

INFORME

SEMESTRAL

PRIMER SEMESTRE 2021

Código: 4.1.2.7.01

Actividad Programática: Elaboración de Memoria Institucional 2022



INDICE DE CONTENIDOS

I.	INFORME ANUAL 2022	4
II.	RESULTADOS MISIONALES	8
2.1	Información cuantitativa, cualitativa e indicadores de los procesos Misionales:	8
III.	RESULTADOS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO.....	9
3.1	Desempeño Área Administrativa y Financiera	9
3.2	Desempeño de los Recursos Humanos:.....	10
3.3	Desempeño de los Procesos Jurídicos:	11
3.4	Desempeño de la Tecnología:	11
3.5	Desempeño del Sistema de Planificación y Desarrollo Institucional:	12
3.6	Desempeño del Área Comunicaciones	13
IV.	SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL	
	15	
4.1	Nivel de la satisfacción con el servicio:	15
4.2	Nivel de cumplimiento acceso a la información	16
4.3	Resultado Sistema de Quejas, Reclamos y Sugerencias:	16
4.4	Resultado mediciones del portal de transparencia	17
V.	ANEXOS.....	17
5.1	Matriz de principales indicadores de gestión por procesos	17
5.2	Matriz Índice de Gestión Presupuestaria Anual (IGP)	17
5.3	Plan de Compras.....	17
5.4	Matriz grupo ocupacional RR-HH	17



I. INFORME ANUAL 2022

Siendo un Centro de salud, Docente y Universitario de tercer nivel, le estaremos haciendo una sinopsis de las actividades realizadas con las metas que han sido desarrolladas, e iniciativas de planeación para desarrollar una gestión en favor de nuestros usuarios, los cuales bien de un mandato de nuestras autoridades superiores.

El hospital Salvador B. Gautier, desarrollo e implanto un conjunto de acciones alineadas a los objetivos estratégicos del sector salud, encomendados por el SNS-MSP, con el fin de estar alineados en el mandato de la planeación enmarcada por la política de estado.

El presente informe establece una relación basado en los planes y presupuesto articulados según las necesidades institucionales y que tenemos como muestra los indicadores presentando en área servicio: **Consultas externas** (No.93,504), donde la población el sexo masculino es de 63% la más recurrente, quienes demandan más de los diferentes servicios de salud que ofrecemos; **División Epidemiológica** ha desarrollado el enfoque de la promoción y prevención, manteniendo un sistema de vigilancia integral, activa de los principales problemas de nuestro centro salud, para contribuir a mejorar la calidad de la asistencia médica prevenir las infecciones intrahospitalarias, reducir el riesgo de exposición laboral del equipo de salud a los agentes patógenos, reducir la incidencia de brotes de IIH, estableciendo prioridades a la morbilidad y mortalidad identificada, definiendo estrategias de prevención y control para aquellos problemas de salud de primer orden.

Nuestros indicadores del programa de control de infecciones asociadas a la salud por neumonía asociada a ventilación mecánica(VM) es de 12.8%, la infección del



tracto urinario asociado a cateterismo urinario es de 19.1%, Las bacteriemias asociadas a catéter venoso central fue de 15.9%, las infecciones de área quirúrgica (IAQ) es de 1.2%.

La tasa de infecciones intrahospitalaria es de 6.78%. podemos decir que el programa de prevención realizo Vacunación del personal de salud, donde se aplicaron 1.286, dosis de DPT, Hepatitis, Influenza, el cual se mantiene durante todo el año.

En la actividad de docencia y capacitación de los recursos humanos como una estrategia para difundir conocimientos y los resultados de las actividades epidemiológicas. Investigación epidemiológica

Se realizaron 8 talleres de capacitación a todo el personal médico, enfermería administrativos, laboratorio, personal de limpieza y mantenimiento, sobre control de infecciones y manejo del COVID-19, Cólera, Dengue, viruela del Simio, limpieza hospitalaria.

