

INFORME

ENERO-DICIEMBRE 2023



HOSPITAL
REGIONAL INFANTIL
DR. ARTURO GRULLÓN

MEMORIAS
ENERO-NOVIEMBRE 2023

Dra. Mirna López
Directora General

Dra. Laura Peña
Subdirectora Médica

Lic. José Santos
Administrador

Lic. José Luis Liz
Recursos Humanos

Ing. Juan José Pena
Planificación y Desarrollo

Ing. Jacinto de la Hoz
Encargado de Calidad

Elaborado por:

Ing. Jacinto de la Hoz
Encargado de Calidad

Dra. Isi Ortiz
Asesora de Planeación y Desarrollo

TABLA DE CONTENIDOS

Memoria año 2023

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 2023

I. Resumen Ejecutivo



Durante el periodo comprendido desde enero hasta noviembre del 2023, 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 noviembre del año 2023, 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 encargado de Recursos humanos. De este modo y con el propósito de eficientizar la gestión de datos, se han implementado un nuevo sistema de gestión de datos SAMI, con el propósito de contar con un expediente electrónico de cada paciente a fin de lograr ofertar un servicio con los más altos estándares de calidad. Gestionando 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 el incremento en el monto facturado por las ARS de aproximadamente el 70.%, en comparación con el monto facturado a inicio del periodo de presente año.

En este contexto financiero, se plantea la necesidad de optimizar recursos para respaldar las mejoras propuestas en el edificio destinado a los programas de Mamá Canguro, Neurodesarrollo y Vacunas. La generación de fondos puede beneficiarse de estrategias ya implementadas, como la sensibilización para la afiliación de pacientes al seguro de SENASA, así como la participación en jornadas de bazares con donaciones nacionales e internacionales, buscando el apoyo tanto interno como externo para impulsar el



desarrollo y sostenibilidad de estos programas esenciales para la comunidad.

Así mismo gracias al trabajo en equipo de todos los colaboradores el centro hospitalario se ha logrado la remodelación y adecuación de diversas áreas críticas de la institución. Se destaca el área de emergencia pediátrica donde se habilitaron 2 consultorios para realizar el triaje, además el área de cura, así como rehabilitación de varios cubículos que se encontraban cerrados debido a una importante filtración de agua. Por otro lado, se integraron 3 nuevas unidades de aire acondicionado para brindar mayor comodidad y confort a los usuarios. El laboratorio clínico de nuestro centro fue dotado de modernos equipos que permitirán aumentar el menú de pruebas ofertadas. Por ende, se agregan a dichos servicios las pruebas de: HTLV, T3, T4, TSH, Ferritina, Dímero-D, Lipasa, Procalcitonina (Pct), Panel Respiratorio, Antígeno De Dengue, Examen De Orina Automatizado. Se habilitó las nuevas instalaciones del banco de sangre, ya que estaban cerrado desde el 2018, y los servicios se ofrecían dentro del laboratorio clínico, para tales fines se doto de modernos equipos y se obtuvo la licencia de habilitación hospitalaria hasta el año 2024.

En otro orden se han logrado establecer alianzas estratégicas con organismos nacionales e internacionales. Destacándose el modelo para la elaboración del plan de disminución de mortalidad neonatal lanzada por el SNS en cuatro Unidades Neonatales del país, donde junto a otras instituciones, tales como DOSMI, UNICEF, y OPS, conjuntamente a estas organizaciones estamos colaborando en su montaje y ejecución en lo que se integrara al plan de Control de Infecciones, los que serán responsables del Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) dentro de las unidades y de



esa manera disminuir mortalidad neonatal. Otra alianza importante fue el acuerdo interinstitucional firmado con la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA) para la realización de actividades conjuntas en los ámbitos de formación e investigación, que incluyen realización de internados, pasantías médicas, rotación de estudiantes, 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.

En cumplimiento con la responsabilidad social de la institución con la comunidad se ha realizado operativos médicos a favor de cientos de niños de Santiago donde participaron de forma voluntaria los diferentes departamentos del centro hospitalario, destacándose pediatría, neumología, dermatología, ortopedia, neurología, psicología y odontología.

Por otra parte, la institución ha mejorado la infraestructura, con la creación y habilitación de espacios para nuevas áreas. Destacándose el área de Neurodesarrollo, Intervención en Crisis, Atención Integral a los/las Adolescentes, Admisión, Aula Hospitalaria, Banco de Sangre. Donde se resalta el remozamiento y equipamiento realizado en las áreas, con el propósito de ofertar un servicio de calidad y calidez a los pacientes que acuden al centro en procura de atención. Además, Se inauguró el aula hospitalaria que viene a crear las condiciones para poder garantizar a los niños, que están ingresados en el centro, que va a seguir aprendiendo. Los pacientes han sido impactados con este espacio el cual imparte docencia en horarios matutino y vespertino.



A partir del inicio de la gestión de la Dra. López se han integrado nuevo personal de pediatría para los servicios presenciales, los cuales son realizados por un médico pediatra especialista en horario de 24 horas. Esto ha incidido en la disminución de la mortalidad infantil de nuestro centro. Con el objetivo de lograr que los trabajadores en el desempeño de sus labores cuenten con un estado de bienestar físico y mental es de vital importancia garantizar un adecuado descanso, por lo cual fueron habilitadas las áreas de descanso del personal de enfermería del centro. En otro orden se realizó una jornada de carnetización en el personal de la institución. Por otro lado, se inició la entrega de uniformes los departamentos de seguridad, consejería, recursos humanos. Se resalta que dicho uniforme se ha diseñado cumpliendo con los lineamientos de la identidad institucional. Además, se completo el proceso de señalización de la institución de acuerdo a los estándares establecidos por el SNS, procediendo a colocar la misión, visión y valores de acuerdo a la identificación de las diferentes áreas.

En este mismo orden juntamente con el departamento de control de infecciones se capacitaron 674 personas, incluidas personal de salud, pacientes y familiar de paciente sobre medidas de bioseguridad y lavado de manos. Esto se logró a través de 12 capacitaciones realizadas en el periodo de enero a noviembre de este año.

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. 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.

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 99.1% 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 2023, 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 cuenta con la aprobación de la Carta Compromiso Ciudadano.

Del total de las atenciones brindadas de manera ambulatoria durante el periodo comprendido de enero a noviembre 2023 en el área de consulta externa, se atendieron 87,373 pacientes, siendo la mayor demanda: las especialidades de Pediatría y Cirugía. Del total de



consultas ofrecidas para un 19.5 % correspondieron pacientes extranjeros. 28,546.

Por el servicio de emergencias asistieron 28,546 de las cuales 22,790 corresponden a dominicanos y 5,756 a extranjeros.

