



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

**VICEMINISTERIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD**

**CONSULTORIA PARA EL ANALISIS DE LA SITUACION DE LA  
CALIDAD DE LA ATENCION DE LA SALUD EN LA REPUBLICA  
DOMINICANA**

**Recopilación de iniciativas**

Informe elaborado por:  
**Licda. Georgina Espinal**



**Santo Domingo, R. D.  
Octubre, 2010**

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Equipo de Trabajo	3
Resumen Ejecutivo	4
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>8</b>
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>9</b>
4.1 Iniciativas de mejoramiento de la calidad implementadas en el país.	9
4.2 Problemas de calidad de la atención a los que las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención responden	41
<b>V. ALGUNAS LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>42</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>43</b>
<b>VII. ANEXOS</b>	<b>45</b>
7.1 Actores clave en la identificación de iniciativas	
7.2 Relación de informantes clave y documentos revisados	

## Equipo de Trabajo

Nombre	Función
Georgina Espinal	Consultora de IDESARROLLO

## Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está implementando diversas acciones, tendentes a producir avances significativos en el proceso de reforma y modernización del sector salud, cumpliendo de esta manera con la necesidad de ejecutar los cambios hacia un Sistema Nacional de Salud que se constituya en uno de los soportes fundamentales del desarrollo económico y social en la República Dominicana, en el marco del Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES).

Uno de esos procesos es el de formulación de la Política Nacional de Garantía la Calidad, para lo cual se ha contratado el apoyo técnico de IDESARROLLO. En el marco de estos esfuerzos, se consideró sistematizar las experiencias de iniciativas de mejoramiento de la calidad en la atención de salud desarrolladas en el país.

El objetivo general de este componente de la consultoría es apoyar al Vice ministerio de la Garantía de la Calidad en la sistematización de las principales experiencias e iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención en establecimientos públicos de Salud. Para lograr este objetivo se realizaron análisis documentales y entrevistas a informantes clave que se sistematizaron en una matriz diseñada para los fines.

Se identificaron doce-12- iniciativas y se estableció para cada una de ellas, sus fines, la agencia promotora, el establecimiento de salud destinatario de la iniciativa, el objetivo de la intervención, su orientación, resultados obtenidos, si se generó un documento, la utilidad de la iniciativa y la sostenibilidad de la misma.

Dentro de las lecciones aprendidas se establece que cuando las iniciativas son impulsadas por una agencia de cooperación y no se planifica y asegura la transferencia al sistema de Salud, esta no se sostiene en el tiempo.

Las iniciativas que logran un impacto mayor en la salud de la población responden a un “sistema”, es decir, las estrategias aisladas no tienen el mismo efecto y la sostenibilidad de las iniciativas está vinculada a la fortaleza institucional y a la formación de los Recursos Humanos.

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública está implementando diversas acciones, tendientes a producir avances significativos en el proceso de reforma y modernización del sector salud, cumpliendo de esta manera con la necesidad de ejecutar los cambios hacia un Sistema Nacional de Salud que se constituya en uno de los soportes fundamentales del desarrollo económico y social en la República Dominicana, en el marco del plan Decenal de Salud 2006-2016 (PLANDES). Para esto se cuenta con el marco jurídico a través de las leyes General de Salud No. 42-01, de fecha 08 de marzo del 2001 y la que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, de fecha 10 de mayo del 2001.

La Ley General de Salud en su Libro Primero, capítulo II, Sección III en el Artículo No. 14, en su literal (d) plantea que es función de la SESPAS garantizar a los/las pacientes una atención oportuna de calidad. De igual modo, el artículo 170 de la Ley establece que: “Garantía de calidad: Es un enfoque de gestión de los servicios de salud orientado hacia la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios. Implica, desde el proveedor,

calidad técnica, efectividad, eficiencia, y, desde la perspectiva del usuario, calidez, accesibilidad y comodidad”<sup>1,2</sup>.

La referida Ley General de Salud, en el artículo No. 8 y sus cinco párrafos así como el artículo No. 6 del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas, establecen la función de rectoría del Sistema Nacional de salud por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, SESPAS.

La rectoría es comprendida como la responsabilidad y la capacidad del sistema de formular políticas, monitorear su implementación, establecer regulación sobre el sistema y sobre el complejo conjunto de actores que con él se articula que incluye la producción de insumos, medicamentos, equipamientos, la incorporación de tecnologías, la acción de proveedores privados, con el objetivo de asegurar que sean cumplidos los principios que presiden sus existencia. En síntesis se expresa en la formulación de las políticas sanitarias, en las funciones esenciales de la salud pública, en la capacidad institucional de reglamentación y el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud.

En el proceso de organización del Sistema de Salud, se muestra una secuencia que de manera clara da importancia creciente a la calidad. Desde la Ley 42/01 hasta el momento actual, las autoridades han mostrado la decisión de jerarquizar la función política de la Calidad en los servicios de salud.

Con la creación del Viceministerio de la Garantía de la Calidad (agosto 2008) se concentran en una instancia las dependencias reguladoras de los productos

---

<sup>1</sup>Gestión, implica términos relativos: a) al sistema como conjunto de elementos mutuamente relacionados que interactúa, b) sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos c) sistema de gestión, para dirigir y controlar una organización respecto a la calidad y por último d) aseguramiento de la calidad que es parte de la gestión de calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de calidad (tomado de la ISO 9000)

y servicios de salud y se eleva jerárquicamente el organicismo de fiscalización estatal. Así, al Viceministerio de Garantía de la Calidad, se incorporan 5 instancias que funcionaban independientes que son la Dirección de Habilitación y Acreditación, la Dirección de Normas, la Dirección del Laboratorio Nacional de Salud Pública “Dr. Defilló” y la Dirección de Drogas y Farmacias, agregándosele una nueva, la Dirección de Auditoría y Evaluación Médica

El Viceministerio de Garantía de la Calidad es la estructura del nivel central de la SESPAS encargada de asegurar el acceso, equidad y calidad de la salud, mediante un conjunto de normas, mecanismos de control, seguimiento, evaluación y fiscalización de los servicios de salud.

En estos momentos se inicia el proceso de formulación de la Política Nacional de la Calidad, para la cual el Vice ministerio de garantía de la Calidad ha contratado la asesoría de IDESARROLLO. Como un componente de esta Consultoría, se ha considerado necesario revisar y sistematizar las experiencias de iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención en salud desarrolladas en el país.

## **II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORIA**

### **a) Objetivo General**

Apoyar al Viceministerio de la Garantía de la Calidad mediante la sistematización de la problemática y de las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención en establecimientos públicos de Salud del país.

### **b) Objetivos específicos:**

1. Identificar las iniciativas de mejoramiento de la calidad realizadas en el país.

2. Relevar los problemas de calidad de la atención a los que las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención han respondido.
3. Sistematizar los logros y lecciones aprendidas de las experiencias de implementación de las iniciativas implementadas.

### III. METODOLOGÍA

Para identificar las iniciativas de mejoramiento de la calidad ejecutadas en el país se realizó un inventario de las mismas con actores clave. Para levantar información acerca de los problemas de calidad de la atención a los que las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención responden, los logros y lecciones aprendidas de las experiencias se diseñó una matriz donde se recogía el nombre y la definición de la iniciativa, la agencia promotora, el establecimiento de salud destinatario de la iniciativa, el objetivo de la intervención, orientación de la iniciativa, resultados esperados, resultados obtenidos, si se generó un documento, la utilidad de la iniciativa y la sostenibilidad de la misma.

**Participantes:** se seleccionaron informantes clave para entrevistarlos en torno a las iniciativas de mejora de la calidad implementadas en las instituciones públicas de salud. Se seleccionaron bajo el criterio de que estos debían ser actores de las instancias gerenciales, de prestación de servicios de salud o de las agencias que promovían la iniciativa.

