



Procesos y  
clientes / ciudadanos

## CRITERIO 5

# Procesos y clientes / ciudadanos

A continuación, veremos de qué manera el HPHM gestiona los procesos y los coloca al servicio del bienestar de los pacientes, bajo esquemas de liderazgo y administración centrados precisamente en los intereses de los ciudadanos-clientes.

El diseño de los procesos se ejecuta bajo estándares de calidad nacionales e internacionales. Siendo un centro de salud que se caracteriza por colocar a la disposición de los ciudadanos servicios que respondan a sus necesidades con criterios de calidad, se diseñó una cartera de servicios que se ha ido actualizado para responder a las expectativas de los usuarios.

Los procesos de atención clínica están centrados en el

paciente, tomando en cuenta no solo la profesionalidad, ética y usos de tecnologías para un buen servicio, sino, la calidez humana en la atención al paciente, sus familias y la relación con la comunidad y contexto externo. Para esto, el hospital desde 2015 asume la Carta Compromiso al Ciudadano (CCC), y se enmarca en el modelo de mejora continua que propone la guía del Marco Común de Evaluación (CAF). Actualmente está siendo actualizada la CCC para lanzar una segunda versión durante 2019.

Para la identificación de mejoras se toma en cuenta los principales grupos de interés y se ha establecido una política de calidad, que permea a todas las áreas, integrando criterios fundamentales para la organización, tales como, ética, transparencia, humanización, atención oportuna y accesibilidad a los servicios.

### 5a. Se diseñan, gestionan y mejoran los procesos y los proyectos conforme a la estrategia

La gestión de la calidad ha sido fundamentada en la gestión por procesos, la estandarización y documentación, identificando las necesidades de los usuarios de los servicios y los resultados que se persiguen en la misión institucional. Crear las bases para que se obtengan los resultados propuestos en la misión, visión y estrategia institucional.

Aquí se presentan las principales mejoras implementadas y sus fuentes de aprendizaje:

**Cuadro 5a.1: Principales mejoras implementadas y sus fuentes de aprendizaje**

| AÑO  | FUENTE DE APRENDIZAJE                                                                                                                                                                                                                                        | MEJORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2014 | Grupos focales con instituciones y profesionales en la gestión de salud.<br>Plan estratégico Ministerio de Salud Pública.<br>Grupos de trabajo Auditoría Médica.                                                                                             | Estructuración de Procesos Claves.<br>Mapa de Procesos.<br>Propuesta de Plan Estratégico Institucional.<br>Plan Operativo.<br>Disminución niveles globales de glosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2015 | Benchmarking CEDIMAT.<br>Autoevaluación procesos de gestión de calidad.<br>Autoevaluación Modelo CAF.<br>Implementación modelo CAF.<br>Guía de elaboración Carta Compromiso al Ciudadano, MAP.                                                               | Monitoreo de Indicadores estratégicos y operativos.<br>Manuales, Guías y protocolos de laboratorios clínicos.<br>Estandarización y control de la documentación interna.<br>Manual de Identidad Corporativa.<br>Implementación de cultura a la mejora continua de los procesos en base a los resultados de la autoevaluación.<br>Medalla de Plata Premio Nacional a la Calidad<br>Comité De Cultura Organizacional, Comité De Innovación y Creatividad, Comité De Compras y Contrataciones, Comité De Bioseguridad y Comisión de Ética.<br>Implementación de los objetivos de calidad en los servicios. |
| 2016 | Benchmarking Plaza de Salud <i>Call Center</i> .<br>Semana de la calidad MAP<br>Capacitación en humanización de los servicios de salud<br>Guía modelo CAF.<br>Informe de retorno primera postulación al CAF, MAP.<br>Normativa y políticas TIC gobierno R.D. | Apertura <i>call center</i> , monitoreo y evaluación al personal.<br>1ra versión semana de la calidad del hospital.<br>Colaboradores de las áreas médicas y administrativas capacitados en Humanización en los Servicios de Salud.<br>Política Interna de Identificación y Participación de Grupos de Interés.<br>Medalla de Oro Premio Nacional a la Calidad (MAP).<br>Certificaciones NORTIC A2, A3, A5 y E1.                                                                                                                                                                                        |

**Cuadro 5a.1: Principales mejoras implementadas y sus fuentes de aprendizaje**

| AÑO  | FUENTE DE APRENDIZAJE                                                                                                                                                                                                                                                                  | MEJORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2017 | Guía RD Incluye.<br>Taller de gestión por procesos.<br>Taller interpretación de Norma ISO 9001:2015 e implementación de Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de Facturación y Reclamación de Seguros.                                                                         | Sello RD Incluye (Renglón Plata)<br>Personal de gestión capacitado en gestión por procesos.<br>Procesos de Facturación y Reclamación de Seguros<br>Certificados con norma ISO 9001:2015.                                                                                                       |
| 2018 | Autoevaluación a la metodología de reconocimiento a empleados.<br>Informe de auditoría Certificación ISO 9001:2015.<br>Taller en gestión de procesos y simplificación de trámites, MAP.<br>Taller modelo de excelencia europeo (EFQM).<br>Autoevaluación gestión de historial clínico. | Mejora en la metodología de reconocimiento a empleados y equipos de trabajo.<br>Mejoras y recertificación ISO 9001:2015.<br>Desarrollo de la aplicación móvil del hospital para gestión de citas.<br>Actualización Misión, Visión y Valores.<br>Desarrollo del Sistema Gestión Administrativa. |
| 2019 | Taller modelo de excelencia europeo (EFQM).<br>Taller gestión de conocimiento.<br>Expediente Integral de Salud (EIS), Ministerio de Salud Pública.                                                                                                                                     | Preparación a postulación al premio iberoamericano a la calidad.<br>Implementación del Sistema de Gestión del Conocimiento.<br>Implementación aplicación móvil para gestión de cita.<br>Sistema de Gestión Administrativa.                                                                     |