Actualmente el centro hospitalario cuenta con 189 camas, 20 cama para sala de Neonatal, 19 cama para Cuidado Intensivo, 15 cama para el área de Ortopedia, 20 cama destinada para el pre y post quirúrgico, 21 camas para el área de urgencia, 19 camas en emergencia, 9 camas en intermedio, 24 camas en la Unidad Hematológica, 15 camas en el área de lactante, 19 camas en área clínica, 28 camas en oncología y 10 camas en Aislamiento. Atendiendo a esta disponibilidad fueron hospitalizados un total de 10,547 pacientes.

Con un total de defunciones de 102 pacientes. Del total de defunciones un 34.3% correspondieron a mortalidad neonatal. Mientras los pacientes extranjeros para un 38.2%.

Durante la gestión se han realizados 243,901 pruebas de laboratorio. Del total de pruebas de laboratorio 78,306 correspondieron a pacientes extranjeros. Se realizaron alrededor de 73,616 servicios de imágenes. En relación con los procesos quirúrgicos se realizaron un total de 1,575 procedimientos quirúrgicos mayores. Del total de cirugías mayores 71 correspondieron a pacientes extranjeros. En cuanto a los procedimientos menores, fueron realizados en dicho periodo un total de 13,898 de los cuales un total de 111, 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.

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 Atención a Hemofilia
- Unidad de Hemodiálisis
- Unidad de Atención a paciente Falcémico
- Unidad de Quemados Dra. Thelma Rosario
- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Aula Hospitalaria

El centro cuenta con una capacidad aproximada para 184 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, Bioética, Transfusiones, 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	Neurodesarrollo

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	Unidad de Intervención en Crisis
Servicios de cirugía menor	Servicio de vacunación
Servicios de cirugía mayor	Unidad Materna y Adolescentes
Psicología	Planificación familiar
Consejería	Salud integral (SAID)
Transmisión vertical	Unidad Hematoncológica
Unidad Oncológica	Unidad de Quemados
Unidad Hemodialisis	Unidad de Hemofilia
	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 noviembre 2023 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 14 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
14. META SALUD



En relación con el monto facturado por ARS con comprobantes fiscales y gubernamental en el periodo de enero a noviembre del 2023, se evidencia un total facturado de 73,712,753.70, De este total 21,204,421.55 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 19,066,731.89. En cuanto a la facturación correspondiente a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 33,441,555.26 Se evidencia que en las ARS privadas también conocidas como régimen contributivo, los montos de facturación son superiores en relación con el régimen subsidiado. Este crecimiento es directamente proporcional al hecho de que el total de contratos con ARS ha incrementado, ya suman un total de catorce (14) las ARS contratadas por el centro.

En relación con el monto de ingresos de servicios ARS e ingresos percibidos en el periodo de enero a noviembre del 2023, se evidencia un total de ingreso de 77,352,570.93 De este total 11,480,578.36 correspondiente a ingresos del régimen subsidiado. Mientras que el total del monto ingresado correspondiente a Senasa Contributivo fue de 8,669,312.54 En cuanto a los ingresos correspondientes a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 21,937,678.34 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 casos puntuales que se formalizan. Además, se suman a este monto 18,043,466.67, por concepto de otros ingresos ARS, donde se reflejan casos puntuales de aseguradoras con las cuales no tenemos contrato formal.

En relación con el monto glosado en el periodo de enero a noviembre del 2023, se evidencia un total de glosa de 3,210,719.39 Del total facturado que asciende a 73,712,754.70 El monto glosado corresponde al 16% del monto facturado. Los



meses donde se evidencia los porcentos de glosa mayores en el periodo estudiado corresponden a los meses de marzo y mayo del 2023. Las glosas reflejadas pertenecen al régimen de Senasa Subsidiado y Senasa contributivo, las cuales son las ARS que realizan auditorías externas de manera habitual, en las demás ARS aún no se realizan las mismas.

Durante el periodo de enero a noviembre 2023, se incurrió en un gasto de nómina general interna por un total de RD\$11,753,237.09. Ascendiendo el gasto neto a pagar nómina general interna al monto de 10,221,186.99. Con un gasto de nómina complementaria para el periodo enero a noviembre del 2023 por un total de 3,104,040.00. 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, 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\$13,325,226.99



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 enero a noviembre 2023 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 48 acciones de personal de nombramientos, distribuidas de la siguiente manera:

- 01 Auxiliares de Enfermería
- 01 Licenciadas en Enfermería
- 19 Médicos Especialistas
- 02 Admisión
- 04 Posiciones Administrativas
- 01 Digitador.
- 02 Asistente Dental
- 01 Porteros
- 01 Secretaria.
- 05 Auditores Médicos



- 02 Psicólogos
- 06 Conserje
- 01 Auxiliar estadística
- 01 Auxiliar de cocina

En cuanto a las desvinculaciones tuvimos un total de 37, distribuidas de la manera siguiente:

- 01 sustituciones amparadas en el artículo 94 ley 41-08.
- 21 desvinculaciones, por renuncia.
- 04 desvinculaciones.
- 03 Pensiones.
- 06 traslados a otros centros.

Se recibieron 339 incapacidades por enfermedad común, 14 envió formulario Subsidio Maternidad, 476 Licencias, y se enviaron al IDOPRIL 05 por Riesgo Laboral.

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

Se socializó el proceso para la elaboración de Formularios de Evaluación de Desempeño para el periodo Enero -diciembre

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



Del calendario de Capacitación elaborado de manera conjunta por el Departamento de Recursos Humanos para el año 2023, se impartieron los siguientes cursos y charlas:

- Manejo efectivo del tiempo, viernes 28 de abril en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Manejo y resolución de conflictos, jueves 27 de abril en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Trabajo en equipo, martes 02 de mayo en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Relaciones humanas, lunes 24 de abril en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Comunicación asertiva, viernes 05 de mayo en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Atención al ciudadano y calidad en el servicio, jueves 05 de mayo en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Inteligencia emocional, martes 06 de junio en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Servicio al cliente, viernes 15 de septiembre en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Ortografía y redacción, miércoles 05 de julio en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Identificación con la empresa, miércoles 08 de noviembre en el salón de conferencia del HRIDAG.



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 noviembre 2023 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.

A partir del mes de enero 2023 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.

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 completo el 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 en el sexto lugar 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 abril 2022 se posicionó en el ranking para el mes de noviembre se encontraba con un índice de cumplimiento de 70.87%, desglosados a continuación:

- El indicador 1.01 Autoevaluación CAF, tenemos un 100 %.
- El indicador 1.02 Plan de Mejora CAF presenta un avance de 80 %
- El indicador 1.03 este indicador es el plan de Capacitación Anual se encuentra en un 78 %.
- El indicador 1.04 Estructura organizativa presenta un avance de 100 %.
- El indicador 1.05 Acuerdo del desempeño presenta un avance de 71 %.
- El indicador 1.06 de Evaluación del desempeño tiene un avance de 79 %.
- 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 90%



- El indicador 2.03 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil) presenta un avance de 61 %.
- El indicador 4.02 Satisfacción al usuario presenta un avance de 97. %.



