



HOSPITAL
P E D I A T R I C O
D R . H U G O M E N D O Z A

**PLAN
ESTRATÉGICO
INSTITUCIONAL
2015-2019**



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

CUIDADO EDITORIAL

Dra. Noldis Naut Subervi

Directora General del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza

Dra. Raysa E. Portorreal Romero

Subdirectora de Planificación y Desarrollo

Lic. Darío Medrano

Gerente de Prensa y Relaciones Públicas

Arq. Cindy Vidal

Readeacuación de Infraestructura y Ornato

Lic. Omar Modesto

Diseñador Gráfico

Leonardo Santiago

Fotógrafo

Título Original: **Plan Estratégico Institucional 2015-2019**

Fecha: **Marzo 2015**

Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza (HHM)

Ediciones HHM. 1ra. Edición. Marzo 2015

Av. Konrad Adenauer, Ciudad de la Salud Dra. Evangelina Rodríguez Perozo

Santo Domingo Norte, República Dominicana

Teléfono: **809-682-8222**

Página web: **www.hospitalhugomendoza.gob.do**

Impreso en República Dominicana

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida total ni parcialmente en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni medio magnético, electrónico ni mecánico, fotoquímico, fotocopia o cualquier otra modalidad sin permiso previo del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza.

REPÚBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUGO MENDOZA

AUTORIDADES

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino

Ministra de Salud

Dr. Ramón Alvarado

Director General de Coordinación de los
Servicios Públicos de Atención a la Salud

Dr. Félix Hernández

Director del Servicio Regional de Salud Metropolitano

Dra. Noldis Naut Suberví

Directora General del Hospital Pediátrico

Dr. Hugo Mendoza



COMITÉ EJECUTIVO
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUGO MENDOZA

Directora General

Sub-Directora de Planificación y Desarrollo

Sub-Director de Recursos Humanos

Coordinación Médica

Sub-Directora Médico

Gerente de Epidemiología y Estadísticas Hospitalarias

Sub-Director Administrativo- Financiero

Sub-Director de Servicios Generales

Consultor Jurídico

CONSEJO MÉDICO

Gerente de Pediatría General
Gerente de Neonatología
Gerente de Cardiología
Gerente de Infectología
Gerente de Gastroenterología
Gerente de Nefrología
Gerente de Neurología
Gerente de Hemato-Oncología
Gerente de Dermatología
Gerente de Emergencia
Gerente de Anestesiología
Gerente de Cirugía Pediátrica
Gerente de Ortopedia
Gerente de Otorrinolaringología
Gerente de Endocrinología
Gerente de Neurocirugía
Gerente de Cirugía Plástica Reconstructiva
Gerente de Cuidados Intensivos Pediátricos
Gerente de Nutriología Pediátrica
Gerente de Epidemiología y Estadística Hospitalaria
Gerente de Medicina Forense
Gerente de Desarrollo Institucional y Calidad de la Gestión
Gerente de Imagenología
Gerente de Enfermería

OTROS SERVICIOS DE SALUD

Gerente de Psicología
Gerente de Laboratorio
Gerente de Odontología
Unidad de Salud Preventiva
Unidad de Salud Laboral

ÁREAS ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS

Gerencia de Comunicación y Relaciones Públicas
Gerencia de Mantenimiento
Gerencia de Limpieza
Gerencia de Lavandería Hospitalaria
Gerencia de Hostelería Hospitalaria
Unidad de Readecuación de Espacio Físico y Ornato
Gerencia de Facturación y Reclamaciones de Seguro
Gerencia de Compras de Bienes y Servicios
Oficina de Libre Acceso a la Información Pública (OAI)
Gerencia de Atención al Usuario
Gerencia de Auditoría Médica

OTROS SERVICIOS DE APOYO

Gerencia de Alimentación
Gerencia de Almacén General
Gerencia de Almacén de Farmacia Hospitalaria
Gerencia de Farmacia
Gerencia de Tecnología de la Información
Gerencia de Seguridad
Gerencia de Vigilancia Especializada
Gerencia de Archivo Clínico
Unidad de Bioseguridad Hospitalaria
Gerencia de Trabajo Social

ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN DE TRABAJO

1. **Equipo Técnico y Consultores Externos de CAI República Dominicana**
2. **Equipo Técnico de la Sub-Dirección de Planificación del HPHM**

EQUIPO DE REVISIÓN TÉCNICA:

1. **Dra. Noldis Naut Suberví** (Directora General)
2. **Dra. Raysa Portorreal** (Subdirectora de Planificación y Desarrollo Institucional)
3. **Lic. Rafael Vásquez Soto** (Subdirector Administrativo- Financiero)
4. **Dra. Karla Martínez** (Gerente de Desarrollo Institucional y Calidad de la Gestión)
5. **Dra. Mirna Jiménez** (Gerente de Epidemiología)



HOSPITAL

PEDIÁTRICO
DR. HUGO MENDOZA



PRESENTACIÓN

El equipo de trabajo del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza (HPHM), hace la presentación formal del Plan Estratégico Institucional (PEI), como un documento de gestión en el cual se plasman las directrices y el comportamiento a seguir de la institución, con la finalidad de alcanzar sus aspiraciones, bajo el diseño de estrategias de corto, mediano y largo plazo. El mismo se ha construido en un proceso participativo y flexible, el cual sirve como herramienta para la toma de decisiones.

Con el PEI esta administración hace su aporte al logro de los objetivos comunes y sinérgicos a los planes de trabajo definidos por la Red de Servicios de Salud, bajo las directrices del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Trabajamos arduamente en beneficio de las comunidades que acuden a recibir servicios de salud en el hospital, a los cuales se dirigen cada uno de los programas de trabajo e intervenciones tanto de gestión clínica interna, como de gestión clínica externa, lo que se refleja en el acompañamiento permanente que hacemos a la población que atendemos. Dicho acompañamiento está documentado en esta carta de ruta para los próximos cinco años, en donde se indican las prioridades, de forma integral al contexto nacional y en el marco de la reforma del sector salud, así como acorde a lo establecido en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Tenemos la firme resolución, de cumplir en el contexto del PEI con cada una de las metas trazadas y que juntos podamos evidenciar que el modelo de autogestión se puede lograr con el fiel compromiso de todos los colaboradores de la institución, al monitorear las actividades del PEI por los actores principales y por los usuarios de los servicios que ofrecemos.

Dra. Noldis Naut Suberví
Directora General
Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	6
2. INTRODUCCIÓN	11
3. MARCO DE REFERENCIA	15
3.1 Antecedentes	15
3.2 Reseña Histórica	17
3.3 Marco Legal	18
3.4 Dimensionamiento Organizacional y Funcional	25
4. DEFINICIÓN METODOLÓGICA	39
4.1 Formación del Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico Institucional	40
5. CONTEXTO NACIONAL Y LOCAL	43
5.1 Lineamientos de Política en el Sector Salud	43
5.2 Modelo de Atención de la República Dominicana	44
5.3 Reglamento de los CEAS-Tercer nivel de atención	47
5.4 Seguridad Social	47
5.5 Perfil Epidemiológico	49
5.5.1 Aspectos Demográficos	54
5.5.2 Indicadores Socioeconómicos	55
5.5.3 Indicadores de Mortalidad	56
5.5.4 Indicadores de Morbilidad	59
5.5.5 Indicadores de Acceso, Recursos y Cobertura	62
5.5.6 Prestación de Servicios de Salud	63
5.5.8 Afiliación al Sistema de Seguridad Social	64
5.6 Panorama General de la Niñez y la Adolescencia en República Dominicana	64
5.6.1 Situación del Derecho a la Salud en Niños, Niñas y Adolescentes en el País	66
5.6.2 Adolescencia y Salud: Salud Sexual y Salud Reproductiva	67
5.6.3 Violencia hacia NNA y Salud	68
5.6.4 Participación Infantil y Salud	68
5.6.5 Situación de la Atención a NNA y Actores Vinculados a la Salud de NNA	69
5.7 Situación de la Población Atendida en el HPHM en el 2014	70

6. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	79
6.1 Fortalezas	79
6.2 Debilidades	81
6.3 Oportunidades	82
6.4 Amenazas	83
7. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	87
7.1 Visión	87
7.2 Misión	87
7.3 Valores Institucionales	88
8. EJES ESTRATÉGICOS	93
9. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	101
9.1 Metas	101
9.2 Resultados Esperados	101
10. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	102
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS	
1. Plan de divulgación.	113
2. Listado de participantes y colaboradores en el proceso de elaboración del PEI.	117

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo, definir las estrategias de desarrollo del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, para el periodo 2015 -2019. Este Plan Estratégico Institucional (PEI), ha sido construido a través de una metodología participativa e integradora, que ha involucrado los niveles directivos y gerenciales de la institución, en la identificación y definición de los elementos fundamentales del mismo.

La planificación cristaliza la concertación de esfuerzos, facilita la programación para el uso de recursos y permite la toma de decisiones en la búsqueda de eficacia, eficiencia y efectividad. Todo Sistema de Planificación Institucional se establece en tres niveles, (1) la planificación estratégica; (2) la planificación programática; y (3) la planificación operativa. Es importante desarrollar e implementar estos niveles de planificación porque permitirá establecer una dirección a su accionar, garantizando con la ejecución de estrategias y actividades, el logro de los objetivos definidos en un tiempo determinado.

La política de gestión por resultados que viene impulsando la actual gestión gubernamental, exige establecer parámetros de medición y evaluación del desempeño a través de indicadores de efecto e impacto, que permiten dejar de lado una visión burocrática del quehacer público y reforzar un marco de evaluación integral para la administración pública. Sin embargo, este modo de organización estatal, solo puede ser viable bajo los supuestos de cambios en los enfoques y en la institucionalización de la planificación estratégica y las herramientas y procedimientos eficientes de información que faciliten la toma de decisiones.

El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, asume el reto del Planteamiento Estratégico 2015-2019, a partir de la Propuesta de Modelo de Gestión para Centros Pediátricos de Tercer Nivel presentada por la Dirección General, consciente de la necesidad de múltiples cambios que operan como supuestos para facilitar su ingreso en una etapa de gestión por resultados, tales como el fortalecimiento institucional, el desarrollo de capacidades que permitan a los funcionarios

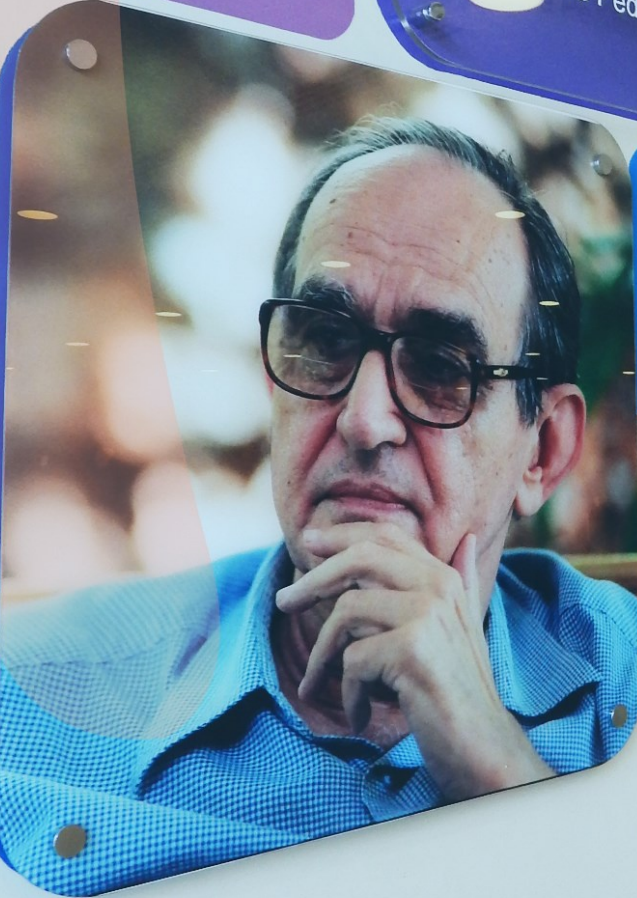
y servidores en todas las instancias de su organización, asumir el planteamiento, la ejecución, monitoreo y evaluación de acciones, como herramientas de gestión y junto a ello, el desarrollo de procesos cada vez más eficientes.

La Estrategia Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud, el Plan Plurianual del Sector Público y las Líneas Estratégicas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, constituyen los instrumentos de gestión para garantizar el lineamiento institucional, en concordancia con los términos y condiciones que establece la Ley General de Salud y sus Reglamentos, para dar respuesta a los compromisos normativos establecidos por el Ministerio de Salud como ente Rector, los nuevos retos de la Reforma del Sector Salud y la implementación de la Ley 87-01 y sus Reglamentos, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El Estado Dominicano viene dando al Planteamiento Estratégico, un impulso que estimula el paso de la gestión pública tradicional a una gestión moderna, orientada a medir sus resultados, gastos e inversiones a través de los resultados y los impactos favorables que produce en la población a la que se debe.

El PEI ha sido enfocado hacia el desarrollo de una cultura de calidad, lo cual implica la identificación y planeación de las acciones necesarias para modificar o promover las actitudes de las personas hacia los comportamientos que la institución requiere en el logro de sus grandes propósitos. Este cambio se logra mediante un proceso orientado y apoyado en estrategias de comunicación efectiva, que busca que el trabajador actúe a partir de los valores acogidos y aprendidos; que permita consolidar el accionar institucional mediante una visión holística, con una modalidad de autogestión, que conlleva orientar obligatoriamente los temas estratégicos al modelo de gestión y evaluación elaborado en base a la herramienta de Cuadro de Mando Integral. Los temas estratégicos son: “Sustentabilidad Financiera”, “Eficiencia Operacional”, “Gestión Clínica” y “Excelencia de la Atención”, los que deben estar relacionados con las cuatro perspectivas definidas en este modelo (“Perspectiva Usuarios”, “Perspectiva Financiera”, “Perspectiva Procesos Internos”, “Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo”).

El presente documento está estructurado siguiendo la descripción de secciones claves, en base al orden establecido en el índice, acorde al modelo propuesto por el Ministerio de Salud Pública y los lineamientos del Ministerio de Administración Pública.



El Dr. Mendoza tuvo la iniciativa de elaborar las primeras normas y protocolos hospitalarios para la atención en pediatría. En 1969 fue designado coordinador de la cátedra de Pediatría de la UASD, la cual reformó elevando la docencia a 300 horas por semestres y organizando el Internado de Pediatría.

Fue miembro del Comité de Residencia de la Academia de Pediatría de la Academia Dominicana de Medicina. Presidente de la UASD en 1973 y representante del Comité de Residencia de la Academia Latinoamericana de Pediatría 1981-1984.

DR. HUGO MENDOZA
MAESTRO DE LA MEDICINA
PADRE DE LA PEDIATRÍA DOMINICANA

MARCO DE REFERENCIA

3.1 ANTECEDENTES

En los últimos 20 años, la República Dominicana ha presentado mejoras sostenidas en los principales indicadores de salud infantil y avanza hacia la implementación de programas, que se esperan, consoliden y potencien los logros obtenidos. No obstante, según indican informes de evaluación de organismos internacionales, algunos de los indicadores de salud infantil del país se encuentran por debajo de la media de la Región de las Américas¹, considerándose insuficientes para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2015².

A pesar de la reducción de la mortalidad infantil en el país, todavía la meta de su reducción no se alcanza. Resultados de diferentes estudios demuestran, que la mejoría de la calidad de la atención en la red pública de servicios de salud es una de las principales estrategias que, al ser abordadas exitosamente, contribuyen con el alcance de las metas de reducción de este importante problema de salud.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, conduce estratégicamente la respuesta para la reducción de la mortalidad materna e infantil, y actualmente ha publicado su Plan Estratégico de Reducción, en el cual se enmarcan las intervenciones para la red de servicios de salud. Para el 2016, este Plan establece como meta, que la tasa de mortalidad en menores de un año, será menor de 15 por mil nacidos vivos. Para contribuir con el logro de las metas planteadas, el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, se plantea desarrollar un Plan Estratégico Institucional basado en el análisis de agentes internos y externos, que permita la identificación de oportunidades de mejora y el consecuente establecimiento de acciones

para revertir los eventos adversos asociados a la morbilidad y mortalidad infantil, aportando de esta manera a la meta y al compromiso del país.

El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza (HPHM), es un establecimiento público de salud, descentralizado y de autogestión, que brinda atención de salud especializada, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, en consecuencia articulado con lo que establece el Decreto No. 635-03, del 20 de junio de 2003, que aprueba el reglamento de Rectoría y Separación de Funciones básicas del Sistema Nacional de Salud. El HPHM, forma parte del complejo Hospitalario de la Ciudad de la Salud, y se encuentra articulado a la red de servicios públicos de atención a la salud, del Servicio Regional de Salud Metropolitano, entidad coordinada por la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS), de reciente creación, bajo el Decreto 379-14.

Es un Centro de Salud comprometido con el trabajo en favor de la comunidad, al garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población infantil de Santo Domingo Norte, con los más altos estándares de calidad, fundamentados en la humanización de los servicios con profesionalidad, eficiencia y eficacia.

El HPHM, cuenta con profesionales de la pediatría de alta calificación y un gran número de sub-especialidades de este campo, así como profesionales del área de diagnóstico por imágenes, laboratorio, psicología y odontología. Integra un personal técnico y de apoyo administrativo de primera, con grandes fortalezas en la gestión administrativa, financiera, planificación y gestión hospitalaria.

En su corta trayectoria, el HPHM ha desarrollado acciones para implementar programas de inmersión en la comunidad, basados en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, creando paralelamente, un ambiente de participación activa entre la comunidad y el hospital, por medio del Programa "El Hospital en la Comunidad."

El HPHM, es el primer hospital pediátrico de autogestión en la República Dominicana, se constituye como el centro de salud más moderno del país para prestar servicios de atención pediátrica y cuenta con un gran número de sub-especialidades en el campo de

la pediatría, así como un servicio de emergencia modelo, prestado por pediatras certificados, así como especialistas en medicina crítica. Este es uno de los tres centros de salud pediátricos de referencia nacional, dotado de modernos equipos, siendo el único hospital pediátrico de la Provincia Santo Domingo.