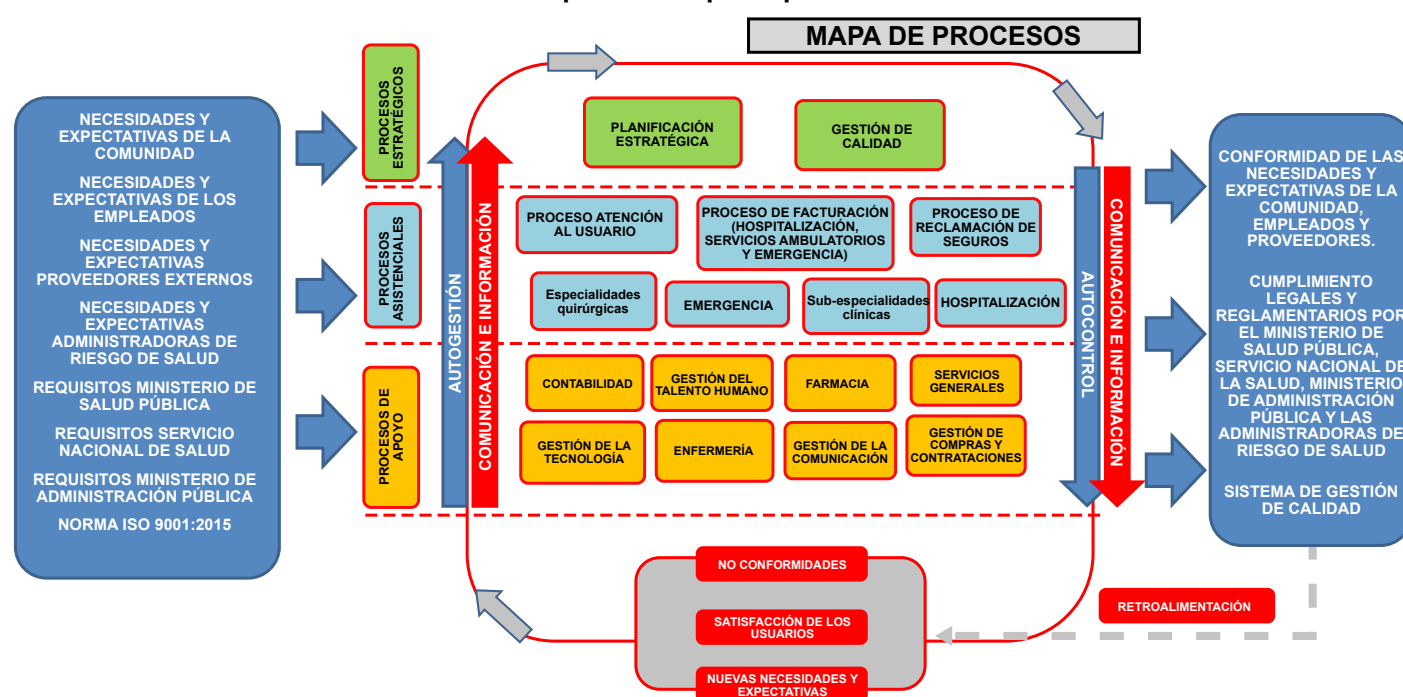
La identificación de los procesos claves se realizó junto con los grupos de interés, durante la elaboración del plan estratégico. Se establecieron los procesos estratégicos, asistenciales, de apoyo y gestión de las mejoras; en los que se identificó la interrelación de los procesos, las áreas responsables, así como los canales de comunicación e información, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios.

El enfoque de la atención médica es centrado en el paciente, resaltando aspectos como humanización en los servicios, calidad, accesibilidad y atención oportuna. Se utilizó como modelo los protocolos y guías de atención clínica del Ministerio de Salud de la República Dominicana y las Guías de la Organización Panamericana de la Salud; con la finalidad de

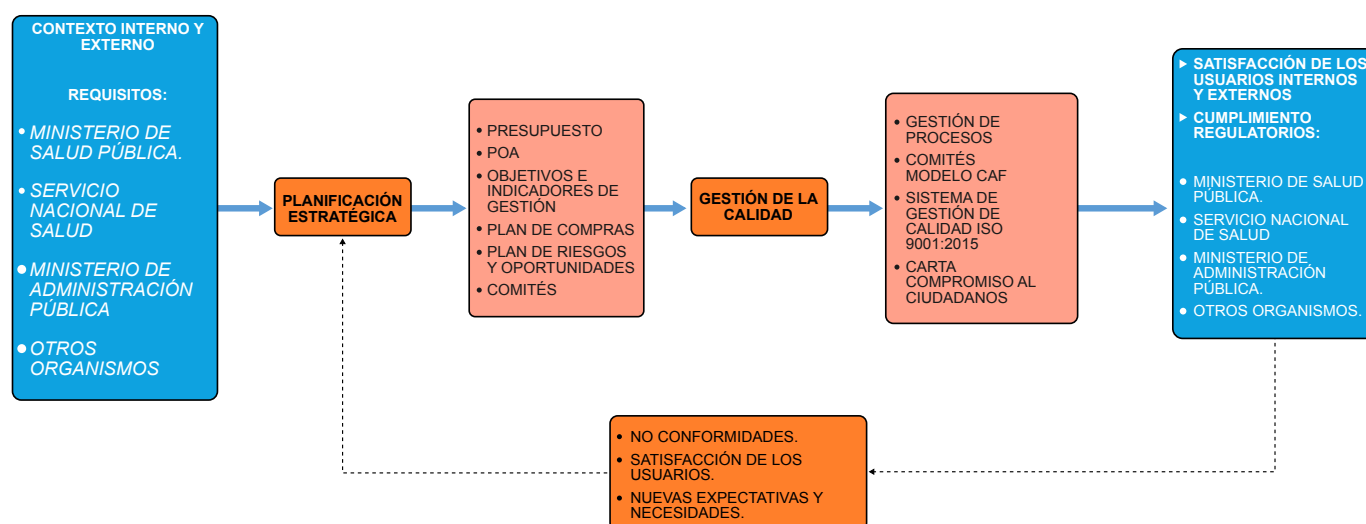
estandarizar e implementar un modelo en base a la mejora continua. Estos establecen la secuencia lógica de actividades y responsabilidades, apegándose a la misión y visión institucional. Se estableció la gerencia de auditoría médica para la verificación de la documentación que se generan a partir de los procesos clínicos (pertinencia médica). Se diseñaron los principales protocolos de atención clínica, en emergencia, atención directa, procesos quirúrgicos, bioseguridad entre otros procesos claves.

