

INFORME

ENERO-MAYO 2024



HOSPITAL
REGIONAL INFANTIL
DR. ARTURO GRULLÓN

MEMORIAS
ENERO-MAYO 2024

Dra. Alicia Rivas
Directora General

Dra. Laura Pena
Subdirectora Médica

Lic. José Santos
Administrador

Lic. José Luis Liz
Recursos Humanos

Dra. Judy Paola Hurtado Tovar
Planificación y Desarrollo

Ing. Fanny Peralta
Encargado de Calidad

Elaborado por
Dra. Isi Ortiz
Asesora de Planeación y Desarrollo

TABLA DE CONTENIDOS

Memoria enero-mayo 2024

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 2024

I. Resumen Ejecutivo



Durante el periodo comprendido desde enero hasta mayo del 2024, 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 mayo del año 2024, donde el centro fue dirigido hasta febrero 2024 por la Dra. Mirna López y a partir del 27 febrero hasta la fecha por la Dra.

Alicia Rivas. 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 Planeación y desarrollo. De este modo y con el propósito de eficientizar la gestión de datos, se han implementado un nuevo sistema de gestión de datos SAMI, en todas las áreas del Hospital, 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.

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 odontología pediátrica, con la adquisición de nuevos equipos. Realizando el primer servicio de odontología pediátrica con anestesia general a favor de los niños con discapacidad. El laboratorio clínico de nuestro centro fue dotado de modernos equipos que permitirán aumentar el menú de pruebas ofertadas. Así también se cuenta con la automatización del laboratorio de microbiología por medio del sistema VITEK. En ese orden el laboratorio clínico se encuentra sistematizado por medio del programa PROBETA, diseñado según los estándares internacionales ISO-15189 e ISO-9001. Este sistema ayuda a reducir costos e incrementar la productividad, eliminando el error humano, ahorrando el tiempo de trabajo y tiempo de entrega de resultados.

En otro orden se han logrado establecer alianzas estratégicas con organismos nacionales e internacionales. Destacándose la firma del acuerdo con ARS Universal para brindar servicios a los afiliados. El

Programa de optimización de antibióticos (PROA) que viene a aportar en la disminución de la mortalidad infantil y neonatal. Otro logro de la gestión es la recepción de un aporte económico del Voluntariado Jesús con los Niños, destacando la gran labor realizada por medio de dicho organismo a favor de la niñez.

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. En este mismo orden se realizó una jornada de reforestación y limpieza de centro hospitalario.

Por otra parte, la institución ha mejorado la infraestructura, con la creación y habilitación de espacios para nuevas áreas. Destacándose el aporte realizado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) de una cabina acústica insonorizada para el Programa de Detección Temprana del Déficit Auditivo, la cual permite realizar estudios de audición de manera precisa, confiable y de calidad a los pacientes que lo requieren. Esta cabina acústica es una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías auditivas. 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. En ese orden el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón recibió un equipo de última generación, un Arco en C, de parte del Servicio Nacional de Salud (SNS), con el objetivo de seguir fortaleciendo los servicios quirúrgicos y de trauma a favor de los pacientes pediátricos de la región norte del país. El Arco en C es un equipo de rayos X que permite obtener imágenes en tiempo real durante los procedimientos quirúrgicos, y permite a los

cirujanos realizar intervenciones más precisas y menos invasivas, en tanto que la recuperación del paciente se produce en menor tiempo. Este viene a fortalecer la infraestructura, siendo un equipo médico que permitirá realizar procedimientos quirúrgicos más complejos y precisos en el bienestar de los pacientes, el cual va a impactar positivamente de manera inmediata a la población, con el aumento de la calidad de los servicios, reducción de la lista de espera de cirugía y los referimientos.

Cabe resaltar que el servicio de ortopedia realiza semanalmente cirugías programadas de columnas. Además de que periódicamente realiza jornada de cirugías de columnas, en convenio con la fundación Pediatric- Orthopedic Project (POP). En ese mismo orden se han operado pacientes con trastornos neuromusculares como la parálisis infantil. En el Programa de Pie Equino-varo se realizan procedimientos de alargamiento de tendón de Aquiles, permitiendo la resolución temprana de esta patología, lo cual viene a mejorar considerablemente la calidad de vida de estos pacientes. Se destaca que actualmente se cuenta con un servicio de cirugía cardiovascular el cual realiza procedimientos de corrección de cardiopatías congénitas y de igual modo realiza jornadas de cirugías cardiovasculares de forma periódica en colaboración con diversas fundaciones nacionales e internacionales.

Además, Se recibió un reconocimiento al aula hospitalaria por el éxito en la educación ofertada a los pacientes ingresados en nuestro centro de salud, ya que creo 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.

En este mismo orden juntamente con el departamento de control de infecciones se capacitaron 345 personas, incluidas personal de

salud, pacientes y familiar de paciente sobre medidas de bioseguridad y lavado de manos. Esto se logró a través de 9 capacitaciones realizadas en el periodo de enero a mayo 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. Alicia Rivas 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% 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 periodo enero a mayo 2024, 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 mayo 2024 en el área de consulta externa, se atendieron 38,884 pacientes, siendo la mayor demanda: las especialidades de Pediatría y Cirugía. Del total de consultas ofrecidas para un 9 % correspondieron pacientes extranjeros.

Por el servicio de emergencias asistieron 14,714 de las cuales el 80 % corresponden a dominicanos y 20% a pacientes extranjeros.

Actualmente el centro hospitalario cuenta con 188 camas, 20 cama para sala de Neonatal, 11 cama para Cuidado Intensivo, 12 cama para el área de Ortopedia, 20 cama destinada para el pre y post quirúrgico, 22 camas para el área de urgencia, 19 camas en emergencia, 9 camas del área dengue, 19 camas en sala clínica, 3 camas en intervención en crisis, 28 camas en la Unidad Hematológica, 15 camas en el área de lactante, 19 camas en área clínica y 10 camas en Aislamiento. Atendiendo a esta disponibilidad fueron hospitalizados un total de 5,010 pacientes. De los cuales el 89% corresponde a pacientes dominicanos y el 11% pacientes extranjeros.