3.2 RESEÑA HISTÓRICA

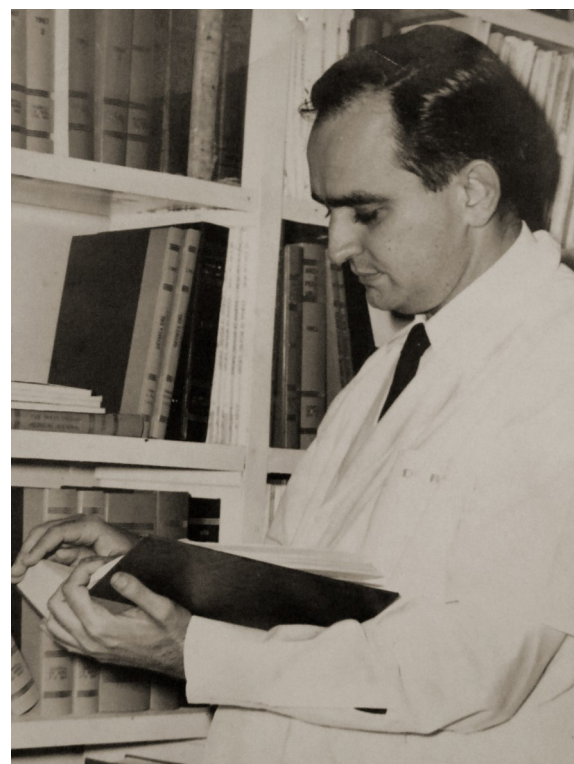
El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza es un hospital público descentralizado y de autogestión, el cual fue inaugurado el 6 de diciembre del 2013, bajo las directrices del Ministerio de Salud Pública (MSP) y un modelo de gestión que prioriza el derecho a la salud y a los servicios de salud, por parte de los niños, niñas y adolescentes, desde su nacimiento hasta los dieciocho años cumplidos, orientado al acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención de enfermedad, promoción de salud, protección, tratamiento y rehabilitación.

La estrategia de trabajo de este centro de salud, se orienta a desarrollar acciones, para contribuir con la disminución de los índices de mortalidad infantil, contribuyendo además, a dar cumplimiento al 4to. Objetivo, de Desarrollo del Milenio “Disminuir en 2/3 partes la mortalidad infantil en niños menores de 5 años en el periodo comprendido entre el año 1990-2015”.

3.2.1 RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. HUGO MENDOZA

Hugo Mendoza Tapia nació en La Vega el 7 de agosto de 1930. Hijo único de Jorge Mendoza y Lidia Tapia. Se graduó de Doctor en Medicina en la Universidad de Santo Domingo en 1954. Se formó en Pediatría en importantes centros de salud de las ciudades de Madrid, Londres y New York, bajo la tutela de reconocidos maestros de la pediatría.

Regresó al país en 1962, ingresando al Hospital de Niños/as de Santo Domingo, donde se dedicó a organizar el Servicio de Neuro-psiquiatría Infantil y Endocrinología. Impulsó el desarrollo de la primera residencia médica en el país, la Residencia de Pediatría en 1966. El Dr. Mendoza



Pediatra que revolucionó la atención materno-infantil en la República Dominicana.³

fue el primer director del Consejo de Enseñanza de ese hospital y luego director del centro, de 1968 al 1986. Siempre interesado en la investigación científica, el Dr. Mendoza, fue fundador de la Sociedad Dominicana de Investigaciones Pediátricas (1978) y del Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (1986).

En 1969 fue designado coordinador de la cátedra de Pediatría de la UASD, organizando el Internado de Pediatría. Fue presidente y reformador de la Sociedad Dominicana de Pediatría. Director de la revista Archivos Dominicanos de Pediatría, siendo a la fecha, el más prolífico de los escritores médicos nacionales, con más de 400 artículos científicos publicados en revistas médicas nacionales y extranjeras, siendo además miembro del cuerpo editorial de reconocidas revistas médicas internacionales. Escribió capítulos para varios libros de texto de autores nacionales y extranjeros, siendo además, autor de libros y manuales de pediatría. El Dr. Mendoza identificó un nuevo síndrome de anomalías congénitas: el Síndrome Odontotricoungual-dígito-palmar, publicado en American Journal of Genetics, 1997.

Su intensa vida dedicada a la salud de los niños, la docencia y la investigación científica le merecieron numerosos honores y reconocimientos: fue condecorado con la Orden de Duarte, Sánchez y Mella en 1985, exaltado a Profesor Meritísimo de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en 1986, le otorgaron la Orden Francisco Hernández, de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, por su contribución al desarrollo de la Pediatría en las Américas en 1991, exaltado a Maestro de la Medicina Dominicana en 1997, siendo distinguido con la colocación de su nombre, en salones de clases en la UASD y una sala del Hospital Robert Reid Cabral.

3.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El PEI del HPHM, está alineado con la legislación y las políticas nacionales de salud y de protección de niños, niñas y adolescentes, así como con los códigos internacionales de los cuales el Estado Dominicano es signatario. A continuación se enumeran las principales leyes del marco legal de salud y luego se presenta un resumen del marco normativo referente a la niñez en la Republica Dominicana, con énfasis, en los vinculados con el derecho a la salud.

3.3.1 MARCO LEGAL Y NORMATIVO NACIONAL

- Constitución de la Republica Dominicana.
- Ley 42-01, Ley General de Salud y sus Reglamentos.
- Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus Reglamentos.
- Ley 136-03 Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de niños, niñas y adolescentes.
- Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo
- Decreto No. 00024-05 que oficializa el Modelo de Redes de los Servicios Regionales de Salud.
- Decreto No. 000016-13 que otorga autonomía funcional, de su gestión económica y de recursos humanos, al Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza como parte de la Red Pública de Servicios Asistenciales.
- Serie de Normas Nacionales de Salud del Ministerio de Salud Pública.

3.3.2 MARCO LEGAL INTERNACIONAL

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Declaración Internacional de los Derechos del Niño/a.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño/a.
- Objetivos del Desarrollo del Milenio.

3.3.3 MARCO NORMATIVO DE DERECHOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA VINCULADOS A LA SALUD

En los últimos 20 años, el marco normativo relacionado con los derechos de la niñez y la adolescencia se ha ido fortaleciendo en la República Dominicana. En el año 1991 el país ratificó la Convención de los Derechos del Niño (CDN, 1989), dando paso a un proceso de cambios de la anterior doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y reconociendo como Estado parte de la CDN, su obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos de la infancia⁴. Justamente el artículo 24 de la CDN, recoge lo relativo al derecho a la salud. En el mismo se establece lo siguiente:

"Los Estados reconocen el derecho del niño/a al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados se esforzarán por asegurar que ningún niño/a sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios..."⁵

Como parte del cumplimiento de este derecho, los Estados deben "adoptar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil; y durante la niñez y adolescencia, garantizar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias para todos los NNA, haciendo énfasis en el desarrollo de la atención primaria de la salud; combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos del medio ambiente. De igual forma los Estados deberán asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres; asegurar que las familias y toda la sociedad, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición infantil, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes; al mismo tiempo, deben desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a las familias, la educación y los servicios en materia de planificación familiar..."⁶

Como se puede apreciar, los planteamientos que aparecen en la CDN son claros con relación al derecho a la salud, dejando establecido lo que debe ser hecho por el Estado para garantizar este derecho, en su vinculación con los distintos actores de la sociedad. En el artículo 25 se reconoce además, "el derecho del niño (o niña) que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o

mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internamiento." ⁷ Así mismo y vinculado como está con la prestación de servicios de salud, en el artículo 26 se establece que "los Estados reconocerán a todos los niños (niñas) el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con la legislación nacional." ⁸

Todo lo dicho en la CDN, ha sido reconocido por el país en la Constitución de la República Dominicana, proclamada el 26 de enero de 2010, en la misma se establece que "las normas vigentes de tratados y convenios internacionales, incluyendo aquellos relativos a derechos humanos (como la CDN), suscritos y ratificados por el Estado Dominicano, regirán en el ámbito interno del país, tienen jerarquía constitucional y son de aplicación directa e inmediata por los tribunales y demás órganos del Estado." ⁹

En la Constitución misma se reconoce el derecho a la salud de todas las personas que viven en el territorio nacional. En el artículo 61 se establece lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a la salud integral". En consecuencia: el Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes lo requieran." ¹⁰

Siguiendo a la CDN y a la Constitución de la República en su reconocimiento del derecho a la salud y el deber del Estado en ello, en el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 136-03), ha establecido al respecto que: "todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, desde su nacimiento, a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental." ¹¹ En consecuencia, el Estado debe garantizar "a todos los niños, niñas y adolescentes, desde su nacimiento hasta los dieciocho años cumplidos, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Así mismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad." ¹²

Como bien se expresa en la Ley 136-03, "en ningún caso podrá negarse la atención de la salud a los niños, niñas y adolescentes, alegando razones como la ausencia de los padres, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o recursos económicos y

cualquier otra causa que vulnere sus derechos."¹³ En esta ley incluso se establecen otros artículos vinculados al derecho a la salud de NNA, como son: el derecho a la información en materia de salud (art. 29); protección de la maternidad (art. 30); derecho a la inmunización (art. 31); obligación de las autoridades educativas en materia de salud (art. 32) y derecho a protección contra sustancias alcohólicas, estupefacientes y sicotrópicas (art. 33).

Tanto la CDN, como la Constitución de la República y la Ley 136-03, reconocen como principios fundamentales, que deben ser aplicados junto con cualquiera de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, los siguientes: universalidad, equidad, integralidad, indivisibilidad, interdependencia, interés superior del niño/a, no discriminación, participación, supervivencia y desarrollo. Así mismo, reconocen como otros actores claves en el cumplimiento de los derechos de la infancia, a las familias y a la sociedad en su sentido más amplio. Estos actores, han de poder encontrar espacios, vías y mecanismos de colaboración para hacer efectivos los derechos en general y, en el caso que nos ocupa, el derecho a la salud de los NNA.

Otras leyes que brindan soporte, rigen el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y viabilizan la garantía del derecho a la salud en la República Dominicana son: la Ley General de Salud (Ley 42-01); la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01); la Ley de Lactancia Materna; la Ley de Salud Mental; la Ley sobre VIH-Sida (Ley 135-11)¹⁴. En la Ley 42-01, por ejemplo, se establece en su artículo 1ro. que: "tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido en la Constitución de la República Dominicana."¹⁵ Así mismo, se reconoce en esta ley que: "todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna."¹⁶

Un elemento a resaltar, es lo expresado en el artículo 30 de la Ley 42-01, que establece, al hablar de grupos prioritarios, lo siguiente: "Para fines de salud y condiciones de vida, se consideran grupos prioritarios las personas que se encuentran en y por debajo de la línea de pobreza, dentro de los cuales, sin desmedro de los derechos a la salud establecidos en la Constitución de la República, se les debe dar prioridad a las mujeres, con mayor énfasis a las mujeres en estado de embarazo, los niños y niñas hasta la edad de 14 años¹⁷, los ancianos y los discapacitados. La condición de grupo prioritario, por lo tanto, implica una mayor inversión en salud para los mismos."¹⁸

Otros documentos relevantes, en los que se reconoce, expresa y concretiza el cumplimiento con el derecho a la salud en el país, son los decretos, normas, reglamentos y otras disposiciones emitidas por la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de la Seguridad Social y otros actores vinculados directamente con la garantía y cumplimiento de este derecho fundamental. Dos de estos documentos son el Reglamento General de Hospitales y las Normas de Atención Integral de los y las Adolescentes. Por solo tomar un ejemplo de la importancia de contar con estas normas y documentos técnicos, en el Reglamento General de Hospitales se establece lo siguiente, al respecto de la misión de los hospitales que brindan servicios en el país:

"El hospital tiene como misión proporcionar servicios de salud a la población que requiera de atención ambulatoria e internamiento, de una manera humanizada, completa, integral, oportuna, continua, con calidad, apoyado en normas y procedimientos social, científica y técnicamente aceptados, sin discriminaciones de carácter étnico, económico, cultural, de procedencia, independientemente de la capacidad de pago de los pacientes o usuarios y del tipo de dolencia."¹⁹

Como se puede apreciar, República Dominicana cuenta con un marco legal y normativo amplio, que permite regular y orientar los servicios de cara al cumplimiento de derechos como el de la salud en niños, niñas y adolescentes.

La ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en su Artículo 129 sobre el Plan Básico de Salud explica que El Sistema Dominicano de Seguridad Social garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

Promoción de la salud y medicina preventiva, de acuerdo con el listado de prestaciones que determine el Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil, programa ampliado de inmunización, atención integral a los niños, niñas y adolescentes, así como la prestación farmacéutica ambulatoria, según el listado de las prestaciones que determine el CNSS.

Atención especializada y tratamientos complejos por referimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica, además de las atenciones para enfermedades de alto costo, según el listado de prestaciones que determine el CNSS.

Exámenes de diagnóstico, tanto biomédicos como radiológicos, siempre que sean indicados por un profesional autorizado, dentro del listado de prestaciones que determine el CNSS.

Atención odontológica pediátrica y preventiva, según el listado de prestaciones que determine el CNSS.

Fisioterapia y rehabilitación, cuando sean prescritas por un médico especialista y según los criterios que determine el CNSS.

Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados, según el listado que determine el CNSS.

En el caso de los niños y niñas en su artículo 25, sobre las Prioridades en la Elaboración del Plan Básico de Salud se establece que, a fin de proteger integralmente un mayor número de personas con acciones de salud costo-efectivas y ofrecer atención familiar integral por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria, los siguientes deberán ser contenidos prioritarios, no excluyentes, a tener en cuenta en el Plan Básico de Salud:

Educación y Promoción de la Salud: El Plan Básico de Salud prioritario aplicará en forma continua programas de educación y promoción de la salud para todos los afiliados, ligados a la atención, que les den respuestas específicas a los interrogantes de la población, en relación con los principales problemas o casos de enfermedad.

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: Inicialmente el PBS prioritario aplicará programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito individual y colectivo, los cuales incluyen lo siguiente:

Niños menores de 10 años: Inmunización con vacunas contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomiелitis, Tuberculosis, Hepatitis B, Rubeola, Sarampión, Parotiditis y Meningitis. Control del crecimiento y desarrollo y complementación alimentaria, según riesgo nutricional y valoración de la agudeza visual.

Adolescentes: Valoración de la agudeza visual y auditiva, detección de signos de violencia intrafamiliar y de riesgos de adicciones, educación para la salud reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), salud mental y salud preventiva, educación nutricional y refuerzo de vacunas.

Atenciones Ambulatorias del Primer Nivel para la Recuperación de la Salud:

Atención de Enfermedades Endémicas: los casos de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, filariasis, lepra y tuberculosis, se atenderán de acuerdo con los lineamientos de los Servicios Preventivos de Carácter General.

Salud Oral: Niños de 2 a 14 años, mujeres embarazadas y el resto de la población.

Atenciones Hospitalarias del Primer Nivel: Niños menores de 10 años, Adolescentes, Mujeres Embarazadas y Hombres y Mujeres mayores de 20 años.

Atenciones de recuperación de la Salud Ambulatoria del Segundo y Tercer Nivel: Consulta Especializada, Recién Nacido de Alto Riesgo y menores de 1 año.

3.4 DIMENSIONAMIENTO ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL

Un Hospital de Autogestión es un servicio de salud, que pertenece a la red asistencial y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos en base a las normativas nacionales y definir la forma mediante la cual llevarán a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos y servicios de salud que ofrece a la red.

El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza como hospital público descentralizado y de autogestión, es dirigido bajo un modelo de gestión que prioriza el derecho a la salud y a los servicios de salud, de los niños, niñas y adolescentes, desde su nacimiento hasta los dieciocho años cumplidos, con acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención de enfermedades, promoción de la salud, protección, tratamiento y rehabilitación, comprometido con el trabajo social. Esto al tiempo de garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población infantil, con los más altos estándares de calidad fundamentados en la humanización de los servicios con prestadores que ejercen con profesionalidad, eficiencia, eficacia y racionalidad.

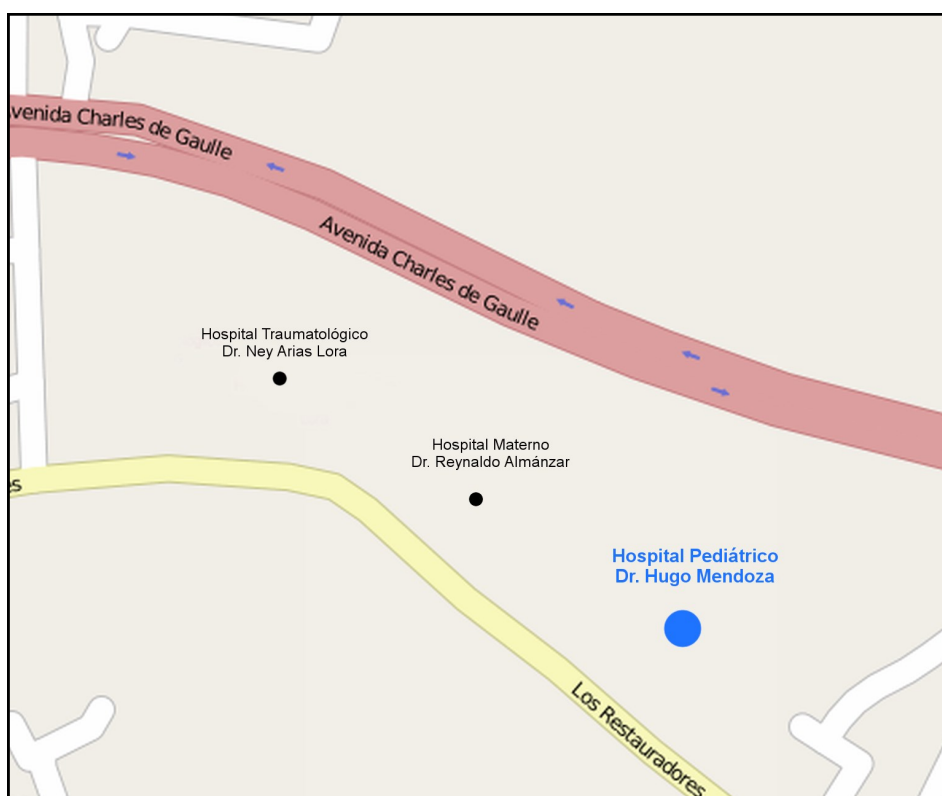
Para cumplir con dicha acción, el HPHM se acoge a lo establecido en la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual garantiza en forma gradual y progresiva a toda la población dominicana, una asistencia de manera integral.