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-noviembre del 2023, se ha realizado entrevistas televisivas y radial, rueda de prensa y dieciséis 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.



3.5 DESEMPEÑO DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE IAAS (PNCIAAS)

El año 2022, pasamos a formar parte y fuimos juramentados por el Programa Nacional de Control de IAAS (PNCIAAS), el cual está dirigido por el Viceministerio de Garantía de la Calidad. Este mismo año el PCI del HIRDAG, fue evaluado por el equipo que dirige el PNCIAAS de la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los servicios y Establecimientos de Salud y notifican que el centro alcanzó una puntuación de 402.5 puntos lo que establece que el nivel del programa de control de infecciones que hemos desarrollado pasó al **Nivel Avanzado**. Esto significa que Los componentes básicos de PCI están plenamente implementados según las recomendaciones de la OMS y apropiados para las necesidades del establecimiento.

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 de ocho componentes básicos según OMS, estos lo reorganizamos en tres:

1) **Vigilancia de las IAAS.**

Este componente de Vigilancia Epidemiológica es el principal mecanismo por el cual se obtiene la información del comportamiento de las IAAS en el HIRDAG. Para lograr este objetivo se utiliza una ficha de recolección de datos y seguimientos diarios de los dispositivos y procesos que se realizan con los pacientes. Además, este componente permite dar continuidad a la resistencia a los antibióticos, a la microbiología de las IAAS, y evaluar las medidas de control implementadas por el equipo. También se detectan los brotes y todos factores de riesgos que pueden afectar a los pacientes mientras están hospitalizados.

Durante este periodo enero-noviembre 2023, las acciones de este componente se enfocaron en:



- ✓ Continuar la vigilancia activa focalizada en Neonatología, Oncología, UCI-Pediátrico y de todos los pacientes con dispositivos en las demás áreas e iniciar la fase de implementación de vigilancia de los procesos quirúrgicos y de la Política Nacional de bioseguridad. Se vigilarán todos los procesos pre y post-operatorio, las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) y todos los factores que pueden afectar la salud del personal y de todos los usuarios.
- ✓ Realizar un monitoreo, evaluación del sistema de vigilancia, y la gestión para la sistematización en la recolección, tabulación, análisis y publicación de datos de calidad que permita tomar decisiones gerenciales y administrativas.
- ✓ Diseñar una ficha de recolección de datos para las áreas quirúrgicas que contenga la clasificación según tipos de cirugía, luego convertirla en una Ficha Única para la Recolección de Datos que ayude al fortalecimiento del proceso de vigilancia de los eventos adversos en el bloque quirúrgico con el fin de contar con información confiable, que contribuya en la implementación de acciones de prevención y control de ISQ de manera oportuna.
- ✓ Analizar los indicadores de calidad (densidad de incidencia, incidencia acumula carga mortalidad atribuible), diseñando intervenciones para disminuir IAAS y considerando los factores de riesgo (intrínsecos, extrínsecos, prácticas clínicas).
- ✓ **Registro de los distintos indicadores de calidad con énfasis en:**
 - 1- Neumonía Asociada a la Atención.
 - 2- Sitio Quirúrgico.
 - 3- Bacteriemia Asociada a Catéter.
 - 4- Bacteriuria Asociada a Dispositivo.
 - 5- Microorganismo multidrogorresistentes.
 - 6- Verificación de prácticas preventivas.



2) COMPONENTES PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS:

Estos dos componentes han permitido ir implementando las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de IAAS, sino también disminuir costos, morbimortalidad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” y que están relacionados con el paciente, los microorganismos, el medio ambiente y la práctica clínica. Las actividades de prevención y control de las infecciones, se caracterizan por la intervención de los factores de riesgos modificables, y para impactarlos se han implementado actividades que permiten identificar, evaluar, controlar o eliminar estos riesgos.

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 tienen otros factores que los hacen susceptibles de IAAS.

Las actividades estandarizadas, la capacitación, la supervisión y asignación de recursos, que han ido estructuradas a través de programas de prevención, vigilancia y control de IAAS, han demostrado que en países donde funcionan activamente se logra una disminución del 90% de estos eventos adversos. Es por esto que, en la actualidad en el HIRDAG, se realizan a través del PCI el seguimiento, supervisión y evaluación que los siguientes componentes:

- 1) Limpieza y desinfección de superficies hospitalaria.
- 2) Formación y capacitación en prevención y control de infecciones.
- 3) Higiene de las manos.
- 4) Detección y manejo de brotes.
- 5) Desechos hospitalarios.
- 6) Higiene y ornato.
- 7) Bioseguridad para el personal y usuarios.



- 8) Infraestructura, materiales y equipos para prevención y control de IAAS.
- 9) Inyección segura, flebitis, y uso de EEP.
- 10) Resistencia antimicrobiana y mapa microbiológico.
- 11) Desinsectación, desinfección y desratización.
- 12) Control microbiológico y clorificación del agua.
- 13) Inocuidad alimentaria y preparación de alimentos.
- 14) Esterilización de instrumentos quirúrgicos.
- 15) Control de las infecciones en lavandería.
- 16) Carga laboral, dotación de personal y ocupación de camas.



ACTIVIDADES UNIDAD COORDINADORA DE CONTROL IAAS



PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES HOSPITALARIA

En enero 2023, se realiza revisión de la ficha de verificación para la valoración de la limpieza y desinfección en las diferentes áreas del HRIDAG. Luego de las modificaciones se entrena a las supervisoras de limpieza y a la encargada de Bioseguridad para que puedan aplicarla. Esta consiste en un registro diario del monitoreo de limpieza y desinfección en baños, techo, paredes, piso, equipos y entorno del paciente que se realiza por las áreas cada día con la finalidad de retomar los puntos de mejora, hacer planes de limpieza general y los reportes correspondientes al departamento de mantenimiento y a otras áreas.



En **febrero 2023**: Ya que el personal es insuficiente se elaboran los cronogramas para realizar limpieza general por áreas de manera programada, formando teams cooperativa de varios compañeros y siguiendo las recomendaciones establecidas en el protocolo de limpieza y desinfección de superficie. Previo se realizaba una evaluación para luego hacer las diferencias del antes y el después.

En **marzo 2023**: Por solicitud de la directora Dra. Mirna López, se realizó un análisis de situación del Departamento de Mayordomía, con el objetivo de fortalecer las debilidades. Si bien la limpieza de un centro sanitario suele ser un proceso de soporte, es diferente en el HRIDAG, porque está incluida como uno de los componentes del PCI, y forma parte de la línea estratégica de seguridad del paciente: **la limpieza y desinfección de superficie excelente, es fundamental para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.** Por lo que es imprescindible abordar la situación que enfrenta de manera oportuna, transversal y eficiente. La herramienta utilizada para este análisis fue la del FODA, ya que permite **mantener las fortalezas, explotar más oportunidades, corregir las debilidades y afrontar las amenazas.**

La debilidad más importante encontrada es que el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón, viene presentado un déficit del personal de mayordomía que se ha ido incrementando con los años. Este análisis puede evidenciar que de una nómina interna de 50 colaboradores en la actualidad solo quedaban 26, no se han sustituido las 24 personas restantes porque muchas pertenecen a una nómina por cuota que no puede ser asumida por el SNS, por motivos diversos.