En 2015 se diseñó el primer mapa de procesos donde se realizó la identificación de los procesos claves, este mapa se ha actualizado en 2018 y es la versión vigente para la organización:

**Mapa 5a.1: Mapa de procesos**



**Mapa 5a.2: Mapa de procesos estratégicos**



A partir del diseño de procesos, se han creado procedimientos, instructivos u otras herramientas similares. Estas documentaciones sirven de guía a los dueños de los procesos y supervisores, delimitando el alcance, responsabilidades y detallando además cada una de las actividades que conforman el proceso.

En el procedimiento para el diseño de procesos y el manual de buenas prácticas de documentación, se establecen, además, como se gestionan todos los cambios que experimentan las documentaciones, la fecha, el responsable de dicha acción y el número versión, que indica la cantidad de veces que ha sido revisado y modificado.

En 2017 inició el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015, en los procesos de facturación y reclamación de seguros; procesos que sirven de entrada a los servicios que se ofertan a los usuarios (Emergencia, Consulta y Hospitalización) y que son la base para la sostenibilidad financiera del hospital y satisfacción de los usuarios. Estas áreas fueron seleccionadas respondiendo a los resultados en los informes de quejas y sugerencias, así como la percepción de los usuarios a través de encuestas, en la que se reflejaba un bajo nivel de satisfacción con el servicio recibido en estas.

Durante la implementación del SGC, se definió la política de comunicación interna, permitiendo que los objetivos y cambios realizados dentro del sistema lleguen a cada uno de los diferentes niveles operativos y de supervisión.

El HPHM creó la plataforma intranet donde se mantienen los procedimientos y formularios de trabajo actualizados, disponibles para los colaboradores. Junto a esto, se encuentran disponibles las carpetas compartidas, las cuales sirven para comunicar informaciones cruzadas entre áreas de apoyos y departamentos, manteniendo así alimentada la base de datos para la emisión de reportes e informes consolidados.

Para la gestión y monitoreo eficiente de los procesos a

través del tiempo se han utilizado diferentes herramientas, las más utilizadas han sido: indicadores, matrices de seguimiento, cuadro de mando integrado, lista de verificación de los procesos, encuestas de satisfacción para los procesos de atención al cliente, el sistema de seguimiento estadístico a las atenciones clínicas y guía metodológica para autoevaluación (CAF).

La organización mantiene constantemente un monitoreo sobre las capacidades de los servicios, esto para conocer si los mismos están sobresaturados o por el contrario no cuentan con una demanda significativa. El volumen de ocupación de camas en hospitalización, demanda de los servicios de los especialistas, calidad del servicio recibido, referimientos a servicios que no oferta el hospital, principales morbilidades identificadas, son algunos de los ejemplos de indicadores para la inclusión y ampliación de la oferta en servicios.

A través de las metas planteadas en el POA, se comparan los resultados obtenidos en las diferentes herramientas de medición, tal como se ejemplifica en el cuadro 5a.2.

Uno de los casos más representativos de cómo la mejora de procesos del HPHM se despliega en torno a los intereses del ciudadano/cliente, agregando el valor percibido por este, es la mejora continua del proceso de facturación desde el año 2015 al 2019, cuando hemos llegado a un nivel de optimización que sirve de ejemplo al sistema de salud y que presenta los resultados de utilizar el ciclo PDCA de manera sistemática (cuadro 5a.3).

Un ejemplo de las innovaciones en el área médica, a partir de las incidencias de casos de enfermedades por Arbovirosis, se habilitó un área de atención a casos febriles en los diagnósticos de dengue y signos de alarma. Se amplió la cartera de servicios para mayor cobertura y accesibilidad a los usuarios integrando el servicio de espirometría como apoyo al diagnóstico de pacientes de neumología y alergología.

**Cuadro 5a.2: Comparación de los resultados obtenidos con las diferentes herramientas de medición**

| Procesos médicos                            | Indicadores                                                                            | Meta                                                                  | Herramientas para la medición                                                                                                        | Acciones en caso de desviación desfavorable                                                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención clínica humanizada                 | % Satisfacción con la atención recibida.                                               | ≥ 90% satisfacción                                                    | Encuesta de satisfacción del usuario con el servicio recibido                                                                        | Sensibilización y capacitación al personal en Humanización en los servicios de salud.                                |
| Atención en Consulta                        | Cantidad de pacientes vistos en consulta/ tope de programación establecida en consulta | Atenciones en consulta ≥ tope de programación establecida en consulta | Reporte de estadísticas de atención en consulta                                                                                      | Si sobrepasa el tope se evalúa la factibilidad de ampliar la cantidad de consultas de la especialidad identificadas. |
| Creación de nuevos servicios                | Necesidades identificadas por los usuarios/capacidad de respuesta                      |                                                                       | Reportes epidemiológicos de la población. Necesidades identificadas en mesas de trabajo con grupos de interés.                       | Se realizan acuerdos con ARS y se prepara la estructura para la habilitación de nuevos servicios.                    |
| Atención clínica, controles epidemiológicos | % Infecciones Asociadas a la atención en Salud                                         | ≤3% ocurrencia                                                        | Registros en plantilla por Gerencia de Epidemiología y por seguimiento Comité de IAAS. Plantilla de indicadores priorizados de VMGC. | Actualización Comité IAAS y Unidad de Bioseguridad. Evaluación de las capacidades del personal en Bioseguridad.      |