Es importante destacar que el HPHM, es un centro de salud habilitado por el MSP, que cuenta con una plataforma ajustada a los requerimientos necesarios, para la prestación de servicios de salud a través de seguros médicos públicos y privados.

3.4.1 LOCALIZACIÓN

El HPHM está ubicado en la Avenida Prolongación Charles de Gaulle, en el complejo denominado “Ciudad Sanitaria Dra. Andrea Evangelina Rodríguez Perozo”, conformado por los hospitales: Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar y el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora; los cuales forman parte del compromiso del Gobierno Dominicano, presidido por el Lic. Danilo Medina, con la comunidad del municipio Santo Domingo Norte.

MAPA DE LA ZONA



© OpenStreetMap y contribuyentes

3.4.2 CARTERA DE SERVICIOS

Como hospital de nivel especializado, cuenta con un catálogo de servicios para satisfacer la oferta de servicios, tanto en la parte asistencial, como en los servicios de soporte, garantizando la calidad de los mismos, por medio de un equipo comprometido con la excelencia del servicio prestado.

Listado de Servicios Disponibles:

- Pediatría General
- Servicio de Vacunación
- Psicología
- Servicios Odontológicos
- Servicio de Laboratorio Clínico
- Emergencia
- Servicios Cirugía Menor
- Servicio Cirugía Mayor
- Servicios Pediátricos Clínicos Quirúrgicos
- Cuidados Intensivos Neonatales
- Cuidados Intensivos Intermedios
- Cuidados Intensivos Pediátricos
- Servicio de Farmacia y Suministro
- Internamiento

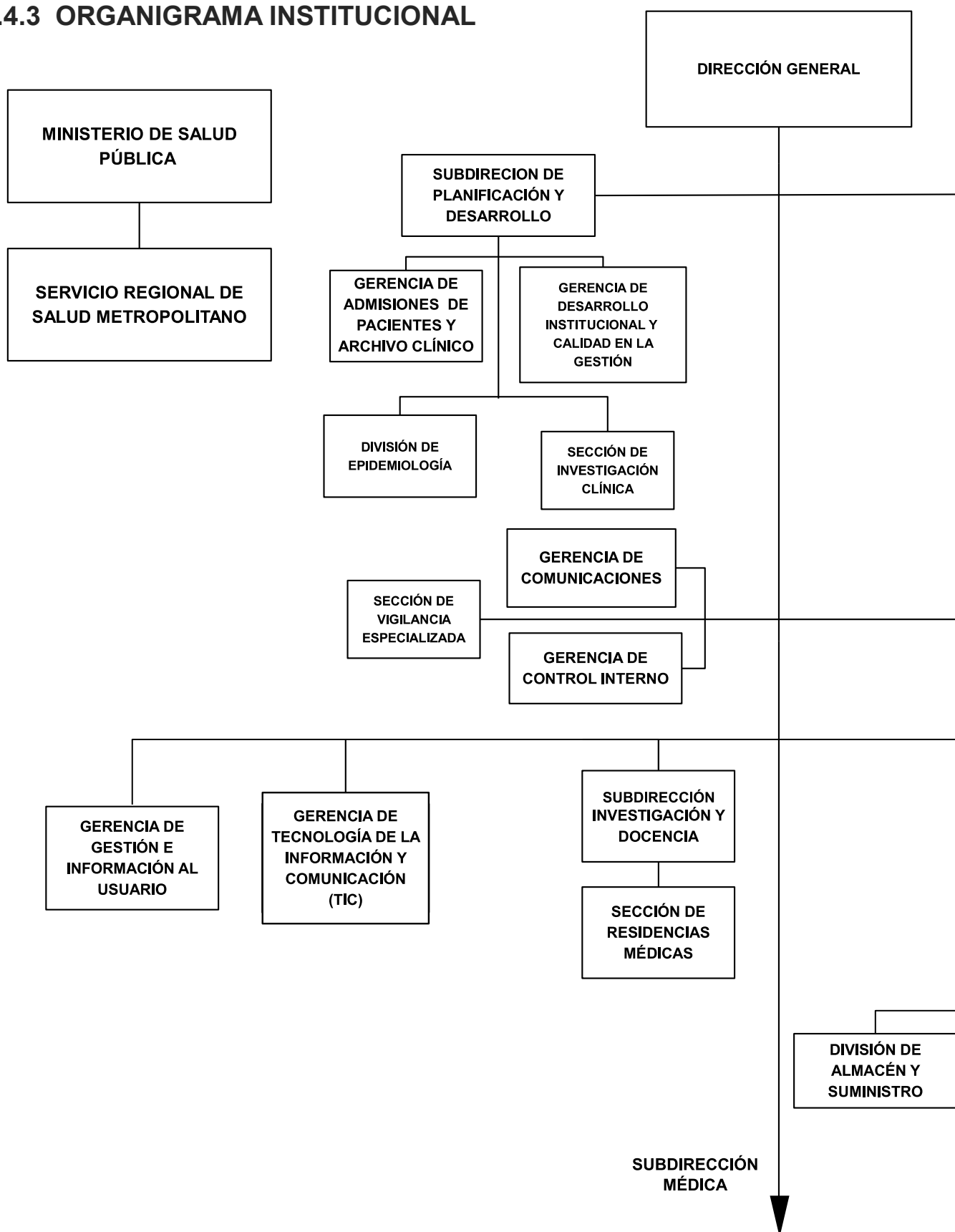
Además, cuenta con los servicios de las siguientes sub-especialidades pediátricas, según lo presentado en el siguiente cuadro:

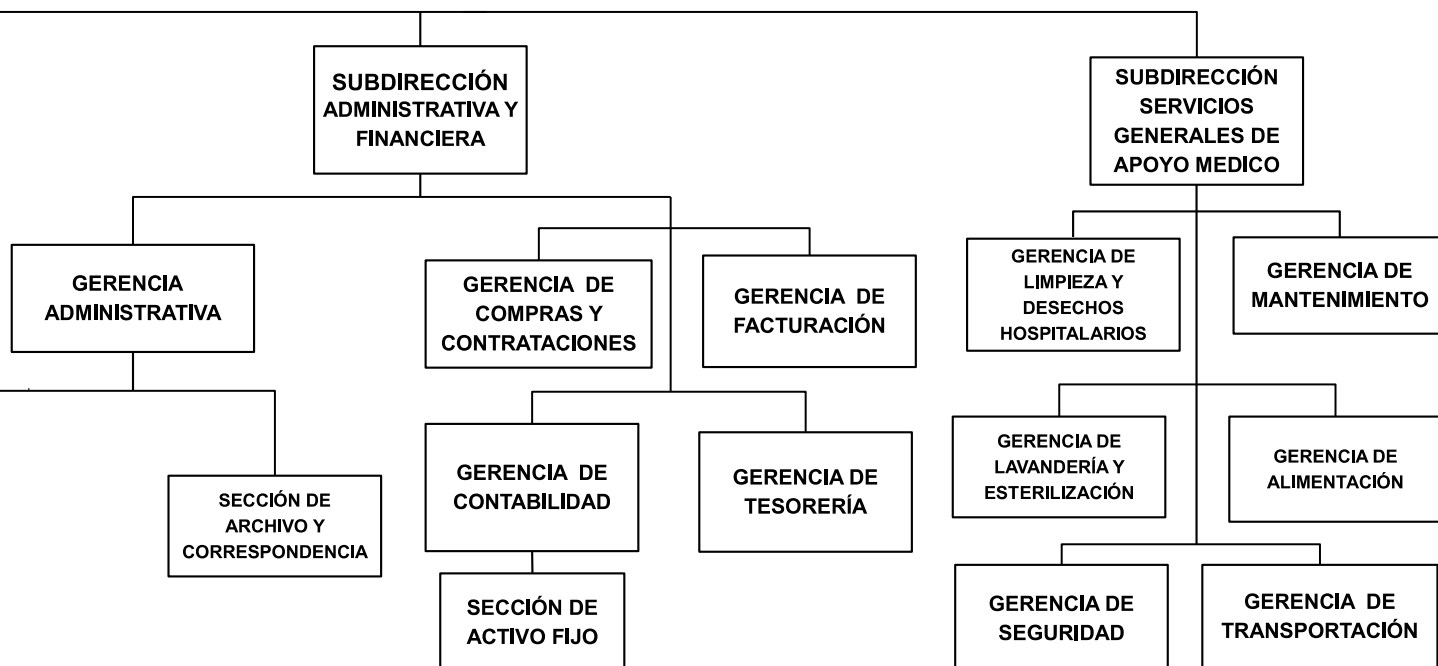
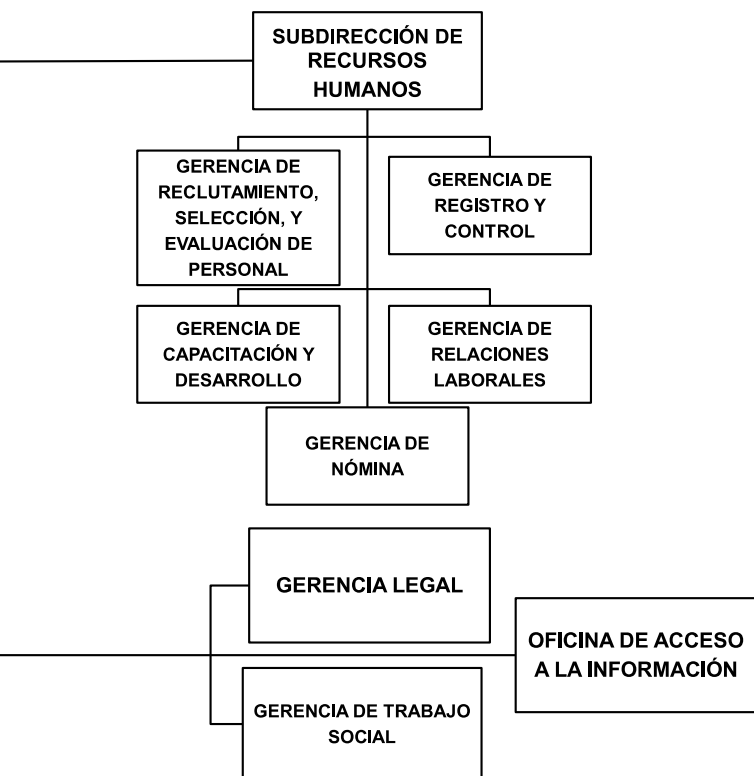
Cardiología	Cirugía Maxilofacial	Hematología
Cirugía	Cirugía Plástica Reconstructiva	Oncología
Anestesiología	Ortopedia	Emergenciología
Nutriología	Alergología	Otorrinolaringología
Neumología	Endocrinología	Medicina Forense
Epidemiología	Urología	Neurocirugía
Neurología	Nefrología	Medicina Crítica
Neonatología	Infectología	Gastroenterología
Dermatología		

Servicios de imágenes

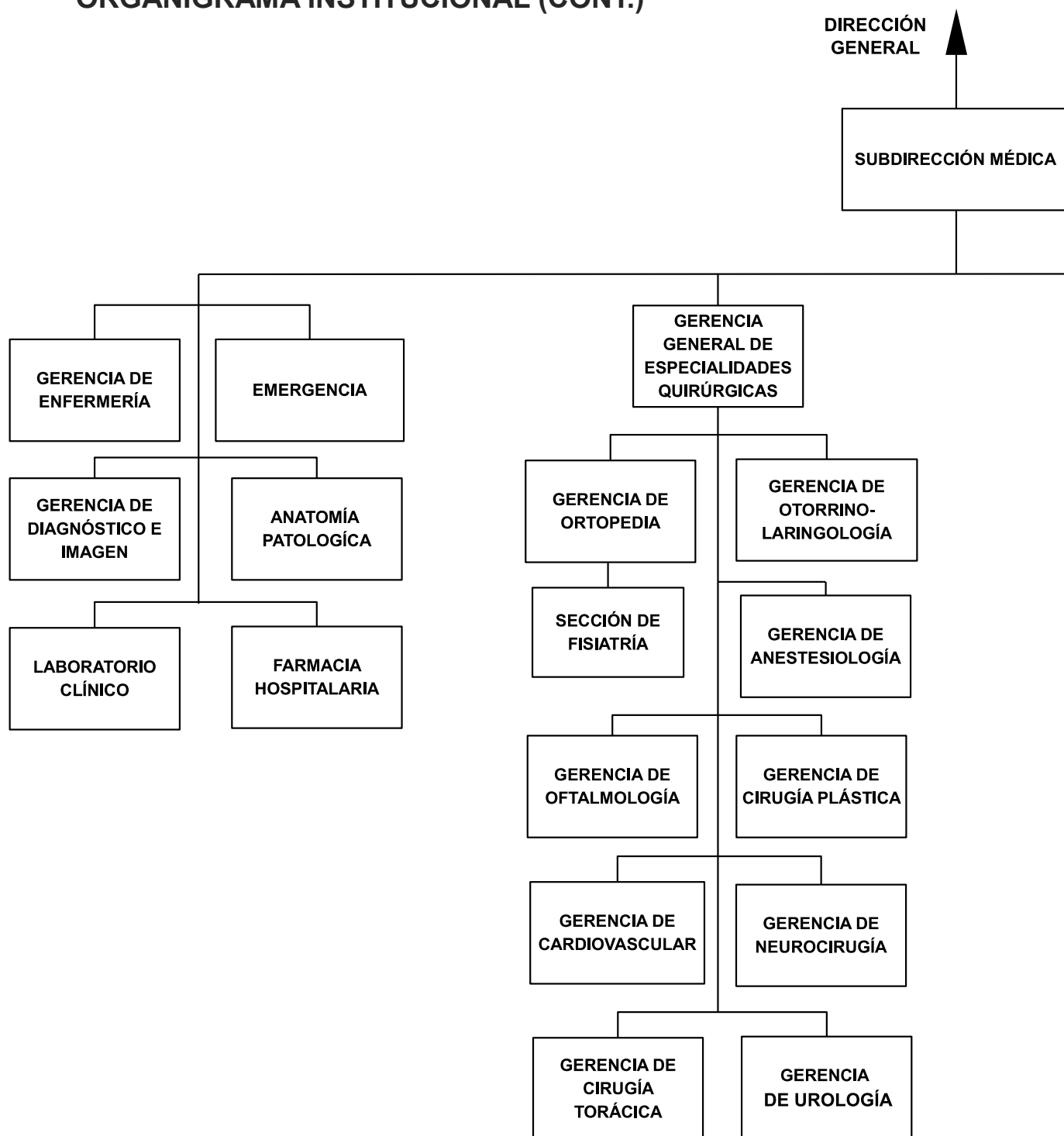
- Radiología
- Sonografía
- Tomografía
- Fluoroscopia

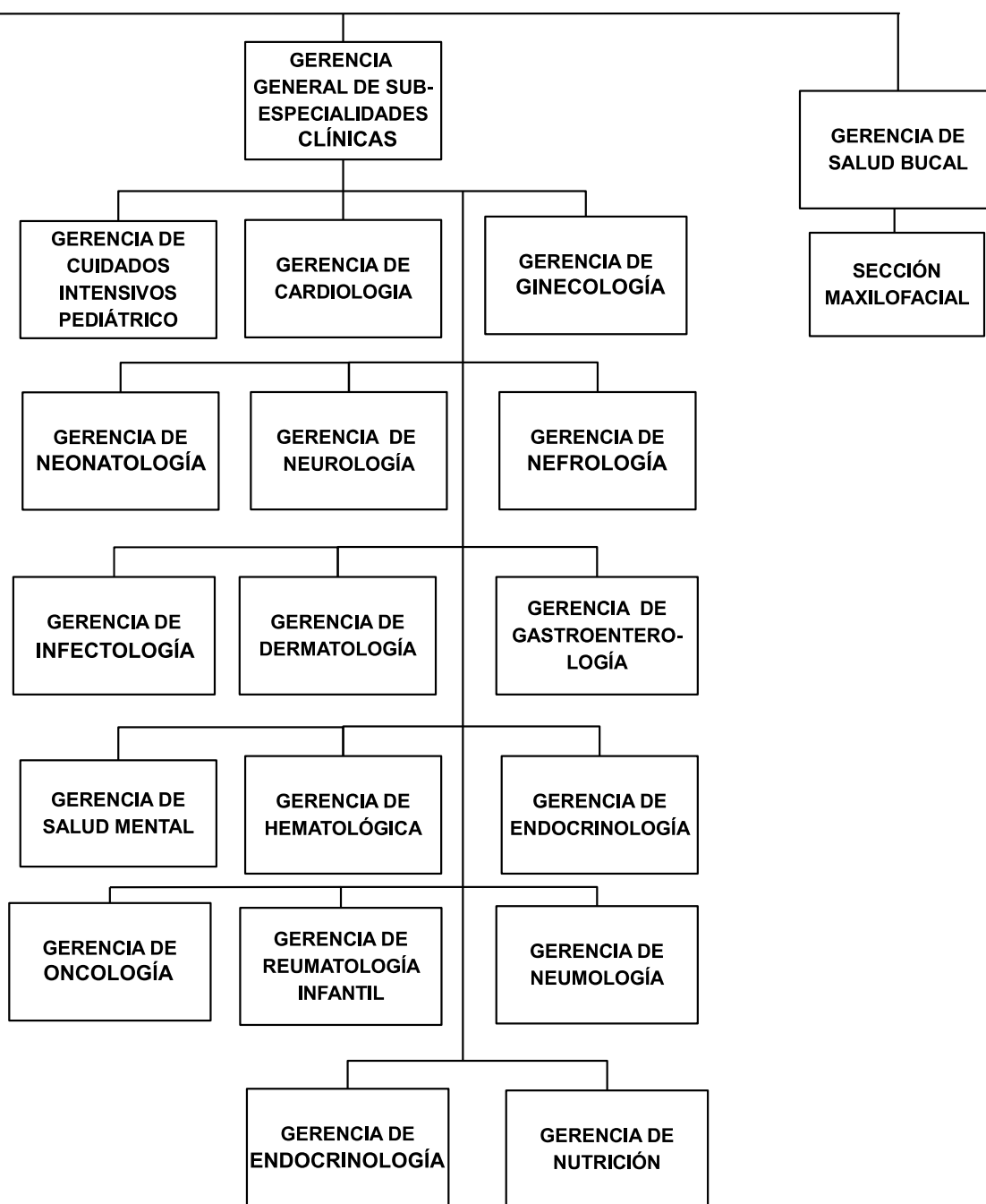
3.4.3 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL





ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL (CONT.)