Con un total de defunciones de 95 pacientes. Del total de defunciones 73 correspondieron a mortalidad neonatal. Mientras 22 correspondieron a pacientes extranjeros para un 24%.

Durante la gestión se han realizados 124,326 pruebas de laboratorio. Del total de pruebas de laboratorio el 12% correspondieron a pacientes extranjeros. Se realizaron alrededor de 34,949 servicios de imágenes. Del total de imágenes 7%

correspondieron a pacientes extranjeros. En relación con los procesos quirúrgicos mayores se realizaron un total de 712 procedimientos quirúrgicos mayores. Del total de cirugías mayores el 12% correspondieron a pacientes extranjeros. En cuanto a los procedimientos menores, fueron realizados en dicho periodo un total de 1,076 de los cuales un total de 13%, correspondieron a pacientes extranjeros. En relación con los procedimientos odontológicos se realizaron un total de 6,775 servicios odontológicos, de los cuales el 11% 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 188 camas distribuidas en área clínica, quirúrgicas, urgencias, ortopedia, lactantes, 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 192 médicos especialistas y subespecialistas, con 53 médicos residentes de pediatría, 2 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 Dengue
	Unidad de Intervención en Crisis
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 Hematológica
Transmisión vertical	Unidad de Quemados
Unidad Oncológica	Unidad de Hemofilia
Unidad Hemodiálisis	Unidad de Mama Canguro
Programa Audiología	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 mayo 2024 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 16 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
15. ARS UNIVERSAL
16. ARS CMD

En relación con el monto facturado por ARS con comprobantes fiscales y gubernamental en el periodo de enero a mayo del 2024, se evidencia un total facturado de 35,386,194.97. De este total 13,578,100.03 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 9,862,535.93. En cuanto a la facturación correspondiente a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 11,945,559.01. 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 dieciseis (16) 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 mayo del 2024, se evidencia un total de ingreso de 31,839,075.91. De este total 9,072,686.15 correspondiente a ingresos del régimen subsidiado. Mientras que el total del monto ingresado correspondiente a Senasa Contributivo fue de 11,881,627.22. En cuanto a los ingresos correspondientes a otras ARS privadas, en dicho periodo el monto asciende a 10,634,762.54. 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 250,000.00, 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 mayo 2024, se evidencia un total de glosa de 786,999.28. Del total facturado que asciende a 35,386,194.97. El monto glosado corresponde al 2.2 % del monto facturado.

Durante el periodo de enero a mayo 2024, se incurrió en un gasto de nómina general interna por un total de RD\$5,442,794.65. Ascendiendo el gasto neto a pagar nómina general interna al monto de RD\$4,774,543.60. Con un gasto de

nómina complementaria para el periodo enero a mayo 2024 por un total de RD\$3,178,540. 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\$7,199,094.65

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 mayo 2024 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 9 acciones de personal de nombramientos, distribuidas de la siguiente manera:

- 01 Auxiliares de Enfermería
- 04 Médicos Especialistas
- 02 Seguridad
- 01 Secretaria
- 01 Bioanalista

En cuanto a las desvinculaciones tuvimos un total de 13, distribuidas de la manera siguiente:

- 09 desvinculaciones, por renuncia.
- 04 desvinculaciones.

Se recibieron 385 incapacidades por enfermedad común, 20 envió formulario Subsidio Maternidad, y se enviaron al IDOPRIL 13 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 2024, se impartieron los siguientes cursos y charlas:

- Manejo efectivo del tiempo, jueves 25 de enero en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Relaciones humanas, viernes 22 de marzo en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Comunicación Efectiva, viernes 26 de abril en el salón de conferencia del HRIDAG.
- Liderazgo, martes 28 de mayo 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 mayo del 2024 las actividades programadas se han estado cumpliendo de manera satisfactoria y en los plazos estipulados.

A partir del mes de enero 2024 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 prioriza la Carta Compromiso al Ciudadano, que sirve 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 vigésimo tercero lugar en el ranking de Centros hospitalarios evaluados a nivel nacional. Estamos presentando debilidades de alcance en algunos criterios a evaluar de la gestión clínica. Encontrándonos con un índice de cumplimiento de 67.47%, desglosados a continuación:

- El indicador 1.01 Autoevaluación CAF, tenemos un 100 %.
- El indicador 1.02 Plan de Mejora CAF presenta un avance de 60 %
- El indicador 1.03 este indicador es el plan de Capacitación Anual se encuentra en un 60 %.
- El indicador 1.04 Estructura organizativa presenta un avance de 100 %.
- El indicador 1.05 Acuerdo del desempeño presenta un avance de 97 %.
- El indicador 1.06 de Evaluación del desempeño tiene un avance de 97 %.
- El indicador 2.01 Plan Operativo Anual POA se encuentra con un 58 %.
- El indicador 2.02 Control de almacenamiento e inventario de Insumos está en un 95%
- El indicador 2.03 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil) presenta un avance de 73 %.
- 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, Prensa, Digital y Redes Sociales.

Durante este año, desde el periodo de enero-mayo del 2024, se han realizado entrevistas televisivas y radial, rueda de prensa y dieciocho 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 las noticias de mayor relevancia en el portal de transparencia, en el sitio web de noticias de nuestra institución.

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, llevó a varios medios de comunicación a la Directora del centro para promocionar la cartera de servicios y actividades, incluso especialistas de áreas promovieron y trataron temas de salud desde la prevención y los servicios que esa unidad ofrece.

También, fueron difundidos audiovisuales instructivos y educativos en las redes sociales y en las pantallas TV de intercomunicación hospitalaria.

