

INFORME

ENERO-OCTUBRE 2022



HOSPITAL
**REGIONAL INFANTIL
DR. ARTURO GRULLÓN**

MEMORIAS
ENERO-OCTUBRE 2022

Dra. Mirna López
Directora General

Dra. Criselys Alcántara
Subdirectora Médica

Lic. José Santos
Administrador

Lic. Ana Payams
Recursos Humanos

Dra. Genara Santana

Dra. María Dolores Gil

Programa Nacional de Control de IAAS (PNCIAAS)

Ing. Juan José Pena
Planificación y Desarrollo

Elaborado por

Dra. Isi Ortiz
Asesora de Planeación y Desarrollo

TABLA DE CONTENIDOS

Memoria año 2022

I. RESUMEN EJECUTIVO

II. INFORMACION INSTITUCIONAL

III. RESULTADOS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

3.1 Desempeño Área Administrativa y Financiera

3.2 Desempeño de los Recursos Humanos

3.3 Desempeño del Sistema de Planificación y Desarrollo Institucional

3.4 Desempeño del Área Comunicaciones

3.5 Desempeño del Programa de Control de Infecciones

IV. SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

4.1 Nivel de la satisfacción con el servicio

4.2 Nivel de cumplimiento acceso a la información y Resultado Sistema de Quejas, Reclamos y Sugerencias

4.3 Resultado mediciones del portal de transparencia



Logros y avances 2022

I. Resumen Ejecutivo



Durante el periodo comprendido desde enero hasta octubre del 2022, el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón continuó trabajando con miras a lograr los objetivos del desarrollo sostenible, que consisten en la disminución de la mortalidad infantil, con énfasis en la mortalidad neonatal y enfermedades prevenibles en la infancia. En términos de eficiencia y eficacia de



la gestión el HRIDAG, con gran satisfacción y esfuerzos ha logrado una mejora de la prestación de los servicios en el centro de salud.

La presente memoria comprende el periodo de enero a octubre del año 2022, donde el centro está dirigido por la Dra. Mirna López. Se destaca la integración de un nuevo equipo de colaboradores que han reforzado las áreas estratégicas de la institución, para lograr la mejora continua en la prestación de los servicios de dichas áreas. Destacándose la designación de un nuevo administrador, director médico, Recursos humanos, Compras, Mantenimiento, Seguridad entre otros. De este modo y con el propósito de eficientizar la gestión de datos, se han implementado nuevas medidas a fin lograr ofertar un servicio continuo las 24 horas de los 7 días de la semana. En este orden se ha implementado los servicios de pediatras presenciales los días de semanas en horario de 7:00 am a 7:00 pm y los días feriados y fines de semanas las 24 horas.

Introduciendo nuevas estrategias para mejorar la gestión de datos estadísticos y seguimiento de la vigilancia epidemiológica en toda la institución. Dentro de los logros más importante y sostenible de la gestión se destaca la disminución de aproximadamente el 36% del gasto hospitalario, en comparación con el mismo periodo del año anterior. Así mismo gracias al trabajo en equipo de todos los colaboradores el centro hospitalario se obtuvo la licencia de habilitación hospitalaria hasta el año 2024. Esta habilitación certifica que nuestro centro cumple con las condiciones básicas de recursos humanos, estructurales y de funcionamientos, así como capacidad tecnológica y científica, otorgándole la seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios. El departamento de epidemiología hospitalaria del centro fue galardonado con un reconocimiento por la excelente



gestión en el manejo de los datos y reportes de vigilancia epidemiológica, dicho lauro fue otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

Con el objetivo de fomentar, orientar y fortalecer la investigación científica del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón se conformó el Comité de Investigación Científico del HRIDAG. Esta unidad brindará apoyo metodológico para la elaboración de proyectos de investigación con los residentes y pediatras del centro, presentación de proyectos de investigación a fuentes de financiamiento, así como también para la disseminación de sus resultados.

En otro orden se han logrado establecer alianzas estratégicas con organismos nacionales e internacionales. Destacándose el acuerdo interinstitucional firmado con la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM) para la realización de actividades conjuntas en los ámbitos de formación e investigación, que incluyen realización de internados, pasantías médicas, rotación de estudiantes, aval de especialidades médicas, realización de investigaciones conjuntas y divulgación científica permanente, así como otras actividades de extensión en todas las áreas de interés recíproco propios de sus objetivos y funciones, con miras al logro de los fines y el aprovechamiento de recursos. A nivel internacional el proyecto de cooperación con el Hospital Saint Jude, para la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud, se destaca la colaboración en el área de hematooncológica, del voluntariado Jesús con los niños, siendo galardonado por su destacada participación en el Proyecto la Hispaniola de St. Jude Children's Research de EE. UU. Además, se han realizado varias jornadas quirúrgicas a beneficio de más de un centenar de niños y



adolescentes de escasos recursos económicos, desatacándose la jornada de OTC, la jornada de labio leporino 48. En cumplimiento con la responsabilidad social de la institución con la comunidad se ha realizado dos operativos médicos a favor de cientos de niños de Santiago Oeste y de Pastor Bella Vista, donde participaron de forma voluntaria los diferentes departamentos del centro hospitalario, destacándose pediatría, neumología, dermatología, ortopedia, neurología, psicología y odontología. Además de un operativo de detección de cáncer de mama, cervicouterino y próstata donde se realizaron estudios diagnósticos a más de un centenar de personas, detectando 3 casos sugestivos e patología neoplásica a los cuales ya se les da seguimiento oportuno.

Por otra parte, la institución ha mejorado la infraestructura y el funcionamiento del área de emergencia donde se resalta el remozamiento realizado en el área, con el propósito de ofertar un servicio de calidad y calidez a los pacientes que acuden al centro en procura de atención. Acondicionando y remodelando el triaje con la implementación de 2 consultorios para realizar la recepción, acogida y clasificación de los pacientes. Actualmente se cuenta con un triaje respiratorio y la consulta priorizada. Así mismo se reapertura un área para la atención de los pacientes con diagnóstico de dengue que diariamente son recibidos en el centro, la cual se encuentra habilitada con 9 camas. Se apertura la unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatal con una moderna ampliación. En El departamento de imágenes se automatizan los servicios, a fin de que estos puedan ser accesibles. Además, Se reinauguró el área de aislamiento, donde se disponen de nueve camas para recepción de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas. Previo a la apertura de la nueva área se realizó capacitación en bioseguridad al



personal de salud que laborará en dicha área. Por otro lado, se destaca la integración del hospital de día, con áreas básicas como son Unidad de Atención Materna y del adolescente, Unidad de Neurodesarrollo. Los cuales vienen a fortalecer la atención integral de esta población, que presenta características tan peculiares que requieren cuidados y procedimientos permanentemente.

Se completa la apertura la nueva unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), la cual se aumenta con 11 camas, habilitadas con equipos de última generación, a fin de dar asistencia a los pacientes pediátricos críticos de la región. Se apertura de forma completa el área de quirófanos. Se entregan 20 camas en pre y post quirúrgico que van a permitir la realización de cirugías electivas en la población infantil de la región.

A partir del inicio de la gestión de la Dra. López se han integrado nuevos horarios de consultas para dar respuesta a las demandas de nuestros usuarios. Se observó un aumento en los servicios brindados con la inclusión de nuevos renglones a la cartera de servicios como son las consultas de Psiquiatría Infantil, que vienen a llenar esta necesidad en nuestra población. En ese orden se apertura la sala de intervención en crisis, para dar atención a estos pacientes que requieren este servicio. Además, se cuenta con una Unidad de Neurodesarrollo. Un logro de esta gestión ha sido la entrega de la nueva unidad de Atención integral a al adolescente, la cual está integrada por un equipo multidisciplinario conformado por pediatras, psicólogos y ginecólogos. Además, en el área de odontología, se realizan jornadas de salud dental en las adolescentes del Programa de Salud Integral al adolescente, las adolescentes embarazadas y los hijos de los empleados de la institución. En el mismo orden se cuenta con un programa de



educación salud oral, por medio de charlas educativas impartidas por un personal calificado en las áreas de espera de la unidad de odontología. Otro logro de la gestión es el apoyo psicológico brindado a los pacientes y padres de las unidades de cuidados críticos y Salud Integral (SAID). Se conforma el comité de medicina transfusional Hospitalario y se da formal apertura al banco de sangre, resaltando que durante el periodo se han realizado 2 jornadas de donación de sangre en los meses de abril y junio del presenta año.

Con el objetivo de lograr que los trabajadores en el desempeño de sus labores cuenten con un estado de bienestar físico, mental y social optimo, se apertura el departamento de salud ocupacional. Este se encuentra integrado por un médico familiar y ocupacional y un psicólogo. Dicho departamento se encarga de prevenir y controlar los riesgos laborales, disminuir las enfermedades y los accidentes asociados a cualquier tipo de trabajo.

En otro orden se realizo una jornada de carnetización en el personal de la institución. También se realizo una jornada de vacunación al personal, para reforzar el esquema de inmunizaciones. Por otro lado, se dio inicio a l a entrega de uniformes al departamento de atención al usuario. Se resalta que dicho uniforme se ha diseñado cumpliendo con los lineamientos de la identidad institucional.

El este periodo la institución fue galardonada por el servicio nacional de salud por el envío a tiempo de las evidencias para el POA, así como por el mejor desempeño en la vigilancia epidemiológica. En este mismo orden conjuntamente con el departamento de control de infecciones se capacitaron 1,679 personas, incluidas personal de salud, pacientes y familiar de



paciente sobre medidas de bioseguridad y lavado de manos. Esto se logró a través de 17 capacitaciones realizadas a en el periodo de enero a octubre de este año. Además, se realizó el Primer curso Regional de limpieza Hospitalaria con la participación del Dr. Luis Elpidio Feliz y Feliz, donde participaron personal de diferentes centros hospitalarios de la región.

Se desarrollo el Campamento de verano Los Hijos del Arturo donde participaron los hijos del personal del hospital y se integraron en las diferentes áreas del centro. En este participaron más de 30 niños, los cuales desarrollaron labores en las diferentes áreas de la institución como archivo, epidemiología, recursos humanos, oncología, cómputos.

En vista de llevar un enfoque hacia la calidad en la que se encuentra comprometida la dirección general de este hospital y todo el equipo de trabajo de las diferentes áreas. Durante el inicio de la gestión se visualizó un aumento en los servicios ofrecidos por el hospital y esto fue debido a la calidad y satisfacción de los usuarios que visitaron nuestro centro. Evidenciándose en el reporte de monitoreo a la calidad de los servicios, donde se obtuvo una calificación del 97.9% en la satisfacción de los usuarios que asisten al centro.

El Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón (HRIDAG), ha desarrollado su Plan Operativo Anual (POA) durante el año 2022, alineado al Plan Estratégico Institucional del SNS (PEI-SNS), planes de mejora, así como otros proyectos destinados al fortalecimiento de la calidad de la atención de los servicios que ofrece, contribuyendo al desarrollo sostenido del sistema de salud de nuestra demarcación. Dentro de los ámbitos fortalecidos se



encuentra la mejora de la infraestructura y el equipamiento de las diversas áreas del centro. Se dio formal cumplimiento a la consecución del marco común de evaluación CAF. Así como también el Hospital se encuentra en proceso de aprobación de la Carta Compromiso Ciudadano.

Del total de las atenciones brindadas de manera ambulatoria durante el periodo comprendido de enero a octubre 2022 en el área de consulta externa, se atendieron 67,045 pacientes, siendo la mayor demanda: las especialidades de Pediatría y Cirugía. Del total de consultas ofrecidas para un 7.6 % correspondieron a 5,087 pacientes extranjeros. Por el servicio de emergencias asistieron 23,529 de las cuales 19,823 corresponden a dominicanos y 3,706 a extranjeros.

Para enero el centro hospitalario contaba con 186 camas, 26 cama para sala de Neonatal, 9 cama para Cuidado Intensivo, 10 cama para el área de Ortopedia, 20 cama destinada para el pre y post quirúrgico, 21 camas para el área de urgencia, 20 camas en emergencia, 12 camas de la unidad de COVID 19, 24 camas en la Unidad Hematoncológica, 16 camas en el área de lactante y 9 camas en Aislamiento. Actualmente se cuenta con 195 camas, 26 cama para sala de Neonatal, 11 cama para Cuidado Intensivo, 15 cama para el área de Ortopedia, 20 cama destinada para el pre y post quirúrgico, y 41 cama destinada para el área de Emergencia y urgencia, 9 camas destinadas para un Dengue, 6 camas de la unidad de COVID 19, 24 camas en la Unidad Hematoncológica, 15 camas en el área de lactante y 9 camas en Aislamiento. Atendiendo a esta disponibilidad fueron hospitalizados un total de 10,058 pacientes.



Del total de ingresos 1,067 para un 10.6% correspondieron a pacientes extranjeros.

Con un total de defunciones de 218 pacientes. Del total de defunciones 83 para un 38.1% correspondieron a mortalidad neonatal. Mientras que 66 del total de fallecidos correspondió a pacientes extranjeros para un 30.3%.

Durante la gestión se han realizados 219,513 pruebas de laboratorio. Del total de pruebas de laboratorio 26,854 para un 12.23% correspondieron a pacientes extranjeros. El laboratorio clínico ha ampliado su oferta de servicios, con la introducción de nuevas pruebas como la TSH, T4, Antidoping). Se realizaron alrededor de 56,445 servicios de imágenes. En este sentido se ha realizado la reparación de los dos sonógrafos averiados, contando en la actualidad con 3 equipos de sonografía en el centro de salud. Además, se realizó el mantenimiento de la máquina de RX. En relación a los procesos quirúrgicos se realizaron un total de 1,431 procedimientos quirúrgicos mayores. Del total de cirugías mayores 367 para un 25.6% correspondieron a pacientes extranjeros. En cuanto a los procedimientos menores, fueron realizados en dicho periodo un total de 2,430 de los cuales un total de 546, para un 22.5% correspondieron a pacientes extranjeros. Por otro lado, en relación a los procedimientos odontológicos, se realizaron un total de 8,896 de los cuales un total de 706, para un 7.9% correspondieron a pacientes extranjeros.