Esto duplica la carga laboral en el personal y los lleva a enfermar y a solicitar licencias tras licencia lo que es preocupante porque al contar con un personal disminuido van a diferentes áreas a cubrir. Situación que favorece a la transmisión cruzada, esto significa que llevan en la ropa, uñas, pelo y manos los microorganismos que son propio de un área a otra. Como consecuencia pueden



aumentar las IAAS, los días estancia, el uso de antibióticos, y por tanto el costo de hospitalización.

Al recibir este informe la dirección se tomó muy en serio la problemática y de manera persistente ha ido buscando soluciones posibles. Solicitó a las autoridades el nombramiento de personal, realizó varias reuniones con Control de Infecciones, Administración y Recursos Humano, quienes han diseñado un plan de trabajo que beneficia a los colaboradores. Como el hospital no cuenta con un personal fijo para los fines de semanas y feriados se acuerda formar 4 TEAMS, que puedan cubrir los servicios del mes de manera rotatoria, liberando 3 fines de semana que le servirá para su descanso y de esa maneja aligerar la carga laboral que llevan en este momento.

Posterior a este acuerdo, la dirección convoca a todos los colaboradores para agradecerle por mantener el hospital limpio a pesar de las debilidades, le explica el nuevo plan que se había coordinado. Aprovecha para pedirle su colaboración en la implementación del mismo, haciendo énfasis en que solo será por el tiempo requerido hasta que nombren nuevo personal y prometió que desde que llegue los nombramientos se realizará el teams de los fines de semanas y feriados, dándole la oportunidad a ellos de ser parte del mismo.

RECONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS, IDOPRIL

En **enero 2023**, se realiza la evaluación para identificar los factores de riesgos laborales en el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón. Para hacerla fueron enviados dos técnicos, quienes estuvieron por tres días realizando el proceso y al final nos asesoraron en materia preventiva colaborando así en el cumplimiento de lo establecido en las legislaciones correspondientes en lo relativo a la Prevención de Riesgos Laborales.



La Evaluación de Riesgos se realizó siguiendo los criterios establecidos en el Procedimiento de Evaluación de Riesgos del Servicio de Prevención del Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL). Para ello utilizaron las siguientes herramientas:

Evaluación de la Política de Gestión Preventiva: que tiene por objeto conocer los lineamientos y principales elementos con que cuenta la Organización para la gestión integral de riesgos, así como la estructura que soporta la gestión.

Evaluación de riesgos laborales: tiene como objetivo la identificación, evaluación y valoración objetiva de los posibles peligros y riesgos de accidentes de trabajo y/o enfermedades ocupacionales.

Para la obtención de datos se realizaron las siguientes acciones:

- Observación directa del centro: instalaciones, equipos y puestos.
- Entrevistas con personal de distintos puestos de trabajo.
- Recogida de propuestas e inquietudes de los trabajadores.
- Datos de todas las instalaciones generales, sistema de alarmas y de protección contra incendios, de las rutas de escape y evacuación, además ruta sanitaria e higiene y ornato.

Luego de la aplicación de dichos formularios realizaron un informe, el mismo se comparte en una reunión donde estuvo presente la dirección, Control de infecciones y Medicina Laboral, en esta los técnicos presentaron el análisis de todos los peligros encontrados, atendiendo a su grado de peligrosidad, generando las recomendaciones que tienen por objetivo eliminar o disminuir al mínimo el peligro existente.



IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA

Durante el mes de enero 2023: Para evaluar el nivel de bioseguridad en el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón se implementaron varios formularios. Estos permitirán realizar las mejoras en las diferentes áreas y departamentos.

Los formularios implementados en el establecimiento fueron:

1. Formulario de evaluación de limpieza hospitalaria.
2. Formularios de Supervisión de manejo de Desechos Hospitalario SNS.
3. Formulario de evaluación de bioseguridad en CEAS.

El método utilizado para la aplicación de los diferentes formularios fue mediante un estudio observacional y descriptivo, el cual permitió evaluar todas las áreas del hospital. Esta observación fue realizada por los miembros del equipo de Control de IAAS, la encargada de Bioseguridad y la encargada general del departamento de limpieza.

La observación permitió la visualización de hechos, según los criterios establecidos en los formularios. Las guías de evaluación contienen los diferentes ítems que fueron evaluados. Esta vez se evaluó el nivel de cumplimiento en limpieza, manejo de desechos y de Bioseguridad. Reciente se realizó la aplicación del nuevo formulario para la supervisión de manejo de residuos hospitalario.

Los resultados obtenidos con la de **Lista verificación de limpieza y desinfección:** fueron 95.9% Hemodiálisis, 95% Neonatología, 93.8% Aislamiento, 85.5% Área de Ortopedia, 90.1% Área Clínica, 78.6% en el Área Quirúrgica, 89.6% en Quirófanos, 79.5% Lactantes, 90% en UCIP, 75.7% Urgencia, 89.4% Oncología, 78.2% Emergencia, 76% Consulta, en Laboratorio 94%, Banco de sangre 95.5%, Imágenes 79.3%, Yeso 77%, Hospital de día 93%, Áreas Administrativas 90% y en RRHH 90%. La limpieza en el exterior alcanzó



78% y Ornato un 79%. Tomando en consideración los puntajes alcanzados se procederá a realizar un plan de mejora para aplicarlo a las áreas, y departamentos que obtuvieron las puntuaciones menores de 80%.

Con el **Formularios de Supervisión de Manejo de Desechos Hospitalario SNS** se evaluó: Generación, separación, transporte interno, almacenamiento temporal, EPP y evaluación médica, Transporte externo, Desechos comunes, Tratamiento de los desechos peligrosos y Procedimientos Final con un total de 71.5% de cumplimiento. Se continua con una puntuación sin cambio dado que las mejoras que se requieren son muy costosas. La dirección del hospital está realizando su mejor esfuerzo para ir cumpliendo con estas metas en la medida de lo posible.

Las debilidades que se identificaron al aplicar el **formulario de evaluación de bioseguridad en CEAS** son: Faltan 12 dispensadores de alcohol gel, para reponer los que se han deteriorado en las diferentes áreas. Queda pendiente conformar el Comité Ambiental de higiene de desechos hospitalario. Está en proceso de cotización para la construcción del almacén de desechos temporal porque el actual no cumple con las recomendaciones. Se está en proceso de aplicar el formulario de evaluación y adherencia a la Higiene de las manos de la OMS. Estas debilidades fueron integradas a un plan de mejora y para el mes de abril ya el hospital había adquirido 14 dispensadores de alcohol gel, lo cuales fueron colocados en los puntos de atención al paciente.

