamentos		1- Auxiliar almacén de cocina (fines de semana)		6- Excel básico y avanzado	
	7- Computadora		Habilitar un deposito en la primera planta para el almacén de medicamentos (Guardar los kit de diálisis, soluciones y los insumos de mayor peso)				1- Curso control de calidad	
	2- Cortina de cuarto frío		Ampliar el almacén de la alacena				1- Diplomado almacén y logística	
	Reparación de techo del almacén de medicamentos.		Ampliar el almacén de suministro (Activo Fijos)					

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	Módulo de cuatro divisiones para el almacén de medicamentos.		Cambio de plafón de almacén Medicamentos.					
			Almacén de cocina.					
			Anaqueles					
			Reparar los anaqueles de la despensa.					
			Reparar placas del congelador.					
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-Computadora							
	Batas personal medico.							
	Presupuesto para actividades especiales propias de RRHH							
	Trituradora De Papel.							
GERENCIA DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA	1- Guillotina		Habilitar un espacio más amplio.		1- Auxiliar		No en este periodo	
	1- Puntero laser.							
	1- Laptop							
	1- Encuademadora en espiral							
UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL	3- Otoscopio.		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.		2-Asistente con conocimientos y experiencia en salud ocupacional.		1-Congreso COPARDOM.	
	4- Balanza completa.		Habilitación de archivo con suficiente espacio y/o archivo digital.				2-Congreso nacional de seguridad y salud ocupacional (ARL)	
			Eliminar camas, cajas, equipos de los pasillos, material de suministro y/o farmacia, entre otros.				3-Diplomado en seguridad social.	
							3- Congreso Internacional de seguridad y salud ocupacional.	
							4-Congreso nacional de seguridad y salud ocupacional IDOPPRIL.	
GERENCIA DE REGISTRO Y NÓMINA	Archivo		No en este periodo		No en este periodo		No en este periodo	
	Silla secretarial con brazos							
	Sillón ejecutivo.							
GERENCIA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	1-Sistema de detección temprana contra incendio para el Data Center		Readecuación video conferencia		1- Secretaria		2-Curso de MOC Active Directory 2016.	
	1-Modulo de conferencia para el quirófano Inteligente (Crear el quirófano inteligente)				Soportes técnicos		1-Modelo Cobit y análisis.	
	1- Sistema de gestión de imágenes.						2-System Center 2012 Configuración e implementación	
	1-SAN						2- IT Esencial.	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
	1- Línea redundante de internet.						Diplomado de auditoría médica.	
	1- Office 365						Administración de base de datos (SQL)	
	1- Readecuar sistema de audio video conferencia.						Manejo de Asterisk	
	130- Computadoras (incluidas las solicitadas por las gerencias)						Administración servicios Windows.	
	Círculo cerrado de TV							
	Greca industrial							
	Contratos: Antivirus Kaspersky							
	Soporte Avaya Nortel.							
	Gestión de impresoras (toner de Deport)							
	Bio-Nuclear (Lab-plus).							
	Fortinet							
GERENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA	Mobiliarios y Equipos: 2. Sillas para visita		Construcción de la central de esterilización.		1-Enfermero para el programa de curas hospitalarias.		2- Cuidado de heridas y la piel	
	1. Bebedero		Reubicación del área de cura y ostomía. (Clínica de heridas)				2- Excel avanzado	
	5. Estante aéreo para oficina. 1. Librero pequeño de pared.		Colocación de paneles aislantes acústicos.					
GERENCIA DE ESTADÍSTICA, ARCHIVO Y ADMISIÓN	3- Speakerphone		No en este período		4- Auxiliares (admisión emergencia)		5- Excell avanzado	
	1- Archivo 2 gavetas						Diplomado en estadística aplicado a salud pública.	
	1- Pantalla de turno digital.						Manejo de conflicto.	
	3- Computadora						Oratoria	
	4- Sillas						Ortografía.	
	1- Impresora multifuncional.							
GERENCIA DE APOYO A INVESTIGACIONES CLÍNICAS								
GERENCIA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	No en este período		No en este período		No en este período		1-Aplicación y diseño de instrumentos.	
							1-Calidad de procesos.	
							1-Auditoría de procesos.	
							1-Evaluación y seguimiento.	
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA	3- Computadoras.		No en este período		1- Auxiliar de biblioteca.		No en este período	
GERENCIA DE MANTENIMIENTO	No en este período		Tanque para caldera.		1- Técnico electromedicina.		7-Curso de mantenimiento de plantas de emergencia	
			Construcción de sistema de 50,000 galones.		1- Supervisor de infraestructura		5-Curso de mantenimiento de equipos de aires acondicionados y Schiller	
			Colocación productos anti algas.		1- Técnico electricidad		Plantas eléctrica industriales.	
			Pintura de fachada parque español.				Reparación y mantenimiento equipos médicos.	
			Reparación y mantenimiento de motores o bombas de agua de los chillers.				Cursos para técnicos de refrigeración.	
			Remodelación de los baños de usuarios primer y segundo piso.				Curso de mantenimiento de equipos electrónicos. (Planta eléctrica).	
			Instalación de cerámicas a media pared en entrada de emergencia y parque español.				Riesgos eléctricos	