Estos servicios brindados bajo los más estrictos criterios de calidad permitieron aportar significativamente al indicador de calidad y disminuir los índices de mortalidad en nuestro centro de salud. Lo que permitió una destacada participación de nuestro centro en la



presentación el pasado 14 de octubre del presente año de los indicadores de salud en la teleconferencia nacional del Viceministerio de la Garantía de la calidad de los servicios de Salud.

El HRIDAG ha desarrollado una metodología de trabajo apegada al plan operativo anual (POA) de la institución donde los esfuerzos van dirigidos a cumplir con las metas presidenciales para el sector salud, haciendo así su aporte correspondiente para el logro de los objetivos establecidos. Durante el periodo comprendido en el presente reporte las actividades realizadas, hicieron que el HIRUDAG cumpliera con gran parte de la planificación operativa institucional. Siendo reconocido el centro hospitalario por el cumplimiento en la remisión de evidencias oportunas del plan operativo anual (POA). Esto refuerza el trabajo que viene realizando el equipo encabezado por la Dra. Mirna López tiene como base los principios de calidad y humanización en los servicios.



II. INFORMACION INSTITUCIONAL

En su génesis este establecimiento fundado en el 1947, se llamó Hospital Radhamés y estuvo ubicado en la zona céntrica de Santiago. Posteriormente en el 1961 cambió de domicilio al lugar donde hoy se encuentra, pasando a llamarse: Dr. Arturo Grullón en memoria de este prestigioso doctor santiaguero.

Este establecimiento de salud, de nivel especializado y referencia se encuentra ubicado en una zona popular de Santiago de los Caballeros, ofrece sus servicios a la población infantil de ciudad y Región Norte de la República. Con un alcance de cobertura y asistencia del 41% de la población infanto- juvenil de la República Dominicana concentradas en las 14 provincias de la región del Cibao. Nuestro Hospital cuenta con instalaciones modernas, una planta física de tres niveles con áreas específicas como:

- Emergencias
- Urgencia
- Unidad de Inmunizaciones.
- Unidad de Hemato-oncología
- Edificio de consulta
- Unidad de Atención Integral al niño con Diabetes
- Unidad de Manejo Integral de Paciente Pediátrico con VIH
- Unidad de Atención Materna y del Adolescente
- Unidad de Neurodesarrollo
- Unidad de Intervención en crisis
- Unidad de Mama Canguro
- Área de enfermedades infectocontagiosas



- Unidad de COVID
- Unidad de Atención a Hemofilia
- Unidad de Hemodiálisis
- Unidad de Atención a paciente Falcémico
- Unidad de Quemados Dra. Thelma Rosario

El centro cuenta con una capacidad aproximada para 190 camas distribuidas en área clínica, quirúrgicas, urgencias, ortopedia, lactantes, quemados, UCI-P y UCI-NEO. Su cartera de servicios es muy amplia acorde a los hospitales de tercer nivel, especializados o de referencias.

La institución está gestionada por la dirección, un comité ejecutivo y un consejo de enseñanza. Participan además varios comités de apoyo, como son: mejoramiento a la Calidad, Farmacia, Mortalidad, Infecciones Nosocomiales, Historia Clínica, Auditoria Médica entre otros. Cuenta con una plantilla de más de 165 médicos especialistas y subespecialistas, con 52 médicos residentes de pediatría, 4 de Cardiología Pediátrica y un cuerpo docente multidisciplinario.

El HIRUDAG está ubicado en la calle Enriquillo 13, Ensanche Bermúdez, Los Platanitos, frente al Estadio Cibao de la ciudad de Santiago de los Caballeros, perteneciendo al servicio regional de salud norcentral. (SRSNORCII)

Somos un hospital comprometido con el trabajo de esta comunidad, al garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con los estándares más altos de calidad fundamentados en la humanización de los servicios con profesionalidad, eficiencia y eficacia, de igual manera. Es un hospital de atención especializada en el área infantil de referencia nacional, que tiene como objetivo principal garantizar una atención de calidad a sus usuarios.

Forma parte del nivel operativo del Servicio Nacional de Salud perteneciendo al Servicio Regional de Salud Norcentral, Gerencia Santiago Norte.



Nombre: Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón.

Siglas: H.R.I.D.A.G.

Dirección: Enriquillo 13, Ensanche Bermúdez, Los Platanitos, Santiago de los Caballeros. República Dominicana.

Teléfono: 809- 583-2381

RNC: 4-3003904-7

Naturaleza: Centro Especializado de Atención en Salud Infantojuvenil.

Base Legal: Constitución de la Republica Dominicana 2015, Ley General de Salud (42-01), Ley 87-01 que crea el Sistema de Seguridad Social y Ley 123-15 de Separación de Funciones, Reglamento de los Centros Especializados de Salud de las Redes Públicas, Ley 41-08 de Función Pública, Política Nacional de Calidad en Salud, Nuevo Modelo de Atención en Salud y cada una de las leyes que regulan los procesos administrativos y financieros.

Legalmente se fundamenta en las siguientes Leyes y normativas.

- La Constitución Dominicana, en su artículo 61 donde se consigna el derecho a la salud.
- Ley 42-01. Ley General de Salud.
- Ley 87-01. Ley Seguridad Social.
- Decreto 635-03 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones, del año 2003, en su artículo 9 “La función de Provisión de servicios de salud se encarga de la organización y el funcionamiento de las productores de servicios de salud, sean públicos, privados con o sin fines de lucro, o mixtos, comprendiendo la entrega de servicios de diferentes niveles de complejidad, dirigidos a las personas y sus entornos familiares y comunitarios, de forma individual o colectiva, sean estos de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades, de



diagnóstico y de recuperación de la salud (atención sobre la enfermedad), como de rehabilitación de las capacidades afectadas por la enfermedad o por los desequilibrios ambientales.”

Decreto No.1522-04. Creación y desarrollo de las redes de servicios de salud, del 30 de noviembre de 2004, que instruye a la Secretaría de Estado de Salud Pública para que inicie el proceso gradual de creación y desarrollo de las redes de servicios de salud, como expresiones autónomas y descentralizadas.

- Decreto No. 434-07 Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas (CEAS), del 18 de agosto de 2007, que establece el reglamento general de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas el cual tiene como objetivo establecer los principios, políticas y normas administrativas de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los CEAS, desde su accionar desconcentrado hasta su descentralización.
- Ley de Carrera Sanitaria 395-14, del 28 de agosto 2014, que establece las normas reguladoras de las relaciones laborales entre los servidores públicos pertenecientes a la Carrera Sanitaria y el Estado.
- Ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), del 16 de julio 2015, artículo 2. Ámbito de aplicación. “El ámbito de aplicación de esta ley abarca todos los servicios públicos de atención a la salud. Artículo 4, “Las expresiones territoriales del Servicio Nacional de Salud (SNS) son los Servicios Regionales de Salud (SRS), los cuales son entidades públicas desconcentradas del Servicio Nacional de Salud”



MISION

- Ofrecer servicios de calidad con seguridad y humanismo. Satisfacer las necesidades de salud de los niños de la región, a través de un equipo profesional especializado.

VISION

- Ser un hospital de referencia orientado a garantizar la excelencia en todos los servicios.

VALORES

- Calidad
- Calidez
- Responsabilidad
- Trabajo en equipo
- Equidad
- Integridad



Estructura Orgánica

El centro cuenta con una estructura organizativa actualizada, la cual se elaboró con el apoyo y bajo la supervisión del Ministerio de Administración Pública (MAP), en la persona de nuestra consultora y analista encargada la Licda. Juana Paula Núñez, se elaboró una estructura organizativa la cual fue aprobada por el Ministerio de Administración Pública y del Servicio Nacional de Salud.

Atributos de calidad

Amabilidad

Entregar atenciones centradas en los usuarios, brindando un trato digno, personalizado y empático con sus necesidades que incluye acompañamiento asistencial y educativo, siendo la calidez en el trato nuestro norte.

Profesionalidad

Ejercer atenciones de manera profesional, ayudando a otras personas en cuanto solicite sus servicios, con capacidad, así como con una gran eficacia y responsabilidad civil para con los otros ciudadanos.

Responsabilidad

Se presta un servicio de salud apegado a las normas y protocolos establecidos, enfocados en brindar un servicio de excelencia y calidad, cumpliendo con todas las medidas de seguridad.



Cartera de servicios

El compromiso más importante de la Dirección, en conjunto con todo el personal a cargo es ofrecer a los usuarios estándares de calidad requeridos, tanto para los usuarios como los familiares. Como paso de avance importante, se registra la apertura de la consulta de genética, con el objetivo de cubrir una necesidad existente en nuestra región del Cibao. Este viene a favorecer aquellas familias con pacientes pediátricos que presentan defectos congénitos de nacimiento, afecciones que pueden causar discapacidades o problemas familiares heredados. Las consultas son ofertadas los viernes de cada semana, previa cita.

Cartera de servicios: Especialidades		
Pediatría	Emergenciología	Neurología
Cardiología Pediátrica	Endocrinología	Oncología
Cirugía Pediátrica	Gastroenterología	Ginecología
Cirugía maxilofacial	Hematología	Psicología
Cirugía plástica	Infectología	Anestesiología
Dermatología	Neurocirugía	Odontología
Oftalmología	Nefrología	Nutrición
Patología clínica	Neonatología	Ortopedia
Urología	Neumología	Otorrinolaringología
Ginecología	Psiquiatría Infantil	Genética
Fisiatría	Reumatología	Salud Mental
Inmunología	VIH	

Servicios de Laboratorio
Bacteriología
Hematología
Microbiología
Parasitología
Química Sanguínea
Serología
Uroanálisis
Banco de Sangre
Hemoderivados
Internamiento y Emergencias: 24 horas



Servicios	
Emergencia 24 horas	Cuidados intensivos neonatales
Servicios odontológicos	Cuidados intensivos pediátricos
Servicios de laboratorio clínico 24 horas	Unidad de COVID
Servicios de banco de sangre 24 horas	Servicio de vacunación
Servicios de cirugía menor	Unidad Materna y Adolescentes
Servicios de cirugía mayor	Planificación familiar
Psicología	Salud integral (SAID)
Consejería	Unidad Hematoncológica
Transmisión vertical	Unidad de Quemados
Unidad Oncológica	Unidad de Hemofilia
Unidad Hemodialisis	Unidad de Mama Canguro
	Unidad de neurodesarrollo

Servicios de imágenes	Servicios odontológicos
Radiología	Odontología general
Sonografía	Endodoncia
Tomografía	Prótesis
Electrocardiografía	Maxilofacial
Electroencefalograma	Rehabilitación
	Cirugía bucal
	Periodoncia



III. RESULTADOS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

3.1 Desempeño Área Administrativa y Financiera

Durante el periodo de enero a octubre 2022 la gestión financiera ha mantenido estándares para cumplir con el objetivo estratégico y lograr la sustentabilidad financiera, para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales, se han establecido procesos para asegurar que los servicios prestados por el hospital se enmarquen en las normativas.

Para asegurar un adecuado retorno de la inversión que supone la prestación de servicios el hospital cuenta con la contratación de un total de 13 aseguradoras, desglosadas a continuación:

1. ARS SENASA SUBSIDIADO
2. ARS SENASA CONTRIBUTIVO
3. ARS MONUMENTAL
4. ARS PRIMERA HUMANO
5. ARS HUMANO
6. ARS GMA
7. ARS RENACER
8. ARS BANRESERVAS
9. ARS YUNEN
10. ARS APS.
11. ARS SEMMA.
12. ARS FUTURO
13. ARS SIGMA

ARS en proceso de firma: META SALUD



En relación al monto facturado por ARS con comprobantes fiscales y gubernamental en el periodo de enero a octubre del 2022, se evidencia un total facturado de 54,705,348.92 De este total 17,459,204.80 correspondiente a la facturación del régimen subsidiado, el que contempla las hospitalizaciones, emergencias, consultas y ambulatorios. Mientras que el total del monto facturado correspondiente a Senasa Contributivo fue de 11,921,016.61 En cuanto a la facturación correspondiente a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 25,325,127.51 Se evidencia que en las ARS privadas también conocidas como régimen contributivo, los montos de facturación son superiores en relación al régimen subsidiado. Este crecimiento es directamente proporcional al hecho de que el total de contratos con ARS ha incrementado, ya suman un total de trece (13) las ARS contratadas por el centro.

En relación al monto de ingresos de servicios ARS e ingresos percibidos en el periodo de enero a octubre del 2022, se evidencia un total de ingreso de 43,093,9995.23. De este total 14,129,697.50 correspondiente a ingresos del régimen subsidiado. Mientras que el total del monto ingresado correspondiente a Senasa Contributivo fue de 9,880,275.05 En cuanto a los ingresos correspondientes a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 18,927,022.68 Se observa entonces que el régimen contributivo, constituido por las ARS privadas y Senasa Contributivo evidencia un mayor monto, lo que guarda relación con la comparación que arroja mayor valor en la facturación de ese régimen. Apoyado con el cobro de los ingresos subsidiados de odontología que se suman a este monto 160,000.00, por concepto de otros ingresos de odontología.

En relación al monto glosado en el periodo de enero a octubre del 2022, se evidencia un total de glosa de RD\$1,946,865.56. Del total facturado que asciende a RD\$54,705,316.27. El monto glosado corresponde al 3.6% del monto facturado. Los meses donde se evidencia los porcentos de glosa mayores en el periodo



estudiado corresponden a los meses de marzo, abril, agosto y septiembre del 2022.