Esta ardua labora nos mereció un reconocimiento por parte

Nuestras las áreas de apoyo y diagnostica cumplen con los estándares de críticos de habilitación, para el servicio de salud: Emergencia, Diagnósticos, Laboratorios sus y áreas de Imágenes con una calificación de 75% para todas las áreas por un año, comprometiendo al término de esta volver a realizar su actualización. En la atención al usuario del universo de encuestados tenemos 90% de satisfacción, mejorando los indicadores del año pasado.

Damos cumplimiento a los reglamentos 434-07 hospitalario con la actualización y/o conformación de los siguientes comités: Comité de Calidad, Emergencias y Desastres, Control de Infecciones Asociadas a las Atenciones en Salud (IASS), Comité de Mortalidad, Comité de Farmacia y terapéutica, Comité de Bioética, Comité de



Compras y Contratación, Comité de Expedientes Clínicos, Comité de Seguimiento Bloque Quirúrgico, Comité de Implementación y Gestión de estándares de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, Comité de Apertura de Buzones, todos en funcionamiento, brindado un mejor desempeño, en respuesta a las necesidades de la atención al ciudadano.

Nuestro plan de mejora que fue creado mediante el sistema de autoevaluación diagnóstico CAF, tiene un total de (14) Acciones, que están en cumplimiento de 80%, mostrando un significativo avance en el cumplimiento general de cada ejecución de mejora a realizada, dentro de ellos esta: Dentro estos Manual de cargo, Manual Política del hospital. Con respecto al POA-2021, se desarrollaron un total #69 actividades programáticas presupuestales.

Calidad de la Gestión Institucional, Con la intención de dar cumplimiento a las normas establecidas en nuestra como obligatorio Red Pública de Salud Nacional, realizamos en el mes de marzo de los presentes la solicitud técnica para elaboración de la segunda versión de Carta Compromiso al Ciudadano de la CCC, la cual compromete brindar un servicio de calidad, con atención oportuna y eficiente. Se efectuaron planes de mejoras en los servicios del área de Emergencia, en la reducción del tiempo de los usuarios tomando medidas como son la acondicionar el espacio físico, también aumentar el personal de apoyo técnico profesional de la salud, igualmente para las demás áreas, que han mostrado indicador de aumento de atención y que necesita de un apoyo adicional.

La División de Recursos Humanos: El Hospital Cuenta con una nómina de personal (1,484) servidores, se puede evidenciar la integración a nuestro hospital de nuevos colaboradores por áreas; Médicos y Enfermeras (50), Administrativo (40), y Técnicos



personal apoyo en especial (7), con respecto a la evaluaciones de desempeño se aplicaron (902) correspondiente al presente periodo como lo establece el SNS y el MAP. En este orden de información tenemos que el plan de capacitación del presente año, dirigido a Médicos, Administrativo y Técnico profesional, se desarrollan (16) actividades, dentro de estas podemos mencionar; Gestión de Calidad y Excelencia en el servicio, Cursó básico de Excel, Taller de adiestramiento uso de la plataforma Moodle, capacitación en la redacción de informes, otros talleres, diplomados y charlas. Cabe destacar que con el acompañamiento del SNS en el presente año se realizaron dos auditorías presenciales a todos nuestros servidores.

También realizamos con éxito jornadas como la de “Labio Y Paladar Hendido”, cirugías gratuitas en beneficio 13 niños de escasos o ningunos recursos económicos, que, mediante convenio entre el Servicio de Cirugía Plástica del Gautier, la Residencia Nacional de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (RENACIP) y la Fundación Operación Sonrisa.

Tenemos que Enseñanza e Investigaciones Científica, cuenta con el programa de Especialidades y sub-Especialidad médica, la más completa con (23) residencia médica y en la última promoción se graduaron (78) Especialistas en diferentes disciplinas de la salud.