#### **Técnicas:**

1. Entrevistas a Informantes Claves (participantes y de las agencias promotoras).



2. Análisis de los documentos generados por las iniciativas de mejora de la calidad.

#### IV. RESULTADOS

##### 4.1 Iniciativas de mejoramiento de la calidad en servicios de salud implementadas en el país.

Las iniciativas de mejora de la calidad, identificadas, se presentan en la Tabla No. 1, relacionadas con la correspondiente herramienta o instrumento utilizado para su implementación en los establecimientos de salud.

**Tabla No. 1**  
**Iniciativas de Mejora de la Calidad y su Herramienta o Instrumento**

No.	Iniciativa Identificada	Herramienta o Instrumento
1	Autodiagnóstico/ Planes de Mejora en varias instancias del Sector salud	Marco Común de Evaluación-Modelo CAF
2	Diagnóstico de Calidad y Transparencia en los Hospitales Darío Contreras y Jaime Mota	Instrumento diseñado y validado para los fines
3	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	Instrumento diseñado y validado para los fines
4	Diagnóstico Sistema de Salud Mental de la R. D.	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005)
5	Herramientas Gerenciales aplicadas en las instancias de Salud de la Red Regional Este	Instrumentos diseñados para los fines
6	Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	Instrumento diseñado y validado para los fines
7	Mejora Participativa de la calidad basada en las evidencias” (EPQI), aplicadas en varias instancias del Sector Salud	Diagrama de Pareto, 5 S, Diagrama causa-efecto, árbol de problemas, árbol de causas, entre otros.
8	Fortalecimiento de los profesionales de la salud	Cursos, entrenamiento en servicios, especialidades
9	Construcción y equipamiento de establecimientos especializados en la Ciudad Sanitaria Luis Eduardo Aybar	Donaciones

10	Estrategia Hospital del Futuro	Instrumento diseñado y validado para los fines
11	Norma de Buenas prácticas de Laboratorio para Laboratorios de control Farmacéutico.	Instrumento de la Norma
12	Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos	Norma ISO 9000:2008, Planificación estratégica

En el levantamiento de información se encontró que las iniciativas de mejora de la calidad fueron promovidas por las agencias de cooperación que apoyan el sector salud, el Gobierno Dominicano y Participación Ciudadana una organización de la Sociedad Civil, como lo muestra la Tabla No. 2.

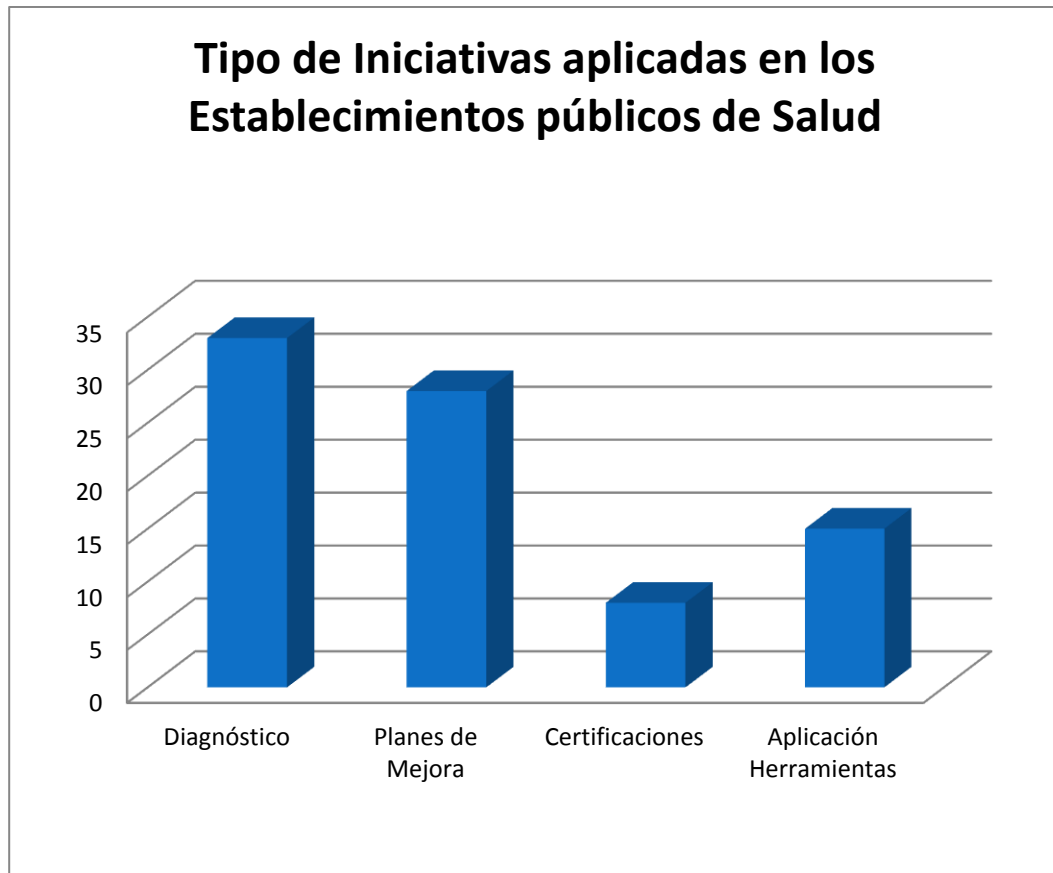
**Tabla No. 2**

**Agencias de Cooperación Promotoras de Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud**

No.	Iniciativa Identificada	Agencia Promotora
1	Autodiagnóstico/ Planes de Mejora	SESPAS/ USAID-REDSALUD/ Intec
2	Diagnóstico de Calidad y Transparencia	Participación Ciudadana
3	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud-CERSS
4	Diagnóstico Sistema de Salud Mental de la R. D.	OMS
5	Herramientas Gerenciales	USAID/ Redsalud
6	Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	UNICEF
7	Mejora Participativa de la calidad basada en las evidencias” (EPQI),	JICA
8	Fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud	JICA
9	Construcción y equipamiento de establecimientos especializados	JICA
10	Estrategia Hospital del Futuro	Hospital Marcelino Vélez
11	Norma de Buenas prácticas de Laboratorio para Laboratorios de control Farmacéutico.	OMS
12	Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos	OPS-OMS, Banco Mundial, USAID, entre otros.

En la Gráfica No. 1 se pueden observar los tipos de iniciativas y la frecuencia de cada una de ellas que se encontró en el levantamiento de información.

**Gráfica No. 1**



Entre todas las iniciativas es importante destacar la capacitación de los Recursos Humanos por ser la más utilizada por las agencias de cooperación, tales como, el Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud de la República Dominicana- PROSISA, auspiciado por la Unión Europea desde Junio de 2000 a agosto de 2005, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID a través del Proyecto REDSALUD, ejecutado

desde el año 2000 al 2005 y la Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional (JICA), por asumir que es la herramienta de mayor peso para lograr la mejora de la calidad de los servicios.

En la gráfica anterior no se incluyó la capacitación como iniciativa individual porque de hecho, en la mayoría de las intervenciones, se involucra un nivel de entrenamiento a un equipo o persona para la ejecución de la iniciativa, excepto en los procesos en que la intervención es un levantamiento de información para la realización de un informe.