Durante el periodo de enero a octubre 2022, se incurrió en un gasto de nómina general interna por un total de RD\$7,265,950.77. Ascendiendo el gasto neto a pagar nómina general interna al monto de RD\$6,262,045.42. Con un gasto de nómina complementaria para el periodo enero a octubre del 2022 por un total de RD\$2,322,754.49. El incremento en la nómina se debe a posiciones desvinculadas donde existe personal trabajando sin ser nombrado. En el periodo se evidencia un incremento en la nómina por personal bajo contrato que seguirá laborando dentro de lo que se destaca vigilantes, camilleros, limpieza, cocina, personal administrativo, personal médico, los cuales aún no han sido nombrados y son posiciones necesarias, sin lo cual no fuese posible el funcionamiento del centro hospitalario. Esto debido al proceso y manejo del SNS en cuanto a desvinculaciones y vinculaciones. El total de gasto neto a pagar nomina general interna y nómina complementaria asciende a la suma de RD\$15,856,744.68



3.2 Desempeño de los Recursos Humanos

El departamento de recursos humanos es el responsable de coordinar la evaluación, selección, supervisión, control y administración general de los recursos humanos a través de generar estrategias de gestión de talentos humanos, sistemas equitativos de compensación, beneficios, promoción, valoración del colaborador, capacitación y educación continua.

Durante el periodo comprendido entre junio a diciembre 2022 dentro del Departamento de Gestión Humana se mantuvieron los trabajos relativos a las funciones inherentes al mismo, gestionar, incluir e inducir los recursos requeridos, manteniendo la provisión de los mismos, tomando en consideración el periodo de transición administrativa y de gestión correspondiente.

En el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón durante este periodo se recibieron ciento sesenta y dos (162) acciones de personal de nombramientos, distribuidas de la siguiente manera:

- 34 Auxiliares de Enfermería
- 1 Licenciadas en Enfermería
- 10 Médicos Especialistas
- 3 Psicóloga
- 9 Bioanalista
- 4 Auxiliares de Farmacia
- 3 Militares
- 9 Seguridad.
- 11 Conserjes
- 1 Encargada de Almacén de Farmacia



- 6 Auxiliares de Admisión
- 9 Secretarias
- 10 Auxiliar de Cocina.
- 8 Auxiliar de Atención al Usuario
- 3 Técnicos Rayos X
- 10 Auxiliar de Facturación
- 1 Analista de Calidad
- 5 Camilleros
- 1 Auditores Médicos
- 1 Medico General
- 1 Encargado de Admisión
- 1 Asistente de Cómputos
- 1 Encargado de Cómputos
- 1 Encargada de la OAI
- 7 Odontólogos
- 1 Fonoaudiólogos
- 1 Logopeda
- 1 Técnico Patólogo
- 1 Costurera
- 1 Encargado de Recursos Humanos



- 3 Analistas de Recursos Humanos
- 1 Asistente de Compras
- 1 Encargada de Trabajo Social
- 1 Encargado de Mantenimiento
- 1 Auxiliar de Mantenimiento

En cuanto a las desvinculaciones tuvimos un total de Cincuenta y tres (53), distribuidas de la manera siguiente:

- 13 desvinculaciones, por renuncia
- 1 Salida de pensión (Salida Carta de pensión)
- 19 Pensiones.
- 1 Reclasificación de Enfermero a Medico General
- 4 traslados a otros centros.
- 4 Retorno a Provincial de Salud.
- 1 De Médico Ayudante Subdirector Médico.
- 1 Enfermera Auxiliar a enfermera de Atención Directa.
- 2 Abandono Laboral
- 7 Desvinculaciones por Conveniencia en el servicio.

Se recibieron 302 incapacidades por enfermedad común, 12 formularios Subsidio Maternidad, 11 se enviaron al IDOPRIL, por Riesgo Laboral.



Se realizó la Evaluación de Desempeño para el periodo Enero -diciembre 2022. Dar respuesta a toda solicitud de informaciones emanadas desde el SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS), acudir a las convocatorias a reuniones, participar en los Comités y elaboración de Planes de la institución ha sido parte del trabajo realizado por nuestro departamento, en procura de desarrollar la atención de calidad que demandan los usuarios que acuden a la institución

La programación de Formación y Capacitación, calendarizada con el INFOTEP, INAP y otros facilitadores, se mantuvo durante este periodo,

Del calendario de Capacitación elaborado de manera conjunta por el Departamento de Recursos Humanos para el año 2022, se impartieron los siguientes cursos y charlas:

- ✓ Taller de Inducción personal nuevo ingreso se realizó del 7 de junio al 30 abril, de 1:00 PM a 3:00PM, con la participación de 63 participantes.
- ✓ Curso Excell básico el día 25 de junio en horario de 9:30 a.m. hasta 2:00 p.m. con 18 participantes impartido por el INFOTEP.
- ✓ Taller Humanización en los Servicios, el día 17 de agosto de 9:00 a.m. hasta 11:00 a.m. contando con 27 participantes, impartido por el INFOTEP.
- ✓ Charla Socialización Proceso de Admisión Hospitalaria el día 25 de agosto en horario de 11:00 a,m a impartido por la Licenciada Ana Payamps
- ✓ Taller de Inducción personal nuevo ingreso Enfermería se realizó el 01 de septiembre, a las 10:00 AM, con la participación de 35 participantes.
- ✓ Charla Aseguramiento de Los Riesgos Laborales IDOPPRIL el 07 de septiembre en horario de 9:00 a.m Impartido por IDOPPRIL.



- ✓ Curso Manejo de Pacientes críticos se realizó el 14 de septiembre, en horario de 9:00 AM a 1:00PM, con la participación de 25 participantes.
- ✓ Capacitación de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional se realizó del 24 de octubre, de 9:00 AM a 11:00AM, con la participación de 35 participantes.
- ✓ Nuevas Estrategias del Departamento de Admisión impartido a las 10:00 AM con la participación de 13 participantes
- ✓ Taller de Auditoria Médica: Se realizó del 5 de marzo al 30 abril, solo los sábados de 2:00 PM a 6:00PM, con la participación de 31 participantes.
- ✓ Taller 5 S el día 17 de marzo en horario de 9:30 a.m. hasta 12:45 p.m. con 21 participantes impartido por el INFOTEP.
- ✓ Ortografía y Redacción: Del martes 15 al miércoles 16 de marzo, contando con 17 participantes, impartido por el INFOTEP.
- ✓ Charla Relaciones Interpersonales el día 21 de abril en horario de 10:00 a,m a 12:00 p.m impartido por la Licenciada Jermis Martínez
- ✓ Actividad Temporada Ciclónica y Eventos Hidrometeorológicos el día 13 de abril en horario de 10:30 a.m hasta 1:30 p,m



3.3 Desempeño del Sistema de Planificación y Desarrollo Institucional

El departamento entra en función en mayo del 2019, siguiendo los parámetros establecidos por el Servicio Nacional de Salud en el plan operativo anual.

Durante el periodo enero a octubre 2022 las actividades programadas se cumplieron de manera satisfactoria y en los plazos estipulados. Lo cual nos hizo ser reconocidos con el segundo lugar en la región en el cumplimiento de los reportes rutinarios del POA y un premio por la eficiencia en la gestión del envío de evidencias.

A partir del mes de marzo 2022 se evidencia una reactivación con el inicio de las actividades programadas del POA, viéndose una fuerte decisión de realizar las actividades y con deseos de mejorarlas con la nueva gestión entrante.

El hospital reactivó de manera satisfactoria en la mayor parte de sus operaciones y procesos, contribuyendo con esto al cumplimiento de las actividades programadas en POA. A fin de dar cumplimiento al decreto 211-10, el Hospital se encuentra en procesos de aprobación de la Carta Compromiso al Ciudadano, que servirá como instrumento para informar a los usuarios sobre los servicios que se ofertan en el centro, la forma de acceso a los mismos y los compromisos de calidad establecidos para su prestación. Esto con el objetivo de facilitar a los ciudadanos el ejercicio efectivo de sus derechos, proporcionándoles una influencia más directa sobre los servicios administrativos y permitiéndoles comparar lo que pueden esperar con lo que reciben realmente. Fomentar la mejora continua de la calidad, dando a los gestores la oportunidad de conocer de forma consciente, realista y objetiva- cómo son utilizados los recursos y el nivel de calidad que pueden alcanzar y hacer explícita la responsabilidad de los gestores públicos con respecto a la satisfacción de



los ciudadanos y ante los órganos superiores de la propia Administración del Estado.

En cuanto al Sistema Monitoreo Administración Pública (SISMAP), el Hospital se encuentra ubicado entre los 13 primeros lugares en el ranking de Centros hospitalarios evaluados a nivel nacional. Se recalca el avance logrado en la gestión, ya que de ocupar uno de los últimos lugares, para octubre 2022 se posicionó en el ranking para el mes de abril se encontraba con un índice de cumplimiento de 69.75%, desglosados a continuación:

- El indicador 1.01 Autoevaluación CAF, tenemos un 100 %.
- El indicador 1.02 Plan de Mejora CAF presenta un avance de 0 %
- El indicador 1.03 este indicador es el plan de Capacitación Anual se encuentra en un 62 %.
- El indicador 1.04 Estructura organizativa presenta un avance de 100 %.
- El indicador 1.05 Acuerdo del desempeño presenta un avance de 83 %.
- El indicador 1.06 de Evaluación del desempeño tiene un avance de 85%.
- El indicador 2.01 Plan Operativo Anual POA se encuentra con un 88 %.
- El indicador 2.02 Control de almacenamiento e inventario de Insumos está en un 85%
- El indicador 2.03 Plan y comité definido para gestión de Riesgos y planes de desastre presenta un avance 79%.



- El indicador 2.07 Capacidad para ser contratados por ARS presenta un avance de un 100 %, ya que el hospital se encuentra habilitado por el MSP.
- El indicador 2.08 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil) presenta un avance de 82 %.
- El indicador 4.02 Satisfacción al usuario presenta un avance de 98. %.



3.4 Desempeño del Área Comunicaciones.

El departamento de Relaciones Públicas, Comunicación y Prensa, del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón dirigido por la licenciada en Comunicación Social y Periodismo, Jeannette Checo, logró un significativo avance de este departamento en los siguientes pilares, siguiendo los lineamientos establecidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) en Comunicación, Digital y Redes Sociales.

Durante este año, desde el periodo de enero-octubre del 2022, se ha realizado entrevistas televisivas y radial, rueda de prensa y 24 notas prensa, atendiendo a las demandas de las actividades desarrollada en nuestro centro pediátrico, con esta cantidad, se obtuvo un gran alcance en la difusión de las noticias desde la dirección de comunicaciones hacia los medios de masa, tanto en televisión, impresos/digitales y radial a nivel local y nacional. Además, fueron publicadas algunas noticias de mayor relevancia en el portal de transparencia, en el sitio web de noticias de nuestra institución.

De manera que, con la finalidad de dar a conocer la cartera de servicios, las unidades y áreas que conforman la institución a través de la Relacionista Pública y Periodista de este hospital, la Licda. Checo, fueron llevados los especialistas de dichas áreas a promover en los medios de comunicación social los temas y servicios pertinentes de salud.

También, fueron difundidos audiovisuales instructivos y educativos en las redes sociales, editado por el departamento de comunicaciones.

De las notas de prensa publicadas en periódicos impresos y digitales, les presentamos los títulos de cada información.



Títulos de las notas de prensa de mayor trascendencia y alcance, además fueron difundidas por televisión y radio.

1. Hospital Infantil Arturo Grullón fue galardonado por su destacada participación en el Proyecto la Hispaniola de St. Jude Children´s Research de EE. UU.
2. Directora del Hospital Infantil Arturo Grullón exhorta mantener la prudencia durante el asueto Semana Santa 2022.
3. Hospital Infantil Arturo Grullón concluye jornada de cirugía a beneficio de más de un centenar de niños y adolescentes de escasos recursos económicos.
4. Hospital Infantil Arturo Grullón realiza operativo médico a favor de cientos de niños de Santiago Oeste.
5. Directora Hospital Arturo Grullón aclara centro no ha tenido ingresos pacientes de hepatitis aguda de etiología desconocida.
6. Juramentan Comité de Medicina Transfusional en Hospital Regional Infantil Arturo Grullón.
7. Hospital Infantil Arturo Grullón realiza actividades en conmemoración de la Hemofilia
8. Directora del Hospital Arturo Grullón anuncia medidas para proteger a niños y adolescentes de la enfermedad cutánea detectada en Haití.
9. Dirección Hospital Infantil Arturo Grullón recibe Electroencefalograma
10. Apertura Jornada de donación de sangre en el Hospital Infantil Arturo Grullón a beneficio de niños y adolescentes con cáncer y otras patologías.
11. Inician capacitación a personal de enfermería y quirúrgico del Hospital Infantil Arturo Grullón.
12. El Hospital Infantil Arturo Grullón abre nueva Unidad de Neurodesarrollo
13. Hospital Infantil Arturo Grullón inicia curso de limpieza y desinfección hospitalaria



14. Hospital Infantil Arturo Grullón concluye jornada quirúrgica ortopédica a favor de niños de escasos recursos económicos
15. Directora Mirna López del Hospital Infantil Arturo Grullón recomienda medidas preventivas en temporada de dengue para proteger niños
16. Hospital Infantil Arturo Grullón celebra y reconoce a médicos pediatras por su entrega y aporte a la salud infantil.
17. Hospital Infantil Arturo Grullón promovió con una gama de actividades la Semana Mundial de la Lactancia Materna.
18. Hospital Infantil Arturo Grullón Anuncia campaña de concienciación contra el cáncer infantil: niño toca campana quien supera cáncer
19. Hospital Infantil Arturo Grullón recibe donación de cunas por la vicepresidenta y coordinadora del gabinete de salud Raquel Pena y recorre área neonatal
20. Inician jornada quirúrgica de niños con labios fisurado y paladar hendido en Hospital Infantil Arturo Grullón en coordinación con Operación Sonrisa
21. Significativo avance y mejora en los servicios del departamento de imágenes médicas del Hospital Infantil Arturo Grullón
22. Hospital Arturo Grullón cierra con éxito operativo medico pediátrico beneficiando a cientos de niños de Bella Vista
23. Hospital Infantil Arturo Grullón fortalece Unidad Neonatal y otras áreas
24. Operativo contra cáncer de mama y próstata en el Hospital Infantil Arturo Grullón concluye de manera exitosa.