Se realizó una socialización de los resultados con la dirección y administración para elaborarlo ya se han logrado varios cambios, mientras que otros aún siguen pendientes.



HIGIENE DE EXTERIORES Y ORNATO

Durante el periodo de enero-noviembre 2023: con el objetivo de realizar una debida gestión de los residuos hospitalarios, tomando en cuenta que es de extrema importancia la neutralización de los posibles riesgos a la salud y al medio ambiente, para una adopción de procedimientos técnicos adecuados en el manejo de los diferentes tipos de residuos que se generan el HIRDAG. y luego de un análisis de situación realizado por la encargada de Bioseguridad y del componente higiene de exterior y ornato la Ing. Yessika Rodríguez, se convoca a reunión para compartir las debilidades y fortalezas identificadas en las evaluaciones internas. La convocatoria la realizó para el personal que se encarga de la recolección y transporte de residuos hospitalarios, a la gerente general de limpieza Sra. Yanilsa Almonte, a la gestora de hostería hospitalaria Sra. Angela María Díaz, y a Control de Infecciones.

En la esta reunión se identificaron como puntos de mejora: los problemas de eficiencia y cobertura de horarios en la recolección y transporte, mezcla de residuos peligrosos y no peligrosos, la higiene, organización y disposición final incontrolada, falta de educación del personal y de difusión de buenas prácticas relativas al manejo de los residuos, higiene del entorno hospitalario, entre otros aspectos. Como soluciones se acordaron los puntos siguientes:

- Que a partir de la fecha el Lic. Manauri Morel, enfermero de Control de Infecciones será también supervisor de este componente y realizará un trabajo coordinado con la Ing. Yessika.
- Se dividió al personal para que vinera cada fin de semana para realizar la recolección y transporte de los residuos. Como se cuenta con un personal limitado, se coordina con ellos que cada uno vendrá un fin de semana y luego que roten todos, se volverá a iniciar con el primero hasta que nombren más personal.



- El encargado de venir cada fin de semana también será el responsable de la limpieza del patio, priorizando las áreas de emergencia y los depósitos de residuos con sus alrededores.

También, Manauri y Yessika, encargados, dieron seguimiento diario, a todos los procesos monitoreando el trabajo realizado en el manejo de residuos y el patio exterior. Realizaron un **plan de mejora** por fase para el embellecimiento del entorno hospitalario, disminución de las ratas y eliminación de los criaderos de mosquitos. En una **primera fase** organizaron una jornada de descacharrización, en la misma participaron dirección, administración y mantenimiento. En la **segunda fase** realizaron identificación de un espacio para almacenamiento temporal que le permitiera reorganizar todos los trastos eliminados de las diferentes áreas hasta que Hacienda viniera por ellos. **Tercera fase** fue coordinada con mantenimiento y administración para la contratación de camiones y personal suficiente para la recolección, traslado y ordenamiento de los trastos.

En **mayo 2023**, se recibió un formulario para evaluación de higiene y ornato. Este cuenta con cuatro bloques a valorar: Infraestructura y fachada externa e interna del centro de salud, gestión de desechos y/o residuos, limpieza e higiene hospitalaria. El total de criterios que se evalúan son 46, con un valor individual es de 0.46 y la escala de valoración es de bueno, regular y malo alcanzando un 83%, lo que indica que se ha alcanzado una clasificación de bueno, pero continuaremos trabajando con los puntos de mejora para lograr una calificación mayor.



REUNIONES UNIDAD COORDINADORA DE CONTROL DE INFECCIONES.

A partir de enero se inician las reuniones de Control de Infecciones para evaluar las actividades e indicadores del PCI del año 2022 y realizar la planificación del año 2023. Después de la evaluación, se continua con la planificación del 2023 acordando realizar lo siguiente:

1. Formación continuada de los prevencionistas y epidemiólogos hospitalarios que integran la Unidad Coordinadora de Control de Infecciones con ST. JUDE, SODOEPIH, ASLACI, OPS/OMS, y otras agencias o sociedades.
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 equipo de antibióticos.
5. Revisión y creación de políticas.
6. Presentación de protocolos a los gerentes de las áreas críticas, lavandería y cocina y entrenarlos.
7. Evaluación de infraestructura para HM.
8. Aplicaciones de observaciones de HM.
9. Coloca infografía de los 5 momentos y técnicas correctas de HM donde falten.
10. Creación del Programa de monitoreo de la calidad del agua.
11. Elaborar el manual de Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Venoso.
12. Diseñar el cronograma de formación para el personal de Odontología acerca de Prevención y control de IAAS.
13. Realizar un cronograma de formación para las supervisoras de enfermería y las encargadas de áreas acerca de Prevención y control de IAAS.



14. Realizar vigilancia epidemiología de las IAAS.
15. Modificar y adaptar la hoja de vigilancia de las IAAS a todas las áreas.
16. Entrenar a la encargada de Hostelería y a la de Bioseguridad en prevención de las IAAS.

Se finaliza la reunión eligiendo los aspectos que se le darán prioridad en los próximos 6 meses, tomando en cuenta que el equipo iba a estar en Memphis del febrero 26 al 4 marzo presentando un proyecto en St Jude. Se acuerda dar prioridad a:

- 1) **EVALUACIÓN DEL PCI APLICANDO DIFERENTES INSTRUMENTOS.**
- 2) **VIGILANCIA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.**
- 3) **EVALUACION DE RIESGOS E INSTAURAR BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA.**
- 4) **EVALUACIÓN DE CARGA LABORAL.**
- 5) **FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES.**
- 6) **ESTRATEGIAS MULTIMODALES PARA LA HIGIENE DE MANOS.**
- 7) **PROGRAMA DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL AGUA.**
- 8) **PREVENCIÓN DE RIESGO Y VACUNACIÓN DEL PERSONAL.**
- 9) **REVISIÓN DE POLÍTICAS Y PROTOCOLOS CON GESTORES.**
- 10) **APOYO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA).**

También se realiza una reunión en el salón de dirección donde asistió el equipo de control de infecciones, dirección, subdirección médica y recursos humanos para tratar varios temas: 1) Realización de la política PROA, la misma estará a cargo



del Departamento de Infectología, y enfocada a la implementación del programa en el hospital. 2) La gestora de infectología la Dra. Genara Santana, informó que está gestionando con una fundación la aprobación de una central de mezcla y con OPS la asignación para el laboratorio de un equipo **VITEK® 2 Compact**, es un sistema integrado que combina las tareas de inoculación, incubación y lectura de las tarjetas. 3) La Dra. Loly Gil, Coordinadora del PCI presenta el programa de educación que se desarrollará en el hospital con el personal, e informa que el hospital fue invitado por St. Jude, para presentar el proyecto: **“Uso del enfoque de seis pasos para desarrollar un currículo educativo para la inserción y mantenimiento de catéteres vasculares periféricos en un hospital pediátrico en la República Dominicana”**

En marzo, abril, mayo 2023: La Dra. Mirna López, en calidad de presidenta del programa de control de Infecciones convoca a reunión al equipo del PCI y a los gerentes de cirugía, enfermería, subdirección médica y pediatría para elaboración de un análisis de situación del bloque quirúrgico con los nuevos gestores del departamento. Realizarlo tomó un periodo de dos meses en donde se identificaron las debilidades, fortalezas, las oportunidades y las amenazas. En el intermedio se realizan dos reuniones para revisar los avances de la investigación y otra para presentar las Recomendación de prácticas y Estrategias para prevenir infecciones del sitio quirúrgico en hospitales de cuidados agudos: actualización 2022 por SHEA/IDSA/APIC.