El hospital recibió donaciones de equipos, insumos, medicamentos y otros elementos por parte de organizaciones, personalidades y diversas instituciones, especialmente del Servicio Nacional de Salud, algunos de estos ventiladores, desfibriladores, monitores, electrocardiógrafos, camillas, sillas de ruedas, Rayos X portátil, Cámara Laparoscópica, Broncofibroscopio, valorados por más 18 millones de pesos



CONTENIDO MEMORIA SEMESTRAL

II. RESULTADOS MISIONALES

2.1 Información cuantitativa, cualitativa e indicadores de los procesos Misionales:

La eficiencia y calidad en el desarrollo de los procesos, mediante la prestación de servicios de salud oportunos, seguros y continuos: Nos acogemos a una Estructura de 3er. Nivel de Atención: Provincial, Especializado, de Regencia, Universitario y Gestionado, con unidades Consultivas o Asesorías, Unidades de Apoyo, Unidades Sustantivas u Operativas, Sustentados en los siguientes principios:

- Orientado al usuario: Entendido como su principal compromiso y la base para la definición de su organización y funcionamiento; pretende cubrir de forma adecuada, las necesidades y las demandas de sus usuarios en materia de salud.
- Competente: Visto como la capacidad de prestar sus servicios con igual o mejor relación costo-beneficio que los estandartes establecidos.
- Profesionalidad: Sobre la base de que las decisiones e intervenciones de sus directivos y profesionales se rigen por criterios reconocidos científicamente.



- **Articulación:** Por la forma en que se relaciona con los servicios y los demás centros de atención de la red a que pertenecemos, al igual que la forma en que se relaciona a su interior, entre sus distintas dependencias, con la finalidad de completar sus servicios.
- **Empoderamiento:** Entendido como la promoción de la participación de sus usuarios, por medio de la generación de espacios y oportunidades.
- **Calidad:** Vista como la provisión de servicios de salud con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, para lograr la adhesión y la satisfacción del usuario y el equilibrio más favorable de beneficios, riesgos y costos.
- **Humanización:** Interpretada como la valoración, calidez y respeto en las relaciones con los usuarios de los servicios de salud y la solidaridad con su condición individual y social.

III. RESULTADOS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

3.1 Desempeño Área Administrativa y Financiera

Los estados financieros correspondientes al periodo octubre 2020 a septiembre 2021, vemos que los activos presentan un balance de RD\$104,166,383.15 dentro de las cuales está cuenta por cobrar con un monto de RD\$4,591,789.38 y un inventario de solo RD\$1,908,500.1 correspondiente a materiales gastables de oficina y materiales de mantenimiento general del hospital. Siguiendo con este orden tenemos la partida de la cuenta por pagar con un monto de RD\$59,054,914.85 a la fecha, por lo que es evidente la falta de efectivo para cumplimiento de pago, por consiguiente, nos presenta que el capital de trabajo de RD\$49,019,087.87.

En el estrado de rendimiento financiero observamos un ingreso de RD\$232,003,565.93 y un gasto general de RD\$241,881,874.5, se evidencia que



los gastos superan el ingreso señalando otra razón de la debilidad recaudadora y de la gran demanda de pacientes.

Recaudaciones de semestre por venta de servicios y las ARS del periodo octubre 2020 – septiembre 2021 fueron de RD\$204,013,401.93, los cuales llegaron (30) transferencias de ARS-SENASA, (50) de las ARS.

En lo referente a lo que es venta de servicios SENASA y demás ARS fueron estimados en el presupuesto del año 2021 un ingreso o recaudación de RD\$139,841,427.05 y a pesar de esto la ejecución del mismo durante el año tenemos de RD\$204,013,401.93, lo que refleja un aumento en las recaudaciones.

Con respecto a los desembolsos, los cuales tienen una estrecha relación con los ingresos; por venta de servicios en este año ascendieron a RD\$214,801,872.21 para los cuales fueron emitidas 680 transferencias para pago de servicios, materiales y suministros, y bienes materiales, además 29 transferencias para pago de remuneraciones y pagar impuestos a la DGII, además la emisión de pagos de diferentes compromisos adquiridos.

Siguiendo el orden, tenemos la recaudación de RD\$27,990,164.00 por la aportación del gobierno central a través de la Tesorería Nacional durante el periodo agosto 2020 a septiembre 2021, de acuerdo al presupuesto aprobado para el mismo año, que fue de RD\$ 42,000,000.00, hemos recibido 8 transferencias que ascienden al monto antes mencionado. seguimiento a lo presupuestado, se ejecutó un desembolso de RD\$28,275,607.45, utilizado en pago de servicios y materiales de suministros de nuestra institución.