Temas tratados de salud y de la institución en las entrevistas televisivas y radiales.

- Gestión y logros de la institución.
- Servicios, equipos y estructura del Hospital.
- Programa y servicios de la Unidad Mamá Canguro.
- Unidad de Neurodesarrollo.
- Dia Mundial de la Salud/ una vida saludable.
- Cáncer infantil.
- Jornada de donación sangre.

Contenidos de las redes sociales de nuestro Hospital Infantil Arturo Grullón.

Desde la dirección de comunicaciones fue compartido contenidos del hospital, como cápsulas de salud, actividades de la institución y las efemérides de salud, también fue compartidos los enlaces a otros grupos en las redes sociales, con el objetivo de que la información obtuviera más alcance de vistas, reproducciones y comentarios.

En las redes sociales de la Institución se ha logrado elevar el número de cuentas alcanzadas de 8,367 año 2022, según el alcance contamos con 2,819 seguidores y 5,687 no seguidores, pero que les dan seguimientos a los contenidos y el total de seguidores a la institución tenemos 3,930.

Los audiovisuales de carácter informativo grabado desde el dispositivo telefónico y publicado en nuestras redes sociales de esta institución, los contenidos han obtenido un alcance según datos estadísticos de 147,758 impresiones.

Según las cuentas que interactuaron 781 la cantidad y el público con mayor interacción tenemos como país a República Dominicana con un 73,4%, le sigue Estados Unidos con 6,5%. En cuanto a ciudades el de mayor porcentaje es Santiago de los Caballeros 34,9% y Santo Domingo 13,3%. Según el rango de edad entre 25-34 con 45% y 35-44 con 23,2%. El sexo de mayor interacción, tenemos a las mujeres con 78,5% y los hombres con 21,4%. La cantidad me gustas a más de 2 mil quinientos y decenas de comentarios.



En cuanto a la página de Facebook, contamos con un público de 6,679 teniendo un alcance de 44,417, con 4,586 incrementamos un 102% la cantidad de visitas de la página. Decrementamos un 26,9% la cantidad de “me gusta”, obteniendo un alcance de 5,2 mil en contenidos, donde el 21,8% del sexo que lo consume es hombre y el 78,2% es mujer, el rango de edad entre 25-34 es el mayor público siguiéndole el rango de 35-44 años, las ciudades con más visitas fueron Santiago de los caballeros con un 42% y Santo Domingo con 8.5%.

Lo que significa, que a comparación del año anterior supera el número de reproducciones, visitas, “me gustas” y suscriptores en lo que va de este 2022, siendo las redes sociales; Facebook e Instagram la de mayor alcance.

Las informaciones de carácter instructivo/educativo de salud de la institución y difundido en los medios de comunicación social han contribuido de manera positiva influir en la teleaudiencia y las redes de la institución.



3.5 Desempeño del Programa Nacional de Control de IAAS (PNCIAAS)

Desde octubre 2018, en el HIRUDAG, se inicia desde el Departamento de Infectología con la implementación de Epidemiología Hospitalaria, mediante la reestructuración del Programa de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, con el propósito de disminuir la **morbilidad** y la **mortalidad** innecesaria, los eventos adversos, y los **costos** por infecciones intrahospitalaria en paciente, y personal de salud. **En el 2020**, se realizó una reorganización en la estructura del funcionamiento del personal multidisciplinario que conforman los servicios de epidemiología en el ámbito hospitalario y se determina que el Programa de Control de Infecciones, fuera integrada al Departamento, tal como lo establece el Manual de Organización del Servicio de Epidemiología Hospitalaria del MSP. **El año 2022**, pasamos a formar parte y fuimos juramentados por el **Programa Nacional de Control de IAAS (PNCIAAS)**, el cual será dirigido por el Viceministerio de Garantía de la Calidad.

Este programa tiene como objetivo principal **“Contribuir a mejorar la calidad y la seguridad del paciente cuando recibe atención y reducir todos los eventos adversos por medios tres componentes:**

1) **Vigilancia de las IAAS.**

Este componente de Vigilancia es el principal mecanismo por el cual se obtuvo información del comportamiento de las infecciones asociadas a los dispositivos, resistencia antimicrobiana, consumo de antimicrobianos en las unidades crítica, monitoreo de microorganismos multidrogoresistente y evaluación de factores de riesgos. Actualmente está en proceso de implementación. Es de señalar que se requiere fortalecer la generación de información sobre factores de riesgo que es clave en la detección precoz de los brotes.

Las acciones de este componente se centraron en:

- ✓ Realizar una evaluación del sistema de vigilancia, que se lleva a cabo en el hospital mediante el cual se detecta que no hay una sistematización en la recolección y análisis de datos, lo que dificulta obtener una gestión de calidad de datos que permita tomar decisiones gerenciales y administrativa.



- ✓ Diseñar una ficha de recolección de datos para las áreas críticas como son UCIP, UCIN, y Cirugía, luego estas fueron unificadas y convertida en una **Ficha Única para la Recolección de Datos** que ayudará al fortalecimiento del proceso de vigilancia de los eventos adversos, con el fin de contar con información confiable, que contribuya en la implementación de acciones de prevención y control de IAAS y resistencia a los antimicrobianos de manera oportuna.
- ✓ Registro de los distintos denominadores de calidad con énfasis en:
 - 1- Neumonía Asociada a la Atención.
 - 2- Sitio Quirúrgico.
 - 3- Brotes
 - 4- Bacteriemia Asociada a Catéter.
 - 5- Bacteriuria Asociada a Dispositivo.
 - 6- Microorganismo multidrogosresistentes.
 - 7- Infecciones del SNC.
 - 8- Piel y tejido Blando.
 - 9- Otras Infecciones Respiratoria Bajas.
 - 10- Ojo, oído, nariz, garganta, y boca.
 - 11- Gastrointestinal.
 - 12- Sistema Cardiovascular.
 - 13- Huesos y articulaciones.

2) Prevención y Control de la IAAS.

Estos dos componentes han permitido ir implementando las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” y que están relacionados con el paciente, con los microorganismos, el medio ambiente y la práctica clínica.

Las actividades de prevención y control se caracterizan por la intervención de los factores de riesgo modificables y para impactarlos se han implementado actividades para identificar, evaluar, controlar o eliminar estos riesgos, las cuales se materializan en actividades normativas, de capacitación, supervisión y asignación de recursos, que han



sido estructuradas a través de programas de prevención, vigilancia y control y han demostrado que en países donde funcionan activamente se logra una disminución del 90% de estos eventos. Estas medidas se focalizan, pero no se restringen a los aspectos relacionados con la atención de pacientes de alto riesgo, aquellos que son sometidos a procedimientos invasivos o tener otros factores que los hacen susceptibles de IAAS.

ACTIVIDADES UNIDAD COORDINADORA DE CONTROL IAAS



POLÍTICA DE ACTUACIÓN PREVENCIÓN CONTAGIO BROTE COVID-19

En **enero 2022**: se crea una política interna para disminuir el brote epidémico y el alto contagio en el personal médico, de enfermería, de apoyo, administrativo y aumento en la tasa de incidencia de pacientes de las variantes de Ómicron BA.2, BA.4 y BA.5. Esta contempla medidas como higiene de manos, uso y disposición de dispensadores de alcohol gel en lugares estratégicos, reducción de reuniones y encuentros en espacio cerrados, visitas de cortesía de fundaciones, payasos, ONGs y voluntarios a los pacientes, uso de mascarilla, prohibición a pacientes y visitantes ir a diferentes áreas, restricción total de visitas a pacientes, entre otras. Se implementa nuevamente la realización de prueba de COVID 19 y vacunación para todo el personal por parte de la DPS. Se realiza reunión con dirección, el Dr. Gerson Mota, de la regional y el equipo de



emergencia por el aumento de los casos de COVID19. Se recorren varias áreas para habilitar según los protocolos de OMS y MSP otro espacio para ingreso de estos pacientes y se decide ampliar la cantidad de camas hábiles. El representante de la regional se compromete con la contratación de enfermaras y la entrega de colchones para abrir la sala de urgencias 2 e ingresar los nuevos casos si fuere necesario. También se realiza estudio de investigación científica en pacientes con síndrome multisistémicos post. COVID19, debido al aumento de casos complicados a nivel pediátricos. Los resultados fueron presentados a todo el país en una rueda de prensa convocada por el MSP.

CAPACITACIÓN CONTINUADA MIEMBROS DE LA UNIDAD COORDINADORA DE CONTROL DE INFECCIONES.

En enero 2022: La Dra. María Gil y la Licda. Ysabel Morel, reciben la **Certificado de Aprobación del Primer Curso Regional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria que la** Secretaría Ejecutiva del Consejo de ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), en el marco del proyecto de “Mejora de la seguridad sanitaria mundial: ampliación de los esfuerzos y estrategias para proteger y mejorar la salud pública a nivel mundial”. CDC-RFA-GH20-2110, y con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), realizará el “Curso Regional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria”, dirigido a profesionales de la Medicina y Enfermería de los diferentes Ministerios y secretaria de Salud de los Estados Miembros del SICA, que desarrollan funciones como coordinadores de los Comités Locales y/o Nacionales de Prevención y Control de infecciones.

En **febrero 2022:** La Dra. María Gil y la Licda. Ysabel Morel, pasaron a ser parte de la **Telementoría ECHO Prevención y Control de Infecciones Centro América.** La invitación fue realizada por la secretaria ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Estarán en el equipo como representantes del Hospital Dr. Arturo Grullón. ECHO PCI Centroamérica, se desarrolla en el marco del



proyecto “Mejora de la seguridad sanitaria mundial: ampliación de los esfuerzos y estrategias para proteger y mejorar la salud pública a nivel mundial”. CDC-RFA-GH20-2110, cuenta con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La Telementoría ECHO tiene el objetivo de conectar y unir en una comunidad virtual a profesionales de la salud de la Región de Centroamérica y EEUU para compartir experiencias y aprendizajes, que les permitan mejorar las capacidades de atención en cada uno de sus establecimientos mediante la implementación de una comunidad de práctica, utilizando las tecnologías de la comunicación en una red de conexión virtual. Las reuniones y encuentros de capacitación continuada se realizan dos veces por mes.

CURSO INTENSIVO DE CONTROL DE INFECCIONES PARA PREVENCIONISTAS ST JUDE ACADEMY

En abril-julio 2022, se impartió el Curso Intensivo de Control de Infecciones para Prevencionistas organizado por St Jude Academy, quienes ofrecen una capacitación especializada para los prevencionistas de infecciones en sus esfuerzos para prevenir y controlar las IAAS en la atención médica en sus instituciones, con un enfoque particular en la población de pacientes de niños inmunocomprometidos. Este año aplicaron y fueron aceptados tres miembros de la Unidad Coordinadora de Control de IAAS: **La Dra. Alicia Rivas, el Lic. Manauri H. Morel y la Lic. María Ysabel Morel.**

El curso se divide en dos segmentos, uno a distancia y otro práctico presencial que por situación de la pandemia COVID-19 ellos deciden realizarlo también virtual. El componente a distancia tuvo una duración de 9 semanas. Este curso proporciona el conocimiento básico en los procesos infecciosos, y la vigilancia, prevención y control de las IAAS. Estuvo dividido en 4 módulos fueron: Procesos Infecciosos; Vigilancia e Investigación Epidemiológicas de Infecciones Intrahospitalarias; Prácticas de Prevención de Infecciones; y Gestión, Educación y Comunicación de Control de Infecciones.



El segmento presencial sigue el segmento en línea y se impartirá virtualmente desde St. Jude Children's Research Hospital en Memphis, TN EE.UU. El segmento presencial consolidará el conocimiento adquirido en línea por los participantes por medio de proporcionar capacitación práctica y talleres impartidos por el equipo de St Jude y expertos invitados.

ENTREGA DE LIBROS DE REGISTRO ESTADISTICOS

Durante los meses de **enero y febrero 2022:** como parte de la gestión de datos y monitoreo de continuo de uso dispositivos, diagnósticos, y otras variables de interés la Unidad Coordinadora de Control de IAAS, realiza entrega de libros registros de pacientes a las distintas áreas de hospitalización. Con esta medida se pretende disminuir el subregistro de datos y tener mayor control de la entradas, traslados y egresos de los pacientes en las diferentes áreas.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN HOSTELERÍA HOSPITALARIA

En febrero 2022 inicia Hostelería Hospitalaria, la dirección asigna como encargada a la Sra. Santa Erenia de la Rosa Matías. En el organigrama de Hostelería esta cocina, lavandería, limpieza e indumentaria. Al inicio estaba bajo la coordinación de administración. El Lic. José Antonio Santos, se reúne con la encargada de Control de Infecciones y le solicita orientaras a los nuevos encargados de la cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento. Por lo que se realizan recorridos, orientaciones y revisión de protocolos con ellos. Se da prioridad a la política de desinsectación, desratización y descacharrización en todo el hospital. Además, se realizan varias reuniones con dirección para revisión del tema de sustitución de puesto de Supervisora General limpieza, nuevas supervisoras, entrenamiento de nuevos empleados al Departamento de mayordomía, disminución de la calidad en todos los procesos de limpieza y la necesidad urgente de realizar supervisión de las superficies hospitalaria en los tres turnos.