3.4.4 ÁREA FÍSICA

El hospital cuenta con más de 10,000m² de construcción, distribuidos en 4 niveles ambientados específicamente para la población infantil, formando parte de los 72,000 m² que tiene el complejo hospitalario denominado Ciudad de la Salud Dra. Evangelina Rodríguez Perozo.

Cuenta con instalaciones de calidad que responden a las necesidades de los usuarios y usuarias diseñadas con un principio de arquitectura sin barreras, es decir accesibilidad arquitectónica para permitir el acceso, circulación y estadía segura, de los usuarios y usuarias, garantizando la atención médica y diagnóstica especializada de manera integral.

Áreas de Servicios

- Dos áreas de admisión: emergencia y consulta externa
- Tres salas de espera: emergencia, servicios ambulatorios e imágenes y consulta externa
- Laboratorio clínico
- Área de imágenes diagnósticas
- Dieciséis consultorios para consulta externa
- Un consultorio odontológico
- Un consultorio para los servicios de psicología
- Un consultorio de servicio de enfermería
- Una unidad de vacunación
- Una sala de emergencias pediátricas con: tres salas de triage, una sala de ducha en camilla, una sala de rehidratación oral, una sala de nebulización, una sala de shock, una sala de cura y yeso, un quirófano de emergencia y un pre y post quirúrgico de emergencia
- Dos unidades de cuidados intensivos: pediátrico y neonatal
- Cinco quirófanos para cirugía pediátrica general y especializada
- Una unidad de medicina forense
- 72 habitaciones para internamiento
- Una sala de hemato-oncología pediátrica
- 165 camas hospitalarias
- Cuatro incubadoras de transporte

3.4.5 CAPACIDADES INSTALADAS DEL HPHM

Capacidad Directiva/Gerencial y Administrativa

El HPHM cuenta con un equipo directivo con capacidades técnicas de implementar los procesos para el fortalecimiento institucional, apegados a la programación operativa de cada una de las áreas y el cumplimiento de las metas.

La institución trabaja apegada a la Ley 41-08 de Función Pública, para lo cual ha implementado un sistema de evaluación del desempeño del personal, tanto administrativo como clínico, donde se le exige al recurso humano el fiel cumplimiento de sus deberes, los cuales son:

1. Cumplir y hacer cumplir la Constitución de la República, las leyes, los reglamentos, manuales, instructivos, y otras disposiciones emanadas de autoridades competentes.
2. Prestar el servicio personalmente con dedicación, eficiencia, eficacia, honestidad e imparcialidad en las funciones que se le encomienden, de acuerdo con su jerarquía y cargo.
3. Cumplir la jornada de trabajo, dedicando la totalidad del tiempo al desempeño íntegro y honesto de sus funciones, acorde con lo que se establece en el hospital.
4. Obedecer toda orden de su superior jerárquico que tenga por objeto la realización de servicios, acorde con las funciones propias y complementarias del servidor público.
5. Actuar imparcialmente en el desempeño de sus tareas dando trato y servicio por igual a quien la ley señale, sin discriminaciones político-partidista, de género, religiosas, étnicas o de otro tipo, absteniéndose de intervenir en aquellos casos que puedan dar origen a interpretaciones de parcialidad, así como con otros criterios que sean incompatibles con los derechos humanos y derechos de los usuarios del hospital.
6. Responder del ejercicio de la autoridad que le haya sido otorgada y de la ejecución de las órdenes que impartan y por la que corresponde a sus subordinados.
7. Dar un tratamiento cortés y considerado a sus superiores, compañeros de labores y subordinados y compartir sus tareas con espíritu de solidaridad y unidad de propósito.
8. Observar permanentemente en sus relaciones con el público toda la consideración y

cortesía debidas a la dignidad de éste, así como a la de los familiares de los pacientes.

9. Guardar la reserva y confidencialidad que requieren los asuntos relacionados con su trabajo, y especialmente los concernientes a los pacientes, aún después de haber cesado en el cargo.
10. Desarrollar las iniciativas que sean útiles para el mejoramiento del servicio.
11. Vigilar y salvaguardar los intereses, valores, bienes, equipos y materiales del Estado, principalmente los que pertenezcan a su área de trabajo o estén bajo su responsabilidad.
12. Responder por el oportuno y debido manejo de los documentos, expedientes y útiles confiados a su guarda o administración, procurar con esmero su conservación, rendir debida y oportuna cuenta de su utilización, tramitación y cuidado.
13. Atender debidamente las actividades de inducción, formación y capacitación efectuando las prácticas y tareas que tales actividades conlleven.

Capacidad Financiera

El HPHM trabaja dando cumplimiento a las normativas vigentes en lo relacionado a la gestión financiera, tanto en la parte de Compras de Bienes y Servicios, cuyos procedimientos se amparan en la ley 340-06, así como en los lineamientos exigidos por el Ministerio de Hacienda, la Tesorería General de la Republica, la Contraloría y la Dirección General de Presupuesto.

En base a estos organismos reguladores y fiscalizadores, el personal financiero del hospital, trabaja de forma conjunta con la Sub-dirección de Planificación en la elaboración y gestión del presupuesto, el cual se compone de la partida asignada como subvención, por parte del Ministerio de Salud Pública y los fondos recaudados de la venta directa de servicios de salud.

De igual forma, se trabaja una proyección para el fiel cumplimiento de la política de exoneraciones y descuentos, con la finalidad de proteger a los usuarios del hospital que no disponen de recursos económicos para el pago de los servicios.

En relación a la transparencia, el HPHM tiene disponible su portal de transparencia gubernamental, así como la Oficina de Libre Acceso a la Información Pública, por medio de la

cual se tramitan las solicitudes y reclamos de la población, en materia de cumplimiento, además de la publicación de los procesos, las declaraciones juradas, listados de proveedores, licitaciones realizadas, compras menores, entre otros.

Capacidad de Talento Humano

El HPHM dispone de personal de salud especializado, personal técnico, administrativo y financiero con perfil profesional acorde a la descripción de puestos definida por el Ministerio de Administración Pública. Comprometido con la prestación de servicios de calidad a la población usuaria. El recurso humano, es una de las mayores fortalezas de la institución, siendo uno de los ejes de enfoque de la gestión del hospital, el promover un ambiente adecuado y favorable para garantizar una oferta de servicios, en un clima laboral apropiado.

Capacidad en Infraestructura

El HPHM, cuenta con una moderna infraestructura arquitectónica acorde con su nivel de atención y en cumplimiento con los requerimientos de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Como establecimiento de salud de alta complejidad, cuenta con equipos médicos y de laboratorio de alta tecnología y herramientas de software y hardware muy especializados para imágenes diagnósticas, laboratorio y servicios clínicos. Al momento se está en el proceso de incorporación de medidas integrales para habilitarse como hospital seguro ante desastres.

Capacidad Tecnológica

El HPHM, cuenta con una plataforma informática, con servidores de alta capacidad y terminales en todas las áreas de servicios de salud y administrativa, lo cual dota al HPHM, con el potencial tecnológico adecuado para un funcionamiento en un entorno digital. Al momento se está en el proceso de instalar un sistema informático con módulos para la sistematización de procesos clínicos, administrativos y financieros.

REFERENCIAS

1. Salud en las Américas.
2. Informe Desarrollo Humano 2014.
3. Tomado de Notas del Congreso de la Facultad de Ciencias de la Salud.
4. Art. 4 de la Convención de los Derechos del Niño.
5. Art. 24 de la Convención de los Derechos del Niño.
6. Ídem.
7. Art. 25 de la Convención de los Derechos del Niño.
8. Art. 26 de la Convención de los Derechos del Niño.
9. Art. 26 y 74 de la Constitución de la República Dominicana.
10. Constitución de la República Dominicana, 26 de enero de 2010.
11. Art. 28 de la Ley 136-03.
12. Ídem.
13. Ibídem.
14. Aquí solo se mencionan aquellas leyes que resultan más relevantes para la misión del Hospital Pediátrico Hugo Mendoza.
15. Art. 1 de la Ley 42-01.
16. Art. 3 de la Ley 42-01.
17. No debe entenderse por lo dicho aquí, que la atención a la salud de NNA se restringe a los que tienen menos de 14 años, en tal caso sería violatorio de lo establecido en la CDN, que considera NNA a toda persona menor de 18 años (véase el Art. 1 de la CDN). Aquí lo que se ha establecido es a los menores de 14 años como grupo prioritario para los fines de la atención de la salud y condiciones de vida, no para los fines del cumplimiento del derecho a la salud de todos los NNA, lo cual es una obligación que asumió el Estado dominicano al ratificar la CDN.
18. Art. 30 de la Ley 42-01.
19. Reglamento General de Hospitales, SESPAS, República Dominicana, 2001.



HOSPITAL

EDMUNDO CORDERO



DEFINICIÓN METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

Para la formulación del Plan Estratégico del HPHM, fue utilizada una metodología participativa e integradora, coordinada desde la Dirección General.

Se identificaron cinco (5) etapas para la formulación del Plan Estratégico, el cual fue enfocado al desarrollo y fortalecimiento institucional, según las directrices recibidas por la Dirección General del Hospital y los lineamientos establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo y los Planes Nacionales de Salud, en el marco de la legislación y normativas vigentes a nivel nacional e internacional.

A continuación, se resumen en el siguiente cuadro, las etapas para la formulación del Plan Estratégico del HPHM:

Etapas*		Principales Acciones Previstas
1era Etapa	Preparatoria	⇒ Formación de Comité y Equipos de Trabajo ⇒ Sensibilización, Información y Difusión ⇒ Capacitación
2da Etapa	Fundacional o Ideológica	⇒ Revisión de: Misión, Visión, Valores y Objetivos Institucionales. ⇒ Definición de Retos Estratégicos y Objetivos Estratégicos para el periodo 2015-2019.
3era Etapa	Diagnóstico / Analítica	⇒ Análisis de Situación ⇒ Análisis Sectorial ⇒ Construcción de Escenarios ⇒ Identificación de Problemas ⇒ Análisis de Brechas ⇒ Identificación de Temas Críticos
4ta Etapa	Propositiva o Programática	⇒ Diseño de Estrategias ⇒ Formulación de Programas ⇒ Diseño del Sistema de M&E
5ta Etapa	Ejecutiva	⇒ Socialización del Plan Estratégico ⇒ Puesta en Marcha ⇒ Implementación de Sistema de M&E

*Las etapas no implicaron un orden secuencial o lineal, sino que, las mismas muchas veces se dieron de modo simultáneo.

4.1 COMITÉ DE COORDINACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO.

El Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico, está conformado por: la Directora General del HPHM (quien lo dirige), los Sub-Directores del referido centro de salud y la Consultora Líder de CAI (que tiene voz, pero no voto).

El Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico, es la estructura de más alto nivel que lidera este proceso y moviliza las acciones claves que requiere el mismo, además de trazar las directrices para el plan de divulgación y su socialización, a nivel interno y externo del hospital.

El Comité Ejecutivo del HPHM, designó este comité, dándole plenas funciones para conducir el proceso de formulación del Plan Estratégico 2015-2019. En la fase final, el Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico presentó para la aprobación del Comité Ejecutivo, el documento final de Plan Estratégico, en su formato preliminar.

Los documentos intermedios tales como Diagnóstico Situacional, Marco Estratégico, Líneas Estratégicas de Acción y Plan de M&E, son aprobados por el Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico. Para los fines de hacer operativas las acciones del Comité de Coordinación para la Formulación del Plan Estratégico, se establecieron tres equipos de trabajo, que interactúan entre sí y que tienen funciones definidas:

- Equipo Directivo — Estratégico
- Equipo Técnico — Operativo
- Equipo Asesor y de Asistencia Técnica

A continuación se presenta un cuadro que resume los aspectos claves de estos comités:

Equipo	Coordinado por	Miembros	Roles y Responsabilidades
Directivo-Estratégico	Directora General del HPHM	• Directora General • Sub-Directora de Planificación • Sub-Directora Médico Operativa • Sub-Director de RR.HH	⇒ Coordinar el proceso de formulación del PE del HPHM. ⇒ Definir el Marco Estratégico del Plan. ⇒ Definir las directrices y socializar a los demás comités.

Equipo	Coordinado por	Miembros	Roles y Responsabilidades
Técnico-Operativo	Sub-Directora de Planificación	• Sub-Directora de Planificación • Equipo Técnico Designado	⇒ Supervisar el trabajo de los consultores. ⇒ Validar técnicamente los documentos generados. ⇒ Canalizar y coordinar la logística para la realización de reuniones y levantamiento de información.
Asesor y de Asistencia Técnica	Consultora Líder de CAI	Consultores CAI	⇒ Hacer operativas las directrices de los comités. ⇒ Diseño e implementación de instrumentos y herramientas. ⇒ Realizar evaluaciones. ⇒ Redacción de borradores de documentos técnicos y presentarlos para su validación a los demás equipos. ⇒ Facilitación de reuniones y talleres.

Durante la etapa preparatoria el equipo de CAI, apoyó las acciones de conformación de Comités y Equipos de Trabajo, así como la definición de sus lineamientos de trabajo, roles y responsabilidades y agenda operativa de los mismos. Las reuniones con personal de nivel intermedio y operativo fueron realizadas según pertinencia.



ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO

5.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA EN EL SECTOR SALUD

La **Estrategia Nacional de Desarrollo (END) de la República Dominicana 2030 (Ley 1-12)** plantea en su segundo eje estratégico la construcción de: “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”, por lo que supone la superación de la deuda social acumulada en materia de educación, salud, equidad de género, protección de los grupos vulnerables y acceso a servicios básicos, de ahí que uno de sus objetivos sea Salud y Seguridad Social integral para lo cual se diseñaron líneas de acción que permitan impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales, así como superar el modelo actual de atención, aumentando la capacidad del primer nivel de atención, reestructurando los servicios por ciclos de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades e implementar el Primer Nivel de Atención en salud como puerta de entrada al Sistema de Seguridad Social.¹

El **Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES)**, completado y actualizado en 2008, define las principales metas estratégicas de desarrollo del sistema y las metas específicas en cada una de las funciones clave del mismo, incluyendo sus correspondientes indicadores de monitoreo y evaluación. Las prioridades del PLANDES son:

- Articular el sistema de salud con las estrategias y procesos de desarrollo nacional.
- Reducir la deuda social acumulada, así como las inequidades y desigualdades sociales y de género en salud.

- Reestructurar el sistema de salud de acuerdo al marco legal vigente.
- Reestructurar el nivel central y desconcentrado del MSP (antes denominado SESPAS) de acuerdo a las funciones que le corresponden en la reforma sanitaria.
- Fortalecer la participación social y la intersectorialidad en el sistema de salud.
- Transversalizar el enfoque de género en todo el sistema de salud.
- Controlar los factores ambientales que constituyen mayor riesgo para la salud.

El objetivo general del PLANDES es: “estructurar el sector salud en un Sistema Nacional de Salud y desarrollar todas sus funciones, orientado primordialmente a lograr las Metas del Milenio en salud, reducir la deuda social acumulada y las inequidades sociales y de género en salud”.

Así mismo el **Plan Plurianual 2013-2016** tiene como eje central para el sector salud: garantizar el derecho a la salud de calidad para todos los dominicanos y dominicanas y presenta las principales líneas de acción que se desarrollarán en el sistema de salud del país, con miras a mejorar los principales indicadores de salud de la población y a la consolidación de metas de cobertura en un espacio de concertación, construcción de consenso, equidad y gobernabilidad social.

Las estrategias claves para la transformación del Sistema de Salud Dominicano se sustentan en los lineamientos y compromisos del Plan Decenal de Salud 2006-2015, los compromisos asumidos por el país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Ley General de Salud No.42-01 y la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

5.2 MODELO DE ATENCIÓN DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

El Modelo de Atención definido tiene su punto de partida conceptual en los sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud. Estas dos bases conceptuales parten de modelos elaborados por la Organización Panamericana de la salud.

El concepto de Sistema de Salud **basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud** supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.

Este sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Además se orienta a la prestación de atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto con el sistema y sitúa al ciudadano, las familias y a la comunidad como base para la planificación y la acción.