El departamento RRHH en este periodo, con el compromiso de responsabilidad social realizó jornadas de reforestación, limpieza y ornato; campaña de Sensibilización del uso responsable del agua y la energía, las actividades están publicadas en el sitio web y redes.

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.

1. El Hospital Infantil Arturo Grullón adquiere nuevo equipo odontológico.
2. Directora del Hospital Infantil Arturo Grullón recibe reconocimiento de Educación por el éxito de su Aula Hospitalaria.
3. Hospital Infantil Arturo Grullón y ARS Universal firman acuerdo para brindar servicios a los afiliados.
4. SRSNC juramenta Dra. Alicia Rivas como nueva directora del hospital pediátrico Arturo Grullón.
5. Hospital Arturo Grullón realiza el primer servicio de odontología pediátrica con anestesia general a favor de niño especial.
6. Hospital Arturo Grullón brinda servicios de Hemofilia a la población infantil.
7. Hospital Infantil Arturo Grullón realiza actividades en conmemoración de la Hemofilia
8. Hospital Arturo Grullón recibe Arco en C del SNS para fortalecer servicios quirúrgicos.
9. Hospital Infantil Arturo Grullón recibe aporte económico del Voluntariado Jesús con los Niños.
10. Hospital Pediátrico Arturo Grullón realiza jornada de reforestación y limpieza.
11. Hospital Pediátrico Arturo Grullón recibe cabina acústica insonorizada para diagnosticar y tratar patologías auditivas.

Un tema de gran impacto en todos los medios y que se manejó minuciosamente desde la dirección, el departamento de comunicación del hospital pediátrico Arturo Grullón con el SRSNC y UNIQUEM fue el "Trágico suceso ocurrido en el carnaval de Salcedo, que dejó varios niños con fuertes quemaduras." Fueron atendidos en el centro de salud y la unidad de quemados Dra. Thelma Rosario.

Se realizó rueda de prensa, entrevistas y nota; Además se recibió a la prensa de manera continua, para que la población y familiares estuvieran debidamente informados de fuentes oficiales.

Con estas acciones, evitamos caer en la desinformación o noticias falsas.

En otro orden, logramos tratar 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.

-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 compartido 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 alcances de 7.904 a 11.505 en 5 meses de este año 2024; impresiones 115. 938; publicaciones 9, 923; reels 7.826; público alcance al perfil 4.150.

Además, contamos con 7 mil seguidores y obtuvimos en este periodo 75,9 mil impresiones; 26,8 mil alcances e interacciones de contenidos 331.

Las redes de mayor alcance son Facebook e Instagram.

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

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 Vigilancia, Prevención y control de la IAAS en el hospital.

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 diario 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 el período de enero a mayo de 2024, las acciones de este componente se centraron en:

- ✓ Continuar la vigilancia activa en áreas clave como Neonatología, Oncología, UCI Pediátrica, y de todos los pacientes con dispositivos en otras áreas. Además, se comenzó a implementar la vigilancia de los procesos quirúrgicos y la Política Nacional de Bioseguridad. Esta vigilancia incluye el monitoreo de los procesos pre y postoperatorios, las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ), y todos los factores que pueden afectar la salud del personal y de los usuarios.
- ✓ Realizar el monitoreo y evaluación del sistema de vigilancia, así como la gestión para la sistematización en la recolección, tabulación, análisis y publicación de datos de calidad. Estos datos deben permitir la toma de decisiones gerenciales y administrativas informadas.

- ✓ Diseñar un formulario de recolección de datos para las áreas quirúrgicas, que clasifique según los tipos de cirugía. Este formulario se convertirá en una Ficha Única para la Recolección de Datos, ayudando a fortalecer el proceso de vigilancia de los eventos adversos en el bloque quirúrgico, con el objetivo de contar con información confiable para la implementación oportuna de acciones de prevención y control de ISQ.
- ✓ Analizar los indicadores de calidad (densidad de incidencia, incidencia acumulada, carga de mortalidad atribuible), y diseñar intervenciones para disminuir las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), teniendo en cuenta los factores de riesgo intrínsecos, extrínsecos y las 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 la implementación de medidas destinadas no solo a prevenir la aparición de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), sino también a reducir costos, disminuir la morbimortalidad, frenar su propagación y mitigar sus consecuencias una vez establecidas. Estas medidas abarcan aspectos relacionados con el paciente, los microorganismos, el entorno y la práctica clínica. Las actividades de prevención y control de infecciones se centran en la intervención de factores de riesgo modificables. Para influir en estos factores, se han desarrollado actividades que permiten identificar, evaluar, controlar o eliminar dichos riesgos.

Estas acciones se enfocan especialmente, pero no de manera exclusiva, en la atención de pacientes de alto riesgo, aquellos sometidos a procedimientos invasivos o con factores que los hacen más susceptibles a las IAAS. Las actividades estandarizadas, la capacitación, la supervisión y la asignación de recursos, organizadas a través de programas de prevención, vigilancia y control de IAAS, han demostrado en otros países una reducción de hasta el 90% de estos eventos adversos cuando se aplican eficazmente. Por esta razón, en el HRIDAG, a través del PCI, se llevan a cabo el seguimiento, supervisión y evaluación de los siguiente:

- Higiene de las manos.
 - Higiene y ornato.
 - Desechos hospitalarios.
 - Detección y manejo de brotes.
 - Esterilización de instrumentos quirúrgicos.
 - Control de las infecciones en lavandería.
 - Bioseguridad para el personal y usuarios.
 - Inyección segura, flebitis, y uso de EEP.
 - Desinsectación, desinfección y desratización.
 - Control microbiológico y clorificación del agua.
 - Inocuidad alimentaria y preparación de alimentos.
 - Limpieza y desinfección de superficies hospitalaria.
 - Resistencia antimicrobiana y mapa microbiológico.
 - Carga laboral, dotación de personal y ocupación de camas.
 - Formación y capacitación en prevención y control de infecciones.
 - Infraestructura, materiales y equipos para prevención y control de IAAS.
-