También se realizó una reunión con todo el personal de los turnos diurno y vespertinos convocados por la dirección para platicar acerca de la situación que estaba afectando a todas las áreas del hospital en relación a limpieza y desinfección de superficie. Después de verificar que no había mejoría en los procesos, la dirección se reúne con la Unidad de Control de IAAS, para solicitarle mediante acuerdo y bajo condiciones por escrito que se encarguen nuevamente de la coordinación de este departamento y así volver a la mejora de la calidad en los procesos de limpieza y desinfección hospitalaria. Paralelas a estas actividades se fueron realizando reuniones puntuales con los departamentos de cocina, Oncología, UCIN, Cirugía, Emergencia tratando de resolver la deficiencia de la limpieza en estas áreas. La dirección designa a la Unidad Coordinadora de Control de IAAS, como asesora y consultora ante todos los procesos y decisiones que se vayan a realizar en el hospital y que estén relacionado con una atención de calidad y seguridad para los pacientes de manera directa e indirecta. A partir del 15 de agosto 2022 por disposición del PNCIAAS, la Unidad de Control de Infecciones será la encargada de gestionar Hostelería Hospitalaria, y Salud Laboral.

Se asigna a la Dra. Madelyn Mendoza, Médico Familiar, para trabajar como encargada de riesgo laboral y atender a los empleados. Ella forma parte del organigrama del PCI.

EVALUACIÓN EN ÁREAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS, CONSULTA, EMERGENCIA Y DE APOYO PARA AUMENTO DE CAMAS

En febrero 2022 la dirección del hospital le solicita a la Unidad de Control de IAAS realizar monitoreo y evaluación del Área de Cirugía y Área clínica la cual estuvo asignada al aislamiento de COVID-19 durante la pandemia, para realizar el traslado de los pacientes de Neumología, Hematología, y pediatría. Al hacer el recorrido de la evaluación se dan las recomendaciones de limpieza y desinfección de camas y equipos, reparación de plafones, y ventanas, retiro de carteles, letreros y de todos los cachivaches que no se utilizan, también se sugiere habilitar un baño, distanciamiento de las camas de al menos un metro y medio y asignar un lugar para canalizar a los pacientes que cumpla con los estándares establecidos por OMS y CDC y que esté ubicado fuera de la estación de enfermería. Iniciamos se da apertura al Área Clínica para trasladar los pacientes



concernientes a dicha área que estaban en el área quirúrgica, y luego los que se encontraban en las demás áreas. Luego se reubicaron los pacientes quirúrgicos en su área.

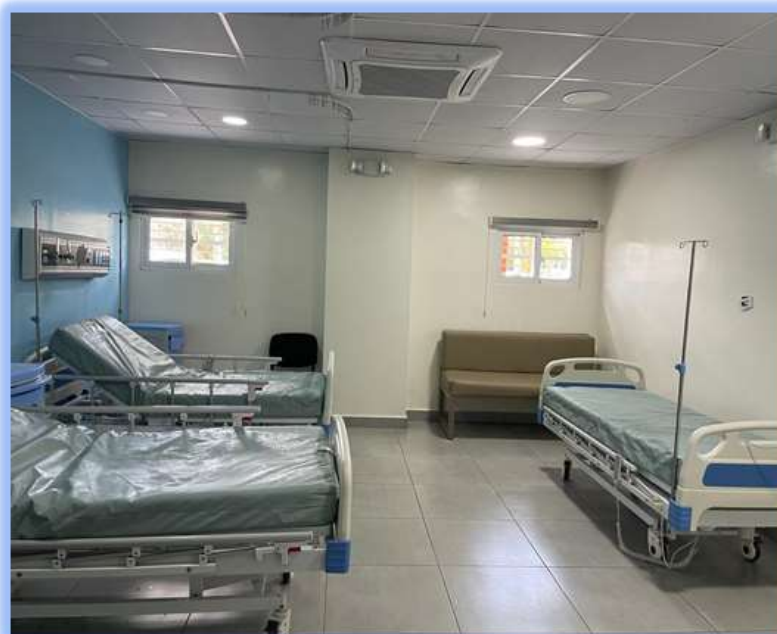
Después que estas áreas fueron habilitadas el Dr. Gerson Mota de la Encargado de la Dirección de Hospitales de la Regional, realizó un recorrido por todas las áreas identificando lugares para camas debido a la necesidad de aumentar la capacidad de camas hospitalaria. Además, sugirió la creación de un intensivos en Clínica, un área que no cumplen con los requisitos de la OMS. Al finalizar se descartó la propuesta del intensivo porque se le demostró que no hay posibilidad sino, no se modifica la infraestructura de nuevo. En cambio, se coordina con él ampliar el área de internamiento clínico de pediatría quitando la estación de enfermería y haciendo una más pequeña, habilitar un baño para los pacientes y se le dan las recomendaciones que se deben cumplir para el distanciamiento de las camas.

Al final del recorrido la Encargada de la Unidad de Control de Infecciones se compromete ir por las áreas de Ortopedia, Lactante, Área Clínica y Quirúrgica y medir los espacios para entregarle a él un reporte escrito indicando los lugares donde se pueden agregar más camas cumpliendo los requisitos de control de IAAS. También la dirección solicita a la Unidad de Control de IAAS, la evaluación del área de Inmunización, Unidad de adolescentes, Unidad de Psiquiatría, Farmacia Ambulatoria y Terapia Física para valorar si cumplen las recomendaciones de habilitación y protocolos de la OMS.

Por solicitud de la dirección también se realiza evaluación de la infraestructura de las áreas de lavandería y patología para ellos realizar la habilitación. Se le entrega un informe con las recomendaciones que deben cumplirse antes de su apertura. Al platicar con el nuevo encargado de lavandería se les hacen las observaciones del manejo de las rutas de ropas sucia, ropas limpias, del área de recepción de la ropa sucia que no tiene lavadora ni lavadero, del uso de EPP y de la necesidad de capacitación de todo el personal porque desconocen el proceso de control de infecciones básica para lavandería de los Centros de Salud como son: 1) Características en el área de proceso de lavado. 2) Rutina de limpieza de las zonas. 3) Procesos de colección de ropa contaminada. 4)



transporte de ropa limpia y contaminada y 5) Pasos clave en el proceso general de lavado de ropa.



S

Se realizan las recomendaciones que solicitan los departamentos de Mantenimiento y Administración para la construcción de dos cubículos en el área de Emergencia. Los mismo serán utilizados para atender los pacientes que vienen por motivos de consultas y que no necesitan ser evaluado en el área de la emergencia. También será utilizado como área de triage





LEVANTAMIENTO DE OCUPACIÓN DE CAMA POR ÁREAS

Se realiza revisión del espacio físico disponible para ubicar nuevas camas en las áreas: **Ortopedia, Lactantes, Área Clínica y Quirúrgica.**

Siguiendo las directrices de OMS, la cual recomienda en el componente básico número 7 del Marco de Evaluación de Prevención y Control de Infecciones (PCI) que debemos asegurar el adecuado distanciamiento **de MAS de 1m entre camas,** (Ver página 12) se realiza una prueba de colocar 1 y 2 camas extras en una habitación en cada una de las áreas señaladas.

LOS SEÑALAMIENTOS IMPORTANTES QUE SE REALIZARON FUERON:

- 1) Se debe tomar en cuenta que al aumentar el número de camas por habitación éstas **NO** tendrán disponible oxígeno central, porque fueron diseñadas para menor cantidad.
- 2) Hará falta agregar un taque de oxígeno por cama, los mismo que fueron retirados de las áreas, por asunto de seguridad del personal y del paciente.
- 3) Hay que aumentar la cantidad de tomacorrientes doble, grado hospitalario, para conectar las camas y los equipos médicos que sean necesarios.



- 4) Para evitar deterioro prematuro de las paredes y poder realizar la desinfección recomendada del ambiente, se debe dejar un espacio entre las camas y la pared.
- 5) Es importante considerar que para cumplir con las recomendaciones de evacuación en caso de emergencias o desastre debe haber espacio suficiente para movilizar a los pacientes sin tropezarse unos y otros.
- 6) El espacio entre camas debe ser suficiente para transitar con el paciente cuando se traslada a estudios, y otras áreas.
- 7) El espacio reducido en el pasillo entre camas será difícil trasladarse con los pacientes y en caso de un **Paro Cardio Respiratorio**, se le hará difícil actuar con prisa y ubicar el carro de paro.
- 8) Tienen que colocar sillas o sillones para evitar que el familiar acompañante de los pacientes utilice las camas y de esa manera evitar su posterior deterioro lo que aumentará el costo hospitalario incensario en inmuebles.
- 9) Es importante UTILIZAR un criterio basado en evidencia y que aplicamos en prevención de IAAS, y que está relacionado con el entorno del paciente y es que **“Un metro, o metro y medio TODO tiene, lo que tiene el paciente”**. Por esta razón es que la OMS hace la recomendación de más de un metro cuadrado entre pacientes.

JORNADAS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y DE OPERACIÓN SONRISA

Para la jornada de cirugía ortopédica se reúne la Unidad de Control de Infecciones con dirección, administración y el departamento de cirugía para coordinar la jornada de cirugía pediátrica. Se pide a la Unidad de control de IAAS, se encargue de la evaluación de los quirófanos, la habilitación del área de internamiento de estos pacientes y de elaborar las recomendaciones e instrucciones a seguir para evitar infección del sitio quirúrgico, complicaciones y transmisión cruzada dentro y fuera del área quirúrgica.

En el mes de octubre por motivo de la jornada Operación Sonrisa, se realiza una reunión con el Equipo Organizador formado por dominicanos y paraguayos, la dirección y



Control de IAAS. En esta reunión se habló acerca de la bioseguridad que debe prevalecer en los quirófanos, pre y post-operatorio.



Las recomendaciones elaboradas fueron dirigidas a limpieza y desinfección de los quirófanos, eliminación de utensilios en desuso, esterilización, aplicación de técnicas correctas de asepsia y antisepsia, traslado de los pacientes, cantidad de personal dentro de los quirófanos y manejo en el postoperatorio. El Lic. Manauri Morel, realizó varias orientaciones acerca de las medidas para evitar infecciones cruzadas a los cuidadores y acompañantes de los pacientes, y a los mismos pacientes. También fue capacitado el personal de enfermería acerca de estilización y cirugía segura.

PLAN DE MEJORA PROGRAMA DE HIGIENE DE LAS MANOS

Para este año la Unidad de control de IAAS, se compromete en iniciar con la implementación del Plan de la OMS, aplicado la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de las manos. Los principales objetivos del plan de mejora han de cumplirse en 4 fase. En el semestre enero-junio 2022 se realizaron las dos primeras fases.

La Fase 1:es garantizar la preparación de la institución. Esto incluye la obtención de los recursos necesarios (tanto humanos como financieros), y el establecimiento de la



infraestructura para lo que se solicitó a la dirección la compra de dispensadores de alcohol gel para colocarlo en los lugares estratégicos, cambio del papel toalla y del jabón antibacterial porque reseca las manos y el personal de las áreas cerradas comenzaron a disminuir la frecuencia en el lavado. También se realizó la identificación de los principales responsables de monitorear el manejo adecuado de los dispensadores, incluido un personal que realice el descarte y llenado de estos.

La Fase 2: llevar a cabo la evaluación de la práctica de la higiene de las manos, así como de la visión, los conocimientos y las infraestructuras disponibles con respecto a la misma. Se inicia en enero con la observación de higiene de las manos en todas las áreas y departamentos un total de 240 observaciones en cada lugar. Luego en mayo al finalizar el proceso se realiza la presentación de los resultados a la dirección, personal administrativos y gerentes. En la misma se puso en evidencia las áreas que han aumentado su la adherencia a la higiene de las manos, aquellas que han disminuido y las que continúan igual.

Los resultados de las observaciones realizadas por las áreas se muestran en la tabla siguiente. En donde se puede apreciar un aumento significativo de adherencia a la HM, por parte del personal asistencial. Notar que los porcentos bajos son un logro también porque en evaluaciones de años anteriores estaban por debajo del 10%. Este logro ha sido gracias al apoyo de las autoridades del hospital que han puesto su empeño en crear la infraestructura necesaria con mira a lograr posicionar al hospital en el rango de especializado.





MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA HIGIENE DE LAS MANOS



EVALUACION POR AREAS 2022	ADHERENCIA
HEMODIALISIS	78.90%
LACTANTES	46.48%
UCIN	77.34%
CLÍNICA	62.11%
ORTOPEDIA	62.5%
URGENCIA	38.67%
ONCOLOGÍA	38.43%
UCI	42.18%
AISLAMIENTO	70.8%
QUIRÚRGICO	51.56%

DÍA MUNDIAL A LA HIGIENE DE LAS MANOS

Con motivo a la celebración del día mundial a la higiene de las manos celebrado por la OMS, se organiza un calendario de actividades con el objetivo de concientización y adherencia en los lugares de atención al paciente, en donde se incluyen capacitaciones para todo el personal, los pacientes, sus familiares y los visitantes.

También se realiza un solemne acto de clausura en el cual se convoca a todos los gestores, los médicos residentes, la dirección, al personal administrativo. y a la Dra. Belkis Marcelino, representante de la OPS/OMS quien tuvo a carga la conferencia central del mismo y habló sobre la importancia del lavado de manos para evitar la transmisión de infecciones.



DÍA MUNDIAL A LA HIGIENE DE LAS MANOS



Con motivo a la celebración del día mundial a la higiene de las manos celebrado por la OMS, se organiza un calendario de actividades con el objetivo de concientización y adherencia en los lugares de atención al paciente, en donde se incluyen capacitaciones para todo el personal, los pacientes, sus familiares y los visitantes.

También se realiza un solemne acto de clausura en el cual se convoca a todos los gestores, los médicos residentes, la dirección, al personal administrativo. y a la Dra. Belkis Marcelino, representante de la OPS/OMS quien tuvo a carga la conferencia central del mismo y habló sobre la importancia del lavado de manos para evitar la transmisión de infecciones.