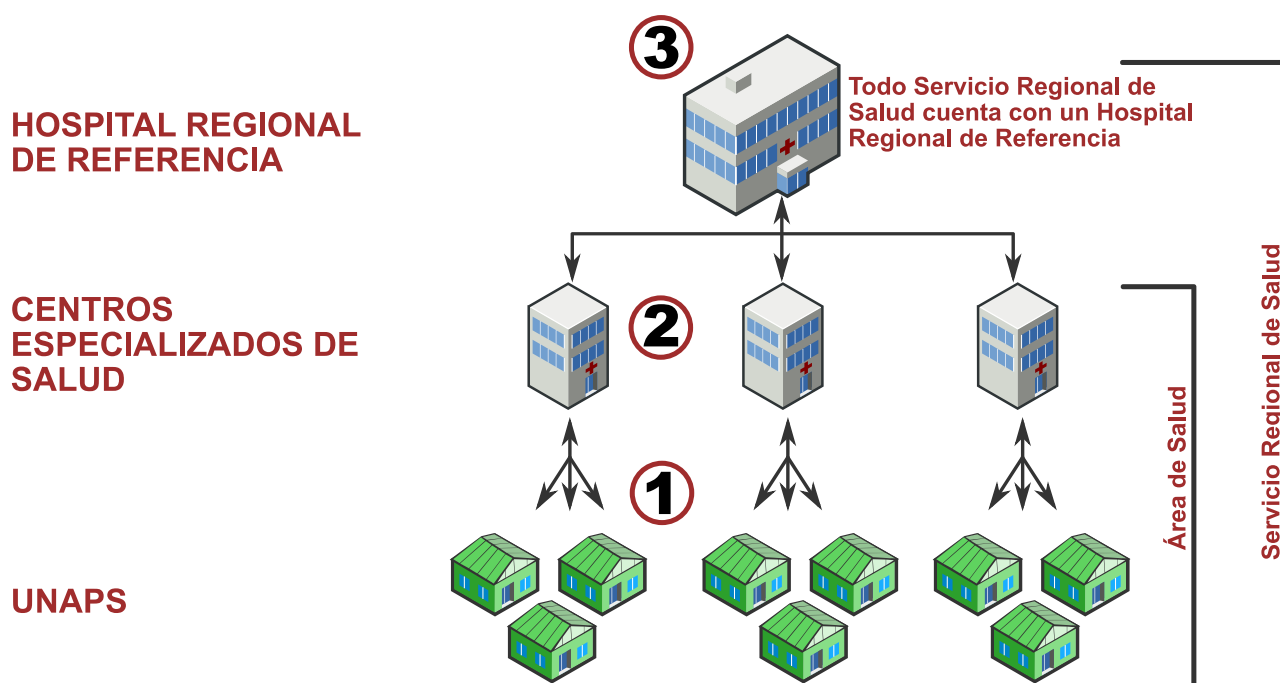
Integrar la estrategia de Atención Primaria de Salud, supone dar mucha relevancia a las personas insertas en una familia y comunidad y abandonar la concepción de “niveles de complejidad”, definiendo en la práctica un nivel “central y accesible” y un nivel “complementario”.²

En definitiva, el Sistema Nacional de Salud Dominicano en su marco jurídico y programático establece, no solamente las prestaciones que se van a ofrecer a todos sus ciudadanos, sino que indica, cómo se deberán ofrecer o dicho de otra forma, el “Modelo de Atención” que se debe garantizar a los ciudadanos con independencia de quien gestione su aseguramiento o a que régimen pertenecen. Así, se concreta en términos explícitos que el Sistema Nacional de Salud Dominicano estará basado en la Atención Primaria de Salud que será la puerta de entrada de la atención y que la atención será articulada y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

El Ministerio de Salud Pública, como ente Rector, es el responsable de desarrollar la normativa necesaria para la definición y adecuación del modelo de prestación de servicios individuales y colectivos a estas premisas.

En el sector público, en el marco de los Servicios Regionales de Salud se ha desarrollado un modelo de organización de servicios asistenciales planteado sobre la conformación de tres niveles de atención, con una base en Unidades de Atención Primaria como eje del primer nivel, aun cuando cuentan con equipos de apoyo ubicados en centros de salud; un segundo nivel conformado por hospitales que cubren especialidades básicas y un tercer nivel con hospitales de alta complejidad.

TRES NIVELES DE ATENCIÓN



Si bien el modelo desarrollado supone un avance importante sobre lo existente con anterioridad, también es cierto que presenta limitaciones conceptuales a tener en cuenta. Continúa focalizado en planteamientos organizativos que suponen una clara orientación a la gestión de la enfermedad con contenidos fundamentalmente biomédicos centrados en la curación, en la atención a problemas específicos y en la gestión de episodios de enfermedad. Su foco está en el sector salud y en la atención médica.

El modelo asistencial actual tiene también debilidades operativas, ya que su grado de desarrollo, a pesar del esfuerzo realizado, es limitado, tanto desde la perspectiva de la cobertura como de los recursos y capacidades desarrolladas a nivel de las atenciones individuales, pero muy especialmente, a la hora de integrar la visión colectiva e intersectorial de la salud.

Otro elemento de importancia en el contexto de la situación actual, es la necesidad de desarrollar un modelo válido para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

5.3 REGLAMENTO GENERAL DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS REDES PÚBLICAS

Este Reglamento establece los principios, políticas y normas administrativas, de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) de la Red Pública, desde su accionar desconcentrado hasta su descentralización, con el fin de promover que éstos ofrezcan atenciones humanizadas con calidad, eficacia, seguridad, oportunidad, equidad y que apliquen las políticas públicas en un contexto de Redes Integrales de Servicios de Salud. El tercer nivel de atención ha de concebirse como el conjunto de servicios que incluye atención especializada de mayor complejidad con internamiento, que completa las intervenciones que no corresponden al segundo nivel de atención. Permite completar la atención a los beneficiarios de la misma para todos los casos en que se requiera de una intervención compleja o muy especializada.

Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo de manera que pueda completarse los procesos asistenciales cuando estos necesitan de una atención muy especializada.

Por criterios de economía de escala o de masa crítica, los servicios de muy elevado costo y relativa baja demanda se pueden concentrar en pocos establecimientos, a los que, por este caso, les correspondería completar la atención a estructuras de igual nivel de complejidad.

Los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) proporcionarán servicios de salud a la población, como parte activa de una red, conforme al nivel de complejidad y a la cartera de servicios que le corresponda, apegados a los principios de bioética; vale decir, de una manera humanizada, completa, integral, segura, oportuna, continua, con equidad, con calidad y apoyados en normas y procedimientos sociales, científicos, técnicamente aceptados y basados en las evidencias de los mejores resultados.³

5.4 SEGURIDAD SOCIAL

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), establecido mediante la Ley 87-01, contiene una variedad de modalidades de solidaridad social, tan necesarias para la convivencia humana, para la paz social y muy especialmente, para fortalecer los esfuerzos orientados a combatir la

pobreza y crear mayores oportunidades de bienestar a favor de los grupos sociales más postergados.

Siendo así, el HPHM se traza las pautas a seguir para la fiel garantía de los servicios de salud a todos los niños/as usuarios de los servicios y cuya cobertura esté definida en base a la categorización de los regímenes establecidos por la presente Ley.

Art. 7. — Regímenes de financiamiento del SDSS:

- a) **Un Régimen Contributivo:** que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- b) **Un Régimen Subsidiado:** que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.
- c) **Un Régimen Contributivo Subsidiado:** que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedios.

De igual forma, en este plan se prioriza el cumplimiento del Art. 118.- sobre la Finalidad del Seguro Familiar de Salud (SFS):

“El Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad, la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema”.

El HPHM tiene definido en su cartera de servicios, todos los servicios clínicos correspondientes al tercer nivel de atención, trabajando de forma integrada con el 1er. y 2do. Nivel, considerando lo establecido en el Art. 129.- del Plan Básico de Salud:

"El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

- a) Promoción de la salud y medicina preventiva, de acuerdo al listado de prestaciones que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).
- b) Atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria, según el listado de prestaciones que determine el CNSS.
- c) Atención especializada y tratamientos complejos por referimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica, según el listado de prestaciones que determine el CNSS.
- d) Exámenes diagnósticos, tanto biomédicos como radiológicos, siempre que sean indicados por un profesional autorizado dentro del listado de prestaciones que determine el CNSS.
- e) Atención odontológica pediátrica y preventiva, según el listado de prestaciones que determine el CNSS.
- f) Fisioterapia y rehabilitación cuando sean prescritas por un médico especialista y según los criterios que determine el CNSS.
- g) Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados, según el listado que determine el CNSS".

5.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza se encuentra ubicado en el Municipio Santo Domingo Norte, en la demarcación geográfica del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), que corresponde, en la división territorial de salud, a la Región de Salud 0. El HPHM, es un centro de referencia nacional, con énfasis en la prestación de servicios a las comunidades de Santo Domingo Norte, para dar respuesta a las necesidades de salud de estos sectores y en el marco de una estrategia de descongestión de los servicios de salud pediátricos del Gran Santo Domingo.

Ubicación geográfica del municipio Santo Domingo Norte

El Municipio Santo Domingo Norte fue creado en virtud de la ley No. 163-01, que crea la Provincia de Santo Domingo y Modifica los Artículos 1 y 2 de la Ley No. 5220, sobre División Territorial de la República Dominicana. Cuenta con una extensión territorial de 408.11 Km². Está constituido por las secciones de Villa Mella, Sabana Perdida, El Higüero, La Victoria y La Bomba. Está delimitado al Norte por los municipios de Yamasá y Monte Plata, al Sur por el Río Isabela, al Este por el municipio de Santo Domingo Este y el Río Ozama, y al Oeste por el municipio de Santo Domingo Oeste.

Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, el municipio Santo Domingo Norte cuenta con una población estimada de 446,753 habitantes, 218,908 hombres (49%) y 227,884 mujeres (51%).

Servicio Regional Metropolitano

El SRSM abarca las provincias de Santo Domingo, Monte Plata y el Distrito Nacional, cuya extensión territorial es de 4, 004.36 Km² (8.23% del territorio nacional). Estas provincias están compuestas por 12 Municipios y 15 Distritos Municipales.

La población estimada para el año 2010, es de 3, 520,081 habitantes, de los cuales 1, 111, 383 habitantes pertenecen al Distrito Nacional, (31.6%), con una densidad poblacional de 12, 207.27 hab/Km² ; 2, 198, 333 habitantes de la provincia Santo Domingo (62.4%) con una densidad poblacional de 1,690.93 hab/Km² y 210, 365 habitantes para la provincia de Monte Plata (6 %) con la densidad poblacional más baja, 80.5 hab/Km². La población de la Región de Salud 0 es urbana en un 55.3% y por provincia se observan importantes variaciones en vista de que en el Distrito Nacional el 100% de la población es urbana, en la provincia Santo Domingo el 68% es urbana y en la provincia Monte Plata, solo el 42.7% de la población es urbana.

Situación de la población por adscripción y/o afiliación al Seguro Familiar de Salud

Al 2013 la provincia Santo Domingo, contaba con el 27.1% de la población adscrita al SNS, el 9% al régimen contributivo y el 18.1% al régimen subsidiado, el 86.9% de la población del Distrito Nacional esta afiliada al Seguro Nacional de Salud (SNS), el 71.7% al régimen contributivo y solo el 15.2% al régimen subsidiado, para la provincia Monte Plata, el 54.5% está adscrita al SNS, el 10.3% al régimen contributivo y el 44.2% al régimen subsidiado.

Tasa estimada de crecimiento anual

La Región de Salud 0, tiene en su conjunto una densidad poblacional de 879.06 hab/Km2 con una tasa de crecimiento anual de 18.6 en el quinquenio 2000-2005 y una estimación de proyección de crecimiento para el periodo 2010-2015 de 15.1%

El perfil epidemiológico de las provincias que componen el Servicio Regional de Salud Metropolitano, en donde se encuentra ubicado el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, es presentado en este documento en seis categorías:

- Indicadores Geopolíticos
- Indicadores Demográficos
- Indicadores Socio-económicos
- Indicadores de Mortalidad
- Indicadores de Morbilidad
- Indicadores de Acceso, Recursos y Cobertura

El presente documento ha sido elaborado a partir de la utilización de diversas fuentes de información las cuales se citan al interior del mismo.

La información apoyada en datos confiables es condición esencial para la toma de decisiones y la programación de acciones en todas las actividades socioeconómicas y particularmente de índole sanitaria. La gestión por resultados crea la necesidad de trabajar con indicadores que permitan guiar el uso de los recursos disponibles de una forma más adecuada.

Los indicadores básicos de salud son instrumentos de evaluación y monitoreo de los objetivos y metas del sector sanitario. Se presentan en cinco grandes grupos y se recopilan con la información disponible más reciente o de mayor consistencia.

Esta presentación de los perfiles epidemiológicos se ofrece a fin de disponer a nivel provincial de información útil y valida, que ha permitido a los organismos gestores del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza la toma de decisiones basadas en información y permitirá a su vez monitorear las acciones implementadas a partir de estas decisiones.

La utilización de estos indicadores básicos de salud como insumos para el seguimiento de acciones y toma de decisiones será el fruto del trabajo conjunto entre actores del Sistema de Salud: la Red de Servicios, Salud Colectiva y la inversión extranjera, que de una u otra forma contribuye al logro del objetivo común, que es la mejoría de los servicios y la salud de las personas.

Indicadores Geopolíticos

Mapa 1: División territorial



Fuente: Perfil Sociodemográfico Provincia Santo Domingo

Cuadro No. 1: Indicadores Geopolíticos Provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2013

Indicadores	Unidad de medida	Fuente	Periodo	SRS	Nacional
Superficie Territorial	(Km ²)	IBS	2013	4,025 Km ²	48,670.80
Provincias	Santo Domingo, Distrito Nacional, Monte Plata				

IBS: MSP, Indicadores básicos de Salud 2013

Indicadores Demográficos

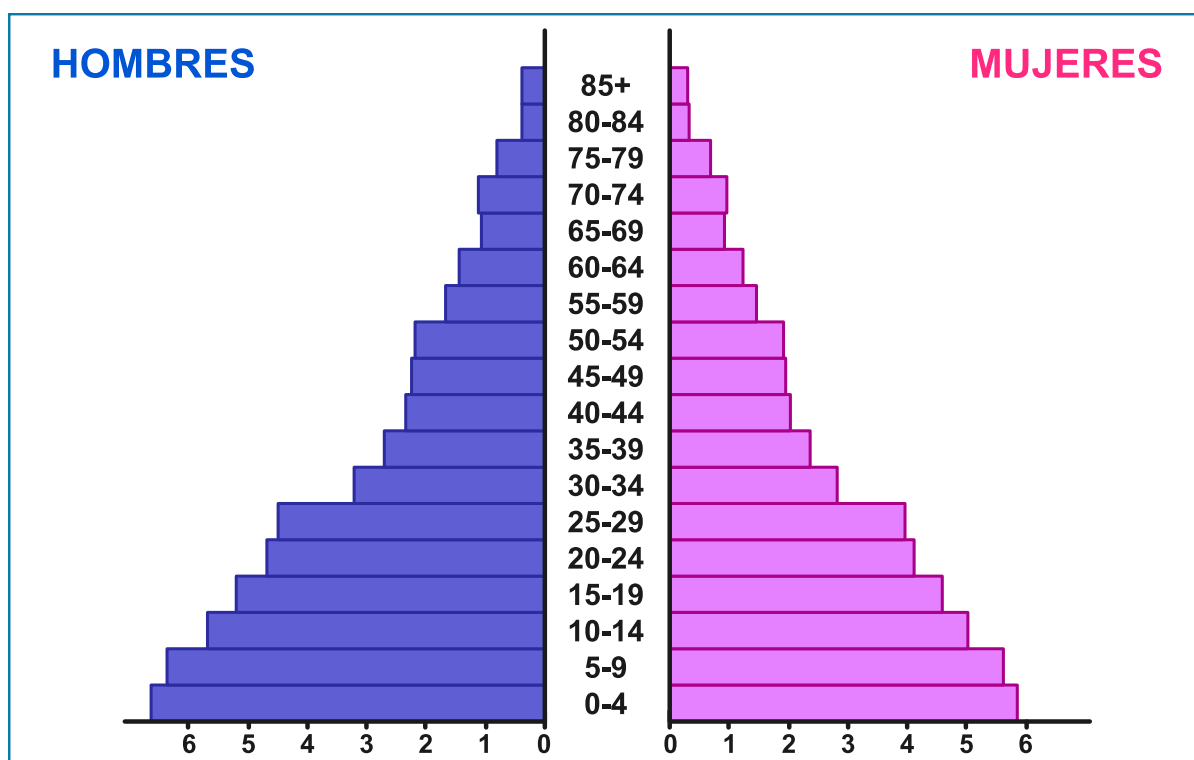
Cuadro No. 2: Indicadores Demográficos provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2013.

Indicadores		Unidad de medida	Fuente	Período	SRSM				Nacional
Población Total		Habitantes	ONE	2012	3,630,061	Distrito Nacional	Monte Plata	Santo Domingo	10,135,105
Población < 15 años		%	ONE	2012	16.6	24.9	33.3	23.9	
Población > 64 años		%	ONE	2012	4.6	7	7.6	6.7	
Razón de Dependencia		x 100 hab.	ONE	2012					
Población Femenina de 15-49 años		Habitantes	ONE	2012	1,079,582	300,115	731,874	47,593	2,738,643
Tasa Bruta de Natalidad		x 1000 hab.	IBS	2012					
Nacimientos anuales		Nacimientos	IBS	2012					
Tasa Bruta de Mortalidad		x 1000 hab.	IBS	2012					
Defunciones Anuales		Muertes	IBS	2012	9,712	4,228	563	4,921	29,079
Crecimiento Demográfico Anual		%	IBS	2012	4.4	0.68	0.38	3.34	1.22
Tasa Global de Fecundidad		Hijos x mujer	IBS	2012		5.64	3.09	30.62	10.31
Población Urbana		%	IBS	2012		100	49.4	87.8	74.3
Esperanza de Vida al Nacer	Total	Años	IBS	2012					
	Hombres	Años	IBS	2012	No disponible				
	Mujeres	Años	IBS	2012					

IBS: MSP; Indicadores básicos de salud 2013

5.5.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Gráfico 1: Pirámide Poblacional provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2013



Fuente: Proyección Población 2013, ONE. Método: EPIDAT

De acuerdo a la estimación de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda del año 2002, la población estimada para el año 2013 es de 3,520,081 habitantes (22.4% del total nacional)⁴, para una densidad poblacional de 12,452 hab/Km2 para el Distrito Nacional, 82.8 hab/Km2 para la provincia Monte Plata y 1,746.4 hab/Km2 para la provincia Santo Domingo. De acuerdo con el Censo, la población es predominantemente urbana (100%) para el Distrito Nacional, 49.4% para la provincia Monte Plata y 87.8% para la provincia Santo Domingo, en contraste con el 74.3% nacional. En relación al sexo, el sexo masculino representa el 47.7% del total de la población, el restante 53.3% corresponde al sexo femenino. La edad promedio de la población es de 31 años.

En relación al saldo migratorio, de acuerdo a los datos del Perfil Epidemiológico de la ONE del 2008, el Distrito Nacional con 250,285 personas que migraron al mismo, lo que supone el 27.4% del total de la población residente en su territorio para el año 2002, es claramente receptor de población que proviene de fuera del mismo. A diferencia del Distrito Nacional para la provincia

Monte Plata, el saldo migratorio es negativo en 36,559 personas, lo que supone el 20.27% del total de la población residente en la provincia en el 2002, por lo que la provincia es expulsora de población, especialmente mujeres. El saldo migratorio de la provincia Santo Domingo es positivo en 464,132 personas, lo que supone el 25.5% del total de la población residente en la provincia en el 2002, por lo que la provincia es claramente receptora de población proveniente de otros lugares.⁵

En la pirámide poblacional se observa que el índice de Friz es de 135.27, el de Sundbarg es de 48.54 y el de Burgdofer es de 17.8 lo que nos habla de una población joven y progresiva.