ENCUESTA GLOBAL OMS/OPS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS

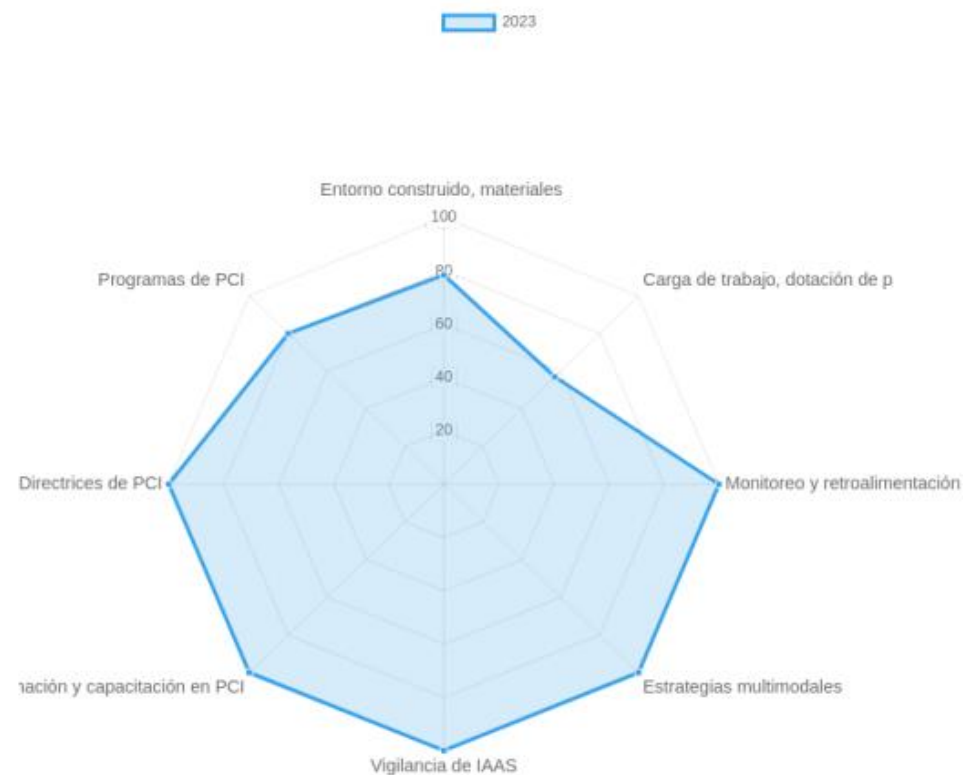
Enero 2024, por instrucciones del PNCIAAS, la institución realiza la evaluación del PCI en el portal de la OMS. Las herramientas de evaluación de PCI de la OMS están destinadas a los grupos focales de PCI, a nivel nacional o de establecimiento.

Estas herramientas están destinadas a respaldar el proceso de implementación del programa de PCI y ayudarlo a examinar su situación y su progreso con respecto a las recomendaciones de la OMS sobre los componentes centrales para programas de PCI efectivos a nivel nacional y de instalaciones.

Ayudan a llevar a cabo un análisis de la situación, a hacer un seguimiento de los progresos y a comprender cómo introducir mejoras a nivel nacional y de los centros, de conformidad con las normas validadas de la OMS y los materiales de aplicación. En casi todos los componentes se obtuvo un 100%, quedando en calificación de un 60% Dotación de personal y en 80% Entornos construidos y materiales. El promedio general quedó en 85%, lo que se traduce en un indicador aceptable pero que tiene que realizar un plan de mejora para los componentes con menor calificación. Los resultados alcanzados por el hospital en cada componente se muestran a continuación:

Rendimiento de IPC de Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón

Esta instantánea muestra sus resultados en todo el 8 componentes centrales de IPCAT MR. Assessment tool on infection prevention and control minimum requirements for tertiary health care facilities



LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES HOSPITALARIA

En **enero-mayo 2024**, se realiza revisión de las nuevas fichas 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.

Como 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 **febrero 2024**: Se inician las capacitaciones utilizando la guía de limpieza del MSP con el personal. En la primera fase parte del personal participa de una capacitación realizada por la Regional de Salud, luego se continua con el personal de las áreas críticas y el personal de nuevo ingreso. En mayo se realiza una capacitación en donde se incluye a todo el personal de los turnos matutino y vespertino.

Los temas platicados en esta capacitación fueron:

1. **Microbiología ambiental:** explicación de cómo los microorganismos pueden persistir y propagarse en el ambiente hospitalario, incluyendo superficies, aire y agua.
2. **Control de infecciones:** Ilustración de las medidas de control de infecciones clave, como la limpieza, desinfección y prácticas de higiene adecuadas, para minimizar la transmisión de IAAS hacia el ambiente y los pacientes.
3. **Factores ambientales:** Se mostró cómo pueden identificar los factores ambientales que contribuyen a la ocurrencia de IAAS, como: calidad del aire, la limpieza de superficies, el agua utilizada, los utensilios, los equipos entre otros.
4. **Procedimientos de limpieza específicos** en áreas críticas como: quirófanos, unidades de cuidados intensivos, salas de aislamiento, y oncología, ya que se siguen procedimientos de limpieza y desinfección más rigurosos, que pueden incluir el uso de técnicas estériles y productos químicos más potentes.

En **marzo 2024**: Por solicitud de la directora Dra. Alicia Rivas, 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 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 fueron las fichas de evaluaciones proporcionadas por el SNS, ya que permite enlistar las oportunidades de mejora al obtener una calificación según componente evaluado.

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 activas, porque hay personal de licencia y de vacaciones.

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.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS, SNS.