La implementación de las iniciativas de calidad han beneficiado los establecimientos de salud que se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla No. 3**  
**Instituciones de Salud beneficiadas con la aplicación de las iniciativas de Mejora de la Calidad**

No.	Iniciativa	Instituciones de Salud
1	Autodiagnóstico/ Planes de Mejora	Hospitales de la Red Regional Este Dr. Jaime Mota de Barahona Dr. Alejandro Cabral de San Juan de la Maguana, Ing. Luís Bogaert de Valverde Mao Regional Universitario Dr. Morillo King de La Vega, Inmaculada Concepción de Cotuí, San Vicente de Paul de San Francisco de Macorís , Marcelino Vélez Santana Centro Materno Infantil San Lorenzo Los Mina. Hospital Marcelino Vélez Santana Direcciones Provinciales de Salud de Cotui, El Seibo, San Juan y los Servicios Regionales V, VI y VIII
2	Diagnóstico de Calidad y Transparencia	Hospital Dr. Darío Contreras Hospital Dr. Jaime Mota
3	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	Hospitales de las Regiones IV, V Y VI

4	Diagnóstico Sistema de Salud Mental de la R. D.	56 servicios ambulatorios, 9 unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, un hospital psiquiátrico y un establecimiento residencial.
5	Herramientas Gerenciales	Hospitales de la Red Regional Este
6	Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	<b>HOSPITALES CERTIFICADOS</b> Alejandro Cabral Federico Aybar Luis L. Bogaert Na. Sra. Regla San José de Ocoa Luis Morillo King Pascasio Toribio San Lorenzo de Los Mina <b>HOSPITALES INICIADOS</b> San Vicente de Paul JoseMaria Cabral y Baez Padre Fantino Jaime Mota Luis E. aybar Francisco Gonzalvo Juan Pablo Pina
7	Mejora Participativa de la calidad basada en las evidencias” (EPQI),	Hospitales de la Red Regional Este Unidades de Atención primaria Samaná Hospital Luis E. Aybar Instituto Oncológico
8	Fortalecimiento de los profesionales de la salud	En hospitales de todo el país.
9	Construcción y equipamiento de establecimientos especializados	Centro de Gastroenterología, CEMADOJA y Hospital de Quemados
10	Estrategia Hospital del Futuro	Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana
11	Norma de Buenas prácticas de Laboratorio para Laboratorios de control Farmacéutico.	Laboratorio Nacional Dr. Defilló
12	Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos	Dirección General de Drogas y Farmacias/ Laboratorio Nacional Dr. Defilló

En relación con la definición y los objetivos de cada iniciativa, todas tienden a la mejora de los servicios de salud, sin embargo, cada una tiene particularidades que la distinguen de las otras, razón por la cual serán analizadas por separado.

#### 4.1.1. El Marco Común de Evaluación- Modelo CAF:

La Ley de Función Pública (41-08) y el Decreto reglamentario sobre el Marco Común de Evaluación (CAF) (211-10), establecen la obligatoriedad de

aplicación del CAF y de promover algunos procesos vinculados (Premio Nacional de la calidad, Reconocimiento de Practicas Promisorias, Carta de Compromiso al Ciudadano y otros) en todas las instituciones y dependencias públicas del país.

El Modelo CAF persigue la realización de un diagnóstico por un equipo interno de gestión para Identificar buenas prácticas y áreas a mejorar en la gestión pública y así alcanzar niveles de excelencia. Esta iniciativa está orientada a la mejora del servicio al ciudadano/a.

El Marco Común de Evaluación es la herramienta que el Gobierno Dominicano seleccionó para la evaluación y posterior postulación al Premio a la Calidad organizado anualmente por el Ministerio de Administración Pública. Las instituciones de Salud que, de acuerdo con la información obtenida, se han sometido al Marco Común de Evaluación (CAF) son los Hospitales de la Red Regional Este(Región V), el Dr. Jaime Mota de Barahona, Dr. Alejandro Cabral de San Juan de la Maguana, el Ing. Luís Bogaert de Valverde Mao, el Regional Universitario Dr. Morillo King de La Vega, el Inmaculada Concepción de Cotuí, el San Vicente de Paul de San Francisco de Macorís , y en la Ciudad de Santo Domingo el Marcelino Vélez Santana y el Centro Materno Infantil San Lorenzo Los Mina.

Además de estos establecimientos de salud, otras instituciones de salud han realizado sus autodiagnósticos y planes de mejora como las Direcciones Provinciales de Salud de Cotui, El Seibo, San Juan y los Servicios Regionales V, VI y VIII.

Esta iniciativa genera tres documentos, el Autodiagnóstico, el Plan de acciones de Mejora y la Memoria de Postulación. En materia de productos obtenidos por

la aplicación de la herramienta CAF en cada institución queda conformado un equipo de gestión, el Autodiagnóstico realizado con los puntos fuertes y las áreas de mejora, el Plan de Mejora y una memoria de postulación con potencial para la participación en el Premio Nacional a la Calidad. La historia de las instituciones de salud que han participado en la postulación al premio es que el Hospital de Ramón Santana de la Red Regional Este, obtuvo el premio a las Prácticas Promisorias en el año 2004 y en el 2007 ganó Medalla de Bronce. Fue la primera institución en ganar este premio, también el Hospital Marcelino Vélez Santana en el 2007.

Esta herramienta es útil porque permite la formación de un equipo para el diagnóstico, la apropiación por parte de ese equipo de gestión hospitalaria de la herramienta CAF, la identificación de los puntos fuertes y las áreas a mejorar en la organización. Además, facilita la elaboración de los planes de mejora, lo que guía al equipo para continuar funcionando porque en el plan se establece una serie de tareas pendientes en las que el equipo debe invertir tiempo y esfuerzo en solucionar áreas estratégicas y operativas.

Mientras la herramienta es aplicada va transmitiendo la visión de autogestión y la perspectiva de las alianzas que la organización debe establecer con otras organizaciones para desarrollar proyectos. La herramienta ayuda a la organización a visualizar que debe vincularse con la sociedad y los usuarios /as de los servicios para encaminarse a la mejora continua.

Es importante destacar que el equipo de gestión necesita de una persona interna o externa que conduzca los pasos del equipo y que motive al seguimiento de los planes de mejora y anime la realización de nuevas autoevaluaciones, porque si el equipo no está lo suficientemente motivado, no se sostiene en el tiempo la iniciativa.

#### 4.1.2. Diagnóstico de Calidad y Transparencia

Este estudio sobre calidad y transparencia se realizó en dos hospitales del sector público, el hospital traumatológico *Darío Contreras* y el hospital regional *Jaime Mota*, de Barahona. Este estudio fue realizado por Participación Ciudadana, un movimiento cívico no partidista, de presión, concertación y vinculación del ámbito social con los poderes públicos. Fue financiado por Transparency International.

Los hospitales estudiados ocupan un lugar relevante en el sector público de provisión de servicios de salud. El primero por ser el hospital especializado más importante y casi exclusivo en su área, constituyendo un hospital de referencia nacional, y el segundo por ser un hospital de referencia regional para una de las zonas de mayor pobreza.

Este estudio orienta la gestión de la calidad de servicios hacia el grado de existencia de programas o acciones regulares de mejoramiento continuo de los servicios hospitalarios desde una perspectiva básica, pero a la vez multidimensional, ya que toma en cuenta ejes diversos de las acciones de mejoramiento, incluyendo la gestión de recursos humanos, la gestión de servicios, las medidas para incrementar la efectividad de la atención médica y la satisfacción de la ciudadanía usuaria.

Se evaluó la transparencia de la calidad y la calidad de la transparencia. La primera dimensión establece hasta qué punto los indicadores de desempeño y las medidas de mejoramiento organizacional están documentadas para maximizar resultados, en qué grado su registro es accesible al escrutinio



público y hasta dónde forman parte de una oferta de información disponible de manera regular y confiable.

El objetivo general de esta intervención fue evaluar la calidad y la transparencia en la gestión y provisión de servicios de salud tomando como base los Hospitales Darío Contreras y Jaime Mota, mediante un conjunto de variables e indicadores factibles, sensibles y con capacidad de réplica en otras experiencias, que permitan generar información relevante y confiable.

Para la realización de este estudio se diseñó un instrumento específico denominado cuadro de áreas claves, ejes, variables y un menú de indicadores de calidad y transparencia en servicios hospitalarios, los cuales fueron discutidos con un panel de expertos en salud, para elaborar los cuestionarios para el levantamiento de información.

Entre los hallazgos más relevantes, según la información disponible, se pueden mencionar que en el Hospital Darío Contreras:

- La cultura hospitalaria tiende a ser primordialmente oral más que escrita, dando alto grado de discrecionalidad a los servicios y procedimientos.
- En la gestión del hospital aún no ha incorporado la “orientación al usuario” que caracteriza los enfoques modernos de gestión, si bien la dirección plantea la existencia de medidas tales como disminución del tiempo de espera en los laboratorios o el aumento en la calidez y trato a las y los usuarios. El déficit de cultura escrita impide documentar dichas medidas.
- Existe un sistema de “costos de recuperación” sin que dichos costos existan por escrito y publicados en las zonas de atención de usuarios. Esto eleva la posibilidad de su uso discrecional y con pocos controles.