5.5.2 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Cuadro No.3: Indicadores Socioeconómicos Provincia Santo Domingo, Monte Plata y Distrito Nacional, 2009-2013

Indicadores		Unidad de medida	Fuente	Período	SRSM				Nacional
					Total SRSM	Distrito Nacional	Monte Plata	Santo Domingo	
Población Analfabeta (< 10 años)	Total	%	ENDESA	2007					
	Total	%	ENDESA	2007		4.8	15	6.3	11
Mediana de años de escolaridad (6 y mas años)	Hombres	años*	ENDESA	2007		7.6	4	6.9	5.6
	Mujeres	años*	ENDESA	2007		8	4.7	7	
Población con acceso a:	Agua potable	%	ENDESA	2007		5.8	1.7	5.2	8.8
	Servicio Sanitario	%	ENDESA	2007		83	22	76	60
	Alumbrado Eléctrico	%	ENDESA	2007		99.3	86.6	98.6	95.7
Proporción de Hogares Pobres	Total	%	Atlas de Pobreza	2010		31.5-33.5	52.1-57.2	31.5-33.5	
Población Urbana	%	%	IBS/ONE*	2013		100	49.4	87.8	74.3
Ingreso Neto Promedio mensual	Promedio mensual	S/.							

*mediana de años

El tamaño promedio de los hogares de acuerdo al censo de 2002 es de 3.75 personas, inferior al promedio nacional, 3.9. El analfabetismo alcanza niveles entre el 4.8% para el Distrito Nacional, 6.3% para la Provincia Santo Domingo y 15% para la provincia Monte Plata. La mediana de años cursados es 7.6 años para los hombres y 8 para las mujeres en el Distrito Nacional, 4 años para los hombres en la provincia Monte Plata y 4.7 años para las mujeres y para la provincia Santo Domingo, para los hombres y mujeres es similar.⁶

El SRSM, de acuerdo al Atlas de Pobreza 2010, tiene para las provincias Santo Domingo y Distrito Nacional, entre 31 y un 33% de hogares pobres y para la provincia Monte Plata, entre un 52% a 57%. El porcentaje de población con servicio de energía eléctrica oscila entre 86.6% y 99.6% para las tres provincias, en relación al servicio sanitario oscila entre 22% y 83%.⁷

La población ocupada de las provincias del SRSM, trabaja principalmente en actividades del sector formal, para las provincias de Santo Domingo y Distrito Nacional, que no requieren alta calificación y que por ende, conllevan a una baja remuneración. La economía de las provincias de Santo Domingo y el Distrito Nacional, está sustentada en la oferta de servicios, la industria y el comercio y la ganadería, agricultura, para la provincia Monte Plata. Los productos agrícolas más sembrados son la caña de azúcar, cacao, café y habichuelas.⁸ Las tres actividades más productivas son la ganadería tradicional (producción de leche y carne) explotada por pequeños ganaderos.⁹

5.5.3 INDICADORES DE MORTALIDAD

Cuadro No.4: Causas de Mortalidad, Provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2009-2013

Provincia	Defunciones									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	24,799		22,699		25,542		29,079		29,079	
Distrito Nacional	6,929	73	1,666	26	2,198	33	4,228	44	4,228	43.5
Monte Plata	532	6	517	8	409	6	563	6	563	5.8
Santo Domingo	2,086	22	4,173	66	4,006	61	4,921	51	4,921	50.7
Total	9,547	100	6,356	100	6,613	100	9,712	100	9,712	100

Defunciones por causas mal definidas (R00-R99)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	1,206	4.9	1,323	5.8	962	3.8	1,306	4.5	1,306	4.5
Distrito Nacional	235	3.4	71	4.3	81	3.7	152	3.6	152	3.6
Monte Plata	31	5.8	76	14.7	20	5	49	8.7	49	8.7
Santo Domingo	37	1.8	282	6.8	130	3.2	212	4.3	212	4.3
Total	303		429		231		413		413	

Defunciones por causas cardiovasculares (I00-I99)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	7,879	33.4	7,808	36.5	9,116	37.1	10,426	37.5	10,426	37.5
Distrito Nacional	2,002	29.9	464	29.1	690	32.6	1,454	35.7	1,454	35.7
Monte Plata	179	35.7	180	40.8	161	41.4	219	42.6	219	42.6
Santo Domingo	427	20.8	1,104	28.4	1,136	29.3	1471	31.2	1471	31.2
Total	2,608		1,748		1,987		3,144		3,144	

Defunciones por Enfermedades transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	2,089	8.9	1,743	8.2	2,037	8.3	2,502	9.0	2,502	9.0
Distrito Nacional	645	9.6	173	10.8	218	10.3	452	11.1	452	11.1
Monte Plata	49	9.8	27	6.1	24	6.2	31	6.0	31	6.0
Santo Domingo	190	9.3	349	9.0	388	10.0	480	10.2	480	10.2
Total	884		549		630		963		963	

Defunciones por Neoplasias (C00-D48)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	3,559	15.1	3,261	15.3	3,886	15.8	4,310	15.5	4,310	15.5
Distrito Nacional	1,071	16.0	256	16.1	317	15.0	658	16.1	658	16.1
Monte Plata	80	16.0	66	15.0	67	17.2	91	17.7	91	17.7
Santo Domingo	179	8.7	487	12.5	471	12.2	591	12.6	591	12.6
Total	1,330		809		855		1,340		1,340	

Defunciones originadas en el Período Perinatal (P00-P96)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	1,200	5.1	881	4.1	1,023	4.2	886	3.2	886	3.2
Distrito Nacional	485	7.2	142	8.9	81	3.8	82	2.0	82	2.0
Monte Plata	32	6.4	16	3.6	18	4.2	11	21.0	11	21.0
Santo Domingo	305	14.9	407	10.5	381	9.8	330	7	330	7
Total	822		565		480		423		423	

Defunciones por causas externas (V01-Y89)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Nacional	3,712	15.7	3,300	15.4	3,657	14.9	4,167	15.0	4,167	15.0
Distrito Nacional	987	14.7	178	11.2	341	16.1	574	14.1	574	14.1
Monte Plata	63	12.6	53	12.0	41	10.5	73	14.2	73	14.2
Santo Domingo	583	28.5	791	20.3	717	18.5	895	19.0	895	19.0
Total	1,633		1,022		1,099		1,542		1,542	

Fuente: DIGEPI, Indicadores Básicos de Salud, 2013

Los indicadores presentados en este PEI son orientativos de la población general, por lo que predomina la información correspondiente a población adulta. Tanto el subregistro como las deficiencias en el llenado del certificado de defunción afectan la calidad de los datos registrados. De la mortalidad registrada por grupo de causas, las enfermedades cerebro-vasculares ocupan el lugar número uno por causa de muerte y representan el 30% del total de las muertes ocurridas en el periodo 2009-2013. Las enfermedades transmisibles representan el 9% del total de las defunciones para el periodo, las neoplasias alcanzan el 13% del total de las defunciones y las defunciones por causas externas alcanzan el 16% del total de las defunciones.

5.5.4 INDICADORES DE MORBILIDAD

Cuadro No. 3 Causas de Morbilidad Provincias Santo Domingo, Monte Plata y Distrito Nacional, 2009-2013

Dengue (A90-A91)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	4,653	48.3	8,293	85.0	12,119	122.6	2,327	23.2	9,484	93.6
Distrito Nacional	747	69.0	872	79	736	66	251	22.3	1,392	122.0
Monte Plata	38	18.5	61	29	219	104	19	8.9	71	33
Santo Domingo	1,520	71.7	2,364	110	2,134	97.1	420	18.8	2,826	124.3
Total	2,305		3,297		3,089		690		4,289	

Dengue Hemorrágico (A91)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	208	2.2	996	10.2	1,112	11.3	110	1.1	142	1.4
Distrito Nacional	14	1.3	60	5.5	47.0	4.2	5	0.4	16	1.4
Monte Plata	3	1.5	10	4.8	0	0.0	0	0	2	0.9
Santo Domingo	61	2.9	281	13.0	191	8.7	42	1.9	52	2.3
Total	78		351		238		47		70	

Malaria (B 54)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	1,840	19.1	1,643	16.8	2,482	25.1	1,616	16.1	952	9.4
Distrito Nacional	28	2.6	3	0.3	41.0	3.7	5	0.4	4	0.4
Monte Plata	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0
Santo Domingo	76	3.6	165	7.6	248	11.3	60	2.7	39	1.7
Total	105		168		289		66		43	

Enfermedad Meningocócica (A390, A392)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	26	0.3	16	0.2	22	0.2	19	0.2	19	0.2
Distrito Nacional	3	0.3	4	0.4	1.0	1.0	2	0.2	3	
Monte Plata	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0	1	0.0
Santo Domingo	8	0.4	7	0.3	8	0.4	7	0.3	8	1.4
Total										

VIH/SIDA (B24)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	158	1.6	69	0.7	768	7.8	564	5.6	380	3.7
Distrito Nacional	5	0.5	33	3.0	128.0	11.5	26	2.3	10	0.9
Monte Plata	0	0.0	0	0.0	2	1.0	11	5.2	1	0.5
Santo Domingo	70	3.3	7	0.3	166	7.6	173	7.7	1	0
Total	75		40		296		210		12	

Tuberculosis (A15-A19)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	3,912	40.6	3,990	40.9	3,627	36.7	4,472	44.7	3,886	38.3
Distrito Nacional	672	62.1	65	31.3	601.0	54.1	690	61.3	611	53.6
Monte Plata	49	23.9	667	60.8	53	25.2	49	23	64	29.7
Santo Domingo	958	45.2	1,157	53.6	973	44.3	1230	55	1,040	45.7
Total	1,679		1,889		1,627		1,969		1,715	

Tuberculosis BK + (A15)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	2,458	25.5	2,241	25.0	2,159	21.8	2,454	24.5	2,483	24.5
Distrito Nacional	457	42.2	428	39.0	378.0	34.0	384	34.1	401	35.2
Monte Plata	26	12.7	45	21.7	35	16.6	18	8.5	51	23.7
Santo Domingo	606	28.6	682	31.6	551	25.1	683	30.5	712	31.3
Total	1,089		1,155		964		1,085		1,164	

Leptospirosis (A27)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Nacional	1,212	12.6	950	9.7	282	2.9	169	1.7	226	2.2
Distrito Nacional	163	15.1	61	5.6	29.0	2.6	13	1.2	20	1.8
Monte Plata	22	10.7	12	5.8	10	4.8	5	2.3	5	2.3
Santo Domingo	291	13.7	134	6.2	60	2.7	40	1.8	37	1.6
Total	476		207		99		58		62	

Fuente: DIGEPI; Indicadores Básicos de Salud, 2009-2013

Las principales causas de morbilidad registrada en el periodo 2009-2013 en las provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata fueron el dengue, dengue hemorrágico, la tuberculosis, VIH/Sida, la leptospirosis y la enfermedad meningocócica con tasas que oscilaron entre 69 y 122 por cada 100 mil habitantes para el Distrito Nacional y tasas de 18 hasta 104 por cada 100 mil habitantes en la provincia Monte Plata, en la provincia Santo Domingo las tasas oscilaron entre 18 y 124 por cada 100 mil habitantes. En el caso del dengue hemorrágico, la forma grave del dengue, las tasas oscilaron entre 1.3 y 4.5 casos por 100 mil habitantes durante el periodo 2009-2013, para el Distrito Nacional y 1.9 hasta 13 por cada 100 mil habitantes para la provincia Santo Domingo, el comportamiento para la provincia Monte Plata es al descenso con tasas que oscilan entre 1.5 y 0 casos por 100 mil habitantes. La tuberculosis BK + la cual es de importancia epidemiológica, mantiene sus tasas con valores similares al del nivel nacional, con tendencia al descenso, presentando tasas entre 42.2 y 35.2 casos por 100,000 habitantes para el Distrito Nacional y para la provincia Santo Domingo las tasas oscilan entre 25.1 y 31.6 casos por cada 100 mil habitantes y las de la provincia Monte Plata, oscilan entre 8.5 y 23.7 casos por cada 100 mil habitantes, el comportamiento del VIH/Sida, durante el periodo mantiene tasas entre 0 y 11.5 casos por cada 100 mil habitantes en las tres provincias.

5.5.5 INDICADORES DE ACCESO, RECURSOS Y COBERTURA

Cuadro No. 4: Indicadores de Acceso, Recursos y Cobertura, Provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2009-2013

Médicos por 10,000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	13.2	8.1	14.3	14.9	15.4
Distrito Nacional	34.3	19.7	37.1	41.6	44.0
Monte Plata	8.4	4.9	9.4	11.0	11.6
Santo Domingo	9.6	6.5	10.6	9.8	9.8

Enfermeras Licenciadas por 10,000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	2.5	2.8	2.8	2.9	3.0
Distrito Nacional	7.6	8.3	2.8	8.5	8.2
Monte Plata	0.7	0.7	0.8	0.8	1.0
Santo Domingo	1.6	1.8	2.0	2.0	2.0

Enfermeras Auxiliares por 10,000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	10.4	10.7	9.0	10.4	10.7
Distrito Nacional	16.6	16.9	16.6	16.0	16.0
Monte Plata	6.6	6.8	6.9	7.4	7.5
Santo Domingo	5.0	5.2	1.1	5.1	5.0

Bioanalistas por 10,000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2
Distrito Nacional	3.0	3.1	2.7	2.7	3.6
Monte Plata	0.4	0.5	0.7	0.8	0.7
Santo Domingo	0.6	0.6	1.1	0.7	0.7

Odontólogos por 10,000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	1.4	1.9	1.9	1.9	1.5
Distrito Nacional	4.5	0.7	5.5	5.7	4.5
Monte Plata	0.7	1.0	1.0	1.0	0.8
Santo Domingo	1.4	1.7	1.9	1.7	1.4

Camas por 10, 000 habitantes

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	15.7	14.4	15.2	17.4	17.4
Distrito Nacional	32.1	28.8	29.2	33.3	33.3
Monte Plata	9.3	5.0	4.3	7.7	7.7
Santo Domingo	6.9	6.4	7.8	8.9	8.9

Hospitales públicos y privados

Provincia	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	307	336	355	362	355
Distrito Nacional	52	59	61	61	55
Monte Plata	5	6	5	5	5
Santo Domingo	24	35	35	36	36

5.5.6 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ofrecer los servicios de salud a la población, este Servicio Regional cuenta en sus tres provincias con una infraestructura sanitaria conformada por un 96 establecimientos de salud públicos y privados, de primer, segundo y tercer nivel de atención, una disponibilidad al 2013 de 44 médicos por cada 10 mil habitantes en el Distrito Nacional, 11.6 médicos por cada 10 mil habitantes en la provincia Monte Plata y 9.8 médicos por cada 10 mil habitantes en la provincia Santo Domingo. En relación a la disponibilidad de enfermeras licenciadas, al 2013 el Distrito Nacional tiene una disponibilidad de 8.2 enfermeras por cada 10 mil habitantes, sobrepasando la media nacional que es de 3 enfermeras licenciadas por cada 10 mil habitantes. Las provincias de Santo Domingo y Monte Plata mantienen valores entre 1 y 2 enfermeras por cada 10 mil habitantes. En relación a las bioanalistas el indicador se mantiene entre 3.6 bioanalistas por cada 10 mil habitantes para el Distrito Nacional y 0.6 para las provincias Santo Domingo y Monte Plata para el año 2013. La disponibilidad de cama de una provincia se mide por la cantidad de camas por cada 10 mil habitantes, para el Distrito Nacional la disponibilidad de camas es de 33 camas por cada 10 mil habitantes, y para las provincias de Santo Domingo y Monte Plata, la disponibilidad de cama es de 8.9 y 7.7 respectivamente.

5.5.7 AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cuadro No. 5 Indicadores de Acceso, Recursos y Cobertura, Provincias Santo Domingo, Distrito Nacional y Monte Plata, 2009-2013

Afiliación al Sistema de Seguridad Social (%) SRSM 2013			
Provincia	Seguro Nacional de Salud	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Nacional	49.6	26.5	23
Distrito Nacional	86.9	71,7	15.2
Monte Plata	54.5	10.3	44.2
Santo Domingo	27.1	9.0	18.1

Fuente: Plan Estratégico SRSM

Para dar cumplimiento al mandato de la Ley 87-01, la población debe adscribirse a uno de los regímenes establecido en dicha Ley, al 2013 el 86.9% de la población del Distrito Nacional ya ha sido afiliado al Seguro Nacional de Salud (SNS), el 71.7% al régimen contributivo y solo el 15.2% de los que califican al régimen subsidiado, para la provincia Monte Plata, el 54.5% está adscrita al SNS, el 10.3% al régimen contributivo y el 44.2% al régimen subsidiado. La provincia Santo Domingo, cuenta con el 27.1% de la población adscrita al SNS, el 9% al régimen contributivo y el 18.1% al régimen subsidiado.

5.6 PANORAMA GENERAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

En la República Dominicana viven más de 9.4 millones de personas, de acuerdo con los datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado en el año 2010.¹⁰ Del total de habitantes que existen en el país, el 36.25 % tiene menos de 18 años, lo que equivale a decir que unos 3.4 millones de personas, son niños, niñas y adolescentes (NNA). Si se divide en segmentos poblaciones más pequeños, como niños y niñas entre 0 y 9 años y niños y adolescentes entre 10 y 17 años, las cifras resultantes son de 1,835,166 y 1,567,644 respectivamente.

De acuerdo con los datos estadísticos, el país atraviesa actualmente por un proceso de transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento de la población de 1.2 % anual.¹¹ La región del país que concentra la mayor cantidad de población menor de 18 años es la región Ozama o Metropolitana, en la que de acuerdo con el Censo viven 1,173,000 NNA¹², equivalente al 34.5 % del total de NNA que viven en el país. Esta región está conformada por el Distrito Nacional y la provincia Santo Domingo.