3.2 Desempeño de los Recursos Humanos:

En el universo de (1,444) servidores, identificados en #5 grupos ocupacionales: Servicios Generales (64) con un 11%, Supervisor y de Apoyo (99) un 12%, Técnicos (252) tiene 32%, Profesionales (312) cuenta 41%, De Dirección (36) y finalmente 5%, siendo la población más alta las femenina que del total tienen #763 (75%)



puestos a diferencia de los hombres que cuentan con #250, para 25%. Con respecto a la evaluación de desempeño, nuestros servidores se le realizo a un total de 1,013, y en la otra población por múltiples factores no se realizaron y que fue notificado a nuestras autoridades superiores.

3.3 Desempeño de los Procesos Jurídicos:

Cabe destacar que la sección legal, somos un eje transversal de la institución, por este concepto hemos brindado nuestros servicios de apoyo en el marco legal, también realizando las funciones de gestión recepción, control y seguimiento de acuerdos de pago a usuarios de bajos recursos, que utilizan los servicios hospitalarios de este centro de salud. En nuestras oficinas descansan 150 expedientes, con un valor que ascienden a \$4,507,622.00, de los cuales 95 expedientes, fueron beneficiado con acuerdo de pago, a la fecha hemos recibido de esto un monto \$396,816.00. En otro orden comunicamos que participamos de los proceso de habilitación de la oficina libre acceso a la información (OAI), Trabajamos en la renovación de contratos de la cafetería del hospital y Asociación de Taxista que brinda su servicio a nuestro hospital, participamos en la intervención de resolución de conflictos con usuarios en área de Emergencia, emitimos opiniones desde el marco legal a convenios realizados con suplidores, participamos de los acuerdos institucionales realizados con para provecho de la gestión hospitalaria.

3.4 Desempeño de la Tecnología:

El hospital ha realizado en beneficio de la atención al ciudadano mejoras en la estructura de la tecnología, como son la instalación en la sección de facturación nuevos equipos de trabajo (PC) más moderno, incluyendo también un sistema digitación dactilares, como plan piloto primeramente utilizado en las áreas de



consultas, laboratorio y servicios ambulatorios, este sistema consiste en la toma de huellas digital, lo que ha permitido presentar unos mejores números con respecto a las glosas con un 4.2% dentro de los parámetros de aceptación por SNS, lo que muestra una mejora en la atención y registro de las actividades de usuario.

Otras áreas han sido beneficiadas con instalación de nuevo equipo de trabajo, algunas de estas áreas fueron: Sección de Calidad en la Gestión, División Planificación y Desarrollo/Costos Hospitalarios, Unidad Estadística, División de Recursos Humanos, Servicio Histopatología esta última que no contaba con un sistema digital para los reportes de pruebas de laboratorios realizadas. Se realizó un trabajo de instalación, para la conectividad a la red de internet la sección de seguridad y pie diabético para mejorar la calidad de servicios, Se adecuo el sistema de audio en el salón de pasados Directores, también podemos decir que el 80% de los equipos de la institución recibieron atención técnica y mejoras, entre otros.

3.5 Desempeño del Sistema de Planificación y Desarrollo Institucional:

Como área de asesoría, nos concentramos en las actividades, podemos decir que el plan de autodiagnóstico CAF, se aplicaron acciones, estas fueron las siguientes:

Se laboró para la implementación el código de ética, podemos decir que tenemos que a la fecha 80% de avance, la formulación de un manual de Políticas y procedimientos de Recursos Humanos, con un avance 90% de cumplimiento. Se trabajó en la Implementar la estructura organizativa emanada desde SNS, para todos los centros Hospitalario, con un avance de 80%, puesto que el porcentaje que falta no depende de nosotros, ya es que SNS, ejerce su parte para la integración de personal con el perfil, esto después de haber realizado un levantamiento de evaluaciones a nuestro personal y ver que no cumplen con lo requerido. También de trabajo en la formulación un plan de acción, para el diseño en implementación de una cultura de innovación y cambio, aquí debemos esperar