GERENCIAS	EQUIPOS Y OTROS	COST INVER (RD\$)	INFRAESTRUCTURA	COST INVER (RD\$)	RECURSOS HUMANOS	COST INVER (RD\$)	CAPACITACIÓN	COST INVER (RD\$)
			Reparación de los letreros de identificación en fachada del hospital.				Refrigeración	
			Calentador para agua caliente en el hospital.				Electro Medicina	
			Readecuación de cuarto de planta y cuarto de bombas.				Trabajos en altura	
			Cambio de sistemas de tuberías de tres bombas sumergibles y readecuación del pavor.				Técnico en lavadoras industrial	
			Mantenimiento a la planta de tratamiento de aguas residuales.				Técnico en máquinas de agujas	
							Mantenimiento a plantas eléctricas	
GERENCIA DE LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS	Maquina de brillado de piso.		No en este periodo		6-Auxiliares para cubrir vacaciones, licencia, quirófanos		Manejo de desechos y limpieza hospitalaria	
	Maquina bomba de agua a presión.							
	Anaqueles para almacén de limpieza.							
GERENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD	20- Radios		No en este periodo.		7- Auxiliares de seguridad (sustitución por desvinculaciones y renunciaciones)		61- Defensa personal para todo el personal de seguridad.	
	12- Cámaras de vigilancia						61- Curso manejo de crisis.	
	Sustitución de brazos hidráulicos						61- Capacitación curso desfibriladores	
							5- Cursos supervisión efectiva (supervisores)	
LAVANDERÍA Y ESTERILIZACIÓN	1-Mesa para corte.		Agua caliente para lavado y desinfección.		2- Auxiliares		1- Curso supervisión efectiva	
	Reparación maquinas lavadoras.		Un lavamanos en el área de lavandería, en acero inoxidable.					
	Locker para lavandería		Nuevo carros de transporte de ropa.					
	Mantenimiento para maquina de cocer.		Rolo de planchado					
GERENCIA DE ALIMENTACIÓN	23- Adquisición de uniformes para todo el personal.		Adquisición de lavamanos de acero inoxidable accionable a pedal o sensor automático.		1-Auxiliar de room service			
	Adquisición de máquina de lavado y llenado de botellones de agua potable.		Readecuación del cielo/Techo (material y color).		1- Ayudante de cocina			
	Reparación o cambio de estufas.		Readecuación del suelo/piso (Material, zócalos cóncavos, declive/ desnivel hacia canaletas,		Cambio designación supervisora actual.			
	Reparación de todas las campanas de extracción.		canaletas de desagües con rejillas de protección desmontables).					
			Habilitación de cortinas de lama de PVC flexible para cocina.					
			Habilitación de una plataforma de descarga.					
			Habilitación ventana de cristal en dirección: Oficina área de producción.					
			Lava vajillas industrial					
			Licudadora industrial.					
			Mezcladora de puré industrial.					
			Campanas estructura de grasa.					
			Estufas con homo.					