Cabe destacar que de acuerdo con datos del SITAN¹³, el 46.7 % de los NNA viven en la pobreza. De aquellos que viven en la pobreza, los que se encuentran en la zona fronteriza y en los bateyes son los que están en la situación más dramática. Así mismo, en el año 2010, el 17.3 % de la población infantil o aproximadamente 600 mil niños y niñas, vivían en hogares en situación de pobreza extrema, lo cual representa el 55 % de toda la población en situación de indigencia.¹⁴ En la región Ozama vivían, entre los años 2008 y 2010, unos 629,000 niños, niñas y adolescentes en hogares con ingresos de pobreza.¹⁵

Dados los procesos acelerados de urbanización de los últimos años¹⁶, se han ido creando bolsones de pobreza en torno a los grandes centros urbanos, como el Distrito Nacional, la provincia Santo Domingo y Santiago, lo que ha traído como consecuencia el hacinamiento de las familias, el colapso de los servicios básicos, violencia social, entre otros problemas que se reflejan en las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes. Para el año 2010, el 50.6 % de los NNA vivían con necesidades básicas insatisfechas (NBI), las mismas están vinculadas a cuestiones como: viviendas sin servicios sanitarios adecuados, acceso a agua de la red pública, viviendas de madera o con piso de tierra, ausencia de energía eléctrica en las viviendas, posibilidades de acceso a aparatos de radio o televisión en los hogares.¹⁷

En base a estudios realizados por el ODNA¹⁸, en una escala entre 0 y 10, el país alcanza un 4.1 en el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Así mismo y de acuerdo con la Estrategia Nacional de Desarrollo (END 2030), tres de las principales barreras a superar en el país, en los próximos 15 años y que afectan directamente a los NNA son: la baja calidad de la educación, la deficiente provisión de servicios de salud y el crecimiento sin suficiente empleo decente. Sobre esto último cabe mencionar que más del 30 % de las personas jóvenes entre los 15 y 29 años, no estudian ni trabajan, lo que trae como consecuencias, la pérdida de oportunidades, la no creación de capacidades necesarias y el mantenimiento de un círculo vicioso con relación al desarrollo humano y social del país.

5.6.1 SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL PAÍS

De acuerdo con los Indicadores Básicos de Salud, en República Dominicana nacen cada año más de 200,000 niños y niñas.¹⁹ El 98 % de los partos que se realizan son institucionales y realizados por profesionales de la salud. A pesar de ello y de los esfuerzos que se realizan para mejorar el seguimiento y atención profesional a las embarazadas, la tasa de mortalidad infantil (en menores de un año) se mantiene aún alta, situándose en 26 muertes de niños y niñas por cada 1,000 nacidos vivos. En el caso de las muertes maternas, estas se situaban para el año 2012 en 106 por cada 100,000 nacidos vivos, lo cual está por encima de la meta de 47 por cada 100,000, asumida para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el año 2015.²⁰

Las principales causas inmediatas de mortalidad materna en el país se asocian con complicaciones obstétricas: toxemia, hemorragias, abortos y complicaciones del puerperio. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública, el 80 % de las muertes maternas son evitables, atribuyéndose la mayoría de estas muertes a problemas de calidad en la asistencia médica y hospitalaria, de manera particular: el incumplimiento de las normas de calidad, junto con el ausentismo del personal que debe estar presente en las labores de parto, que con frecuencia delega su responsabilidad en personal no especializado y sin la formación necesaria.²¹

En cuanto a la nutrición de los recién nacidos, datos obtenidos reflejan que apenas un 8 % de las madres, practican la lactancia de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños y las niñas.²² Si bien se han desarrollado varias iniciativas para la mejora de este porcentaje, la situación se mantiene sin mayores cambios en los últimos años. Por otra parte, si bien la tasa de desnutrición crónica moderada (9.8 % en menores de cinco años) está por debajo de las de otros países de la región de las Américas, un número considerable de niños y niñas de comunidades fronterizas y de bateyes se encuentra afectados por esta situación, que repercute de manera dramática en su crecimiento físico, sus condiciones generales de salud y en su rendimiento escolar.

Dos de las principales causas de muerte en niños y niñas menores de cinco años, siguen siendo las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), teniendo como causas entre otras: la falta de higiene en los hogares, el acceso deficiente a agua potable dentro de los hogares, la disposición de los desechos sólidos y la eliminación de excretas, la ausencia de conciencia en las familias en torno al lavado de las manos, entre otros.

5.6.2 ADOLESCENCIA Y SALUD: SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, CAUSAS DE MUERTES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES, EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Uno de los principales problemas que afecta el desarrollo y pone en riesgo la vida de las adolescentes es el embarazo a temprana edad. República Dominicana ocupa el quinto lugar de la región en materia de fecundidad en adolescentes, con una tasa de 98 por cada mil. De acuerdo con investigaciones realizadas en el país, el 22 % de las adolescentes entre 15 y 19 años es madre o ha estado embarazada alguna vez. En provincias del suroeste del país, este porcentaje es mucho mayor, como es el caso de la provincia de Azua, que presenta el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas con un 37 %.²³

El embarazo en la adolescencia tiene entre otras causas: la escasa y limitada educación en derechos sexuales y reproductivos, tanto en las familias, los centros educativos y otros espacios comunitarios, el acceso limitado a métodos anticonceptivos y a una atención de calidad en materia de salud sexual y salud reproductiva. De acuerdo con estimaciones realizadas, la atención a las adolescentes embarazadas en el país tiene un costo anual de 2,103 millones de pesos, que representa casi seis veces más que lo que se requiere para implementar el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes 2011-2016.

Continuando con lo anterior y de acuerdo con datos publicados en la prensa, en el mes de julio de 2014, de 9,599 parturientas adolescentes que registró en el año 2013 el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, 2,636, eran niñas y adolescentes, entre 12 y 19 años, que quedaron embarazadas por primera vez.²⁴ En ese mismo año, 357 adolescentes de 14 años dieron a luz y 620 de 16 años, lo cual muestra la magnitud de este problema social y de salud. Los riesgos ligados al embarazo se hacen patentes en el caso de las adolescentes, teniendo consecuencias graves en sus hijos e hijas, como el bajo peso al nacer (722 casos registrados en el HNSA en el 2013), muertes (78 casos en el HNSA en el 2013) y otras que se presentan en los niños y niñas que nacen de estas madres.

No se puede dejar de mencionar, que son los y las adolescentes, quienes por la etapa del desarrollo en que se encuentran, la falta de información y educación en salud, así como la ausencia de orientación oportuna y modelos de referencias para sus vidas, se encuentran en situación de mayor riesgo para el consumo de sustancias problemáticas, como el alcohol y las drogas, las relaciones sexuales sin protección y a temprana edad, así como las muertes por

accidentes. Existe una débil implementación del programa dirigido al mejoramiento de la salud en esta población, lo que se evidencia en la situación de los servicios o unidades de salud para adolescentes a nivel nacional.

5.6.3 VIOLENCIA HACIA NNA Y SALUD

Uno de los problemas que más afectan directamente el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, es el de la violencia que se ejerce en su contra. No solo la violencia física y psicológica, también la sexual, el abandono o la negligencia en el trato. Dos ejemplos a citar, que no deben pasar por alto los especialistas de la salud en el país, se encuentran en los abusos físicos y en los abusos sexuales dirigidos contra niños, niñas y adolescentes.

Vistos los datos estadísticos, los abusos sexuales contra niños y sobre todo niñas, ofrecen un panorama alarmante de cómo son considerados y tratados los niños, niñas y adolescentes en sus hogares. De acuerdo con la Procuraduría General de la República, la cantidad de casos reportados de abusos sexuales contra la población entre 3 y 15 años, fue de 233 para el periodo comprendido entre enero y junio de 2014. Cabe señalar que aquí solo se refiere a los casos que fueron denunciados y que las denuncias son de casos ocurridos principalmente en el Distrito Nacional y la provincia Santo Domingo. La evidencia señala que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por los familiares varones más cercanos (padres, padrastros, tíos y primos).

5.6.4 PARTICIPACIÓN INFANTIL Y SALUD

Vale destacar, tomando en cuenta lo dispuesto en la CDN, la Constitución de la República y la Ley 136-03, la situación del derecho a la salud y su vinculación con los derechos de los NNA a opinar, conseguir y brindar información, participar en la toma de decisiones y hacer recomendaciones que ayuden a mejorar los servicios que se ofrecen a esta población.

En un estudio nacional sobre la situación de los derechos de la niñez y la adolescencia, realizado en el año 2011 por la Coalición de ONG por la Infancia, con la participación de 5,372 niños, niñas y adolescentes, el 84 % refirió que podían asistir a un hospital en caso de enfermarse. Al mismo tiempo, llamaron la atención sobre los problemas que ellos observan en materia de salud en el país, entre los que se destacan: la falta de información sobre los servicios de salud a los que pueden acceder, la contaminación ambiental presente en las calles y en los ríos cercanos a las comunidades, la no existencia de recursos suficientes en los hospitales para brindar servicios de

calidad, la desnutrición, entre otros. Al mismo tiempo, hicieron varias recomendaciones para mejorar la situación: promover campañas contra la contaminación ambiental y realizar jornadas de limpieza en los barrios, garantizar a todos los niños y las niñas un seguro médico, abastecer a los hospitales de los recursos necesarios para una mayor calidad en la atención de salud, entre otras.²⁵

5.6.5 SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A NNA Y ACTORES VINCULADOS A LA SALUD DE NNA

La prestación de servicios de atención de la salud de NNA se ofrece a distintos niveles dentro del Sistema Nacional de Salud; desde las clínicas rurales o UNAPs, hasta hospitales de tercer nivel. En el caso de la atención pediátrica, existen actualmente tres hospitales especializados que brindan servicios a través de la red pública: el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el Distrito Nacional, el Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón en Santiago y el Hospital Pediátrico Hugo Mendoza en la provincia Santo Domingo.

A nivel de tomadores de decisiones, el Ministerio de Salud Pública tiene un asiento en el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI). Este es actualmente el órgano rector de las políticas dirigidas a la niñez y la adolescencia en el país. Así mismo, hay una Dirección General de Materno-Infantil y Adolescentes (DIGEMIA) dentro del Ministerio de Salud Pública, específicamente bajo el Viceministerio de Salud Colectiva, encargada de poner en marcha y velar por el cumplimiento de las normas, protocolos y programas de atención dirigidos a niños, niñas y adolescentes.

Otros actores institucionales que se vinculan con el Ministerio de Salud Pública, de forma directa o indirecta, para brindar servicios de salud a la población infanto-juvenil son: el Consejo Nacional para el VIH/Sida (CONAVIHSIDA), el Despacho de la Primera Dama de la República, el Gabinete de Políticas Sociales, adscrito a la Vicepresidencia de la República y el Instituto de Bienestar Estudiantil (INABIE), adscrito al Ministerio de Educación. Se hace necesario que estos actores aumenten entre sí la coordinación y articulación para el desarrollo de acciones que creen sinergia y tengan un mayor impacto a través de los distintos servicios, proyectos, programas e iniciativas que implementan, ayudando esto a disminuir brechas, el solapamiento o la duplicidad de acciones con un mismo objetivo y población, en materia de salud infantil.

De igual forma, vale resaltar el rol que juegan las organizaciones sin fines de lucro (fundaciones, asociaciones, organizaciones religiosas, ONG), en la prestación de servicios de promoción, prevención y atención de la salud de NNA. Estos actores operan a nivel local y pueden servir de apoyo para la labor institucional que se desarrolla en clínicas y hospitales. Existen espacios o redes en las que las ONG del sector se agrupan o participan, con una contribución importante en los procesos de promoción y defensa de los derechos humanos, como lo es el de la salud. Algunos de estos espacios o redes son: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), la Coalición ONG Sida, la Red Dominicana de Personas que viven con VIH (REDOVIH+), entre otras. ONG como Hogares Crea y Casa Abierta, por solo citar dos ejemplos, trabajan en la prestación de servicios a niños, niñas y adolescentes consumidores de drogas y en el caso de Casa Abierta, en la promoción de estilos de vida saludables con adolescentes, a través de centros educativos y organizaciones juveniles.

Un aliado importante a ser considerado en el proceso de implementación del Plan Estratégico del HPHM es la Sociedad Dominicana de Pediatría, la cual agrupa a especialistas de salud que trabajan con la población de niños, niñas y adolescentes. Esto podría ser estratégico para el desarrollo de investigaciones conjuntas, el intercambio de experiencias y la enseñanza sobre los avances de la atención pediátrica en el país y la región. Fundaciones ligadas a empresas y otras destinadas a dar apoyo y contribuir con la salud infantil, son también actores a considerar y con los cuales se pueden desarrollar iniciativas que redunden en el buen desempeño del HPHM.

5.7 SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HPHM EN EL 2014

En el marco del modelo de gestión planteado por la alta dirección del hospital, luego de su inauguración a finales de diciembre de 2013, se inició la apertura escalonada de los servicios de salud, iniciando con la consulta externa, luego continuado con los servicios de emergencia, internamiento y cirugía, estando el hospital en plena capacidad operativa en el mes de abril del 2014.

Como parte de la Red de Servicios Públicos de Salud dirigida a la prestación de servicios de salud, el hospital se acoge a lo establecido en la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual garantiza, en forma gradual y progresiva, a toda la población

dominicana, una asistencia de manera integral, la cual está compuesta entre otras por: promoción de la salud, atención especializada y tratamientos complejos por referimientos desde la atención primaria, exámenes diagnósticos, atención odontológica y pediátrica, alineadas a las iniciativas y planes del Estado Dominicano y del Ministerio de Salud Pública.

A continuación se describen las principales 10 causas de morbilidad y mortalidad, de la población que ha demandado servicios en el HPHM en el 2014.

Motivos de emergencia

Cuadro No. 1: 10 primeras Causas de demanda de servicios de emergencia, HPHM, Febrero-Diciembre 2014

Motivos de Atención en Emergencias		
Descripción Diagnósticos	Cantidad	%
Fiebre, no especificada	4,692	23%
Traumas y Heridas	3,166	15%
Asma	1,559	7%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	994	5%
Amigdalitis Aguda	725	3%
Infección Vías Respiratorias Inferiores	673	3%
Infección Vías Respiratorias Superiores	635	3%
Enfermedad por virus Chikungunya	437	2%
Náusea y Vómito	249	1%
Alergia, no especificada	246	1%
Otros Diagnósticos	7,435	36%
Total Atenciones	20,811	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas del HPHM

Causas de consulta externa

Cuadro No. 2: 10 primeras Causas de demanda de servicios de consulta externa, HPHM, Febrero-Diciembre 2014

Motivos de Atención en Consultas Externas		
Descripción Diagnósticos	Cantidad	%
Consulta para atención y supervisión de la salud del niño	3,999	11%
Infección Vías Respiratorias Superiores	2,243	6%
Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	2,101	6%
Observación por Sospechas de otras Enfermedades Cardiovasculares	1,715	5%
Caries Dental	1,188	3%
Fiebre, no especificada	1,175	3%
Amigdalitis	1,003	3%
Infección Vías Respiratorias Inferiores	988	3%
Parasitosis Intestinal, sin otra especificación	986	3%
Asma	931	3%
Prepucio Redundante, Fimosis y Parafimosis	930	3%
Otros Diagnósticos	17,704	51%
Total Diagnósticos	34,963	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas del HPHM

Procedimientos Quirúrgicos

Cuadro No. 3: 10 primeras Causas de demanda de servicios de Cirugías, HPHM, Abril-Diciembre 2014

Tipo Cirugías Realizadas		
Descripción Proceso	Cantidad	%
Circuncisión	80	18%
Herniorrafia Umbilical	60	13%
Herniorrafia Inguinal Directa	51	11%
Apendicectomía	48	11%
Adenoamigdalectomía	39	9%

Tipo Cirugías Realizadas		
Descripción Proceso	Cantidad	%
Reducción Cerrada de Epífisis Separada en Radio y Cubito con Fijación	19	4%
Reducción Abierta de Fractura en Fémur	13	3%
Amigdalectomía	10	2%
Reducción Cerrada de Epífisis Separada en Cubito o Radio con Fijación	10	2%
Reducción Cerrada de Fractura de Fémur Supracondilea e Intercondilea con Fijación	9	2%
Otros Procedimientos	112	25%
Total Cirugías	451	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas del HPHM

Causas de Mortalidad

Cuadro No. 4: 10 primeras Causas de mortalidad, HPHM, Febrero-Diciembre 2014

Causas Clínicas de Mortalidad					
Causa Directa de Muerte	Cant.	%	Causas Antecedentes	Cant.	%
Choque séptico	15	31%	Choque séptico	8	17%
Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	5	10%	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	4	9%
Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	5	10%	Bronconeumonía, no especificada	3	6%
Fallo Multiorgánico	3	6%	Neumonía, no especificada	3	6%
Fiebre del dengue hemorrágico	3	6%	Sepsis, no especificada	2	4%
Hipertensión pulmonar primaria	2	4%	Hemorragia intracraneal (no traumática) del feto y del recién nacido	2	4%
Insuficiencia respiratoria, no especificada	2	4%	Encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido	2	4%
Choque Cardiogénico	2	4%	Choque Hipovolémico	2	4%

Causas Clínicas de Mortalidad					
Causa Directa de Muerte	Cant.	%	Causas Antecedentes	Cant.	%
Sepsis, no especificada	1	2%	Complicación mecánica de derivación (anastomótica)	1	2%
Hemorragia intracraneal (no traumática) del feto y del recién nacido	1	2%	Otras Causas	20	43%
Otras causas	8	16%			
Necropsias enviadas al INACIF	2	4%			
Total Diagnósticos	49	100%	Total Otras Causas	47	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas del HPHM

Hospitalización

Cuadro No. 5: 10 Primeras causas que los usuarios demandan Atención (Causa de Morbilidad o Condición), HPHM, Enero- Diciembre 2014

Hospitalización (causas clínicas de mortalidad)		
Descripción Diagnósticos	Cantidad	%
Sepsis, no especificada	437	20%
Asma	161	7%
Neumonía, no especificada	141	7%
Fiebre por Virus Chikungunya	96	4%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	59	3%
Trauma Craneal	62	3%
Bronquiolitis Aguda	37	2%
Fiebre del Dengue Hemorrágico	67	3%
Otros Recién Nacidos Pretérmino	36	2%
Otros diagnósticos	1,055	49%
Total Diagnósticos	2,151	100%