En **enero 2024**, Vienen al hospital un equipo de monitoreo para identificar los factores de riesgos laborales en el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón. La Evaluación de Riesgos se realizó siguiendo los criterios establecidos en el Procedimiento de Evaluación de Riesgos del Servicio Nacional de Salud. 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.

- 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, Recursos Humanos, Mantenimiento y Salud Ocupacional, en esta los técnicos presentaron el análisis de todas las situaciones encontradas, 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 periodo enero-mayo 2024: 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. Estas observaciones fueron realizadas por miembros del equipo de monitoreo del SNS, de manera esporádica y mensual fue aplicado por los miembros del equipo de Control de IAAS, Bioseguridad y la encargada general del departamento de limpieza.

Las observaciones permitieron 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 el SNS realizó la aplicación del nuevo formulario para la supervisión de manejo de residuos hospitalario.

Los resultados obtenidos con la **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 80.5% 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: Está en proceso de cotización para la construcción del almacén de desechos temporal porque el actual no cumple con las recomendaciones.

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-mayo 2024: 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, se aplican cada mes y se reportan los resultados al POA y al SISMAP.

En las evaluaciones se han identificado 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 mayo el Lic. Manauri Morel, enfermero de Control de Infecciones será el gestor de este componente y realizará un trabajo coordinado con el Dr. Omar Despradel y la Dra. Paola Hurtado.

En **enero-mayo 2024**, se aplicó el 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 89%, lo que indica que se ha alcanzado una clasificación de bueno, pero continuaremos trabajando con los puntos de mejora para lograr una calificación mayor.

PLAN 2024 PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS

En la primera reunión del Comité de Control de Infecciones, en enero 2024, la Dra. María Dolores (Loly) Gil, coordinadora, presenta todas las situaciones de mejora y los indicadores del PCI del año 2023. Al finalizar se hace una selección de determinantes para realizar la planificación del año 2024. Acordando realizar un plan con lo siguiente:

1. Formación de un equipo especializado para la gestión de antibioterapia (PROA).
2. Realizar vigilancia activa de IAAS en áreas críticas; Registrar y analizar datos de incidencia de IAAS; Monitorizar la resistencia antimicrobiana.
3. Implementar protocolos de higiene de manos, uso de equipos de protección personal (EPP), correcta esterilización, limpieza de superficies; Adaptar políticas para UCIP.
4. Capacitación del Personal de Nuevo Ingreso en Control de IAAS; Formación en limpieza, lavandería, cocina; Formación odontológica; Capacitación de supervisoras de enfermería; Entrenamiento en Hostelería y Bioseguridad.
5. Implementar un programa para el uso adecuado de antimicrobianos, promoviendo la prevención de resistencia.
6. Desarrollar y aplicar protocolos para la identificación y control de brotes de IAAS; Implementar medidas de contención y comunicación interna rápida.
7. Verificar y mejorar la infraestructura de higiene de manos (HM); Realizar observaciones directas de HM; Colocar infografía sobre 5 momentos y técnicas correctas de HM.
8. Crear un programa para la evaluación continua de la calidad del agua utilizada en el hospital.
9. Elaborar un manual detallado para el manejo de catéteres venosos, incluyendo inserción, mantenimiento y retiro seguro.

10. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica para IAAS, recolectando y analizando datos para la detección de tendencias y brotes.
11. Actualizar la hoja de vigilancia de IAAS para que sea aplicable a todas las áreas del hospital.
12. Monitorear continuamente la tasa de IAAS, el cumplimiento de higiene de manos, y la resistencia antimicrobiana.
13. Realizar auditorías internas para verificar el cumplimiento de protocolos; Proporcionar retroalimentación y recomendaciones para mejora.
14. Revisar y actualizar políticas y procedimientos basados en los resultados de auditorías y vigilancia; Implementar mejoras en el programa según las últimas evidencias científicas y guías.

REUNIONES MENSUALES PROGRAMA LOCAL DE CONTROL DE INFECCIONES.

Enero 2024 Las reuniones mensuales del Comité de Control de Infecciones son fundamentales para el éxito del Programa de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) del Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón. Estas reuniones son esenciales por las siguientes razones:

1. Coordinación y Monitoreo Continuo: Las reuniones permiten una coordinación efectiva y monitoreo continuo de las estrategias de prevención y control de IAAS. Esto asegura que las acciones del programa sean coherentes y adaptadas a las necesidades específicas del hospital.

2. Actualización de Políticas y Protocolos: Mediante la revisión regular, el comité puede actualizar políticas y protocolos en respuesta a nuevos desafíos y avances en el conocimiento médico. Esto permite una respuesta rápida a las emergencias sanitarias y la incorporación de las mejores prácticas disponibles.

3. Análisis de Datos y Toma de Decisiones: Estas reuniones facilitan el análisis de datos de vigilancia epidemiológica, incluyendo tasas de infección y patrones de resistencia antimicrobiana. El análisis de esta información es crucial para tomar decisiones informadas y ajustar las estrategias de control según las tendencias observadas.

4. Resolución de Problemas: Las reuniones ofrecen un foro para la identificación y resolución de problemas. Pueden abordarse de inmediato los obstáculos en la implementación de las medidas de control, asegurando una mejora continua en la calidad de la atención.

5. Comunicación y Colaboración: Proporcionan una plataforma para la comunicación y colaboración entre los diferentes departamentos del hospital. Esta interacción multidisciplinaria es clave para una implementación efectiva de las

medidas de control de infecciones, garantizando que todos los equipos estén alineados con los objetivos del programa.

6. Evaluación del Cumplimiento: Permiten la evaluación regular del cumplimiento de los protocolos de higiene y control de infecciones. La identificación de áreas de mejora y la retroalimentación inmediata ayudan a mantener altos estándares de seguridad para los pacientes.

Estas reuniones son reportadas al SNS, mediante el POA y SISMAP, en el mismo se incluye agenda, acta de reunión, listado de participación y fotos como evidencia.