por el apoyo del SNS, puesto que ellos son quienes trazan los lineamientos a los que dan seguimiento por la institución, aquí tenemos un avance 80%. Continuamos con la Elaboración y/o actualizar el manual de cargos, con un avance de 80%. Desarrollar e implementar un Sistema de gestión que asegure un eficiente manejo de la información, con un avance de 50%. También tenemos que en la Formulación un sistema de administración electrónica: aquí los avance son lento por motivos que las instituciones a cargo de facilitar están en un proceso de readecuación de ellos para su continuidad. En la formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI), se realizó y el próximo año tenemos mejoras para su elaboración. El nivel de cumplimiento es 100%. En la elaboración políticas y procedimientos, para la gestión de las alianzas; elaboramos una propuesta, donde pudimos constar con talleres de parte del SNS y la Regional, charlas con respecto al tema, lo que nos permitió hacer manual modelo de política interna, el cual está en su evaluación final para su aplicación. El nivel de avance es de 70%. En continuación del presente informe, podemos decir que se trabajó en Diseñar e implementar el plan de capacitación 2020-2021, con base en el diagnóstico de necesidades, y que fue desarrollado en un 100%, Se hicieron los aprestos para la Implementar el análisis costo-beneficio, como parte de la gestión financiera institucional. este indicador, se identificó una persona que había estado realizando estas funciones, ha estado siendo capacitaciones y orientadas con expertos de la materia de costos, recibiendo talleres impartido por el SNS, en este proceso ha estado acompañada de otros colaboradores de la institución.

3.6 Desempeño del Área Comunicaciones

Relaciones Públicas del Hospital, ha cumplido su misión en la actual gestión, llevando a cabo con eficiencia todo lo programado y pautado en el Plan de Comunicaciones 2021 presentado, para realzar la imagen y cambiar la percepción sobre el centro de salud, que es una verdadera escuela de la salud en República Dominicana.



Con el Plan se ha resaltado todas las bondades y servicios que ofrece el centro asistencial, para posicionar la institución y alcanzar mejorar aún más la imagen del centro de salud y del propio director.

En la gestión de Comunicación, se cumplió con acciones planteadas como la cobertura de cada jornada, reuniones y otras actividades propias del centro de salud, las cuales fueron publicadas en las redes sociales del hospital, y en ocasiones, dependiendo de la importancia del evento, se gestionaba la colocación de estas en medios de circulación nacional como periódicos, noticiarios, programas de radio y otros.

Además, cómo estaba plasmado, se realizó un media tours con el director del HSBG, Doctor Fredis Reyes Agüero por diferentes medios de principalía nacional, como el caso de Grupo Telemicro y sus matutinos Matinal, canal 5, y Despierta RD, canal 13, además de entrevistas en programas radiales y lo propio con periodistas que acudieron al centro de salud para diversos temas y trabajos especiales.

También se logró entrevistas en diversos programas a profesionales pertenecientes al centro asistencial, de diferentes especialidades.

De los trabajos a realizar sobre las diferentes especialidades médicas del hospital, para resaltarlas, se publicó sobre temas de Ortopedia, la Escuela de Cirugía Plástica, de Cardiología y del Departamento de Otorrino.

Uno de los fuertes y herramientas para lograr el objetivo planificado fue el continuo uso de las Redes Sociales del HSBG: Instagram, Facebook y Twitter, al igual que la página WEB: las cuales hemos mantenido actualizadas con las actividades diarias y otras publicaciones de fechas importantes, especialmente del sector salud, además de trabajos especiales, mensajes positivos, frases, entre otros.