**Cuadro 5a.3: Mejora continua del proceso de facturación.**

| Año  | Acción de mejora                                                                                                                                                                                                           | Impacto                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2015 | Automatización del proceso mediante el software SIGHOST.                                                                                                                                                                   | Incremento del control y efectividad del proceso.                                                        |
| 2016 | Instalación de puntos de ventas.                                                                                                                                                                                           | Agilización del proceso de pago.                                                                         |
| 2017 | Integración del proceso de facturación con el de cajas/ cobros.                                                                                                                                                            | Facilidad del paciente para dirigirse a su área de destino y agilización del proceso de cobro.           |
|      | Descentralización del proceso, habilitación de módulos de facturación en Imágenes Diagnosticas y el Laboratorio Clínico.                                                                                                   | Reducción de las filas de esperas (pacientes de pie en tanda matutina).                                  |
|      | Certificación del proceso de facturación mediante la Norma ISO 9001:2015.                                                                                                                                                  | Documentación y eficientización del proceso con estándares de clase mundial.                             |
| 2018 | Reorganización de los recursos humanos del proceso en torno al horario de llegada elegido por los ciudadanos/ clientes.                                                                                                    | Eliminación total de las filas de espera de pie en la tanda matutina.                                    |
| 2019 | Descentralización de la facturación de hospitalización, segregando la unidad en dos módulos que ahora están ubicadas ínsita, juntos a las habitaciones de internamiento.<br><br>Eliminación del paso de impresión de citas | Mejora de la eficacia del proceso de egreso.<br><br>Agilización del tránsito de recepción a facturación. |

A partir de los resultados en el informe nacional de epidemiología se realizaron campañas de vacunación en el hospital para la prevención de difteria, influenza, hepatitis B y tétanos; alcanzando al 2016 un total de 44,142 dosis de vacunas aplicadas.

Para fomentar la mejora continua y mantener los estándares en la calidad de los resultados en las pruebas del laboratorio clínico, se realizaron auditorías externas sobre la calidad en los procesos obteniendo puntuaciones sobresalientes por el cumplimiento del Programa de Evaluación Externa de la Calidad para laboratorios

El HPHM tiene un departamento de cirugía plástica y reconstructiva, adicionalmente cuenta con el primer servicio de cirugía de la mano y microcirugía en un centro médico de atención pediátrica en la República Dominicana, donde se realizan los procedimientos de última generación descritos en las distintas áreas de atención de esta subespecialidad, comparados a centros de primer orden de norte y Suramérica, brindándoles soluciones efectivas a pacientes con trastornos y enfermedades complejas del miembro superior. Estos procedimientos se llevan a cabo con un nivel similar al de los mejores centros en México y Perú.

En el mes de marzo de 2019 el hospital recibió un reconocimiento por las buenas prácticas de nuestro servicio de Odontología Pediátrica. En ese mismo mes, también recibimos el “reconocimiento a la calidad y compromiso institucional” del servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. En el mes de abril del mismo año, en el contexto del congreso Holunutrin, está pautado que recibamos un reconocimiento a la calidad de nuestro servicio de nutrición.

Un problema de interface interna identificado fue el cruce de informaciones comunes entre colaboradores, para ampliar las soluciones a esta problemática, además de las carpetas compartidas, que son un útiles para equipos de trabajo que comparten documentos; el hospital dispone de la plataforma INTRANET, la cual costa de un gestor de conocimiento, que permite la interacción de las buenas prácticas, exposición a soluciones de casos presentados en las diferentes áreas médicas y facilita la inclusión de mejoras a todos los niveles con una herramienta accesible al personal. Además, permite la mejora y simplificación de procesos a partir de la experiencia de los usuarios. El Sistema de Gestión del Conocimiento (SGC) se enfoca en su primera etapa en las áreas sustantivas del hospital.

Un problema de interfaces con agentes externos en el proceso de atención clínica, es la gestión de la historia clínica, la información de los pacientes quedaba en el centro de salud, dificultando acceder a estas desde otros centros de atención. Para la solución, actualmente, el hospital cuenta tres plataformas, Expediente Integral de Salud (EIS), el cual es un sistema de registro único de historia clínica, permitiendo el uso de esta, por los

prestadores de salud vinculados a esta plataforma en línea, el Sistema de Gestión Administrativa (SGA), se integra con el anteriormente mencionado, facilitando la utilización de la información clínica de manera oportuna como: los registros clínicos, eliminando el uso de plantillas para la recolección de datos. En consonancia a este, utiliza la modelo Manchester para la gestión del triage, monitoreando las emergencias de los pacientes en tiempo real, de acuerdo a su necesidad, reduciendo el tiempo de espera y ofreciendo un servicio oportuno.

Para fortalecer la transparencia en los procesos financieros, la organización utiliza el Sistema de Información y Gestión Financiera (SIGEF). Este sistema además disminuye los errores al momento de auditoría a los expedientes financieros, puesto que integra la participación de entes rectores como: Contraloría General de la República, Dirección de Contabilidad Gubernamental, Dirección General de Presupuesto y Dirección General de Compras y Contrataciones Públicas.

## Proyectos

Para el desarrollo de nuevos proyectos, la organización habitualmente establece equipos de trabajo multidisciplinarios. Las metodologías que se emplean varían en función del contenido, complejidad y características del proyecto. Cada proyecto, es liderado por una persona responsable que determina fases, recursos, etc. Todos los proyectos realizados hasta la fecha han sido respaldados por la dirección del centro, que facilita tiempos de dedicación del personal al proyecto, recursos económicos, etc.

La organización dispone de personal conocedor de metodologías de gestión de proyectos que eventualmente apoya y participa de proyectos concretos.

Mención aparte merecen los proyectos centrados en la creación o mejora de sistemas de información. En estos casos, la responsabilidad, recae íntegramente en el departamento y en el responsable de sistemas de información, con la lógica determinación de especificaciones y requerimientos por parte de los clientes internos afectados.