XII. PRESUPUESTO GENERAL.

Total Actividades, Presupuesto de Ingresos Estimados Según Precio Promedio por Actividades Esperadas año 2021.

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	PRECIOS PROMEDIOS UNITARIO	TOTAL PRODUCCIÓN	TOTAL PRODUCCIÓN
Consultas	RD\$200.00	140,322	RD\$28,064,400.00
Emergencias	RD\$300.00	48,043	RD\$14,412,900.00
Egresos Salas Comunes	RD\$20,046.00	10,007	RD\$200,600,322.00
Egresos Salas UCI	RD\$162,000.00	942	RD\$152,604,000.00
Procedimientos Terapia Física y Rehab.	RD\$425.00	19,565	RD\$8,315,125.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Ortopedia, y Neuroquirúrgico	RD\$75,000.00	2,352	RD\$176,400,000.00
Procedimientos Quirúrgicos Programados Cirugía General y Especialidades y Maxilofacial	RD\$27,000.00	4,222	RD\$113,994,000.00
Pruebas de Laboratorios Clínicos.			
Hematología Emergencia	RD\$135.69	32,694	RD\$4,436,276.00
Hematología Lab. Central	RD\$135.69	30,832	RD\$4,183,580.51
Hematología Banco Sangre	RD\$135.69	36,039	RD\$4,890,172.62
Pruebas Especiales	RD\$260.00	40,806	RD\$10,609,456.00
Química Sanguínea Emerg	RD\$136.00	60,536	RD\$8,232,936.80
Química Sanguínea Lab. Central	RD\$135.00	138,329	RD\$18,674,469.00
Gases Arteriales, Sodio, Potasio, PP, PTT y Fibrinógeno	RD\$1,202.97	34,997	RD\$42,099,739.61
Bacteriología	RD\$277.07	4,238	RD\$1,174,305.78
Uroanálisis	RD\$160.00	18,395	RD\$2,943,248.00
Coprológico	RD\$131.00	4,953	RD\$648,882.30
Serología	RD\$260.00	24,362	RD\$6,334,042.00
Estudios de Imágenes.			
Rayos X	RD\$285.25	57,123	RD\$16,294,335.75
Sonografía	RD\$433.75	10,196	RD\$4,422,471.63
Tomografía	RD\$1,995.00	10,507	RD\$20,961,864.00
Resonancia	RD\$2,991.00	0	RD\$0.00
Panoramica		0	RD\$0.00
Doppler		538	RD\$0.00
Estudios Especiales	RD\$2,862.50	0	RD\$0.00
Pruebas Laboratorio Anatomía Patológica.			
Biopsia	RD\$820.00	1,652	RD\$1,354,804.00
Biopsia por congelación	RD\$6,939.75	0	RD\$0.00
Citología	RD\$691.00	17	RD\$11,401.50
Necropsia	RD\$11,559.25	0	RD\$0.00
Otros Procedimientos			

ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTOS	PRECIOS PROMEDIOS UNITARIO	TOTAL PRODUCCIÓN	TOTAL PRODUCCIÓN
Curas y Otomía	RD\$520.00	6,665	RD\$3,465,748.00
Curas en Emergencia	RD\$520.00	4,895	RD\$2,545,400.00
Suturas	RD\$400.00	2,219	RD\$887,480.00
Reducciones y Enyesados	RD\$3,115.00	7,812	RD\$24,335,003.00
Hemodiálisis	RD\$3,500.00	11,482	RD\$40,186,300.00
Ecocardiogramas	RD\$940.00	807	RD\$758,956.00
Electrocardiogramas	RD\$255.00	5,067	RD\$1,291,983.00
Evaluaciones Cardiovasculares	RD\$300.00	9,448	RD\$2,834,370.00
TOTAL GENERAL PRODUCIDO			RD\$930,572,936.29