Para la presentación del análisis fueron invitados todos los cirujanos que forman el bloque quirúrgico al edificio empresarial de laboratorio ROWE y fue realizada por la Dra. Gil, quien resaltó: número de cirugías realizadas, por ciento de pacientes infectados según el tipo de cirugía, pacientes con infección presente a su ingreso, cantidad de pacientes egresados, cantidad de pacientes reingresados, debilidades a reforzar en los quirófanos y en planta. Luego se le realiza la propuesta de un plan para disminuir los factores de riesgo de ISQ, aplicando las



estrategias de las agencias reguladoras. La Dra. Mirna, le expresó que este plan fue presentado con la intención de conocer si ellos estaban dispuestos a colaborar para ponerlo en marcha, a lo que todos le expresaron que sí.

El plan de prevención de ISQ propuesto contempla:

- ✚ Solicitud al Dr. Luis Elpidio Feliz entrenamiento y asesoría.
- ✚ Entrenar curso en control de IAAS a los colaboradores del Bloque Quirúrgico.
- ✚ Seleccionar personal de enfermería y médicos que vigilen los procesos en los turnos matutino y vespertino.
- ✚ Enfermería ser agente multiplicador para los servidores, paciente y familiar.
- ✚ Confeccionar una lista de verificación de cumplimiento de procesos.
- ✚ Realizar un protocolo de cura.
- ✚ Elaborar un manual para la profilaxis antibiótica según tipo de cirugía y casos.
- ✚ Inducción obligatoria a los residentes que rotan por el bloque Qx.
- ✚ Aplicar un programa de limpieza con personal entrenado.
- ✚ Mover central de esterilización al primer nivel.
- ✚ Médico cirujano clasifique tipo de cirugía en el expediente y colocar a SAMMY.
- ✚ Crear un sistema de información efectivo formado por Microbiología, Infectología, Encargados de áreas de Enfermería, Gerentes del Bloque Quirúrgico y Control de IAAS, para notificar al médico cirujano y médico de cabecera de inmediato ante caso de ISQ con el fin de que se dé seguimiento.
- ✚ Solicitar que realice desinfección recomendada de los equipos médicos quirúrgicos.
- ✚ Que los cirujanos informen a los pacientes el tiempo sin cura y cuidados que deben tener.



- ✚ Planificar reuniones una vez al mes para seguimiento y retroalimentación.



ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PARA ENFERMERÍA: USO DEL ENFOQUE DE SEIS PASOS PARA DESARROLLAR UN CURRÍCULO EDUCATIVO PARA LA INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES VASCULARES PERIFÉRICOS.

Durante el periodo enero-marzo 2023: El equipo de control de infecciones se reunió cada semana con la Dra. Miguela Canaza con la finalidad de elaborar el currículo educativo. En cada sesión se fueron presentando los temas de los módulos educativos para su revisión y aprobación. También se realizó la inclusión de nuevos miembros de St. Jude y de México al proyecto. Se dedicó varias sesiones para la confección, y aprobación del poster para presentarse en el congreso de St. Jude/PIDS Pediatric Infectious Diseases Research Conference que se celebró del 1 al 3 de marzo en Memphis.

En representación del HIRDAG, en esta actividad asisten: Genara Santana, María D. Gil, María Ysabel Morel y Manauri Morel.



PROGRAMA DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL AGUA

En febrero 2023: Se inicia la implementación del programa de monitoreo de la calidad del agua hospitalaria, como le establece la OMS. El equipo de Control de Infecciones realiza monitores continuos del agua hospitalaria con la finalidad de garantizar que está sea potable en todos los puntos de atención al paciente haciendo énfasis especial en las áreas donde están los pacientes más vulnerables y críticos. Es por eso que se realiza toma de muestra de agua para análisis bacteriológico de las áreas siguientes: Unidad de Neonatología, UCI Pediátrico, Quirófanos, Oncología, Hemodiálisis, Salas de cirugía, y la Cisterna. Esta toma de muestra fue realizada por la licenciada encargada del Sistema Ósmosis de Hemodiálisis, quien tiene varios entrenamientos, de esa manera se garantizó el cumplimiento los requisitos solicitados en los protocolos de OMS.

También se lleva el registro de clorificación de la cisterna y los niveles de cloro residual en todas las áreas de hospitalización con la finalidad de que sea óptimo, evitando con ello la multiplicación de bacterias que su habitad es el agua, y que son muy perjudiciales en el entorno hospitalario.

En esta fase de implementación del programa se realiza una reunión con la encargada de Bioseguridad y se llega a los siguientes acuerdos:

- 1) Control de infecciones informará a las áreas afectadas acerca de algún resultado microbiológico positivo.
- 2) Instruirá al personal de estas áreas para que aumenten el uso de alcohol gel para la higiene de las manos hasta que aumente el nivel de cloro residual y eviten usar el agua en procedimientos del paciente en especial los que tienen cirugía, catéteres y heridas.
- 3) Medir y aumentar la frecuencia y cantidad de cloro en la cisterna si fuere necesario.



- 4) La ingeniera de Bioseguridad Hospitalaria se encargará de controlar que al menos dos veces al día sean verificados los niveles de pH y cloro y de corregir las anomalías que puedan detectarse.
- 5) Mantener en todas las áreas un nivel de cloro residual libre entre 0,5 - 2 ppm, bromo entre 2- 5 y un pH entre 7,2 y 8 y reportarlo cada día a control de infecciones.
- 6) Se volverá a repetir el análisis microbiológico del agua una semana después de aumentar el nivel de cloro residual.
- 7) Mientras se confirma el nivel correcto de cloro residual se recomienda que se le agregue 5 gotas de cloro al agua que será utilizada para higienizar los pacientes de estas áreas.
- 8) Monitorear la limpieza, desinfección y estado de la cisterna.

En abril 2023: Como parte del programa de monitoreo de la calidad del agua se solicita la contrata de una empresa para que realice limpieza y desinfección de la cisterna. Previo se realiza una entrevista con el representante para coordinar todo el proceso.