Entre los proyectos que la organización prevé implementar durante el año 2019 se encuentra la automatización del triage de emergencias. Entre las innovaciones de este proyecto se destaca el rol protagónico que desempeñarán las enfermeras y la medición computarizada del cumplimiento con los tiempos de atención para los cinco niveles de prioridad. Si bien ambos aspectos ya son habituales en los países desarrollados, con este proyecto el HPHM será pionero en gestionar el triage con estos niveles de automatización en la red de hospitales públicos del país. La necesidad de transformar nuestra metodología de gestión del triage fue uno de los principales aprendizajes en las visitas de benchmarking que llevamos a cabo en noviembre de 2018 a varios hospitales del País Vasco.

De igual manera, otro proyecto de importancia que tenemos en carpeta para el año 2019 es la instalación de paneles solares para la producción de energía (ver: subcriterio 4c). Dichos paneles serán instalados mediante un acuerdo con la Comisión Nacional de Energía y con el apoyo de los Emiratos Árabes.

En materia de investigación científica, el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza está desarrollando varios proyectos con financiamiento de capital nacional e internacional. En aras de cumplir con la visión y misión del hospital, los proyectos primordiales están enfocados a la investigación científica en ciencias de la salud.

Los proyectos de investigación obedecen a las necesidades de salud del país, en términos de reducir las desigualdades y mejorar el acceso a la cobertura universal de salud. En ese sentido, se han priorizado proyectos en el área de enfermedades infecciosas y parasitarias, que representan la mayor carga de enfermedad en niños menores de cinco años.

El proyecto titulado: "Mejora del diagnóstico de Ancylostoma duodenal mediante una prueba diagnóstica rápida". Es el proyecto que más ha recibido financiamiento, en este proyecto se pretende desarrollar una prueba rápida que pueda diagnosticar uncinarias en sangre utilizando una reacción antigénica. El proyecto está financiado como parte de la iniciativa de Horizonte 20-20 de la Unión Europea / EULAC-HEALTH, y recibe el financiamiento a través del fondo de investigación del Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Este proyecto tiene una duración de 36 meses y existe una gran posibilidad de generar una patente. (Ver subcriterio 4b).

El proyecto de investigación: "Evaluación del sistema de vigilancia de microcefalia en la región metropolitana de salud", permitió generar evidencias para dar respuesta a las necesidades de información en materia de síndrome congénito asociado a virus Zika y sus complicaciones. Este proyecto recibió financiamiento por parte de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades a través de la Red Mundial de Programas de Entrenamiento en Epidemiología y Salud Pública. El estudio fue presentado en Colombia y en República Dominicana y luego publicado en México (Ver subcriterio 4b).

Dicho proyecto tuvo una duración de ocho meses para su ejecución y demostró que existe un subregistro en la notificación de casos de microcefalia, así como también un desconocimiento del personal de salud sobre la manera correcta de medir el perímetro cefálico.

El hospital ha estado realizando otros proyectos de investigación con recursos propios, como el diseño de un registro de defectos congénitos del corazón, evaluación del riesgo nutricional en pediatría, entre otros.

Otro proyecto del hospital es el turismo médico y de

salud, al ser República Dominicana uno de los principales países de América Latina con mayor crecimiento en la industria turística, superando las expectativas de visitas anualmente. El turismo médico y de salud se perfila como una actividad que va más allá de acercar el desarrollo tecnológico, sino que permite desarrollar estándares de calidad a la par de los internacionales. La calidad de los servicios médicos del hospital en materia de pediatría, supera los promedios nacionales al compararse con otros hospitales, y es por esto por lo que, el hospital ha decidido embarcarse en esta tarea. Para ello, el hospital abrió un canal de comunicación y cooperación con la Sociedad Dominicana de Turismo de Salud, diseñando estrategias que permitan proyectar el centro internacionalmente como destino turístico. La organización tiene previsto trabajar en la obtención de certificaciones nacionales e internacionales que permitan homologar procesos.

### **5b. Se diseñan y desarrollan productos y servicios basados en las necesidades y expectativas de los clientes/ciudadanos**

A medida que crece la organización se va haciendo necesario ampliar la cartera de servicios, esto por el aumento en la demanda en diferentes especialidades y los registros epidemiológicos de atención (ver criterio 9), así como por las necesidades identificadas.

Para el diseño de nuevos servicios, la dirección general, el comité ejecutivo, los comités de innovación y calidad, en conjunto con los encargados de los procesos claves y servicios participan en los talleres con los grupos de interés, en donde se recogen las necesidades y expectativas de los usuarios y posteriormente se evalúa la creación de nuevos servicios.

Como herramienta para investigación de mercados el HPHM se apoya en las encuestas a los usuarios externos tanto en las áreas de atención, en las comunidades de mayor impacto y en los talleres y encuentros con grupos de interés. Un servicio identificado y de gran impacto fue el servicio de endoscopia pediátrica, para 2014 solo existía una unidad especializada en todo el país. En 2015, el HPHM inauguró nuestra unidad de endoscopia pediátrica, la más moderna en toda la región del Caribe.

En 2015 hospital realizó una autoevaluación de los resultados de los servicios ofertados y la demanda de los mismos. Fruto de este análisis, se identificó un aumento significativo en la demanda de cirugías ortopédicas por lo que se incluyó la especialidad de Neuro-Ortopedia. En ese mismo año se dio apertura a los servicios para las especialidades de Alergología y Psiquiatría.

De igual forma, en base a la información de UNICEF, que destaca el bajo peso al nacer es un problema de salud importante en República Dominicana, afectando al 11% de los recién nacidos al 2003. Las precariedades

de la niñez dominicana en materia nutricional han motivado que en el HPHM se despliegue un programa llamado StrongKids, concebido para mejorar la nutrición de los pacientes ingresados a nuestro centro de salud.

En 2016 se amplió la disponibilidad de especialistas para los servicios de Cardiología, Endocrinología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cirugía Pediátrica, Neumología. Además, para agilizar y ofrecer un diagnóstico más preciso, se incluyó el servicio de Espirometría, en apoyo al diagnóstico en las especialidades de Neumología y Alergología.