INDUCCIÓN EN CONTROL IAAS AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO

Para cumplimiento de la política de iniciación en la capacitación en control de IAAS que tiene el hospital con las universidades, se coordina con la Dra. Alicia Rivas, la inducción de los nuevos Médicos Internos de la Escuela de Medicinas de la UASD con los temas: Programa de Vigilancia, prevención y Control de Infecciones, Higiene de manos, transmisión cruzada, así como bioseguridad en el cuidado de los pacientes y el traslado de hemoderivados. También se realiza inducción al programa de control de infecciones a un total de 61 personal de nuevo ingresos de las áreas de Enfermería, Médicos especialistas, Cocina, Mayordomía, De avanzada, Mantenimiento, Cómputo y más. Además, se realiza entrenamiento en seguridad en el laboratorio al personal del turno matutino del laboratorio.

RECONOCIMIENTO ST JUDE Y CREACIÓN DE CURRÍCULO EDUCATIVO.



La unidad recibe un reconocimiento del equipo de San Jude Global, por la aplicación de estrategias impacto en la Unidad Hematooncológicos y todo el hospital logrando la disminución de todos los indicadores de las IAAS y el excelente desempeño en el



proyecto de la Hispaniola. También fueron certificado como prevencionistas la Dra. Alicia Rivas, el Lic. Manauri Morel y la Lic. María Ysabel Morel, después de concluida la capacitación on line por varios meses.

Durante todo el año St. Jude continuó trabajando en coordinación con el equipo de Control de IAAS para el bienestar de los pacientes de la institución. Después de la realización y análisis de resultados de los estudios: 1) **Carga y complicaciones de acceso vasculares**, el cual permitió evidenciar que la carga institucional de acceso vascular periférico (AVP) era de 89%. Las complicaciones no infecciosas por uso AVP de un 98% y que el número de intentos oscilaba entre 5 y 40 pinchazos indicando dificultad para insertar un AVP. Y 2) **Conocimiento, Actitudes, y Prácticas en AV del personal de salud**, reportó que el 50% de enfermeras había recibido instrucciones de normas, y el 80% desconocía si estaban actualizadas en AVP. Es por ello que se determinó elaborar un currículo educativo para entrenar al personal de enfermería, con el objetivo de mejorar la inserción y mantenimiento del AVP, y optimizar la calidad y seguridad de la atención en los servicios.

La intervención se llevará a cabo en tres fases. **La fase I:** será de conformación de los equipos técnicos especializados encargados del diseño, organización, revisión y evaluación del currículo educativo. Se pretende elaborar un currículo educativo divididos en 5 módulos esenciales, con un total de 40 tópicos; distribuidos entre 6 facilitadores en función a sus conocimientos sobre los diferentes temas, los cuáles serán revisados por expertos en infectología y educación.



En la fase II: se construirán los objetivos, las metas, las competencias fundamentales y niveles de Dominio. **En la fase III:** Las pláticas serán grabadas y subidas en (www.cure4kids.org). El plan es enrolar a través de esta plataforma a 305 personal de enfermería de atención directa, para recibir las clases en línea. Se aplicará un pre y un post test por módulo para valorar conocimientos previos y evaluar los aprendizajes adquiridos. En cada fase se realizan reuniones semanales con los miembros del equipo de control de infecciones y St Jude. La plataforma virtual evaluará de forma automática el nivel de aprendizajes y el porcentaje de cumplimiento de los participantes, los datos



obtenidos se presentarán en tablas y gráficos.

Construir el programa educativo, entrenar al personal de enfermería, elaborar e implementar la política de AVP evidenciará procesos de calidad y seguridad que ayudará a disminuir costos, y riesgos para la salud de más de 125 mil niños que recibe atención en la institución. Por lo que incentivar el apego a esta política en más del 80 % del personal de enfermería que coloca un AVP es de vital importancia. Se planea el perfeccionamiento continuo de la intervención educativas, medir su eficacia y valorar los conocimientos adquiridos a través de la aplicación de instrumentos.



EVALUACIÓN LABORAL DEL PERSONAL Y CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

En mayo 2022 se conforma la Unidad de Salud Ocupacional (USO), formada por la médico familiar y ocupacional Dra. Madelyn Mendoza, la psicóloga clínica Lic. Yahaira Ureña y la ingeniera industrial, Yessika Rodríguez quienes conforman un equipo que brinda atención a los colaboradores para asegurar que se cumplan los protocolos de bioseguridad y prevención del riesgo con fin de garantizar la salud y seguridad del ambiente laboral y personal.

Al mes de noviembre de 2022, fueron realizadas un total de 257 consultas médicas, y 15 consultas de psicología. Se han impartido charlas y capacitaciones sobre: 1) Salud y Seguridad en el trabajo por INFOTEP, 2) Seguro familiar de salud y seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia por la DIDA, 3) Importancia del seguro de riesgos laborales por la IDOPRIL y 4) Las herramientas para el manejo de emociones en el campus laboral, por la Lic. Yahaira Ureña. 5) La salud y seguridad industrial dirigida por la Ing. Yessika Rodríguez.

Este año 2022: Con el objetivo de cumplir con uno de los requisitos correspondiente al PCI y que exige la OMS y el MSP anualmente, se organiza una campaña de vacunación y evaluación de condición de salud para todo el personal. La actividad se realiza en coordinación con Dirección, Administración, Epidemiología, y el Departamento de Vacunas. Se le solicitan las tarjetas para completar el esquema de inmunización a los empleados que le falten algunas de las dosis para completar el esquema correspondiente. De igual forma se entrega la tarjeta y se inicia el esquema a los de nuevo ingreso.

Se inicia con la evaluación del personal de la cocina realizándoles exámenes físicos, pruebas de laboratorio y vacunación. También se recomienda continuar con el personal de mayordomía. Y seguir con los diferentes departamentos hasta realizar una cobertura total del personal de salud y administrativo. Este año se aplican más de 276 dosis de vacunas a un total de 136 colaboradores de los diferentes servicios.



CRONOGRAMA DE VACUNACION PARA TODO EL PERSONAL

DEPARTAMENTOS	DIAS/MES/2022	TIPO DE VACUNA A APLICADAS
COCINA	Martes 29, miércoles 30 de marzo y viernes 01 de abril, septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
CONSERGERIA	Martes 05, miércoles 06 y viernes 8 de abril septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
ENFERMERIA	Martes 19, miércoles 20 y viernes 22 de abril septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
MÉDICOS	Martes 26, miércoles 27 y viernes 29 de abril, septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
MANTENIMIENTO	Martes 02, miércoles 03 y viernes 5 de mayo septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
SEGURIDAD	Martes 05, miércoles 06 y viernes 08 de mayo septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis
ADMINISTRATIVOS	Martes 10, miércoles 11 y viernes 13 de mayo septiembre y octubre	Influenza, DT, Hepatitis

EVALUACIÓN EN BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA

Durante este año 2022 para evaluar el nivel de bioseguridad hospitalaria en el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón se han implementado varios formularios de la OMS/OPS y CDC. Estos han permitido realizar las mejoras progresivas en las diferentes áreas. La evaluación con estos formularios se ha realizado cada año de manera interna y cada vez que el equipo de Monitoreo y Evaluación del SNS y MSP lo han considerado pertinente.



Los formularios que fueron aplicados en el establecimiento son:

1. Herramienta de Evaluación del Control de Infecciones (ICAT) del CDC.
2. Instrumento de evaluación de higiene de las manos de la OMS.
3. Marco de evaluación del PCI de la OMS.
4. Formularios para la evaluación de seguridad hospitalaria de OMS/OPS

El método utilizado para la aplicación de los diferentes formularios fue observacional y descriptivo, el cual permitió evaluar todas las áreas del hospital. Esta observación fue realizada por los miembros de la Unidad Coordinadora de Control de IAAS en el primer semestre del año. La observación directa en las diferentes áreas, permitió la visualización de hechos, según los criterios de evaluación establecidos en los formularios.

Las diferentes guías de evaluación contienen los diferentes ítems a ser evaluados y establecen los puntajes. Este año se aplicó por primera vez el formulario de Seguridad Hospitalaria, que mide el nivel de cumplimiento de las medidas de bioseguridad según la OMS. Las escalas de valoración de cada formulario aplicado están categorizadas por con un nivel de cumplimiento bajo, medio y alto.

Los resultados obtenidos con la herramienta ICAT fue de un 79.2% en el módulo del PCI, un 60% en el módulo de Aislamiento y Precauciones Estándar, un 75% en el módulo de Microbiología, un 54% en el módulo de UCIP, un 65% en el módulo de Higiene de las manos, un 74% en el Marco de Evaluación de Higiene de la manos, un 60% en el módulo Catéteres Intravenosos, un 56% en el módulo de líquidos y Medicamentos Intravenosos, un 52% en el módulo de Inyección Segura y sala de hospitalización de UCIN un 70%. Según la clasificación basada en la puntuación porcentual el hospital está en un nivel intermedio lo que se concluye que generalmente se siguen las prácticas, más hay que continuar con un plan para subir al nivel avanzado.

Los resultados obtenidos en el momento de la implementación del formulario de Evaluación de Seguridad Hospitalaria de la OMS, según los módulos fue la siguiente:



El módulo 1 evalúa las amenazas que afectan a la seguridad del hospital y la función de este en la gestión de emergencias y desastres: Las amenazas que representan un riesgo alto para el establecimiento son: Tormentas, Huracanes, sismos, e inundaciones repentinas. Otras amenazas de alto riesgos para el hospital son las biológicas, las producidas por amenazas de índole social, infestación por plagas, interrupción del suministro de agua, luz, Amenazas a la seguridad y protección del edificio y del personal del hospital, contaminación del agua.

El Módulo 2 evalúa la Seguridad Estructural: Los eventos anteriores que se han realizado en el hospital son remociones, y construcciones, éstas han modificado el comportamiento estructural del establecimiento lo que lo clasifica en un nivel bajo de seguridad. Además, parte de las estructuras no cumple con las normas de seguridad actuales y el edificio de Endocrinología, de urgencia y Emergencia tienen daños estructurales importantes que ameritan una intervención urgente.

La edificación se encuentra en general con poco deterioro porque la remoción fue reciente. Algunas zonas presentan deterioro y presencia de humedad importante causado por el diseño deficiente del sistema estructural y el Nivel freático del suelo. Las condiciones en que se encuentran los materiales de construcción tienen un nivel de seguridad medio porque se utilizó acero níquel en lugar de acero inoxidable en todas las áreas y presenta deterioro en su estado físico. El nivel seguridad de las ventanas es bajo en situaciones de terremotos y huracanes porque son de cristales y en las en las salas críticas no se ha agregado vidrio protector, con revestimiento de policarbonato ni película contra explosiones). Además, están muy próximas a las camas de los pacientes lo que aumenta el riesgo de posibles caídas de la planta alta.

En relación a la residencia estructural ante sismos tiene una seguridad media, teniendo en cuenta las medidas implantadas para reducir el riesgo estructural, pero si tomamos en cuenta que el hospital se encuentra construido sobre un río la residencia estructural tiene un nivel de seguridad muy bajo. El estado de seguridad de techos, barandillas en alto, mientras que el nivel de seguridad de los elevadores, escaleras, rampas es medio.

El Módulo 3: evalúa la seguridad no estructural: El estado y seguridad de las puertas, entradas y salidas es alta, porque están en buen estado, posibilidad mínima o



nula de daños que impedirían la función de estos y otros elementos, sistemas o actividades; y las entradas son con una mayor a amplitud de 115 cm. Los falsos techos o cielos rasos son de PVC en todas las áreas, exceptos en los pasillos y áreas administrativas. La ubicación de la cisterna la hace vulnerable a inundación en tiempo de lluvia. El estado y seguridad del sistema de extinción de incendios es bajo porque no se ha instalado el sistema.

El Módulo 4: Evalúa la Gestión de emergencias y desastres: El comité incluye representación de 6 o más departamentos y disciplinas. La mayoría de los miembros están capacitados y desempeñan activamente sus funciones y responsabilidades. Tenemos un Coordinador designado para la gestión de emergencias y desastres. El plan ha sido completado, se está en proceso de implementación del mismo. Se identificó en un mapa las rutas de desechos sanitarios, de la morgue, de transporte de alimentos, de lavandería y las rutas de evacuación.



PLAN DE CAPACITACION EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS

Como cada año se realiza un plan de capacitación para el personal de nuevo ingreso, las enfermeras, médicos, personal de apoyo, personal administrativo, pacientes y familiares. Los temas seleccionados para este año fueron: Programa Control De IAAS, Higiene de manos, Transmisión cruzada, Microbiología de las IAAS, Inyección segura, y accesos vasculares, Uso adecuado del EPP, Riesgos y errores frecuentes, Neumonía asociada VM, Toma de muestras, prevención de flebitis, Aislamiento Hospitalario y Clostridioides, Neumonía como IAAS, DAN y Esterilización, Riesgo biológico, ITU, IAAS en Neonatología, Infección del Sitio Quirúrgico ISQ, Higiene y Ambiente Hospitalario, Bacteriemia y Manejo desecho hospitalario.

El número de sesiones para la capacitación fueron 43, en las que participaron 1,769 personas. La tabla muestra las cantidades de participantes por grupo.

CAPACITACIONES CONTROL DE IAAS 2022	
Médicos	601
Enfermeras	476
Personal Apoyo	551
Pacientes	70
Familiares / Visita	71
SESIONES 43	1,769

ELABORACION PLANES DE MEJORA PARA LA BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA

Para la elaboración del plan de mejora se incluyó una evaluación del riesgo en la atención, el cual se calificaba con una escala del 1 al 5 donde 1 es la menor puntuación y 5 la máxima.