- No existe un control automatizado que coteje las entradas de medicamentos con su distribución a los enfermos. Esto eleva la posibilidad de su uso discrecional.
- La gestión hospitalaria no está centrada en el mejoramiento continuo de la efectividad del desempeño a través de la articulación entre información y gestión. Los equipos que se forman para mejorar algunas áreas son transitorios y las medidas de mejoramiento son parciales. Ni los equipos ni las medidas obedecen a la existencia de un plan de calidad o a la introducción de un nuevo modelo de gestión.
- La selección de recursos humanos está centralizada en la Secretaría de estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), la cual no ha efectuado concursos desde 1997. Los puestos profesionales del hospital no son competitivos, sino asignados, lo cual implica altos márgenes de politización.
- La distribución de los recursos humanos no está racionalizada ni fundamentada en la demanda. Aunque la distribución de médicos por especialidad está disponible en términos de listado, ni la distribución de enfermeras ni la de médicos pasantes por área de servicios, están disponibles, ni parecen ser instrumentos de gestión y decisión. Está disponible una nómina en la cual se listan simplemente los nombres y posiciones de médicos y enfermeras.
- Pese a que la dirección identificó algunas iniciativas que apuntarían al mejoramiento de servicios, como la protocolización, el mejoramiento de equipos y el mejoramiento del trato a usuarios, no existe una forma de seguimiento científico a estas iniciativas. No se produce información dirigida específicamente a mostrar el grado de avance de las iniciativas,

por lo que existe el riesgo de que estas se reduzcan a elementos de motivación sin medición.

- No se han desarrollado los instrumentos modernos de gestión de servicios, tales como definición de objetivos, diseño de la cartera de servicios, mapa de procesos y otros.
- Tampoco existen instrumentos de seguimiento propios de los sistemas de monitoreo y evaluación de la gestión hospitalaria.
- Carecen de perfil epidemiológico y de un sistema de indicadores para la medición de la satisfacción de los usuarios.
- Las áreas de mayor nivel de satisfacción de usuarios en consulta (por encima de 70%) son la señalización, la capacidad del personal para atenderles y la limpieza.
- Las áreas de satisfacción intermedia, aunque con tendencia baja (entre 60 y 70%), son las de trato e información del personal y la capacidad e los médicos para atenderles.
- Áreas de bajo nivel de satisfacción (entre 50 y 60%) son las referentes a costo de los servicios, disposición del personal a atenderles y trato e información parte de los médicos.
- Las áreas de menor nivel de satisfacción son las de suministro de medicamentos (31.8%) y tiempo de espera (27.3%).
- Los niveles de transparencia y acceso a la información tienen un perfil muy bajo y no forman parte de los énfasis de la gestión hospitalaria.
- El hospital no ha sido entrenado ni reglamentado para la observación de la Ley General de Libre Acceso a la Información Pública.

- Las compras no se efectúan por licitación. Las compras de mayor nivel de inversión son efectuadas por SESPAS, mientras que las compras efectuadas por el hospital se efectúan de manera directa.
- En los dos últimos años no se ha realizado ninguna auditoría en el hospital.
- No existe una oficina de acceso a la información ni un servicio de información similar a cargo de algún departamento.

Los hallazgos más importantes identificados en el Hospital Jaime Mota fueron:

- Existe un Consejo de Administración, mecanismo de evaluación del desempeño hospitalario, que incluye a la Dirección Provincial de Salud, y un recientemente formado equipo para la elaboración del Plan Estratégico.
- De acuerdo con las informaciones suministradas por la dirección, el mecanismo de evaluación de la efectividad de la atención médica se reúne mensualmente, aunque no estaban disponibles las actas de las reuniones.
- Entre las medidas tomadas para mejorar el desempeño hospitalario están la elaboración de un piloto de experiencia de planificación y seguimiento a corto plazo, con vistas a la elaboración de un Plan Estratégico a mediano plazo; la creación de una Oficina de Atención al Usuario (OAU) para pacientes ambulatorios; la instalación de una línea 1-200 sin cargos para la realización de citas médicas; la instalación de un buzón de sugerencias; el nombramiento de una encargada de supervisión y quejas de usuarios; la emergente informatización de las

admisiones y la conexión entre la Oficina de Admisiones y la Oficina de Estadísticas para la producción de información relevante.

- Estas medidas están en su mayoría orientadas hacia la atención al usuario, sin embargo, prácticas de calidad tales como la estandarización y la elaboración de protocolos clínicos aún no se desarrollan. Recientemente, la dirección ha lanzado una emergente iniciativa para la protocolización.
- No existe un plan de calidad de carácter global con un enfoque claro hacia el mejoramiento de los indicadores clínicos.
- La gestión hospitalaria está centrada en el mejoramiento continuo de la efectividad del desempeño de algunas áreas como enfermería, estadística, planificación y atención al usuario.
- El cuadro resultante en la gestión de recursos humanos es muy similar al del hospital Darío Contreras, aunque, por un lado, en el Jaime Mota existen prácticas de calidad a ser destacadas (concentradas en el ámbito de enfermería) y, por otro lado, este hospital sostiene una aún mayor opacidad de la información en el área de recursos humanos.
- La distribución de los recursos humanos no está fundamentada en la demanda, lo cual crea en taponamientos en la atención de usuarios.
- No existe un estudio de demanda ni un mapa de procesos ni flujogramas que den respuesta 'científica' a la demanda.
- Las evaluaciones de desempeño son mucho más estructuradas para las enfermeras que para los médicos.
- Al igual que en el caso del hospital DC, no existe un perfil epidemiológico ni se realizan estudios de demanda, por lo que el diseño de los servicios está estructurado desde el punto de vista de la oferta y no se deriva de

estudios de demanda hospitalaria, los cuales son claves en la gestión moderna.

- Se han tomado algunas medidas para mejorar la atención al usuario, señaladas anteriormente, tales como la oficina de atención al usuario y la línea telefónica gratuita o la especialización de encargados para fortalecer la atención de la demanda.
- Aunque no existe como tal un programa de modernización tecnológica, SESPAS ha adquirido una serie de equipos para el hospital, como equipos nuevos de diálisis, y colposcopio. Un mamógrafo de último modelo ha sido adquirido por los fondos de la seguridad social. Para el seguimiento de los equipos y tecnologías, existe un programa informatizado. SESPAS contrató a una compañía cubana, que a su vez entrenó al personal de mantenimiento, el cual es monitoreado por dicha compañía.
- Al igual que en el hospital DC, no existe un sistema de indicadores para medir la satisfacción de los usuarios ni se realizan sondeos de satisfacción de usuarios, por lo que los datos demandados por los indicadores no están disponibles.
- Se han tomado algunas medidas concernientes a la satisfacción de usuarios, particularmente en cuanto a la reorganización de algunos servicios y la ya citada creación de la Oficina de Atención al Cliente. Dichas medidas se concentran en la reducción de tiempos de espera y el nivel de producción de los médicos. Empero, como no se miden los resultados, su efectividad es desconocida. Las medidas concernientes a médicos no están disponibles.
- De acuerdo con las informaciones de la dirección hospitalaria, a excepción el banco de sangre, los servicios del hospital son gratuitos. En

el banco de Sangre, el servicio es gratis si el usuario trae a una persona para reemplazar la sangre usada, después de los análisis pertinentes.