El 2017 incluyó la ampliación de disponibilidad de especialistas para los servicios de Anestesiología, Hematología, Radiología, Gastroenterología, Nefrología, Urología y Neurocirugía.

En 2018 los resultados estadísticos de las atenciones ofertadas, así como los informes médicos de contexto epidemiológico de la población pediátrica que asiste al hospital se habilitó la primera clínica de Síndrome de Down, con la especialidad en genética médica.

Se ha de tener en cuenta que es un hospital pediátrico, por lo que todos los servicios, sanitarios y de apoyo, están adaptados lo máximo posible a las características de la población infantil. Se han colocado varias áreas de juegos y se realizan varias actividades lúdicas para mejorar la experiencia de los niños y niñas que visitan el HPHM, tales como "Cuenta cuentos", del Grupo de Teatro, "Pinta caritas" y el coro infantil, todo eso en el contexto de un proyecto denominado "Hugo-Landia". La planta física también se ha adaptado mediante la humanización de espacios de acuerdo a los intereses de la niñez, como la pintura de las paredes del área de terapia intermedia por niños del Colegio Lux Mundi, diseño tipo nave espacial en la unidad endoscopia, entre otros.

En áreas como Laboratorio Clínico y Emergencias se da trato preferencial a niños menores de 5 años. En Terapia intensiva, se encuentran dos unidades, una unidad neonatal para niños de cero hasta 28 días de edad y una Unidad de Cuidados Intensivos para el resto de pacientes.

Además de ello, se consideran como usuarios clave, los acompañantes de los niños. Es una población objetivo para mejorar y prevenir. Se han implementado charlas a las madres sobre higiene de manos, como evitar infecciones asociadas a la atención, etc. En el año 2018 se trabajaron por el personal de Enfermería 1,033 expedientes en el área de nutrición (consejos a madres sobre mejora de nutrición de sus hijos).

Por otro lado, el hospital también se ha adaptado a usuarios con necesidades especiales. Ejemplo de ello, es la formación impartida a nuestros colaboradores sobre lenguaje de señas.

## 5c. Se producen, suministran y mantienen productos y servicios

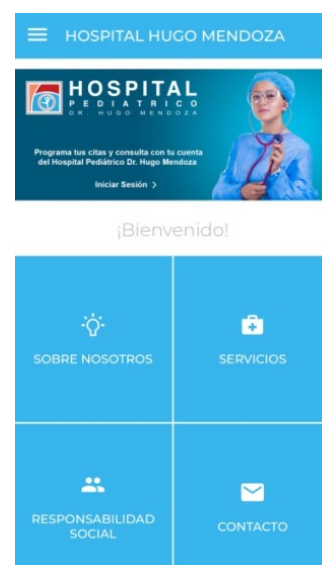
La institución difunde en todos los medios de comunicación disponibles, los horarios de los diferentes servicios ofertados en el hospital. Cumpliendo con la disposición del Servicio Nacional de Salud, el servicio de consulta externa y otros servicios ambulatorios, tienen horario extendido de doce horas, a fin de que madres y padres puedan acceder a servicios sin tener que ausentarse de sus trabajos para cubrir las necesidades de salud de sus niños y niñas. Por otra parte, el servicio de emergencia está habilitado 24 horas al día, durante los 7 días de la semana. La página web sirve de plataforma para el acceso a información general por parte de los usuarios.

El HPHM realiza operativos médicos en distintos sectores de la comunidad, donde son trasladados los servicios brindados en la sede central. Para la realización de estos servicios, el hospital cuenta con una unidad móvil de atención odontológica y un equipo multidisciplinario que realiza intervenciones de consultas especializadas, vacunas, sensibilizaciones en la comunidad para la prevención de enfermedades y promoción de la salud infantil.

Debido al crecimiento de la población y la necesidad de aumentar la capacidad de respuesta a los usuarios, en 2016 se creó la unidad de call center, en el cual se habilitaron líneas telefónicas tanto internas como externas, para que los ciudadanos tengan la facilidad al momento de los usuarios agendar las citas para las consultas con especialistas. Somos el primer hospital de la red pública en organizar un call center para las citas médicas y en desarrollar una App a los mismos fines.

Los agentes de call center, utilizando teléfonos VoIP, pueden trabajar en cualquier lugar con conexión a Internet lo suficientemente rápida. Utilizamos Teléfonos IP o Softphones es un software que permite realizar llamadas a través de una computadora conectada a Internet y poseemos un sistema llamado X-Lite que permite la generación de reportes estadísticos sobre las llamadas manejadas.

En el 2018 se desarrolló una aplicación móvil (APP), con la cual los usuarios pueden agregar sus pacientes y gestionar sus citas. Esta Cuenta con formulario de contacto para que el usuario pueda manifestar cualquier queja o sugerencia, puede agendar citas para el paciente por especialidad, por selección del profesional



**Aplicación móvil HPHM.**

de la salud, y visualizar las fechas disponibles para la cita, así como también puede cancelar las mismas.

Esta APP, proporciona una mejor experiencia para los usuarios mediante programación de autoservicio y a su vez reduce los costos operativos mediante la agilización del proceso de programación y la mejora de la eficiencia de los agentes.

El HPHM cuenta con un protocolo de atención y abordaje a los usuarios por el personal en las áreas de recepción, call center, trabajo social, entre otras áreas de personal administrativo, asimismo existe un protocolo para el abordaje clínico que puede ser en el triage, consulta, visitas en las diferentes salas de hospitalización por médicos, enfermeras y personal de apoyo diagnóstico.

Para que los usuarios puedan identificar que es una emergencia y la escala de prioridad, se han colocado letreros informativos y videos, en la sala de espera del área de emergencia y admisión.