PLAN DE MEJORA EN CONTROL DE ISQ EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

En marzo 2024: La Dra. Alicia Rivas, 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. 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.

Se acuerda llevar a cabo el siguiente plan de mejora:

Actividades y estrategias para el bloque quirúrgico:

1. Entrenamiento y Asesoría

- Solicitud de Entrenamiento y Asesoría
- Entrenamiento en Control de IAAS

2. Vigilancia y Monitoreo

- Selección de Personal para Vigilancia
- Enfermería como Agente Multiplicador

3. Protocolos y Manuales

- Lista de Verificación de Cumplimiento de Procesos
- Protocolo de Cura
- Manual de Profilaxis Antibiótica

4. Capacitación Obligatoria

- Inducción a los Residentes

5. Limpieza y Esterilización

- Programa de Limpieza
- Movilización de la Central de Esterilización
- Desinfección de Equipos Médicos

6. Clasificación y Documentación

- Clasificación de Cirugía por Médico Cirujano

7. Sistema de Información y Comunicación

- Creación de un Sistema de Información Efectivo
- Información a Pacientes sobre Cuidados Postquirúrgicos

8. Reuniones y Retroalimentación

- Planificación de Reuniones Mensuales

PROGRAMA DE DESINFECCIÓN, DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN HOSPITALARIA

En el **mes de febrero 2024** 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, Recursos Humanos 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: personal de cocina, los supervisores de las tandas matutina y vespertina, la encargada de Hostelería Hospitalaria, la encargada general de limpieza, el encargado de Bioseguridad.

El **contenido presentado 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 inició con la implementación de 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 utilizará 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 la 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.

VIGILANCIA SANITARIA DEL AGUA EN EL HOSPITAL



Enero-mayo 2024. Con el objetivo de minimizar los riesgos asociados a la contaminación del agua, asegurando que las fuentes de agua cumplan con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). 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.

En el marco de la **Vigilancia Sanitaria del Agua**, el MSP destaca la importancia del acceso a **agua potable** para la **prevención de enfermedades transmitidas por el agua**. Para garantizar la calidad del agua, se han establecido regulaciones y estándares tanto nacionales como internacionales. Las acciones principales incluyen la **implementación de programas de monitoreo regulares** en diversas fuentes de agua, y sistemas de abastecimiento urbano, la **identificación y control de puntos críticos** en los sistemas de distribución, y la **evaluación continua de riesgos** con el desarrollo de planes de contingencia para emergencias.

DESCRIPCION DE LAS ESTRATEGIAS

Los elementos del plan de control, vigilancia y calidad del agua incluyen:

- **Inspección técnica o sanitaria;** nos permite identificar los posibles problemas como fuentes de contaminación e intenta proporcionar un rango de información e identificación de problemas potenciales de contaminación del agua.
- **Evaluación física, química y microbiológica del agua de consumo humano.** Esta evaluación permite investigar las características de la calidad del agua y define la aceptabilidad de ella para consumo humano.
- **Evaluación institucional.** Está relacionada con los aspectos de gerencia y operacional y con el grado de apoyo a las actividades de control de calidad, tales como: Procesamiento de la información, Elaboración de informes, Acciones correctivas.



FORMACIÓN CONTINUADA EQUIPO CONTROL DE INFECCIONES

En **abril-mayo 2024**, participó en el componente a distancia del 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 aplicó y fue aceptada:



El curso se divide en dos componentes, uno a distancia y otro práctico presencial en el INP de 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 2024.



CONGRESO PANAMERICANO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS

XII CONGRESO PANAMERICANO DE CONTROL DE IAAS Y CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

En abril 2024: Asisten al XII Congreso Panamericano de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), la Dra. Genera Santana, el Lic. Manauri Morel y la Lic. María Ysabel Morel. Este se llevó a cabo de manera híbrida, con sesiones presenciales en Guatemala y opciones virtuales para participantes remotos. Este congreso, un evento clave en el ámbito de la prevención y control de infecciones, reunió a expertos internacionales, profesionales de la salud, y responsables de políticas públicas para compartir conocimientos y discutir estrategias innovadoras en la lucha contra las IAAS.

El congreso destacó las últimas investigaciones, tecnologías, y mejores prácticas en la prevención de infecciones, con un enfoque en la seguridad del paciente y la optimización del uso de antimicrobianos. Además, se abordaron desafíos contemporáneos como la resistencia antimicrobiana y la implementación de programas efectivos de higiene en entornos de salud.

Una novedad significativa de este congreso fue la **Certificación Profesional en Control de IAAS**, ofrecida como parte del evento. Esta certificación, dirigida por expertos reconocidos, proporcionó a los participantes una oportunidad para validar sus competencias en la gestión y control de infecciones hospitalarias. A través de un riguroso proceso de evaluación que incluyó módulos teóricos y prácticos, los profesionales fueron capacitados y evaluados en áreas críticas como

la vigilancia epidemiológica, la gestión de brotes, y la aplicación de políticas de control de infecciones. Esta certificación no solo reforzó la capacidad profesional de los asistentes, sino que también promovió estándares elevados de práctica en la prevención de IAAS a nivel regional.



En mayo 2024: El equipo inicia la capacitación en componentes del PCI, con la finalidad de participar en el proceso en el HIRDAG. *El curso de EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA BIOMÉRIEUX 2024*, tendrá una duración de 4 meses con dos clases por mes.