- Se observaron pizarras y brochures con información sobre los derechos de los usuarios.
- Pese a los esfuerzos de la dirección para mejorar la atención de usuarios, los niveles de investigación y transparencia en el área de satisfacción de usuarios son mínimos.
- Los usuarios en consulta en el JM expresaron bajos niveles de satisfacción en sentido general.
- El área de mayor nivel de satisfacción de usuarios en consulta (por encima de 80 por ciento) es la de costos.
- Las áreas de menor nivel de satisfacción, por debajo de 50%, son el trato y disposición del personal y el tiempo de espera.
- De modo similar al caso del DC, los niveles de transparencia y acceso a la información tienen un perfil muy bajo y no forman parte de los énfasis de la gestión hospitalaria.
- El hospital no ha sido entrenado ni reglamentado para la observación de la Ley General de Libre Acceso a la Información Pública. No existe un registro de proveedores (se nos entregó un listado de deudores), los costos de los servicios no están escritos (aunque en este caso la gran mayoría de los servicios se realizan gratuitamente), la información sobre trámites no está escrita, los salarios de los empleados no están disponibles, las entradas y salidas del inventario de medicamentos no está disponible. El listado de empleados del hospital, o nómina, no estaba disponible, como tampoco estaba el presupuesto hospitalario, el cual “no apareció” en ninguna computadora donde fue buscada.

- Las compras no se efectúan por licitación. Las compras de mayor nivel de inversión son efectuadas por SESPAS, mientras que las compras efectuadas por el hospital se efectúan seleccionando entre tres cotizaciones.
- En los dos últimos años se realizó una auditoría en el hospital, efectuada por SENASA. Sus resultados son desconocidos por el hospital.
- No existe una oficina de acceso a la información ni un servicio de información similar a cargo de algún departamento.

Al final del estudio se recomendaron mecanismos para el seguimiento y la aplicación a otros hospitales, no se cuenta con evidencia de que se asumieron estas iniciativas.

#### **4.1.3. Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI**

Consistió en la evaluación de la calidad en el proceso de atención prenatal e infantil en cuatro regiones de salud de la República Dominicana (Regiones III, IV, V, VI), mediante la valoración del conocimiento del personal de salud de primer nivel de atención de los contenidos de las normas y guías de atención en estas cuatro regiones de salud.

De igual forma, con la propuesta se intentó determinar la correspondencia entre el nivel de conocimiento y la práctica del personal de salud de primer nivel de atención en las regiones de salud seleccionadas. De los 66 médicos que se invitaron a participar, 34 (52%) fueron médicos pasantes y 32 (48%) médicos asistentes.



De las 66 madres abordadas a la salida de la consulta prenatal, 17 (25%) reportaron estar asociadas a la seguridad social, de las cuales una (1.5%) estaba adscrita al régimen contributivo y 16 al régimen subsidiado.

El 26% (n = 17) de los médicos obtuvo una puntuación media igual o superior a 60 puntos en los casos simulados y una puntuación mayor o igual a 80 puntos en el examen escrito. Solo un 8% (n = 12) de los médicos reunió todos los criterios para considerar una adecuada calidad de atención de la embarazada y ninguno pudo conseguir los requerimientos necesarios para considerar una adecuada atención del menor de 1 año según las guías nacionales del primer nivel de atención.

Los resultados de este estudio evidencian una situación crítica en lo que respecta a la calidad de la atención de las embarazadas y de los niños menores de un año en centros de atención primaria de la República Dominicana.

#### **4.1.4. Iniciativas promovidas por la Organización Panamericana de la Salud- OPS-OMS.**

##### **4.1.4.1. Diagnóstico del Sistema de Salud Mental de la R. D.**

Esta iniciativa consistió en la evaluación de 56 servicios ambulatorios, 9 unidades de hospitalización, un hospital psiquiátrico y un establecimiento residencial, utilizando el instrumento de evaluación de sistemas de salud mental WHO-AIMS es uno de los instrumentos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado desde el informe mundial sobre la salud de 2001.

El objetivo de esta iniciativa era mejorar el sistema de atención a la salud mental y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Se obtuvo una línea

de base que arrojó datos acerca de las políticas nacionales, financiamiento y provisión de los servicios de salud mental. Con esta evaluación estandarizada el país tiene establecidas sus fortalezas y debilidades con el fin de encarar la mejora de sus servicios de salud mental.

#### **4.1.4.2. Fortalecimiento de las capacidades de los Recursos Humanos en Salud**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) también ha impulsado la capacitación como estrategia fundamental para la mejora de los servicios de Salud. Recientemente tiende a priorizar un enfoque centrado en la seguridad de los pacientes.

#### **4.1.4.3. Implementación de las Normas de Buenas prácticas de Laboratorio de Control Farmacéutico de la OMS.**

En la entrevista al personal del Departamento de Calidad de Laboratorios Nacionales se expusieron varias iniciativas que se habían iniciado para mejorar la calidad de los servicios que allí se ofrecen, pero que solo se había concretizado la implementación de las Normas de Buenas Prácticas de la OMS, con el objetivo de fortalecer el desempeño de los Laboratorios Oficiales de Control de Medicamentos (LOCM) en los países de la Región de las Américas, a través de la implementación de las Buenas Prácticas de Laboratorio, para garantizar la calidad de los resultados analíticos y facilitar el reconocimiento mutuo de los mismos.

El proceso inició con un diagnóstico y a partir de ahí se fortaleció el Departamento de Calidad, se conformó el sistema de calidad del laboratorio, el trabajo básico se focalizó en el área de medicamentos, se escribió toda la

documentación relativa a un sistema de calidad y se capacitó el personal para la aplicación, seguimiento y en auditoría.

#### **4.1.5. Iniciativas de Calidad financiadas con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID**

##### **4.1.5.1 Marco Común de Evaluación- CAF**

La USAID financió la aplicación del CAF en los establecimientos de Salud de la Red Regional Este (Región V) para el año 2007, en una iniciativa del Ministerio de Salud, en la cual participó el Ministerio de Administración pública en ese momento Oficina de Administración y Personal-ONAP, el Seguro Nacional de Salud- SeNaSa y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo-Intec, como apoyo técnico. En ese año postularon al premio los 14 establecimientos de salud de la Región V y el Hospital de Ramón Santana obtuvo Medalla de Bronce.

##### **4.1.5.2 Herramientas Gerenciales**

La implementación del uso de herramientas gerenciales fue una iniciativa de cooperación técnica ejecutada por Abt. Associates Inc., con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID, a través del proyecto REDSALUD, el cual tuvo como beneficiarias a las instituciones públicas de salud de la Red Regional Este.

El objetivo de estas intervenciones era crear las condiciones para que allí pueda desarrollarse exitosamente el proceso de reforma, poniendo un especial énfasis en el diseño y puesta en marcha de estrategias y herramientas de gestión de

fácil acceso, rápida diseminación y asimilación, acordes con las condiciones de desarrollo institucional existentes.

Bajo el principio de “aprender haciendo” se aplicaban metodologías sencillas y fáciles de utilizar por parte del personal de salud sin formación especializada en cada una de las herramientas gerenciales implementadas. Un aspecto importante de esta metodología fue la incorporación de incentivos en el proceso de aprendizaje.

De acuerdo con la información disponible, las intervenciones del Proyecto REDSALUD en los 14 Establecimientos de Salud de la Red Regional Este y sus objetivos se resumen en la Tabla No. 4.

**Tabla No. 4.**

**Intervenciones Gerenciales y sus correspondientes objetivos**

No.	Intervención	Objetivo
1	Proceso para la Puesta en marcha de los Consejos de Administración Hospitalaria	Formarlos Consejos de Administración en los Hospitales Públicos
2	Costeo de Servicios de Salud	Entregar a los hospitales y entidades de salud de la Región V, una metodología de control gerencial en la utilización de los recursos disponibles que sustente la toma de decisiones, que además sirva para evaluar los costos de los servicios que se prestan, teniendo en cuenta todos sus componentes directos e indirectos involucrados en cada servicio. Todo esto se hace con el fin de preparar estas instituciones para la consolidación de la reforma en salud, que les permita ir asumiendo gradualmente el control sobre sus recursos, así como, sustentar mejor el costo de los servicios que serán ofrecidos a las diferentes ARS públicas y privadas, dentro del propósito de cambiar su fuente de ingresos de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda entregados por la vía de la facturación de servicios.
3	Gestión de Atención al Usuario	Organizar la atención del paciente desde que ingresa hasta que sale del hospital, teniendo en cuenta todas las áreas por las cuales el paciente fue atendido.