EVALUACIÓN GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN MÉDICA	CALIFICACIÓN
Se han diseñado flujos de pacientes en todos los servicios, especialmente en urgencias que garanticen la trazabilidad de la atención al interior de los servicios, procurando la seguridad y oportunidad de la atención y cumplimiento de los planes de cuidado instaurados por los profesionales tratantes.	4
Existen mapas de riesgo con identificación de los riesgos por cada proceso y procedimiento, son conocidos por todos en la institución, existen mecanismos de identificación y reporte de los riesgos, se miden periódicamente. Se cuenta con mecanismos de acción ante la presencia de un riesgo o si este se hace efectivo existen planes de contingencia y atención inmediata para mitigar los efectos.	1
Se realiza seguimiento a indicadores definidos como factores críticos de éxito y resultado de la atención. Incluye valoración del acceso, la oportunidad de la atención, la calidad, eventos adversos, satisfacción del paciente.	1
Existe un comité institucional para la gestión del riesgo, incluye la definición de los indicadores, los mecanismos de alerta, el análisis de los resultados, análisis causa efecto, planes de acción e intervención, planes de mejoramiento y medición de resultados.	5
Existe un programa de intervención a los eventos adversos, con identificación temprana, sistemas de reporte, intervención inmediata, mitigación de los resultados, análisis de causas, planes de intervención. Debe considerar por lo menos caídas de pacientes, problemas asociados a los medicamentos, infecciones asociadas a la atención intrahospitalaria, letalidad, fallas terapéuticas, complicaciones anestésicas, complicaciones quirúrgicas.	2
Existen comités funcionales que puedan evidenciar sus acciones e intervenciones con actas, planes de mejora, evaluación de resultados. Mínimo deben existir comités de: historias clínicas y registros médicos, vigilancia epidemiológica, calidad y seguridad de la atención, ética, investigación, docencia.	4
Existen sistemas de lavado de manos, uso de alcohol glicerinado y otros elementos para la asepsia antes y después de todo contacto con paciente, en todas las áreas y servicios; incluso por cada camilla y habitación en los servicios con internación como hospitalización, urgencias y cirugía.	3
TOTAL	20

Después de realizada la valoración fueron seleccionados aquellos valores con puntuaciones por debajo de 3 y se decide realizar el plan de mejora en base a ellos. Puede observarse en la siguiente tabla que el tiempo de cumplimiento oscilaba entre 2 y 7 meses. Al finalizar el periodo establecido se fue realizando la evaluación.



PLANES DE MEJORA PARA LA BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCION NECESARIA	ÁREA DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLES EJECUCION	TIEMPO DE EJECUCION	RESPONSABLE DE CONTROL
Se han diseñado flujos de pacientes en todos los servicios, especialmente en urgencias que garanticen la trazabilidad de la atención al interior de los servicios, procurando la seguridad y oportunidad de la atención y cumplimiento de los planes de cuidado instaurados por los profesionales tratantes.	Informar a los gerentes de la importancia de realizar los flujogramas en todas las áreas y servicios, luego solicitar al MAP para impartir un curso-taller acerca de la elaboración e implementación de un diagrama de flujo según las áreas priorizadas.	En Urgencia, Emergencia, Consulta, y en las que se prioricen los gerentes.	Gerente de Calidad y los Gerentes Médico de los servicios y áreas priorizadas.	6 meses	Dirección
Existen mapas de riesgo con identificación de los riesgos por cada proceso y procedimiento, son conocidos por todos en la institución, existen mecanismos de identificación y reporte de los riesgos, se miden periódicamente. Se cuenta con mecanismos de acción ante la presencia de un riesgo o si este se hace efectivo existen planes de contingencia y atención inmediata para mitigar los efectos.	Socializar e identificar los eventos adversos por áreas y servicios, luego priorizar los más comunes, activar el comité de eventos adversos para crear las estrategias de realización de los mapas de riesgos y su aplicación.	Servicios que se prioricen	Planificación y Desarrollo	7 meses	Dirección
Existe un programa de intervención a los eventos adversos, con identificación temprana, sistemas de reporte, intervención inmediata, mitigación de los resultados, análisis de causas, planes de intervención. Debe considerar por lo menos caídas de pacientes, problemas asociados a los medicamentos, infecciones asociadas a la atención intrahospitalaria, letalidad, fallas terapéuticas, complicaciones anestésicas, complicaciones quirúrgicas.	Implementar la Guía para la prevención de eventos adversos prioritarios en establecimientos de salud, incrementando los factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo los que contribuyen a la aparición de errores durante el proceso de atención.	Servicios que se prioricen	Comité de eventos adversos	2 mes	Dirección Unidad coordinadora de Control IAAS
Se realiza seguimiento a indicadores definidos como factores críticos de éxito y resultado de la atención. Incluye valoración del acceso, la oportunidad de la atención, la calidad, eventos adversos, satisfacción del	Elaborar una base de datos con los indicadores definidos en la Guía para la prevención de eventos adversos prioritarios en establecimientos de salud del MSP.	Servicios que se prioricen	Los servicios correspondientes enviaran sus resultados estadísticos a Control de	2 mes	Dirección Unidad coordinadora de Control IAAS



paciente.			IAAS		
Existen sistemas de lavado de manos, uso de alcohol glicerinado y otros elementos para la asepsia antes y después de todo contacto con paciente, en todas las áreas y servicios; incluso por cada camilla y habitación en los servicios con internación como hospitalización, urgencias y cirugía.	Distribuir alcohol gel glicerinado, papel y jabón. en todas las áreas y servicios para uso de los pacientes, familiar y personal de salud y asistencial.	En todos los servicios	Unidad coordinadora de Control IAAS y Hostelería Hospitalaria	2 mes	Dirección



INDICADORES DE CALIDAD Y GESTIÓN DE DATOS DEL PCI

Durante este año 2022: se continua con el programa de vigilancia de las IAAS, la recolección y análisis de datos mediante el llenado del formulario de recolección de datos del paciente de áreas cerradas y la búsqueda de signos de sepsis clínicas, flebitis y otros indicadores. También, se realiza aplicación de protocolos en las diferentes áreas para la prevención de las infecciones asociadas a la salud en los pacientes, los empleados, los visitantes. Diario se visita el laboratorio de microbiología para dar seguimiento a los cultivos positivos con microorganismos multidrogo resistentes para activar los protocolos según el caso. Al comparar 2018 y 2022 se puede exhibir una reducción significativa en los indicadores siguientes:

- Tasa general IAAS de 32% A 12%**
- VM 28.6 A 2.6 Días/pacientes**
- ITU 10.3 A 1.0 Días/pacientes**
- ITS 15.9 A 0.23 Días/pacientes**
- ISQ 7.8% A 0.29%IC**
- En el laboratorio se aislaron 124 cultivos positivos de un total de 7,065 muestras enviadas para una positividad de 1.75%.**

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES



En junio 2022, la Dra. Lucina Llaugel, encargada del PNCIAAS, del Viceministerio de Garantía de las Calidad del MSP, y su equipo de Monitoreo y Evaluación visitan el hospital para realizar un recorrido de evaluación del Programa de Control de Infecciones del HIRUDAG.

Luego de una introducción y explicación del proceso que se viene realizando desde el mes de febrero en todo el país con el objetivo de realizar un análisis de la situación actual de los PCI, se pasa a la aplicación del formulario de evaluación de la OMS. Además, se solicitan algunos documentos para revisar las evidencias físicas, y solicitan enviar por correo en los próximos días las evidencias digitales de todos los documentos relacionados al Control de las IAAS y utilizado en la gestión y manejo del PCI desde su inicio en el 2018-actual y realizan una invitación para que la Unidad lo presenten en el MSP, las estrategias de impacto del PCI, en el acto de Juramentación de los PNCIAAS.

La Dra. Llaugel, informó que el PNCIAAS tendrá su propio organigrama y va a depender directamente del MSP. Explicó que en este organigrama están incluidas las enfermeras de vigilancia, los médicos prevencionistas, la unidad de salud y



riego laboral, y hostelería hospitalaria. Este organigrama había sido propuesto por el MSP y sometido al MAP para que realizará su aprobación definitiva.



Luego para finalizar realizaron un recorrido por varias áreas de hospitalización, cocina, lavandería, ruta sanitaria, acompañada por los miembros de la Unidad de Control de IAAS y el Departamento de Planificación y Desarrollo.



PRESENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE IMPACTO, CERTIFICACIÓN Y JURAMENTACIÓN DEL PNIAAS



El equipo miembro de la Unidad de Coordinadora de Control de IAAS, viaja hasta Santo Domingo, el 30 de junio del 2022 para asistir a la 2da. Juramentación y Certificación del Programa Nacional de Control de Infecciones Asociada a la Atención en Salud de hospitales de varios puntos del país, en donde la Doctora María Dolores (Loly) Gil presenta de manera magistral todas las estrategias de impacto que se han implementado en el PCI del HIRUDAG, puntualizando: **qué se ha realizado, dónde estamos y hacia dónde vamos** y la Dra. Santana, realiza el cierre con las conclusiones y un agradecimiento especial a las directoras que han sido parte del logro de los objetivos del PCI desde el 2018 a la actualidad.





En la actividad estuvieron presentes, el viceministro de Garantía de la Calidad, doctor José Antonio Matos, el viceministro de Salud Colectiva, Dr. Eladio Pérez, el director del Programa Nacional de Control de las Infecciones del Ministerio de Salud, Dr. Francisco Torres, Belkis Marcelino, consultora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la encargada de Guías y protocolos de MSP.



CURSO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA

La Dirección y la Unidad de Control de Infecciones del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón, y el Dr. Luis Elpidio Feliz, Presidente de SODOEPIH, organizaron e impartieron el 4to curso de limpieza y desinfección hospitalaria. Con el **fortalecer la calidad de la atención y la seguridad** de los pacientes y sus acompañantes.

El curso contó con **participación de gerentes, personal administrativo, médicos supervisores de áreas y encargados** de limpieza de diferentes centros públicos y privados de varias provincias de la región Norte.



Fue impartido por el Maestro: Dr. Luis Elpidio Feliz y Feliz. También hubo participación como conferencistas invitadas: Dra. Genara Santana, Lic. María Morel y la Dra. María D. Gil (Loly), miembros de la Unidad Coordinadora de Control de IAAS.





Entre los temas tratados están higiene de manos, productos e insumos necesarios para hacer buena limpieza y desinfección, técnicas en sitios específicos, supervisión y validación de limpieza y control de plagas con una participación de 32 personas.



REUNIONES DE PROGRAMACIÓN PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS

Cada trimestre se realizó la reunión de los miembros de la Unidad Coordinadora de Control de Infecciones del HIRUDAG, para evaluar las actividades e indicadores del PCI del año 2022 y realizar la planificación de los que indicadores que están en proceso y que aún no se han logrado. Después de la evaluación, se procede a enlistar las 12 actividades pendientes que se realizaran en el último trimestre:

1. Formación continuada de los prevencionistas y epidemiólogos hospitalarios que integran la Unidad Coordinadora de Control de Infecciones con ST. JUDE, SODOEPIH, ASLACI, SE-COMISCA-ECHO OPS/OMS y CDC.
2. Capacitación del personal de nuevo ingreso en Control de IAAS.
3. Institucionalización del programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA)
4. **Creación de políticas para la prevención de IAAS en todo el hospital de:**
 - ✓ Higiene de las manos.
 - ✓ Seguridad alimentaria.
 - ✓ Consumo de Antibióticos.
 - ✓ Visado de antibióticos.
 - ✓ *Inmunización* del personal de salud y colaboradores.
 - ✓ Control de plagas.
 - ✓ Limpieza y desinfección superficies y equipos biomédicos.
 - ✓ Lavado de cuneros, y camas.
 - ✓ Procedimiento para el manejo de ropa hospitalaria.
 - ✓ Uso de EPP.
 - ✓ Recolección, transporte y almacenamiento de desechos.
 - ✓ Para el *manejo*, traslado y disposición final de *cadáveres*.



- ✓ Toma, manejo y envío de muestras de laboratorio.
- ✓ Infraestructura, construcción y remoción.
- ✓ Aires y filtros en los sistemas de ventilación.
- ✓ Para visitas a los pacientes del hospital.
- ✓ Aislamiento hospitalario.
- ✓ Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter urinario.
- ✓ Implementación de listas de cotejo y bundles para prevención VM,
ISQ
- ✓ Profilaxis antibiótica según tipos de cirugía.
- ✓ Implementar listas de verificación de limpieza, desinfección y
mantenimiento.

5. Evaluación de infraestructura para HM.
6. Aplicaciones de observaciones de HM.
7. Colocar infografía de los 5 momentos y técnicas correctas de HM.
8. Creación del Programa de monitoreo de la calidad del agua.
9. Elaborar el manual de Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Venoso.
10. Elaborar Plan de Capacitación Prevención de Infección Asociada a Acceso Venoso.
11. Diseñar el cronograma de formación para el personal de Odontología y Laboratorio acerca de Prevención y control de IAAS.
12. Realizar un cronograma de formación para las supervisoras de enfermería y las encargadas de áreas acerca de Prevención y control de IAAS.
13. Realizar vigilancia epidemiología de las IAAS.
14. Modificar y adaptar la hoja de vigilancia de las IAAS a todas las áreas.
15. Capacitación Seguridad y Salud en el trabajo.
16. Entrenar a los encargados de Hostelería en prevención de las IAAS.
17. Evaluación de salud y expediente del personal.
18. Entrenar a los encargados de Hostelería en Prevención de las IAAS.



19. Evaluación y análisis de situación de los departamentos de Limpieza, Cocina, Lavandería y Ropería.
20. Adaptación de protocolos para las áreas críticas, limpieza, lavandería y cocina.
21. Plan de mejora y Prevención de IAAS para los departamentos de Limpieza, Cocina y Lavandería

A continuación, en la tabla se presentan todas las actividades fueron programadas por el equipo este año, los responsables, los plazos de ejecución, los compromisos que se han logrados y aquellos que aún siguen en proceso.