Educación
continuada

Curso de análisis de datos para la vigilancia en salud pública

El equipo tiene la oportunidad de participar en este curso modalidad virtual, impartido desde Colombia. El curso "Análisis de Datos para la Vigilancia en Salud Pública - Gerencia de la Vigilancia" se centra en proporcionar a los profesionales de la salud las herramientas y conocimientos necesarios para analizar y utilizar datos de manera efectiva en la vigilancia sanitaria. Se cubren técnicas y metodologías avanzadas de análisis de datos que permiten detectar, monitorear, y responder a emergencias de salud pública y brotes de enfermedades. Los participantes aprenden a gestionar datos de vigilancia, interpretar tendencias epidemiológicas, y tomar decisiones informadas para la planificación de intervenciones y la gestión de recursos. El curso enfatiza la importancia de una vigilancia robusta y la capacidad de los sistemas de salud para responder rápidamente a amenazas emergentes, mejorando la salud comunitaria a través de la información basada en evidencia.

CELEBRACIÓN DÍA MUNDIAL HIGIENE DE LAS MANOS



Abril-mayo 2024: En el marco de la campaña mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2024, con el lema "**SALVA VIDAS: Limpia tus manos**", el Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón se ha enfocado en promover prácticas de higiene de manos como una medida esencial para la prevención de infecciones. La OMS subraya que la higiene de las manos es crucial porque:

- **Previene Infecciones:** La correcta higiene de las manos puede reducir significativamente la transmisión de patógenos, previniendo infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).
- **Salva Vidas:** Lavarse las manos en los momentos críticos puede salvar vidas al reducir la propagación de enfermedades infecciosas, especialmente en entornos de atención médica.
- **Protege a Todos:** Difundir el conocimiento sobre la higiene de manos protege tanto a los pacientes como al personal de salud y a los visitantes, creando un ambiente más seguro y saludable para todos.
- Por dos semanas se realizaron actividades interactivas que incluyó a Médicos Internos, Residentes, Personal administrativo, Especialistas, familiares, pacientes y visitantes. La clausura fue organizada por la Dra. Alicia Rivas, directora del centro, quien invitó a la Dra. Vivian Fuente, para impartir una charla. La misma se fundamentó en el lema de la OMS, para el 2024.



I CURSO INTERNACIONAL EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

En mayo 2024: La Sociedad de Pediatría e Infectología Tropical (SPEIT) organizó el **I Curso Internacional de Tópicos Selectos en Infectología Pediátrica**, invitando a todos los miembros activos de la Plataforma Internacional de Infectología (PRINCIPAL) a participar. Este curso, que se llevó a cabo del **16 al 18 de mayo**, se transmitió en vivo a través de la plataforma Zoom, ofreciendo a los profesionales de la salud de diversas partes del mundo la oportunidad de asistir virtualmente.

Durante los tres días del evento, el programa abordó una amplia gama de temas cruciales en el ámbito de la infectología pediátrica. Entre los temas destacados se incluyeron:

- **VIH en Pediatría:** Avances en el diagnóstico y tratamiento del VIH en niños, estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos infectados y enfoques actuales en la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- **Vacunas:** Revisión de las vacunas esenciales en la pediatría, incluyendo las más recientes actualizaciones en esquemas de vacunación y la importancia de las campañas de vacunación en la prevención de enfermedades infecciosas en la infancia.

- **Infecciones Tropicales:** Enfoques diagnósticos y terapéuticos para enfermedades infecciosas prevalentes en zonas tropicales, tales como el dengue, la malaria y la enfermedad de Chagas, con énfasis en su impacto en la población pediátrica.
- **Infecciones Oncológicas:** Manejo de infecciones en pacientes pediátricos con cáncer, incluyendo el uso de antimicrobianos y la prevención de infecciones en niños inmunocomprometidos debido a tratamientos oncológicos.
- **Tuberculosis:** Actualizaciones en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en niños, con especial atención a los desafíos de manejar casos de tuberculosis multirresistente.

El curso fue diseñado para fomentar la interacción y el aprendizaje colaborativo entre los participantes, quienes tuvieron la oportunidad de involucrarse en sesiones de preguntas y respuestas, debates en tiempo real, y talleres interactivos dirigidos por expertos internacionales en infectología pediátrica.

Este evento no solo ofreció un valioso contenido educativo, sino que también fortaleció la red de profesionales dedicados a mejorar la salud infantil a través de la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades infecciosas. El éxito del I Curso Internacional de Tópicos Selectos en Infectología Pediátrica subraya el compromiso de SPEIT y Red PRINCIPAL de St Jude, en la promoción de la excelencia en la práctica de la infectología pediátrica a nivel global.

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.

Dichas encuestas fueron aplicadas utilizando una Plataforma de Atención al Usuario, un revolucionario método tecnológico desarrollado por el Servicio Nacional de Salud junto al Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Utilizando dicha plataforma, las encuestas pueden ser aplicadas de manera digital, utilizando tanto computadoras como dispositivos móviles (laptops, tabletas y celulares). Además, los resultados pueden visualizarse en tiempo real y la generación de reportes puede realizarse utilizando diferentes variables.

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 15,132 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 92.9%, estos atributos fueron: amabilidad, profesionalidad, facilidad y rapidez, manejo de las informaciones, accesibilidad, tiempo de respuesta e higiene y comodidad. (ver anexo 6). En relación a la satisfacción en cuanto a la amabilidad del personal, la satisfacción de la amabilidad en los servicios prestados es de un 96 %. Los usuarios indicaron que la amabilidad es buena y muy buena, restando un 4% en regular (Ver anexo 7). En relación a la satisfacción de la profesionalidad es de un 96.9 %, como buena muy y un 2.9 % en regular (Ver anexo 8).