4	Gestión Integral de Insumos y Suministros	Dotar a las instituciones del sector salud, en especial a las ubicadas en la Región V del país, tales como los Proveedores Públicos de Servicios de Salud (PSS públicas), las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y la Dirección Regional de Salud (DRS), de un conjunto de procedimientos y herramientas técnicas, administrativas e informáticas para el manejo integral de los suministros en salud, tales como medicamentos, vacunas y material gastable entre otros, que son utilizados en la prestación de los servicios que ofrecen a la comunidad.
5	Gestión y disposición final de desechos sólidos hospitalarios	Reducir la exposición de los usuarios internos y externos a lesiones, accidentes, molestias y enfermedades como consecuencia del manejo inadecuado de los desechos sólidos mediante el uso de medios de protección y la práctica y el cumplimiento de las conductas de bioseguridad.
6	Sistema de Atención al Área Materno Infantil-SAAMI	Registrar todos los datos relacionados con el Historial Clínico Perinatal de las pacientes embarazadas y sus Recién Nacidos; localizados en la Región V de Salud. Adicionalmente, se ingresan los datos relacionados al componente VIH / SIDA en las diferentes áreas de Consejería.
7	Herramienta de Gestión Hospitalaria (Sistema de Información Gestión Hospitalaria-SIGHO)	Centralizar todo lo relacionado a las actividades u operaciones que realizan los hospitales, a través del uso de un software.
8	Registro Individual de Vacunas -RIV	Controlar el proceso de vacunación, de la creación y dosificación de las vacunas, el registro de cada paciente con sus respectivas vacunas aplicadas y por aplicar, así como también tener un histórico de los paciente vacunados y los paciente incompletos, es decir, aquellos que le falta vacunas por aplicar, tomando en cuenta un esquema por un grupo de edades que es creado por nosotros mismos o automáticamente por el sistema.
9	Herramienta de Sistema de Habilitación y Acreditación	Centralizar todo lo relacionado a las actividades u operaciones que realizan los inspectores, para asegurar que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que se exigen para garantizar la seguridad de los usuarios.
10	Manual de uso Formulario 67-A	Consolidar información relacionada con el formulario 67 A, utilizado por entidades prestadoras del servicio de Salud en República Dominicana. Con esta herramienta se busca darle continuidad al proceso de recolección de datos y unificar la información no solo a nivel de hospitales, sino a nivel provincial y regional

11	Manual de uso Formulario 72 A	Consolidar información relacionada con el formulario 72 A, también conocido como materno infantil, utilizado por entidades prestadoras del servicio de Salud en República Dominicana.
----	-------------------------------	---

Estas herramientas, según las informaciones, fueron ampliamente aceptadas, aplicadas y comprendidas por los participantes en un tiempo relativamente corto. Por tanto, la metodología de aplicación, se considero, tiene relevancia para otros países en desarrollo con similares necesidades y expectativas y para otros centros de salud dominicanos.

Estas herramientas se continuarán aplicando con el nuevo proyecto de la USAID, Centros de Excelencia Materno Infantil, aunque no con el mismo nivel de priorización, ya que se estarán integrando nuevas herramientas para el desarrollo de 10 establecimientos e instituciones diferentes a las que se habían intervenido como Centros de Excelencia.

La lección más importante de este ejercicio, según los involucrados, es la necesidad de avanzar en el proceso de autonomía hospitalaria y de búsqueda conjunta de soluciones con la comunidad y los ayuntamientos con la finalidad de que los tomadores de decisiones puedan buscar formas de corregir las ineficiencias institucionales detectadas.

#### **4.1.5.3 Fortalecimiento de las Capacidades de los Recursos Humanos**

La USAID también ha financiado iniciativas de capacitación, en la implementación de las herramientas gerenciales, se capacitó primero en el uso de las mismas mediante el método de “aprender-haciendo”. Otra modalidad fue el financiamiento de cursos y diplomados existentes en las ofertas de

universidades nacionales o extranjeras con temas relacionados con la mejora de la calidad de los servicios de salud.

La iniciativa de formación para personal de Salud que más han apoyado es la Especialización en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social, impartida por el Instituto tecnológico de Santo Domingo, Intec que desde el año 2002 hasta la fecha tiene 11 rondas y más de 200 egresados, de la alta y la gerencia media del sector público. De estas 11 rondas han sido financiadas 4 rondas por la USAID para el fortalecimiento de las capacidades de los Recursos Humanos de la Región V.

#### **4.1.6. Hospital Amigo de la Niñez y las Madres**

La iniciativa, promovida por UNICEF, consistió en evaluar cada establecimiento de salud con un instrumento que contempla 25 pasos orientados a la promoción de la lactancia materna exclusiva, la mejora de los servicios y la disminución de indicadores de morbimortalidad del recién nacido. El fin de la intervención es procurar el aumento en la lactancia materna exclusiva, la mejoría de la calidad y calidez de los servicios hospitalarios, la disminución de la incidencia de EDA, IRA y desnutrición para así, proporcionar beneficios a la madre y el niño en la etapa temprana de su vida.

Se evaluaron 15 hospitales, Se certificaron 8 que cumplieron con los requisitos y 7 que no completaron el proceso, fueron calificados como iniciados, tal y como se observa en la Tabla No. 5.

**Tabla No. 5**

**Relación de Establecimientos de Salud Certificados e Iniciados**

<b>HOSPITALES CERTIFICADOS</b>	<b>HOSPITALES INICIADOS</b>
Alejandro Cabral Federico Aybar Luis L. Bogaert Na. Sra. Regla San José de Ocoa Luis Morillo King Pascasio Toribio San Lorenzo de Los Mina	San Vicente de Paul JoséMaría Cabral y Báez Padre Fantino Jaime Mota Luis E. Aybar Francisco Gonzalvo Juan Pablo Pina

**4.1.7. Iniciativas de Calidad impulsadas por la Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional-JICA**

**4.1.7.1 Mejora Participativa de la Calidad Basada en las Evidencias (EPQI).**

Esta iniciativa, promovida por la Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional-JICA, entre los años 2002-2006, estuvo orientada hacia la identificación y resolución de problemas con los recursos disponibles, a través de la aplicación de una serie de pasos y la combinación de herramientas aplicadas al área de la salud, con el objetivo de mejorar los servicios. Esta metodología nació en Japón para ser aplicada a la industria, pero luego traspaso estas barreras para ser llevada al ámbito de la salud. Se desarrolla en



nueve pasos en los cuales mediante la ejecución de herramientas como Diagrama de Pareto, 5 S, diagrama de causa y efecto, entre otros.

La iniciativa ha sido implementada en los 14 establecimientos de salud de la Red Regional Este, con financiamiento de la USAID y apoyo técnico de la JICA; el Hospital Dr. Luis E Aybar, en SESPAS Central, el Instituto Oncológico y en las Unidades de Atención primaria de Samaná, la cual patrocinó la formación de 21 formadores nacionales en las herramientas de EPQI.

#### **4.1.7.2. Fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud**

La Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional (JICA) ha utilizado varias modalidades para el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud:

- **Entrenamientos en Japón** a un número específico con el compromiso de que haya una multiplicación en “cascada”, es decir, que una vez el participante llegue al país se convierta en multiplicador. Es el caso de varias experiencias, el Curso de EPQI, el Curso de Mejoramiento de la educación básica y permanente en enfermeras, Programa fortalecimiento de profesionales en manejo de Cáncer Cervico-Uterino, entre otros.
- **Programa de Voluntarios**, en este programa se traen voluntarios de Japón al país con la finalidad de fortalecer las capacidades del personal en servicio a través del acompañamiento de cooperantes que se integran a los servicios. Área de desempeño: Enfermeras obstetras y comunitarias

- **Procesos de formación asociados a la donación de una estructura equipada**, es el caso del Centro de Amistad Domínico-Japonés-CEMADOJA y el Centro de Gastroenterología, los cuales fueron construidos y equipados con una donación de la JICA y al mismo tiempo, los Recursos Humanos que trabajarían en esos centros fueron entrenados en Japón para asumir sus nuevas responsabilidades, algunos por un período de 5 años. Una vez se inauguraban estos centros, venían al país técnicos japoneses a acompañar el proceso de montaje y el inicio de los trabajos.