PROGRAMA DE DESINFECCIÓN, DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN HOSPITALARIA

En el **mes de febrero** se pone en marcha el programa intensivo de control de plaga en el servicio de Alimentación, Nutrición y Dietética del HIRDAG. Este programa contempla: Capacitación, limpieza y desinfección, Medidas para impedir el acceso, anidamiento e infestación, Vigilancia, detección, seguimiento, supervisión continua y Tratamientos contra plagas.

- A) El **plan de limpieza y desinfección** se realiza en coordinación con el departamento de limpieza, Hostelería Hospitalera y administración. Este contiene las acciones que se van a realizar de manera sistematizada respondiendo a las siguientes preguntas:
- **QUÉ** limpiamos: incluyendo exterior e interior: alrededor de la cocina, los desagües, los extractores, estufas, cuarto de almacenamiento, puertas, paredes, utensilios, equipo, contenedores de basura y vehículos de transporte; también la ropa de trabajo y el propio equipo de limpieza ya que los insectos pueden usarlos para esconderse.
 - **CÓMO** limpiamos: la descripción del procedimiento a seguir le fue explicado a los supervisores en varias reuniones de coordinación. Y para el personal de cocina se realizaron dos reuniones, donde se le dieron las orientaciones necesarias.
 - **CON QUÉ** limpiamos: se les indicó los productos que podían ser utilizados y poner agua caliente para remover la grasa y el hábitat de las cucarachas.
 - **CUANDO** limpiamos: se elaboraron cronogramas de limpieza con la frecuencia de las operaciones y los horarios.



- **QUIÉN** limpia y **QUIÉN** supervisa: Para cada turno se identificaron las personas designadas por áreas a limpiar y los responsables de dirigir y supervisar. También se agregaron a esta lista la dirección, administración, control de infecciones, la encargada de hostelería hospitalaria y la encargada de bioseguridad.
- B) El plan de capacitación manejo integral de plagas** se realizó durante los meses **marzo y abril**. La Dra. Loly Gil, impartió tres capacitaciones acerca de control de plagas, en la que participaron: la gerente de cocina Dra. Paola Bretón, los supervisores de las tandas matutina y vespertina, la encargada de Hostelería Hospitalaria, la encargada general de limpieza, la encargada de Bioseguridad, el gerente de mantenimiento y dos personas de su equipo que se encargaran del proceso de fumigación.

El **contenido revisado en este curso** fue: Presentación de las plagas más comunes en los hospitales: Las Moscas, Los roedores, Las cucarachas, Los mosquitos y Los chinches. 2) Áreas vulnerables o en riesgos. 3) Clasificación de las áreas de hospitalización. 4) Manejo integral de plagas. 5) Técnicas de prevención. 6) Plaguicidas hospitalarios aprobados por OMS y agencias internacionales. 7) Clasificación de los plaguicidas. 8) Métodos de aplicación según las áreas.

C) Medidas para impedir el acceso, anidamiento e infestación

Para evitar la aparición de estas plagas se están aplicando unas medidas generales de prevención en los alrededores del hospital y en las áreas de Emergencia, Urgencia, y hospitalización, teniéndose en cuenta los siguientes requisitos mínimos:

- Se colocará un lavadero de acero inoxidable con meseta para la inspección de todas las compras antes de proceder a guardarlas porque la principal fuente de entrada de insectos a la cocina son las fundas y las cajas que vienen del supermercado y del hospedaje.



- Los alrededores de las instalaciones se mantendrán limpios y libres de cualquier material que pudiera constituir un foco de multiplicación de estas plagas. Se conservarán recortados y con la hierba baja para evitar zonas de anidamiento.
- Se evitará el almacenamiento exterior de basura en fundas, maquinaria en desuso u otros materiales; en caso de que las hubiera y no se pueda mover a otro lugar, se respetará el perímetro de inspección a la pared, dejando espacio suficiente para llevar a cabo operaciones de limpieza y control de plagas.
- Se revisará la infraestructura interna y externa para que las instalaciones se adecuen de forma que se evite la entrada de insectos y roedores del exterior:
 - ✚ Asegurando la hermeticidad de huecos y grietas.
 - ✚ Sellando registros de drenajes.
 - ✚ Utilizando desagües sifonados y con malla.
 - ✚ Colocando Screens en las ventanas o sellándola para evitar que las abran.
 - ✚ Manteniendo las puertas cerradas o reparar todas las puertas de cierre automático.
- Se controlará, y supervisará de manera continua, como medida de prevención para evitar la multiplicación de plagas, 1) **el almacenamiento correcto** (paletización de mercancías, rotación y uso de cajas plásticas) 2) **la eliminación de residuos y desperdicios**, la deben realizar en el momento que se generan o lo antes posible, 3) **control total de entrada de alimentos a las áreas de hospitalización, urgencia y emergencia** informando a los familiares que pueden comer en el área diseñada para ellos al lado de cafetería. 4) **evitar la entrada de fundas y de gran**



cantidad de bultos, informando a los familiares los riesgos de traerlos al hospital.

- La disponibilidad de alimentos, grasa y de agua acumulada favorece el anidamiento y la infestación de las plagas por lo que deben ser eliminados los criaderos desde que sean identificados.
- Las posibles fuentes de alimentos deberán guardarse en recipientes cerrados a prueba de plagas o almacenarse por encima del nivel del suelo y lejos de las paredes y se debe evitar depositar desechos de alimentos en los drenajes.
- Las zonas interiores y exteriores de los cuartos destinados a los productos alimenticios deberán mantenerse limpios, desinfectados y organizados.
- Los desperdicios se almacenarán en recipientes tapados a prueba de plagas, excepto que se deban gestionar de otra manera.

D) Vigilancia y detección de plagas.

La vigilancia y detección de plagas es realizada a través del examen diario de las instalaciones y zonas circundantes para detectar infestaciones, y combatirla con medidas preventivas que fueron aprendidas en la capacitación, limitando de esta forma la utilización de plaguicidas únicamente a cuando fuere necesario y sobre la plaga existente y cumpliendo el cronograma establecido.

El objetivo de la vigilancia es detectar la presencia de plagas mediante procedimientos adecuados y evaluación de los resultados. Para poder valorar estos resultados, se describieron los niveles poblacionales. Cuando superaron esos niveles se procedió actuar sobre las causas del aumento, y a la vez se inició el proceso de aplicación de tratamiento que garantizara la eliminación de la plaga detectada.



La monitorización o vigilancia también incluyó conseguir información acerca de la presencia de insectos, de su localización, de su intensidad, de los momentos del año en que son más numerosas, etc. antes de que se constituya en plaga, y que normalmente, es antes de ser detectadas visualmente.

E) Tratamientos utilizados contra las plagas

Después de aplicar las medidas de prevención, el plan de control de plagas contempla un sistema de eliminación de estas cuando se convierten en una infestación, por lo que se actuó de manera inmediata, cuidando la inocuidad de los alimentos. En la elección de las medidas de erradicación se seleccionaron de forma prioritaria los métodos físicos los que fueron muy efectivos para la desratización, y para los insectos en último término se procedió al tratamiento con productos plaguicidas.