En cuanto a la facilidad y rapidez, vemos que la satisfacción fue de 91 % buena y muy buena, quedando un 9 % en regular. (Ver anexo 9). Según los usuarios encuestados, un 93 % indicó que está satisfecho con la accesibilidad a los servicios prestados, y un 7 % regular al respecto (Ver anexo 10). Según los usuarios encuestados, un 86 % (Ver anexo 11) lo calificó como buenos y muy bueno el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados, y un 13 % con opinión regular al respecto. En cuanto a la higiene y comodidad, la satisfacción fue de 97%, para buena y muy buena, quedando un 3% en regular. (Ver anexo 12). En cuanto a la calidad en el servicio un 97% calificaron como buena y muy buena, un 3 % opinando que la calidad es regular. (Ver anexo 13)

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

La oficina de libre acceso a la información hacia la fecha 25 del mes de junio del año 2021 logro obtener las credenciales y habilitación del portal del sistema de quejas, reclamaciones y sugerencias 3-1-1. En lo adelante a dicha fecha la oficina de libre acceso a la información, junto a su responsable de libre acceso a la información han logrado eficientizar a través de dicha plataforma la realización de quejas, reclamaciones y sugerencias realizadas por usuarios de los servicios del hospital. Según se pudo apreciar en el trimestre inicial de operación de la plataforma, comprendido desde el mes de julio a septiembre, se ha comenzado a trabajar por vía la plataforma dichas situaciones emanadas por los usuarios, como fue el caso de un caso declinado que ingreso por vía la misma, pero que al ser otra institución la responsable de brindar la ayuda especifica al ciudadano, fue declinado por medio de la plataforma 3-1-1 y uno de sus representantes, luego de haber sido esta situación constatada por parte del responsable de libre acceso a la información y responsable del CRM-3-1-1 del hospital, a los fines de garantizar la atención y resolución del reclamo elevado por el usuario. A la fecha se sigue trabajando vehementemente en seguir mejorando la captación de toda queja, reclamación y sugerencia para brindar así un mejor servicio a todos los ciudadanos a los cuales se dirigen los servicios del centro de salud.

4.3 Resultado mediciones del portal de transparencia

La oficina de libre acceso a la información del hospital, fue establecida hacia la fecha 02-06-2021, para con 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 200-04, llámense informes de auditoría, nominas, compras y contrataciones, tanto como a su vez los balances generales y estadísticas institucionales, entre muchos otros documentos que se tienen de manera física y digital a través del portal de transparencia del portal web institucional www.hospitalarturogrullon.gob.do/transparencia en el cual se publican de acuerdo a lo establecido en la norma y en los plazos establecidos, las documentaciones en formato digital y reutilizable desde la fecha 16-06-2021 que fue cuando se comenzó a estructurar el portal de transparencia del hospital, facilitando así la obtención de información a todo ciudadano que posea interés en saber sobre el funcionamiento del hospital, transparentando esto, la actuación de la gestión actual de manera oportuna, eficaz y célere. A la fecha poseemos un balance del 65.5% de publicación de todas las documentaciones requeridas de la totalidad del 100%, balance porcentual que se trata de incrementar día tras día a fin de lograr la excelencia y la absoluta transparencia del acontecer laboral administrativo del centro.



ANEXOS



Monto Facturado por ARS con comprobantes fiscales y gubernamental					
Valores en RD\$ ENERO 2024 - MAYO 2024					
Mes	Subsidiado	Contributivo	ARS privada	Otros	Total RD\$
ENERO	3,334,287.56	3,086,317.10	2,745,770.14		9,166,374.80
FEBRERO	1,879,973.72	2,862,160.03	2,201,618.38		6,943,752.13
MARZO	2,624,349.25	934,192.97	2,859,928.02		6,418,470.24
ABRIL	2,856,273.77	1,956,484.87	2,114,440.05		6,927,198.69
MAYO	2,883,215.73	1,023,380.96	2,023,802.42		5,930,399.11
Total RD\$	13,578,100.03	9,862,535.93	11,945,559.01		35,386,194.97

Monto ingresos de servicios ARS - Ingresos percibidos Otros						
Valores en RD\$ ENERO 2024 – MAYO 2024						
Mes	Subsidiado	Contributivo	ARS privada	Otros ingresos ARS	Otros ingresos	Total RD\$
ENERO	2,163,366.82	3,426,094.88	2,325,806.96	100,000.00		8,015,268.66
FEBRERO	3,146,705.32	1,627,503.35	2,176,188.85	50,000.00		7,000,397.52
MARZO	-----	3,084,098.41	1,790,770.70			4,874,869.11
ABRIL	1,782,676.24	2,860,722.27	2,367,929.14	50,000.00		7,061,327.65
MAYO	1,979,937.77	883,208.31	1,974,066.89	50,000.00		4,887,214.97
Total RD\$	9,072,686.15	11,881,627.22	10,634,762.54	250,000.00		31,839,075.91





Glosa por monto facturado

El siguiente cuadro representa el % de glosa mensual por monto facturado:

Monto venta de servicios ARS Facturado ENERO 2024 – MAYO 2024			
Valores en RD\$			
Mes	Glosado	Facturado	%
ENERO	226,773.42	9,166,374.80	2%
FEBRERO	119,073.55	6,943,752.13	2%
MARZO	126,056.71	6,418,470.24	2%
ABRIL	151,047.19	6,927,198.69	2%
MAYO	164,048.41	5,930,399.11	3%
Total RD\$	786,999.28	35,386,194.97	2%

Gastos de nómina completar

Gasto de Nómina ENERO 2024 - MAYO 2024				
Valores en RD\$				
Mes	Gasto total Nómina general Interna	Gasto neto a pagar nomina general interna	Gasto Nómina complementaria	Total gasto neto a pagar nomina general y complementaria RD\$
Enero	1,090,915.35	956,978.70	355.060.00	1,445,975.35
Febrero	1,090,915.35	956,978.70	355.060.00	1,445,975.35
Marzo	1,090,915.35	956,978.70	355.060.00	1,445,975.35
Abril	1,090,915.35	956,978.70	353.060.00	1,443,975.35
Mayo	1,079,133.25	946,628.80	338,060.00	1,417,193.25
Total RD\$	5,442,794.65	4,774,543.60	3,178,540	7,199,094.65

Fuente: Reportes de Nómina Depto. Recursos Humanos