Este proceso generó en los dos centros la conformación de especialidades médicas en Diagnóstico de Imagen como en Gastroenterología (más de 56 gastroenterólogos nuevos).

#### **4.1.7.3. La experiencia del Centro de Amistad Domínico-Japonés-CEMADOJA: Construcción y equipamiento de establecimientos especializados**

##### **4.1.7.3.1 EI CEMADOJA.**

La experiencia de las iniciativas de la JICA en materia de donaciones se han ejecutado de forma integral, en el sentido de que no se han limitado solo a la estructura y el equipamiento, sino que se han intervenido en la preparación del personal y en la forma de organización de los servicios. Una vez iniciado los servicios han seguido acompañando a través de asesorías y asistencia técnica.

Es el caso del Centro de Amistad Domínico-Japonés –CEMADOJA, el cual tiene instalado un centro de diagnóstico por imágenes, un laboratorio de

investigaciones epidemiológicas y el Centro de Gastroenterología. Todos concebidos y ejecutados bajo el mismo esquema:

**a) Construcción y equipamiento** de un centro de diagnósticos y atención en enfermedades Gástricas en el país.

**b) Formación del personal** en Japón (por 5 años, distintos profesionales de la salud han viajado a Japón a tomar entrenamientos)

**c) Acompañamiento:** más de 60 expertos japoneses han brindado acompañamiento en el país dando seguimiento a la transferencia de conocimientos en el servicio.

**d) Creación de una Residencia Médica,** en la actualidad existen dos residencias médicas una en diagnóstico por imágenes y la otra en gastroenterología.

El CEMADOJA tiene 15 años de provisión de servicios de calidad, está constituido a nivel de Centroamérica como Centro de Desarrollo Educativo en Imágenes. El Centro de Gastroenterología cuenta con 19 años ininterrumpidos de provisión de servicios a la población general, formación del personal y más de 56 nuevos gastroenterólogos formados en la residencia.

El Ministerio de Salud asumió estos centros y se lograron incorporar al sistema procurando la sostenibilidad de sus servicios. Han sido capaces de insertarse en el Sistema de Seguridad Social, ya que la mayoría de las Administradoras de Riesgos de Salud tienen contratado los servicios con ambos centros.

#### **4.1.7.3.1 Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Samaná – FAPRISA**

Otra iniciativa fue el proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Samaná –FAPRISA, ejecutado por la JICA en 18 Unidades de Atención Primaria en Samaná. Su objetivo era fortalecer las capacidades de gestión de los profesionales en el primer nivel de atención a fin de lograr la descongestión de usuarios en los niveles especializados de atención. Esta iniciativa estuvo orientada hacia la mejora del servicio de atención primaria con participación de la comunidad y de las DPS.

Sus componentes fundamentales fueron la capacitación, provisión de equipos para la atención, apoyo de expertos en servicio y fortalecimiento de los comités de salud.

Los productos obtenidos por este proyecto fueron la capacitación del personal de salud de las UNAP, la Dirección Provincial de Salud con capacidad instalada para dar monitoreo y seguimiento tanto a las UNAP como en los hospitales de la zona, asociación de comités de salud formada, guías y manuales de funcionamiento de los servicios.

En la realidad el seguimiento que se esperaba no ha sido posible porque se capacitaron las DPS para realizar el mismo pero al implementarse la Ley 42-01 estas funciones se pasaron a los Servicios Regionales, además por la alta movilidad de los Recursos Humanos en salud.

#### **4.1.8. Estrategia Hospital del Futuro**

Esta estrategia se basa en el concepto de “Hospital que promueve la Salud” de acuerdo con la Declaración de Budapest (OMS, 1991), “un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativa de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes, de sus familiares y del equipo de salud, se convierte así mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad”.

El Glosario de Promoción de la Salud (WHO/HPR/98.1) establece que “Los hospitales promotores de salud adoptan acciones destinadas a promover la salud de sus pacientes, de su personal y de la comunidad donde están emplazados. Los hospitales promotores de salud tratan activamente de convertirse en “organizaciones saludables”. Los hospitales promotores de salud se están implantando desde 1988 y se ha desarrollado una red internacional para promover la adopción de este concepto en los hospitales y otros centros de asistencia sanitaria”.

El concepto de Hospital que promueve la salud se apoya en 6 principios fundamentales:

1. Promover la dignidad humana, igualdad, solidaridad y la ética profesional, reconociendo las diferencias en las necesidades, valores y culturas de diferentes poblaciones.
2. Estar orientado hacia el mejoramiento de la calidad, bienestar de los pacientes, de sus parientes y el personal, protección del medioambiente y la realización del potencial para concentrarse en una institución de enseñanza.

3. Enfocar la salud con una aproximación integral y no solo con servicios curativos.
4. Estar centrado en la gente, proveer servicios de salud de la mejor manera posible a pacientes y familiares, facilitando el proceso de curación y contribuyendo al empoderamiento de los pacientes.
5. Usar los recursos eficientemente y costo efectivo e identificar recursos en base a contribuciones al mejoramiento de la salud.
6. Forma una junta o conexión lo más cercana posible a otros niveles del sistema de cuidado de la salud y de la comunidad.

El Hospital del futuro, según sus proponentes, debe cumplir todas estas condiciones sustentado en una gran fortaleza institucional. Este modelo se operacionaliza a través de las siguientes líneas transversales:

**Organización** de toda la organización, de los Recursos humanos y de los servicios.

**Estandarización** a través de la protocolización de los procesos de atención, las áreas clínicas, financieras, administrativa, servicios generales y de apoyo.

**Planificación estratégica y producción**, establecimiento de los planes estratégicos y operativos.

**Monitoreo, evaluación y análisis**, fortalecimiento de una unidad de monitoreo y análisis.

El modelo se ha implementado en el Hospital Marcelino Vélez Santana y, de acuerdo con las informaciones colectadas, ha tenido repercusión positiva en los indicadores de salud del hospital, además de los premios y menciones

honoríficas que ha tenido el hospital a partir de su desempeño, incluyendo las medallas de plata y oro en el Premio a la calidad otorgado por el Ministerio de Administración Pública. La sostenibilidad de este modelo podría ser alta pues se basa en la fortaleza institucional que se construye durante su implementación.

#### **4.1.9. Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos.**

El Ministerio de Salud ha realizado avances en el fortalecimiento de su papel rector (autoridad sanitaria nacional) en materia de medicamentos, a fin de garantizar la calidad, inocuidad y eficacia de los mismos a la población. Estos esfuerzos han sido apoyados por la OPS-OMS, Banco Mundial, USAID, entre otros. La Dirección General de Drogas y Farmacia –DGDF, es la instancia encargada de llevar a cabo estas tareas y su labor es financiada por fondos especiales, asignados a través del Presupuesto Nacional.

Cuenta con una base que le da fuerza legal para actuar, amparada en la Ley General de Salud, 42-01; Decreto 247-05, que crea a Comisión Presidencial de Política Farmacéutica Nacional (COPPFAN); Reglamento 246-06 de Medicamentos. Regula la fabricación, elaboración, investigación, control de calidad, suministro, circulación, distribución, comercialización, información, publicidad, importación, almacenamiento, dispensación, evaluación, registro y donación de los medicamentos, así como el uso racional de los mismos en el Sistema Nacional de Salud.

Posee un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2008-2012, planes operativos y de desarrollo, actualmente desarrolla un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9000, versión 2008, con todos los

componentes del sistema en funcionamiento, cuya primera auditoría será realizada en el mes de octubre del 2010.

La DGDF tiene establecidos una serie de Normas, manuales, lineamientos, guías y procedimientos por escrito y a la disposición del público general a través de la página web del Ministerio de Salud, los cuales facilitan el cumplimiento de las regulaciones en materia de medicamentos en el país, tanto para las empresas relacionadas como para la misma DGDF.