Los plaguicidas utilizados fueron seleccionados cumpliendo con los requisitos establecidos por las agencias reguladoras, posterior a una exhaustiva revisión de las fichas técnicas de cada producto, temiendo prioridad los que son avalados por OMS. Realizado este paso fueron presentados por control de infecciones al equipo de trabajo de cocina, mantenimiento, bioseguridad, limpieza, hostelería hospitalaria y administración para su aprobación e implementación no solo en los Servicios de Alimentación y Nutrición, sino en todas las áreas del hospital donde fuere necesario su aplicación.

Antes de elegir una empresa que realizara el tratamiento con plaguicidas en el **Servicio de Cocina y Nutrición**, se procedió a evaluar que la seleccionada estuviera autorizada por el SNS, y certificada por MSP, Medio Ambiente, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Agricultura y con todos los permisos al día. Además, debía disponer del personal especializado y entrenado para la aplicación del tratamiento. Se le solicitó la entrega de un documento acreditativo que recogiera todos los datos de la evaluación y del proceso de fumigación realizado.



Igualmente, se le solicitó una confirmación de las medidas de seguridad que iban a utilizar y que eran necesarias para evitar la contaminación de las materias primas y demás objetos que vayan a estar en contacto con los alimentos.

Se realizan dos fumigaciones con la empresa seleccionada y previo a las misma el equipo de Control de Infecciones se reúne con el Servicio de Alimentación, el Departamento de Limpieza, Hostelería Hospitalera, Mantenimiento, Administración y Compra para coordinar un operativo de limpieza y desinfección que se realizaron posterior al proceso de desinsectación para eliminar los residuos del plaguicida de las áreas de preparación de alimentos y de los espacios de almacenamiento de frutas, vegetales, víveres y suministros.



Curso Intensivo de Control de Infecciones para Prevencionistas de Infecciones(Español)

Componente A-Distancia Cohorte del 2023

En **febrero-mayo 2023**, 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:

Altagracia Hernández

Enfermera de Oncología Pediátrica
Hospital Regional Infantil
Dr. Arturo Grullón

Compartir mis conocimientos e implementarlo en la institución.

"Conocimiento, empoderamiento y practica"

Santiago, República Dominicana



St. Jude Global

Gretchen Fernandez

Pediatra Encargada de Cuidados Paliativos
Hospital Regional Infantil
Dr. Arturo Grullón

Aplicar los conocimientos adquiridos para fortalecer el programa de control de infecciones en la unidad donde trabajo.

"Conocerno es suficiente, hay que practicar"

Santiago, República Dominicana



St. Jude Global

Omar Despradel Hernández

Médico Asistente del
Departamento de Infectología Pediátrica
Hospital Regional Infantil Universitario
Dr. Arturo Grullón

Planeo fortalecer el programa de control de infecciones de mi centro.

"Educación continuada pragmática"

Santiago, República Dominicana



St. Jude Global

Yaniris Robles Rodríguez

Pediatra Infectóloga
Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón

Participar activamente aplicando los conocimientos en las mejoras del programa de control de infecciones de mi institución.

"Enseñanza imprescindible"

Santiago, República Dominicana



St. Jude Global



El curso se divide en dos segmentos, uno a distancia y otro práctico presencial en México. El componente a distancia tuvo una duración de 9 semanas. Este curso proporciona el conocimiento básico en los procesos infecciosos, 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. Para el componente presencial se realizará una reelección de todos los participantes e informaran quienes participaran en el mes de agosto 2023.



PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA): UNA VISIÓN PRÁCTICA

Curso virtual

En marzo 2023: El equipo inicia la capacitación en PROA, con la finalidad de participar en el proceso implementación en el HIRDAG. La sesión es en vivo del *Curso Virtual PROA* a través de la plataforma zoom, con la participación de varios maestros especialistas en el tema, y algunos invitados. La finalidad es entrenar para certificar a los miembros del equipo PROA de los hospitales de América Latina que quieren implementarlos. El curso de EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA BIOMÉRIEUX 2023, tendrá una duración de 7 meses con tres clases por mes.



CELEBRACIÓN DÍA MUNDIAL HIGIENE DE LAS MANOS



En mayo 2023: 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.


Este año se organiza la conmemoración de este día junto con OPS/ MSP/ PNCIAAS/ REGIONAL y los directores de los hospitales de la regional. El acto fue encabezado por el ministro de Salud, doctor Daniel Rivera, y contó con la participación de la Licda. Olivia Brathwaite, representante interina de la Organización Panamericana de la Salud. También asistieron el Dr. José Antonio Matos, viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios; Manuel Lora Perelló, en representación del SNS, y Mirna López, directora del Hospital Regional Arturo Grullón. El Dr. Rivera destacó que en este año la campaña está dirigida a las organizaciones de la sociedad civil, trabajadores de la salud, tomadores de decisiones y, de manera especial, a los equipos de prevención y control de infecciones de los centros de salud. De su parte, Olivia Brathwaite, representante interina de la OPS, hizo énfasis en la necesidad de la higiene de manos y las estrategias de impacto en el control de las infecciones.



La directora del hospital pediátrico, Mirna López, valoró la importancia del programa de prevención de Control de Infecciones del centro, el cual tiene la finalidad de que todo el personal de salud prevenga enfermedades cruzadas con la debida higiene de manos. La Dra. María Dolores Gil, coordinadora del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas y Atención de Salud (IAAS) del hospital, presentó la experiencia de éxito alcanzada el Programa de Higiene de las manos desde el 2018 al 2023.

Qué logramos -Nivel de HM

2. Determine el «Nivel de higiene de las manos» asignado a su centro.



Puntuación total	Nivel de higiene de las manos	
0 - 125	Inadecuado	2018
126 - 250	Basico	2019
251 - 375	Intermedio (o consolidado)	2021
376 - 500	Avanzado	

2023



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

VICEMINISTERIO DE
GARANTÍA DE LA CALIDAD



INDICADORES DE CALIDAD Y GESTIÓN DE DATOS DEL PCI

Durante este periodo enero-noviembre 2023: 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 multidroga-resistentes para activar los protocolos según el caso. Al comparar 2018 y 2023 se puede exhibir una reducción significativa en los indicadores siguientes:

- Programa control de infecciones 83.4%
- Prevalencia puntual de IAAS 32% a 10%.
- Cambiar mapa microbiológico.
- Mortalidad UCIN 20% a 8.05%.
- Mortalidad UCIP 20%
- Día estancia promedio 3.87 días.
- Relación lavabos cama 1:4
- VM 28.6 a 5.5 DI
- ITU 10.3 a 2.1 DI
- ITS 15.9 a 1.4 DI
- ISQ 7.8% a 1.2%
- Educar en HM al 90% del personal
- Nivel de adherencia a la HM 52.5%
- Limpieza y desinfección 100%
- Uso alcohol gel, papel toalla
- Instaurando PROA