El HPHM mantiene una comunicación efectiva con instituciones que sirven de apoyo a la eficiencia de los procesos, tal es el caso de las ARS. Los sistemas y controles automatizados permiten negociar con las estas para la inclusión de servicios al catálogo de prestación, con la finalidad de ampliar la cobertura y dar mayor acceso a los usuarios. El departamento de Auditoría Médica mantiene una comunicación continua con las ARS, para validar los servicios que el hospital brinda a sus afiliados.

Los almacenes y stocks del HPHM cuentan con un sistema que permite administrar de manera eficiente y oportuna las requisiciones de materiales y existencia de estos para dar respuesta a las diferentes áreas que solicitan materiales e insumos para el diario desenvolvimiento del hospital. Se implementó un programa informático que permite monitorear el máximo y mínimo de los artículos en stock (existencia) y así eficientizar las compras y dar respuesta rápida a los clientes internos que requieren artículos.

Los almacenes cumplen con todas las normas que requiere el departamento de calidad del SNS y MSP en cuanto a la organización, colocación y vencimiento de las mercancías almacenadas.

El HPHM ha considerado varios aspectos para mejorar la optimización de los almacenes, tales como:

- **Automatización:** mejora de la productividad y reducción de costos.
- **Capacitación del Personal:** mejora de conocimientos, buenas prácticas y manejo de los almacenes.
- **Espacio Físico:** acondicionamiento y organización de áreas de almacenajes.
- **Metodología de Pedidos:** mejora en el tiempo y calidad de los productos.

- **Tecnología:** modernización sistema informático, máximo, mínimo y fecha vencimiento.

Se creó un Equipo de Mejora de la Emergencia, con la finalidad de evaluar los procesos que se llegan a cabo e identificar las fortalezas y debilidad a los fines de brindar un mejor servicio, este equipo además de velar por la mejora continua de los procesos tendría la misión de evitar las filas en el área de emergencia y contribuir a la más pronta atención de cada caso de acuerdo con su gravedad.

Se reclutó personal tanto del área médica como de enfermería para agilizar y brindar un servicio de calidad a los usuarios, actualmente en cada turno se dispone de siete médicos tanda matutina-vespertina, y cinco en horario nocturno, asimismo, 21 enfermeras distribuidas en cada tanda. Se implementó la consulta de primera vez en esta área con lo que se ha logrado agilizar la espera de las consultas.

Así mismo, para la mejora en la gestión clínica se implementó el seguimiento personalizado a los pacientes en proceso de preparación para procedimientos quirúrgicos electivos, donde se destaca el apoyo que ofrecen en la evaluación pre quirúrgica las áreas de cardiología, anestesiología, estudios diagnósticos de laboratorio e imágenes y otras especialidades vinculadas a la historia clínica, lo que ha permitido la disminución en la lista de espera de cirugías electivas y cumplimiento de la programación, garantizando que los procedimientos se realicen oportunamente. Se incluyó además un ayudante quirúrgico para la optimización del servicio.



#### 5d. Se promocionan y “comercializan” los productos y servicios

Desde 2014, se realizan intervenciones en la radio, periódicos de circulación nacional y televisión para la promoción de los servicios y como acceder a ellos. Desde 2015 el hospital cuenta con un Plan de Comunicaciones que establece los principales canales y formas de comunicación. En 2016 se establece la política de comunicación alineada a la estrategia institucional del hospital para promocionar la marca hospital, destacando la calidad de los servicios,

profesionalidad de los especialistas y los logros obtenidos en las postulaciones al Premio nacional a la Calidad.

La comunicación externa se gestiona a través de la prensa escrita a través de periódicos de circulación nacional, y digital, canales de televisión y emisoras radiofónicas locales; las redes sociales, la página web institucional <http://hospitalhugomendoza.gob.do/> y el portal de transparencia institucional.

El Ministerio de la Presidencia y el Servicio Nacional de Salud (SNS), han realizado campañas de promoción y comercialización de los servicios del HPHM, destacando la calidad de la gestión y de los servicios que se ofertan. Estas campañas publicitarias también han sido replicadas a través de las redes sociales, por instituciones públicas como: Ministerio de Administración Pública (MAP), Dirección general de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG), Servicio Regional de Salud Metropolitano, Ministerio de la Presidencia, entre otras.

Los servicios del hospital son divulgados a la población a través de diferentes medios tales como, brochures, las principales redes sociales, jornadas de inmersión en las comunidades, prensa escrita, radial y televisiva; además de una página web, en la que se dan a conocer los servicios, especialistas, requisitos, horarios de atención entre otras informaciones de interés para el usuario. Se dispone de un apartado en la página web titulado “sé el primero en enterarte de nuestros nuevos servicios”, donde todos los grupos de interés pueden tener acceso a todas las iniciativas de cambio del hospital.

El hospital ha realizado acuerdos y alianzas para promover y difundir los servicios ofertados, con las principales escuelas, juntas de vecinos, así como diferentes grupos de interés, para la colaboración conjunta para el logro de la misión y visión institucional, creando grupos de apoyo como el Club de Madres, Padres y Amigos de los Niños (MAPANI), la Fundación Dr. Yaso, Red Dominicana Neonatal (REDONE), Asociación Dominicana de Síndrome de Down (ADOSID), entre otros.

El hospital ha implementado las jornadas médicas en las comunidades aledañas de Santo Domingo Norte, como

una forma de llevar los servicios de salud a las áreas más vulnerables y captar en tiempo oportuno los pacientes con necesidades de atención especial para dar respuesta a posibles brotes epidemiológicos, en especial los asociados a morbilidades de tipo respiratoria, dermatológica y parasitológica. Realizamos jornadas médicas en Los casabes, Mata los indios, Majagual, Altos 1ro., entre otras.

La gestión de la marca refiere varios aspectos importantes, desde 2014 el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, ha realizado inmersiones dentro de la comunidad (jornadas médicas, promoción de la salud colectiva, prevención de enfermedades por arbovirosis), estas se realizan en las principales comunidades aledañas al hospital donde además de ofrecer el servicio y sensibilizar a la comunidad se da a conocer en la institución, la cartera de servicios y como acceder a ellos.