Más RD\$ 471,683,796.53 de presupuesto otorgado por el SNS al Hospital, se tendría un total de Ingresos esperados de unos **RD\$1,402,256,732.82**

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\$799,286,337.71	57.00%
SERVICIOS NO PERSONALES	RD\$54,688,012.58	3.90%
MATERIALES Y SUMINISTROS	RD\$490,789,856.49	35.00%
BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	RD\$56,090,269.31	4.00%
OBRAS	RD\$1,402,256.73	0.10%
TOTAL	RD\$1,402,256,732.82	100.00%
	PRESUPUESTO ESTIMADO	RD\$1,402,256,732.82

Tabla: Producción General de Actividades Esperada para el año 2021.

CONSOLIDADOS DE ACTIVIDADES 2021	METAS 2021
ACTIVIDADES	
Emergencias	48,043
Ingresos	10,949
Consultas	140,322
Interconsultas	4,169
Evaluaciones Cardiovasculares (Hospitalización)	9,448
Psicoterapia	1,764
Procedimientos Quirúrgicos (Programados)	6,574
Pruebas Laboratorios Clínicos	445,816
Estudios Imágenes	78,364
Ecocardiogramas	807
Estudios Anatomía Patológica	1,669
Recetas Despachadas Farmacia	210,416
Procedimientos Rehabilitación (Ambulatorios)	19,565
Procedimientos Rehabilitación (Hospitalizados)	18
Suturas	2,219
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros)	7,812
EMERGENCIA	
Procedimientos (Colocación Yesos, Férulas, Enyesados, Otros)	196
INTERNAMIENTO	
Curas Emergencia	4,895
Curas y Otomías	6,665
Procedimientos Odontología	0
Hemodiálisis	11,482
Electrocardiogramas (Consultas, Hospitalización, Emergencia)	5,067
Endoscopia	0
Procedimientos Anestesiología	6,574
Otros Procedimientos Anestésicos	657
Otros Procedimientos (Colocación de catéteres Subclavios, Intubaciones, Otros)	185
CUIDADOS INTENSIVOS	
TOTAL	1,023,674

TABLA: Total Actividades Realizadas 2020, Total Actividades Estimadas Para el 2021 y Porcentaje de Variación Estimada Para el 2021 con relación al 2020.

AÑOS	TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS 2020 Y ESPERADAS 2021	VARIACIÓN ESPERADA 2021 EN RELACIÓN AL 2020
2020	870,107	17.6%
2021	1,023,674	

5. SECCIÓN: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

XIII. MATRIZ DE METAS PARA EL SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES E INDICADORES GENERALES DEL HOSPITAL 2021.

INDICADORES	RESULTADOS ESPERADOS 2021	% 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.	10,949	3,620	3,799	3,531
Total Consultas Hospital.	140,322	46,392	48,683	45,247
Total Cirugías Programadas	6,574	2,173	2,281	2,120
Total Emergencia.	48,043	15,884	16,668	15,491
Total Procedimientos Medicina Física y Rehabilitación.	19,565	6,468	6,788	6,309
Total Laboratorios Clínicos.	445,816	147,392	154,671	143,753
Total Estudios Imágenes	78,364	25,908	27,188	25,268
Total Estudios y Procedimientos Anatomía Patológica.	1,669	552	579	538
Total Recetas Despachadas	210,416	69,566	73,001	67,848
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. FÓRMULAS

$$\text{Calculo Egresos} = \frac{\text{No. Camas x Días Utilizados}}{\text{Promedio de Estadía}} =$$

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

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

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

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