Acuerdos/ Compromisos	Responsable	Plazo De Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Evaluar el Programa de Control de Infecciones utilizando la herramienta ICAT del CDC. Aplicar el formulario de bioseguridad e HM de la OMS.	Licenciados de vigilancia y Encargada IAAS	Febrero-Abril	√	
Creación de equipo de antibióticos, Invitar a OMS/OPS para entrenar en PROA, e Iniciar PROA en el hospital.	Infectología	Mayo-Julio	√	
Realizar mapa microbiológico del PROA.	Lic. vigilancia y Encargada IAAS	Febrero-Diciembre	√	
Formación continuada y certificación del equipo de la Unidad Coordinadora de Control de IAAS.	Unidad Control IAAS	Enero-Diciembre	√	
Adaptar protocolos para las áreas críticas, lavandería, limpieza y cocina.	Unidad y Comité Control IAAS	Junio-Diciembre		√
Creación de políticas para la prevención de IAAS en todo el hospital	Unidad y Comité Control IAAS	Febrero-Diciembre		√
Elaborar el manual de Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Venoso.	Unidad y Comité Control IAAS	Febrero-Diciembre		√
Elaborar Plan de Capacitación Prevención de Infección Asociada a Acceso Venoso enfermera.	Unidad Control IAAS y St. Jude	Mayo-agosto	√	



Orientar al visitante, familiar y al paciente acerca de la prevención de las IAAS.	Lic. de vigilancia y hostelería Hosp.	Enero-Diciembre		√
Explicar al familiar y a los pacientes las técnicas correctas de la higiene de las manos.	Lic. de vigilancia.	Enero-Diciembre	√	
Realizar conferencias al personal asistencial del hospital acerca del PCI y Prevención y control de IAAS.	Unidad Control IAAS	Mayo-Diciembre	√	
Diseñar el cronograma de formación para el personal de Odontología y Laboratorio acerca de Prevención y control de IAAS.	Unidad Control IAAS	Diciembre		√
Realizar un cronograma de formación para las supervisoras de enfermería y las encargadas de áreas acerca de Prevención y control de IAAS.	Unidad Control IAAS	Noviembre - Diciembre		√
Iniciar la formación del personal de conserjería, lavandería, esterilización y cocina en transmisión cruzada y control de infecciones en sus áreas.	Unidad Control IAAS	Junio-Diciembre		√
Hacer minicharlas acerca de las técnicas correctas de HM por los diferentes departamentos.	Lic. de vigilancia.	Abril-Mayo	√	
Crear un clima de seguridad ubicando en los lugares de atención a los pacientes infografía y dispensadores de alcohol gel, jabón líquido y papel toalla.	Administración Dirección	Abril- Julio	√	
Evaluar la estructura para la HM	Unidad Control IAAS	Febrero	√	
Aplicaciones del instrumento de observaciones de Higiene de las manos.	Unidad Control IAAS Dirección	Abril-Mayo	√	
Organizar actividades educativas de HM en todo el hospital.	Unidad Control IAAS Dirección	Abril-Mayo	√	
Enviar por WhatsApp, a los diferentes grupos videos cortos de prevención de infecciones e higiene de manos.	Unidad Control IAAS	Mayo-Diciembre		√



Crear, revisar y aplicar políticas en control de IAAS para todas las áreas del hospital, priorizando las áreas críticas.	Unidad Control IAAS Comité de IAAS Dirección	Mayo-Diciembre		√
Elaborar el manual de Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Venoso.	Unidad Control IAAS	Junio-Diciembre		√
Modificar y adaptar la hoja de vigilancia de las IAAS a todas las áreas.	Unidad Control IAAS	Diciembre		√
Realizar vigilancia epidemiología de las IAAS.	Licenciados Vigilancia	Enero-Diciembre		√
Reactivar el Programa de Monitoreo de la calidad del agua según OMS.	Unidad Control IAAS Mantenimiento	Abril - Diciembre		√
<i>Inmunización</i> del personal de salud y colaboradores.	Seguridad y Salud Ocupacional	Noviembre Diciembre		√
Capacitación Seguridad y Salud en el trabajo.	IDOPRIL	Octubre Diciembre		√
Evaluación de salud y expediente del personal	Seguridad y Salud Ocupacional	Octubre Diciembre		√
Evaluación y análisis de situación de los departamentos de Limpieza, Cocina, Lavandería y Ropería.	Unidad Control IAAS y Equipo Hostelería Hospitalaria	Octubre Diciembre		√
Adaptación de protocolos para las áreas críticas, limpieza, lavandería y cocina.	Unidad Control IAAS y Equipo Hostelería Hospitalaria	Octubre Diciembre		√
Plan de mejora y Prevención de IAAS para los departamentos de Limpieza, Cocina y Lavandería.	Unidad Control IAAS y Equipo Hostelería Hospitalaria	Octubre Diciembre		√



BASE DE DATOS Y REGISTRO DE ESTADISTICAS PCI

En el mes de agosto la dirección del hospital contrata un digitador para iniciar el proceso de creación de la base de datos, donde fueron registradas todas las fichas de valoración de riegos de los pacientes que fueron ingresados en las áreas cerradas desde el 2018 al 2022. El registro estadístico se realizó en Excel 2020, y para su análisis se aplicarán las herramientas de datos del programa. Esta base de datos esta protegida para impedir que otros usuarios realicen modificaciones en la estructura o el contenido de la data. Esta información se utilizará de manera continua para ser utilizada en la gerencia y mejora de los procesos del PNCIAAS, lo que llevará en una disminución de costos, y de los eventos adversos que llevan a un aumento de la morbimortalidad.

LANZAMIENTO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS

En octubre 2022, la Dra. Mirna López, (Directora), Dra. Genara Santana, Dra. María D. Gil y la Lic. María Ysabel Morel de la Unidad Coordinadora de Control de Infecciones fueron invitadas para el lanzamiento del Proyecto de fortalecimiento de la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), con el apoyo de la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), que otorgó trescientos mil euros no reembolsables al Estado dominicano.

El objetivo del proyecto es fortalecer las capacidades para la vigilancia epidemiológica en IAAS para la generación de información útil para estandarizar los procedimientos de detección, procesamiento, análisis y divulgación de la información de utilidad para la toma de decisiones para la reducción de muertes en unidades de cuidados intensivos, hospitalización, salas de neonatología y materna, entre otras áreas de atención.



Los centros priorizados del proyecto son los hospitales docentes Doctor Francisco E. Moscoso Puello, Salvador B. Gautier, Infantil Robert Red Cabral, Vinicio Calventi, Materno Infantil San Lorenzo Los Minas, Traumatológico Darío Contreras, Regional Juan Pablo Pina, Regional José María Cabral y Báez y Arturo Grullón, así como las maternidades doctor Reynaldo Almánzar, y

Al inicio de la actividad, **el ministro de Economía, Planificación y Desarrollo, Pável Isa Contreras**, destacó que el proyecto estandarizará los procedimientos de detección, procesamiento, análisis y divulgación de información útil para la toma de decisiones en la reducción de muertes en unidades de cuidados Intensivos, salas maternas y neonatología, entre otras salas de hospitalización.

Expresó que pese a la reorganización del sistema de salud nacional a través de la Ley General de Salud (42-01), todavía persisten importantes debilidades estructurales enfatizadas por la pandemia, especialmente en términos de preparación y capacidad de respuesta del país.

El ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Daniel Rivera, garantizó el compromiso de Salud Pública una ejecución eficiente y transparente de este proyecto con el objetivo de impactar en la calidad de vida de los dominicanos y dominicanas que acudan a los hospitales del Estado.

La Primera Consejera de la Embajada de Francia, Marie Delille, destacó que para la República de Francia es un honor cooperar, mediante la acción de la Agencia Francesa de Desarrollo, con el sistema de salud de la República Dominicana y contribuir así a brindar una atención de calidad a las dominicanas y los dominicanos.

La directora de la Agencia Francesa de Desarrollo, Virginie Díaz Pedregal, afirmó que el lanzamiento del proyecto (IAAS) es a una nueva ocasión para reafirmar el compromiso de apoyo por parte de la cooperación francesa a las



autoridades dominicanas en su labor por lograr un sistema sanitario accesible, inclusivo y sostenible.

Por último, el **viceministro para Asuntos Económicos y Cooperación del Ministerio de Relaciones Exteriores Hugo Rivera**, en representación del canciller Roberto Álvarez, expresó que Francia es un socio de altísimo valor para nuestro país, su generosidad y apoyo en diversas áreas de desarrollo, particularmente en el ámbito de cooperación.

“Reconocemos la importancia de este proyecto que viene a fortalecer las capacidades que tiene la República Dominicana para evitar muertes, infecciones y mejorar nuestro sistema de salud”, indicó.

En el acto de lanzamiento se realizó en el Centro de Convenciones del MIREX participaron la viceministra de Cooperación Internacional y ordenadora nacional de los Fondos Europeos para el Desarrollo del Ministerio de Economía, Olaya Dotel el viceministro de Salud Colectiva, Eladio Pérez.



Conversatorio

La actividad contó con un panel sobre prevención de infecciones intrahospitalarias. El primer panel trató en torno al marco conceptual de las infecciones intrahospitalarias a cargo de la epidemióloga Jhosvelyn Ramírez Tolentino del Ministerio de Salud Pública.

El segundo conversatorio sobre el Programa Nacional de Control de Infecciones Asociadas a la Atención es Salud (PNCIAAS) a cargo de la especialista. Lucina Llaugel. Por último, se realizó la presentación del proyecto IAAS, a cargo del coordinador Stefano Todde.



IV. SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

4.1 Nivel de la satisfacción con el servicio

Siguiendo con la estrategia de ofrecer servicios de salud con calidad, calidez y orientados a satisfacer las más altas expectativas de los ciudadanos, el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón aplicó una encuesta de satisfacción a los usuarios de los servicios de salud.

Las encuestas son aplicadas en las instalaciones del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón, Se utilizo el método de Muestra Deliberada con Variación Máxima de Muestreo. La variación máxima de la muestra se basa en el criterio de los encuestadores para asegurarse que los participantes de las encuestas tengan diferentes características. Esto es realizado para asegurar la presencia máxima de variación de la data y homogeneizar lo más posible la muestra. El tamaño de la muestra se determinó en base a la cantidad de pacientes que ingresan al establecimiento buscando obtener los siguientes parámetros:

- Un margen de error no mayor a 5%.
- Un nivel de confianza de un 95%.

Se utilizaron los datos de la producción de servicio del hospital, el cual para este caso se utilizó la producción de enero-marzo 2022, siendo la última que estaba disponible para el inicio de aplicación regular de la encuesta. Las encuestas se realizaron de manera diaria (días laborables), desde el 01 enero hasta junio 2022.



El cuestionario utilizado comprende las preguntas que dan respuesta a las 5 dimensiones que comprende el modelo SERVQUAL. Los servicios evaluados son los 5 servicios fuertes según la demanda del hospital, (Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Imágenes y Laboratorio). Siguiendo los lineamientos establecidos, esta encuesta fue aplicada a una muestra de 18,984 usuarios del hospital, distribuidas entre la Consulta externa, Emergencia, Hospitalización, Imágenes y Laboratorio. El resultado del promedio de satisfacción de los 7 atributos de calidad medidos en la encuesta es de 97.9%, estos atributos fueron: amabilidad, profesionalidad, facilidad y rapidez, manejo de las informaciones, accesibilidad, tiempo de respuesta e higiene y comodidad.

En relación a la satisfacción en cuanto a la amabilidad del personal la satisfacción de la amabilidad en los servicios prestados es de un 98.5 %. Los usuarios indicaron que la amabilidad es buena y muy buena, En relación a la satisfacción de la profesionalidad es de un 98.9 %, como buena y muy buena.

En cuanto a la agilidad y fiabilidad, vemos que la satisfacción fue de 98.2 % y 99% respectivamente. Según los usuarios encuestados, un 97.8 % indicó que está satisfecho con la accesibilidad a los servicios prestados. Según los usuarios encuestados, un 93.2 % lo calificó como buenos y muy bueno el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados, En cuanto a la higiene y comodidad, la satisfacción fue de 99.4%, para buena y muy buena. En cuanto a la calidad en el servicio un 97.9% calificaron como buena y muy buena.



4.3 Resultado mediciones del portal de transparencia

La oficina de Libre Acceso a la Información del hospital, fue establecida en la fecha de 02 de junio del 2022, para los fines de proveer de manera, más eficaz, fácil y rápida las documentaciones del centro de salud de las áreas administrativas que están en apego a la ley 200-0, tales como, Informe de Recursos Humanos (nóminas, jubilaciones y pensiones), Informes de auditorías, Compras y Contrataciones en todos sus modos (Compras menores, compras por debajo del Umbral, Licitación Pública, Comparación de Precios, Etc.), finanzas (Balance General, Ingresos y Egresos, Relación de Activos Fijos), entre otros muchos documentos que se archivan de manera física y digital a través del portal web y su sub-portal de transparencia.

En la dirección de www.hospitalarturogrullon.gob.do/transparencia se podrán observar las publicaciones de acuerdo a lo establecido en la normal y plazos correspondientes y en su resolución DIGEI 002-2021. Cabe destacar que las documentaciones se encuentran colgadas de manera reutilizables y en formato digital, para facilitar el acceso a información sobre el funcionamiento del hospital a todo ciudadano que desee poseerla.

A la fecha hemos agilizado las publicaciones, agregando nuevas resoluciones, nuevas formas de compras que exige el portal, alcanzando un balance de un 78.3% de publicaciones exhibidas en el mismo y del 100% del balance porcentual que requiere, día tras día estamos trabajando en conjunto con los departamentos que reportan a la OAI para lograr el objetivo de tener el 100% de lo requerido por el mismo. Actualmente estamos a la espera de la asignación de una nueva clave de acceso al portal, ya que la institución cuenta con una nueva encargada de la oficina desde finales del mes de septiembre del año en curso, se realizaron las gestiones pertinentes a fin de la solicitud y estamos a la espera que en los próximos días sea reasignado el nuevo código de acceso para continuar con los trabajos en dicho portal.