El logo del hospital, la misión, visión, valores institucionales, política de calidad, así como los principales logros que ha tenido el hospital se promueve a todos los usuarios internos y externos; esto como parte de la promoción de la marca institucional y conocimiento interno y externo de la misma, utilizándolo en diferentes escenarios (señalizaciones, videos, fondos de pantallas, presentaciones con el grupo de teatro del hospital, concursos, etc.).

## 5e. Se gestionan y mejoran las relaciones con los clientes/ciudadanos

Al cierre del 2015 se lanzó la primera versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, este documento aprobado por el Ministerio de Administración Pública, identifica los principales servicios que oferta el hospital a los ciudadanos, y compromete a la institución con el cumplimiento de los atributos de calidad seleccionados según los estándares establecidos, incluyendo la gestión de quejas. Esta carta además compromete a la institución con la implementación de acciones de mejoras. En esta también se presentan los derechos y deberes de los usuarios que deciden recibir un servicio



del hospital y la responsabilidad de este. Esta está disponible desde el momento en que el usuario hace entrada al hospital y también de dominio público a través de la página web del hospital.

Los estándares de calidad en los servicios comprometidos son monitoreados mensualmente, y son auditados por el MAP al corte del primer semestre y al final de cada año de la CCC.

El HPHM ha recibido visitas de seguimiento por parte del Ministerio de Administración Pública (MAP), para el monitoreo de la Carta de Compromiso al Ciudadano, donde se evalúa el cumplimiento de los indicadores de las áreas comprometidas, lo que sirve para que la Humanización del Servicio sea garantía al Ciudadano/Cliente. Todas las visitas efectuadas concluyeron satisfactoriamente.

Fue solicitado al Ministerio de Administración Pública, el acompañamiento para producir la segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano del HPHM, con la cual se redefinirán los indicadores a ser asumidos ante los ciudadanos clientes respecto a nuestra cartera de servicios. Actualmente se encuentra en proceso de elaboración de la segunda versión que pretende establecer cambios respecto a los tiempos de respuesta a quejas e inquietudes de los usuarios según el tipo, así como la inclusión de indicadores nuevos que representan un reto para la organización, en la disminución de los tiempos de espera para acceder a los servicios.

En 2014 los primeros encuentros con grupos de interés responden a la necesidad de identificar e involucrar a modo general diferentes grupos en la misión y visión estratégica, esta relación hasta 2015 fue con un enfoque informativo, manteniendo la comunicación de las acciones de la institución en referencia a los planes para el despliegue de la estrategia institucional. (Ver 2a).

Esta clasificación permite valorar las necesidades de los mismos tomando como referencia su percepción de los servicios respecto al trato, tiempo de espera, acceso a los servicios (costos para el usuario, disponibilidad de proveedores de servicios, flujo del proceso).

Dentro de la página WEB ([hospitalhugomendoza.gob.do](http://hospitalhugomendoza.gob.do)) se pueden visualizar secciones tales como: Contacto, Citas Médicas, Quejas y Sugerencias, así también como denuncias. Todas y cada una de estas implementaciones fueron pensadas con la finalidad de mantener al usuario y la institución conectados y percibir la retroalimentación del paciente para encontrar mejoras y soluciones a las situaciones del día a día dentro de la institución.

El hospital cuenta con línea 311, es una línea telefónica directa donde los usuarios presentan quejas y reclamaciones sobre algunos servicios del hospital. Estas quejas son atendidas por el responsable de la oficina de acceso a la información, la cual da respuestas a estas quejas en un plazo no mayor de 15 días, como lo

está establecido en el Sistema de Administración de Quejas y Denuncias OPTIC. Para 2018 en promedio el tiempo de respuesta es de 6 días y las quejas recibidas presencialmente a través del departamento de atención al usuario, se canalizan sus soluciones de manera inmediata.

El hospital posee un Comité de Calidad de la Atención, integrado por un equipo multidisciplinario, que vela por la mantener los mejores niveles de cumplimiento de los indicadores priorizados por el viceministerio de Garantía de la Calidad del MSP. Cada mes se envían reportes de cumplimiento de dichos indicadores, los cuales presentados trimestralmente en una video-conferencia que coordina dicho ministerio.

El departamento de calidad junto al responsable de atención al usuario y un representante de gestión humana, realizan la apertura de los buzones donde se evalúan las informaciones dadas por el usuario, se contactan a estos para tener una seguridad y una clara explicación de lo expresado, y darle seguimiento para implementar acciones correctivas a las quejas presentadas por estos, cumpliendo y siguiendo lo establecido al procedimiento de manejo de quejas, sugerencias y apertura de buzones del Servicio Nacional de Salud. Estas acciones y las respuestas a los usuarios sobre la subsanación de estas quejas, son realizadas dentro de 30 días hábiles, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento emitido por el SNS.

Adicionalmente, dentro del Sistema de Gestión de Calidad, también se cuenta con el procedimiento de manejo de quejas y sugerencias, donde se encuestan tanto a los usuarios y aseguradoras para determinar las percepciones y necesidades, e implementar acciones en base a lo expresado por estos, de conformidad con la norma ISO 9001:2015.

El departamento de relaciones públicas y comunicaciones mantiene un contacto directo e instantáneo con los usuarios por las diferentes redes sociales, donde también se toman en cuenta las sugerencias e informaciones brindadas, se presentan estas a la máxima autoridad del hospital, se toman acciones correctivas y se le da seguimiento a los usuarios de que su queja y sugerencia fue tratada. Estas quejas también son tratadas dentro de un plazo no mayor a 15 días.

También en todas las áreas de servicios del HPHM, existen cuadros informativos de los diferentes procesos, servicios y responsabilidad de los usuarios al momento de llevar a cabo uno de estos. Junto a esto también existen cuadros donde se despliegan los derechos y deberes de los usuarios que visitan el centro hospitalario. Derechos en los que se promueve el trato digno, atención de calidad, información clara y oportuna.