Al respecto, podemos decir que gracias a la dinámica de publicaciones sobre el hospital y de interés para los usuarios y la ciudadanía, se logró un aumento



importante de seguidores en las Redes Sociales, incluso, duplicando y triplicando la cantidad, además de la integración de los seguidores con sus comentarios y reacciones. A continuación, comparaciones a la fecha del crecimiento:

SEGUIDORES	4-DICIEMBRE-2020	09 NOVIEMBRE 2021
FACEBOOK Hospital Gautier	1,180 amigos	2,651 amigos
INSTAGRAM @HospitalGautierRD	829 seguidores	2,580 seguidores
TWITTER @Gautier Hospital	206 seguidores	403 seguidores

IV. SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

4.1 Nivel de la satisfacción con el servicio:

Los niveles de satisfacción 2022 alcanzado por este centro de salud, le detallamos a continuación: Primer trimestre alcanzamos 90%, en el segundo trimestre 92%, en el tercer trimestre un 92% y el cuarto trimestre se proyecta un 95%, En este orden se están ejecutando (4) Planes de mejoras de acuerdo a la mediciones de indicadores están en un 40%-50% en desarrollo mantenimiento un nivel optimización sugerida por el SNS y MAP para cumplimiento de la actualización de nuestra carta de compromiso establece el máximo de puntuación.

Ver página link <https://encuesta.sns.gob.do/admin/reportes/satisfaccion>



4.2 Nivel de cumplimiento acceso a la información

En julio de los presentes se asignó un encargado de la oficina Libre Acceso a la Información (OAI), desde ese momento se contactó a la homóloga del Regional, para que recibiera una inducción con relación a las acciones corresponde desarrollar y la dinámica de las actividades, se efectuó una reunión con la dirección, administración de este centro de salud, donde se acordó que diéramos inicios a los diferentes procesos, habilitación del espacio elegido para organizar la oficina OAI. En este mismo orden, realizamos reunión con el encargado de tecnología del Orlando Ferreras del SNS Enc. Tecnología, buscando apoyo para ejecutar las tareas encomendadas. También cabe destacar el taller o capacitación por OGTIC, Donde nos explicaron e instruyeron como trabajar la matriz de información datos para seguimiento y control servicio, también hemos iniciado el sistema de quejas institucional 311, el SNS, nos creó un usuario para hacer los reportes correspondientes.

4.3 Resultado Sistema de Quejas, Reclamos y Sugerencias:

El área de Atención al Usuario del Hospital, tiene como objetivo principal, ofrecer a los usuarios y usuarias un servicio con calidad y calidez, con el fin de garantizar un trato adecuado, mayor satisfacción y efectividad en la atención.

hemos cumplido con las actividades programadas por el SNS y el POA, también haciendo conexión directa con los usuarios de forma presencial (un aproximado de 50 personas atendidas diario) y vía WhatsApp. (de asistencia 90), Cabe destacar que a la hora de brindar el servicio a los usuarios tomamos en cuenta lo siguiente: Saludos, Presentación personal, contacto visual, cortesía, flexibilidad, lenguaje corporal, voz adecuada, despedida.

En este mismo tenor, comunicamos que mantenemos la disponibilidad inmediata con las demás unidades de servicios. Hemos logrado agilizar los procesos de aperturas de récord y el manejo de información de los mismo, creando estrategias tales como: volantes de información de apertura de récord para los SENASA



subsidiado, validación de formulario de referencia vía WhatsApp. podemos destacar las oportunidades de mejoras identificadas, las cuales están plasmada en el plan de mejora: (ver anexos). También hemos dado el debido seguimiento a un total de (18) buzones de quejas y sugerencias, y dándole repuestas (189), dándole solución y tomando las medidas establecidas a las problemáticas o inconvenientes que fueron presentadas, y de esta manera garantizar la calidad del servicio brindado por nuestro centro de salud.

4.4 Resultado mediciones del portal de transparencia

Con el apoyo del área de tecnología del hospital, hemos logrado subir al portal las normas, y leyes institucionales, nuestra carta compromiso esta publicada faltando completar los demás datos requeridos y establecidos por las autoridades superiores y que nos trazan los lineamientos a seguir. En estos momentos estamos completando la actualización de datos que serán publicado como manda la ley, puesto que la persona que dará seguimiento y cumplimiento está realizando talleres de socialización y manejo de la misma.

V. ANEXOS

5.1 Matriz de principales indicadores de gestión por procesos

5.2 Matriz Índice de Gestión Presupuestaria Anual (IGP)

5.3 Plan de Compras.

5.4 Matriz Indicadores Grupo ocupacional RR-HH