Esta iniciativa impacta también el sistema de calidad del Laboratorio Nacional Dr. Defilló, en la parte de evaluación y control de medicamentos, cumpliendo los mismos requerimientos de calidad y evaluación de servicios que la DGDF.

Al momento de la realización de este informe, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Red para el Fortalecimiento de Autoridades Reguladoras Nacionales de Referencia de OPS, en materia de medicamentos, ha iniciado un proceso a los fines de certificar esta instancia gubernamental mediante la evaluación realizada por equipos externos e internacionales, con un instrumento que contempla aspectos como la organización del Sistema en el que se evalúa la base legal, el modelo de administración, el desarrollo institucional, la organización y estructura, el sistema de gestión de la calidad, el financiamiento, la gestión de recursos humanos, la existencia y funcionalidad de comités de expertos externos, la transparencia y confidencialidad, independencia e imparcialidad, infraestructura, monitoreo y responsabilidades y el sistema de información.

Además se evalúan los aspectos propios de cada una de los elementos que tienen las Autoridades Nacionales que regular y vigilar, como el Registro



Sanitario, Licenciamiento de Productores, Vigilancia del Mercado, Farmacovigilancia, Control de Ensayos Clínicos, Inspecciones Regulatoras y actividades de Fiscalización y el funcionamiento del Laboratorio Nacional de Control de Calidad.

Cada aspecto se valora con el fin de establecer las áreas a mejorar y realizar los esfuerzos necesarios para convertirse en una entidad estatal competente y eficiente en el desempeño de las funciones de regulación sanitaria.

#### 4.2 Problemas de calidad de la atención a los que las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención responden.

Los problemas de calidad de la atención a los que las iniciativas de mejoramiento de la calidad de la atención responden se presentan en la Tabla No. 6.

**Tabla No. 6**  
**Iniciativas de Calidad y Problemas a los que responden**

No.	Iniciativa	Problemas
1	Autodiagnóstico/ Planes de Mejora	Situación de la gestión y de la entrega de los servicios de los establecimientos
2	Diagnóstico de Calidad y Transparencia	Desconocimiento de la valoración de la calidad de los servicios y de la transparencia
3	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	Falta de evidencia que demuestre el manejo de las guías de atención y los procedimientos de asistencia clínica y preventiva en médicos y enfermeras del Primer Nivel de Atención
4	Diagnóstico Sistema de Salud Mental de la R. D.	Falta de un instrumento estandarizado para que el país pueda conocer sus fortalezas y debilidades con el fin de encarar la mejora de sus servicios de salud mental
5	Herramientas Gerenciales	Carencia de herramientas de gerencia para poder gestionar los servicios de salud de forma eficiente y costo efectiva.
6	Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	Baja implementación de la lactancia materna
7	Mejora Participativa de la calidad basada en las evidencias (EPQI),	Gestión inadecuada de los establecimientos y de la prestación de los servicios.

8	Fortalecimiento de los profesionales de la salud	Falta de capacitación para enfrentar los retos de la Reforma y la seguridad Social y el manejo de establecimientos especializados
9	Construcción y equipamiento de establecimientos especializados	Carencia de un hospital para quemados, un establecimiento especializado en gastroenterología y de servicios de diagnóstico por imagen
10	Estrategia Hospital del Futuro	Falta de un modelo eficaz y aplicable a los establecimientos dominicanos que garantice la calidad en la prestación de los servicios.
11	Norma de Buenas prácticas de Laboratorio para Laboratorios de control Farmacéutico.	Necesidad de estandarización de los procesos para Laboratorios de control Farmacéutico
12	Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos	Necesidad de contar con un sistema de regulación y control de medicamentos en el país.

## V. ALGUNAS LECCIONES APRENDIDAS.

De toda la recopilación realizada a partir de la documentación y las entrevistas se derivan las siguientes lecciones aprendidas:

- Todas las iniciativas pretenden lograr la mejora de la calidad en la entrega de los servicios.
- Cuando las iniciativas son impulsadas por una agencia de cooperación y no se planifica y asegura la transferencia al sistema de Salud, esta se sostiene en el tiempo mientras la agencia la patrocina.
- Las iniciativas que logran un impacto mayor en la salud de la población responden a un “sistema”, es decir, las estrategias aisladas no tienen el mismo efecto.
- La sostenibilidad de las iniciativas está vinculada a la fortaleza institucional y a la formación de los Recursos Humanos.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 01. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
2. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **COSTEO DE SERVICIOS DE SALUD PARA NO ESPECIALISTAS**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 02. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
3. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **GESTIÓN INTEGRAL DE INSUMOS Y SUMINISTROS**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 03. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
4. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **GESTIÓN INTEGRAL DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 04. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
5. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 05. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
6. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **SISTEMA DE ATENCIÓN AL ÁREA MATERNO INFANTIL- SAAMI. Manual de Usuario**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 06. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
7. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA- SIGHO. Manual de Usuario**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 07. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNAS- RIV. Manual de Usuario**. Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 08. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.

9. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **SISTEMA DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN- SIHA. Manual de Usuario.** Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 10. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
10. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **MANUAL USO FORMULARIO 67 A.** Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 13. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
11. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. **MANUAL USO FORMULARIO 72 A.** Serie Herramientas gerenciales para la Gestión en Salud- 14. USAID/ REDSALUD. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.
12. Khouri, Sofía. Peña, Escarle. **PROPUESTA DE DISEÑO CURRICULAR PARA LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD FAMILIAR – COMUNITARIA.** Mayo 2002 Serie de Consultorías Nacionales 27. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud de la República Dominicana- PROSISA.
13. Organización Mundial de la Salud. **GLOSARIO PROMOCIÓN DE LA SALUD.** Ginebra. WorldHealthOrganization. 1998.
14. Oviedo, José. **DIAGNÓSTICO DE CALIDAD Y TRANSPARENCIA EN LOS HOSPITALES DR. DARÍO CONTRERAS Y DR. JAIME MOTA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.** Santo Domingo, República Dominicana. Noviembre, 2008.
15. Pérez Then, Eddy. Gómez, Ana. **CALIDAD DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y AL NIÑO SANO EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LAS REGIONES DE SALUD III, IV, V Y VI DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.** Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. CERSS. Santo Domingo, República Dominicana. Abril, 2008.
16. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). **INFORME DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN REPÚBLICA DOMINICANA UTILIZANDO EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA SISTEMAS DE SALUD MENTAL DE LA OMS (IESM-OMS).** OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana. 2008.

## VII. ANEXOS

### 7.1 Relación de actores clave en la identificación de iniciativas de calidad

- Licda. María Villa
- Dra. Cristina Hernández
- Dra. Maritza Martínez
- Dr. Pedro Luis Castellanos
- Licda. Rosa María Suárez

### 7.2 Relación de informantes clave y documentos revisados.

No.	Iniciativa	Análisis Documental	Informante Clave
1	Autodiagnóstico/ Planes de Mejora	Mejora de la Calidad en los Hospitales de la Red Regional Este	Rosa María Suarez
2	Diagnóstico de Calidad y Transparencia	Diagnóstico de Calidad y Transparencia en los Hospitales Darío Contreras y Jaime Mota	
3	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	Calidad de Atención a La Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V Y VI	
4	Diagnóstico Sistema de Salud Mental de la R. D.	Informe sobre el Sistema de Salud Mental en República	

		Dominicana	
5	Herramientas Gerenciales	Serie Herramientas Gerenciales para la Gerencia en Salud	Rosa María Suarez
6	Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	Evaluación de Impacto de la Estrategia Hospital Amigo de la Niñez y las Madres	Sara Menéndez
7	Mejora Participativa de la calidad basada en las evidencias (EPQI)	Mejora de la Calidad en los Hospitales de la Red Regional Este	Doris Holguín Lucina Llaugel
8	Fortalecimiento de los profesionales de la salud		Doris Holguín
9	Construcción y equipamiento de establecimientos especializados		Doris Holguín
10	Estrategia Hospital del Futuro		Roberto Cerda
11	Norma de Buenas prácticas de Laboratorio para Laboratorios de control Farmacéutico.		Aleyda Landestoy
12	Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud en materia de medicamentos		María Villa de Pina