Fuente: Unidad de Estadísticas del HPHM

Vacunación

Cuadro No. 6: HPHM, Febrero-Diciembre 2014

Reporte de Vacunación por Pacientes y Dosis Aplicadas, HPHM, 2014						
Mes	Cantidad Pacientes		Total Pacientes	Dosis Aplicadas		Total Dosis Aplicadas
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino	
Enero						284
Febrero						851
Marzo						854
Abril	84	112	196	377	441	818
Mayo	130	136	266	427	456	883
Junio	184	148	332	502	494	996
Julio	153	137	290	398	451	849
Agosto	140	117	257	380	368	748
Septiembre	183	167	350	463	520	983
Octubre	176	100	276	429	410	839
Noviembre	165	128	293	407	330	737
Diciembre	337	243	580	878	654	1,532
Total	1,552	1,288	2,840	4,261	4,124	8,385

Fuente: Unidad de Estadísticas HPHM

Cobertura de Seguro Médico de la Población Atendida en el 2014

Cuadro No. 7: Distribución de demanda de servicios según Administradora de Riesgos de Salud, HPHM, 2014

Administradora de Riesgos de Salud	Porcentaje de Usuarios atendidos
PRIVADO HHM	44.76%
SENASA SUBSIDIADO	45.35%
SENASA CONTRIBUTIVO	8.86%
ARS RENACER	0.59%
ARS FUTURO	0.19%
ARS UNIVERSAL	0.05%
ARS HUMANO	0.10%
ARS SEMMA	0.01%
ARS PALIC	0.07%
ARS CONSTITUCIÓN	0.00%
ARS GMA	0.03%

Fuente: Registros expedientes

Cuadro No. 8: Distribución de la demanda de servicios según régimen de la Seguridad Social, HPHM, 2014

Administradora de Riesgos de Salud	Porcentaje de Usuarios atendidos
No asegurado o asegurado con ARS no contratada	44.76%
Régimen subsidiado	45.35%
Régimen Contributivo	9.89%

Fuente: Registros expedientes

Cuadro No. 9: Población atendida según Región de Salud de procedencia, HPHM, 2014

Región	Distribución Porcentual
Región 0	98.65%
Región I	0.30%
Región II	0.06%
Región III	0.07%
Región IV	0.24%
Región V	0.24%
Región VI	0.23%
Región VII	0.02%
Región VIII	0.19%
Total	100.00%

REFERENCIAS

1. MEPyD. Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. República Dominicana 2012
2. MSP, Modelo de atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Versión preliminar, 2013
3. MSP/DDI MODELO DE ATENCIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, Versión preliminar 2012.
4. DIES, MSP, Proyecciones de Población 2013.
5. ONE. Perfil Socio-demográfico Distrito Nacional, Provincia Santo Domingo y Monte Plata.
6. Ídem.
7. Ídem.
8. Ídem.
9. Íbidem.
10. IX Censo Nacional de Población y Vivienda, ONE, República Dominicana 2010.
11. Ídem.
12. Ibídem.
13. Análisis de la Situación de la Infancia y la Adolescencia en la República Dominicana (SITAN 2012), MEPYD, CONANI, UNICEF, República Dominicana, 2013.
14. Ídem.
15. Ibídem.
16. El 74 % de la población de la República Dominicana vive en las ciudades.
17. SITAN 2012, MEPYD, CONANI, UNICEF, República Dominicana, 2013.
18. Observatorio de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, adscrito a la Universidad Católica Santo Domingo (UCSD).
19. Indicadores Básicos de Salud, República Dominicana, 2013.
20. Agenda Feminista Dominicana, 2014-2020, Foro Feminista, República Dominicana, 2014.
21. ídem.
22. SITAN 2012, MEPYD, CONANI, UNICEF, República Dominicana, 2013.
23. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), CESDEM, 2007.
24. <http://hoy.com.do/centro-con-elevada-recurrencia-embarazos-ninas-hasta-de-11-anos>
25. Informe Fuín Fuán, sobre la situación de los derechos de la niñez en la República Dominicana, Coalición de ONG por la Infancia, 2012.



DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

La realización de un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del Hospital Pediátrico Hugo Mendoza permite conocer su situación y posicionamiento, tanto internamente como en su entorno, en relación a la Visión Institucional que se pretende cumplir en el plazo de 5 años.

El análisis FODA contiene un enfoque interno (fortalezas y debilidades de la institución) y uno externo (amenazas y oportunidades provenientes del entorno y de otros actores). También tiene un enfoque temporal presente (fortalezas y debilidades se refieren al estado actual de la institución) y uno futuro (las amenazas y oportunidades se refieren a acontecimientos previstos). Finalmente, las fortalezas y oportunidades representan un conjunto de elementos positivos, mientras que las debilidades y amenazas representan elementos a contrarrestar o neutralizar.

6.1 FORTALEZAS

Las Fortalezas son aquellas variables, rasgos, características y/o situaciones del sistema sobre las que basar el crecimiento, proyección, calidad y desarrollo de la institución en la dirección plasmada por la Visión, las cuales se listan a continuación:

- Centro de Salud descentralizado, que forma parte de la Red Pública de Servicios de Salud y que opera en el marco de un modelo de autogestión hospitalaria, con autonomía funcional.
- Estructura organizacional bien definida, basada en los lineamientos del MAP, con roles y responsabilidades específicos y líneas de mando establecidas.
- Políticas y procedimientos internos definidos, basados en los lineamientos establecidos por la autoridad sanitaria, acordes con lo determinado por otras instancias reguladoras nacionales.

- Controles financieros determinados en base a los marcos establecidos por el Estado Dominicano.
- Personal directivo y gerentes de áreas claves con gran capacidad de gestión, conocimiento del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, con un alto nivel de compromiso institucional.
- Equipo dedicado a procesos de planificación orientado al fortalecimiento institucional y calidad de los procesos, monitoreo y evaluación interna y satisfacción de los usuarios.
- Recursos humanos con formación especializada en sus áreas de competencias (clínicas, quirúrgicas, administrativas y financieras), comprometidos e identificados con la institución.
- Especialistas de todas las ramas de la Pediatría.
- Planta física de reciente construcción, de estructura moderna, con higiene y limpieza de su entorno.
- Áreas especializadas con equipamiento de alta tecnología, tales como quirófanos, UCI Neonatal, Laboratorio, Centro de Diagnóstico y otras en proceso de instalación, como el Centro de Gastroenterología Pediátrica, único de su género en el país, de reciente inauguración.
- Protocolos y manuales de procedimientos médicos en operación, con procesos estandarizados.
- Calidad en la atención al usuario/a, orientado a la solución de problemas salud, con incremento escalonado de la confianza de la población en los servicios del hospital.
- Único servicio de Emergencias, a nivel nacional, atendido de modo exclusivo por especialistas de pediatría y emergenciológica, las 24 horas del día, los 7 días de la semana,
- Hospital de referencia de pediatría para el Municipio de Santo Domingo Norte y nacional.
- Fuertes vínculos con la comunidad e historial de trabajos sistemáticos en favor de la misma.

6.2 DEBILIDADES

Las Debilidades son aquellas variables, características y situaciones del sistema que dificultan el crecimiento, proyección, calidad y desarrollo de la institución en la dirección plasmada por la Visión. Entre estas se encuentran:

- Limitaciones presupuestarias para cubrir todas las necesidades financieras relacionadas con el desarrollo óptimo del hospital.
- Falta completar el sistema de información automatizado, para la gestión clínica y administrativa-financiera.
- Falta completar el personal asistencial para cubrir la demanda estimada de pacientes a ser atendidos en el hospital.
- Exceso de personal en algunas áreas administrativas o financieras.
- De la cartera de empleados seleccionados desde el nivel central, un porcentaje de los mismos necesita mayor empoderamiento de sus áreas.
- Personal de base de áreas administrativas, financieras y de servicios de salud, que necesitan fortalecimiento en procesos de trabajo en los marcos establecidos por la Ley 87-01 de la Seguridad Social y sus reglamentos.
- No se dispone de programas o planes establecidos para capacitación altamente especializada de los recursos humanos, investigación, rotaciones, entre otras.
- La Infraestructura con carencia de espacios físicos para expansión de oficinas y otras áreas requeridas.
- Necesidad de mejora en la Infraestructura y equipos que requieren adaptaciones específicas para la optimización de servicios pediátricos.

6.3 OPORTUNIDADES

Las Oportunidades son aquellos acontecimientos, variables y características del entorno que pueden influir en el funcionamiento del sistema, facilitando el cumplimiento de la Visión por parte de la Institución. Entre ellas se encuentran:

- Aumento en cobertura de población del régimen subsidiado, por parte de SENASA, que favorece el incremento de la demanda de servicios y reembolso de la inversión.
- Aumento de la demanda de servicios por población asegurada en el régimen contributivo de SENASA y ARS privadas.
- Expresión de interés de establecer acuerdos para la compra de servicios, por aseguradoras internacionales, que tienen una cartera de clientes en el país, vinculados a organismos diplomáticos.
- Desarrollo tecnológico y científico en permanente desarrollo.
- Iniciativas y acciones desarrolladas en favor del hospital, por instituciones públicas y privadas, así como por agencias de cooperación internacional.
- Tecnología disponible en el país para dar respuestas a necesidades de fortalecimiento de áreas claves.
- Espacios de coordinación multisectorial con los gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria.
- Incremento de la población de mayor poder adquisitivo en el ámbito geográfico del hospital, debido a la creciente oferta inmobiliaria e infraestructura física.
- Intercambios de tecnología con otros centros de referencia nacional e internacional.
- Programas de investigación científica e intercambios en cooperación con diferentes instituciones nacionales e internacionales

- Desarrollo de alianzas con medios de comunicación.
- Intercambio de experiencias y buenas prácticas con hospitales de autogestión nacionales e internacionales.
- Sub-contratación de servicios externos (outsourcing).
- Posibilidades de establecer convenios con las diferentes universidades para el desarrollo de la docencia, la investigación y extensión.
- Fortalecimiento de la red de servicios públicos y de los procesos de referimientos desde el primer nivel de atención.

6.4 AMENAZAS

Las Amenazas son aquellos acontecimientos, variables y características del entorno que influyen en el sistema, reduciendo o limitando las capacidades de la institución de desarrollarse en la dirección plasmada por la Visión. Entre ellas se encuentran:

- Crisis económica mundial.
- Contexto político variable.
- Cambios en la administración pública con potencial de afectar la continuidad de la gestión.
- Dificultad para establecer acuerdos justos para la prestación de servicios con algunas de las ARS privadas.
- Cambios continuos en el sistema normativo del Ministerio de Salud Pública.
- Presencia de competidores externos del sector privado.
- Competencia con otros servicios públicos, especialmente con los nuevos centros de salud que están en proceso de construcción y que se proyecta tendrán ventajas de infraestructura y tecnología.

- Incremento del volumen de pacientes provenientes de servicios en remodelación.
- Incremento de usuarios no afiliados a ningún seguro médico, que son de escasos recursos económicos, lo que incrementa el costo de las prestaciones de servicios.
- Incremento de referimientos de usuarios en estado crítico, provenientes de ARS en las que han agotado su cobertura de salud.
- Influencia de los gremios de salud y la promoción de paros generales que pueden afectar el servicio.
- Falta de orientación a la comunidad sobre los distintos niveles de atención de salud.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

7.1 VISIÓN INSTITUCIONAL

Ser un centro de salud pediátrico de referencia nacional e internacional, orientado a la investigación científica, con desarrollo tecnológico, fundamentado en la práctica profesional humanizada y responsable, enfocada hacia la calidad continua en el servicio a los niños, niñas, adolescentes, las familias y la comunidad.

7.2 MISIÓN INSTITUCIONAL

Somos un centro público descentralizado especializado, que brinda servicios de salud en la especialidad de Pediatría y sus áreas afines, con los más altos niveles de profesionalidad, eficiencia y eficacia, a través de un equipo profesional comprometido con la excelencia y la prestación de servicios de calidad a los niños , niñas, adolescentes, sus familias y la comunidad.

7.3 VALORES INSTITUCIONALES



DESCRIPCIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES

Compromiso

El trabajo del personal del HPHM está motivado por una fuerte concepción ética, hacia el bienestar de niños, niñas y adolescentes, familias y comunidad. Con base en su identificación personal con los valores de la institución, los miembros del HPHM, en todos sus niveles, entregan sus energías y su dedicación más allá del simple cumplimiento de tareas y funciones, con miras a garantizar un servicio integral de calidad a los y las usuarios/as y responder a las distintas necesidades de salud a nivel comunitario.

Responsabilidad

El HPHM está compuesto por un equipo que cumple con responsabilidad con sus deberes hacia los y las usuarios/as y la misma institución, garantizando el funcionamiento óptimo del hospital y la respuesta puntual a las necesidades de niños, niñas y adolescentes, familias y comunidad.

Profesionalidad

El personal del HPHM busca ofrecer constantemente un servicio de calidad a los y las usuarios/as, en todo nivel de atención y en todo ámbito de prestaciones, desde la atención de salud a las gestiones administrativas. Para garantizar esto, todo el personal, en todas las funciones que garantizan el buen funcionamiento de la institución, está involucrado en procesos de capacitación continua, especialización y mejora de los estándares de calidad del servicio.

Transparencia

El HPHM es una institución que vive en la comunidad y en diálogo con ella. Tiene por lo tanto el deber de garantizar un acceso fácil a la información y a los servicios, a través de la simplificación administrativa y la utilización de los medios de comunicación, al tiempo de garantizar espacios que favorezcan la participación comunitaria tanto en la toma de decisiones como en la retroalimentación y mejora de los servicios.

Humanización

La importancia de la relación interpersonal en la cura es un pilar de la formación y práctica del personal del HPHM. En la institución se garantiza a toda persona un trato humano: cortesía, comunicación respetuosa, comunicación clara y adecuada, seguimiento personalizado, claridad y participación de las decisiones del personal de salud, acerca de las condiciones de los y las pacientes, respeto de los derechos de los y las pacientes, y no discriminación en base a estatus social o económico, creencias, apariencia física, orientación sexual, raza, género, origen étnico, condición de discapacidad, entre otros.

Calidad

La calidad de los servicios del HPHM abarca todo aspecto de la prestación: desde la acogida, a las condiciones infraestructurales, los equipos, los procedimientos administrativos, la atención médica en todo nivel y el seguimiento. Todo el personal de la institución está involucrado en la mejora continua de la calidad, persiguiendo la excelencia según estándares nacionales e internacionales.

Equidad

Cada persona que necesite acceder a los servicios de salud del HPHM tiene derecho a no ser discriminada por ninguna razón, social, económica, de raza, religión, orientación sexual, discapacidad u origen étnico y a recibir el mejor servicio posible, en el respeto de sus derechos humanos.



EJES ESTRATÉGICOS

Se han definido los siguientes ejes estratégicos:

No. 1. Autogestión hacia la Sustentabilidad Financiera.

No. 2. Sistemas de Información.

No. 3. Gestión Clínica con excelencia en la atención (oferta y provisión de servicios de salud humanizados en el marco de una cultura de calidad).

No. 4. Eficiencia Operacional y Administrativa.

No. 5. Gestión del Talento Humano.

No. 6. Gestión del Conocimiento (aprendizaje, desarrollo e investigación).

No. 7. Posicionamiento Institucional y Comunicación Estratégica.

No. 8. Hospital y Comunidad.

Ejes Transversales:

- Desarrollo Institucional
- Calidad
- Monitoreo y Evaluación

EJE ESTRATÉGICO NO. 1: AUTOGESTIÓN HACIA LA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA

Objetivos Estratégicos:

1. Fortalecer los sistemas de gestión interna para la venta de servicios de salud con rentabilidad social a Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS), pública y privadas, de nivel nacional e internacional y contar además, con otras fuentes de financiamiento a través de recepción de donaciones, venta de otros servicios, coberturas de servicios de salud a través de programas sociales (ayuntamientos, etc.).
2. Diseñar e implementar sistemas eficientes de gestión financiera, que cuenten con mecanismos para dar respuesta efectiva y eficaz a los requerimientos de manejo y rendición de cuentas a las instancias financieras y de auditoría nacionales (transparencia).
3. Establecer mecanismos que aseguren la regularidad de flujos de efectivo suficientes y oportunos a fin de garantizar el funcionamiento del hospital y la prestación de sus servicios de calidad a la población pediátrica del país, así como el financiamiento que garantice los recursos suficientes para cumplir con los compromisos y demandas financieras del Hospital para la implementación de las actividades contempladas en el PEI.
4. Desarrollar una cultura de producción y análisis de información y su uso en la toma de decisiones en el área financiera, dando seguimiento al comportamiento de los costos y análisis actuariales, análisis de factibilidad, estudios de mercado, retorno de inversiones para llegar al punto de equilibrio financiero.

EJE ESTRATÉGICO NO. 2: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivos Estratégicos:

1. Desarrollar los sistemas que garanticen la gestión eficiente de los procesos y la producción de datos para la toma de decisiones: Sistema de Información Clínico, Sistema de Información Gerencial y Sistema de Información Epidemiológica.
2. Ser un referente nacional e internacional de información científica en Pediatría y en Gestión Hospitalaria efectiva para la prestación de servicios de calidad, auto-sostenibles y bien valorados por la comunidad.

EJE ESTRATÉGICO NO. 3: GESTIÓN CLÍNICA CON EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN

Oferta y provisión de servicios de salud humanizados en el marco de una cultura de calidad.

Objetivo Estratégico:

Desarrollar un modelo de atención pediátrica, a través de la oferta de una amplia cartera de servicios integrales de salud especializada, que cumpla con los más altos estándares de calidad, con las tecnológicas requeridas, vinculados a la red asistencial, que garantice equidad y la accesibilidad de los servicios a la población pediátrica del país, como centro de referencia nacional e internacional.

EJE ESTRATÉGICO NO. 4: EFICIENCIA OPERACIONAL Y ADMINISTRATIVA

Objetivos Estratégicos:

1. Desarrollar una estructura organizacional en todas las áreas de manejo administrativo, que permita tener planes de soporte, mantenimiento preventivo y correctivo ante múltiples situaciones que puedan ocurrir en el Hospital, tanto en su entorno interno como externo.
2. Garantizar el funcionamiento permanente y seguro de las instalaciones y el equipamiento existente, bajo criterios de calidad, haciendo uso con profesionalidad y eficiencia de los recursos asignados.
3. Implementar los procesos necesarios para aumentar la seguridad hospitalaria en aspectos estructurales, no estructurales y capacidad funcional.
4. Estandarizar los procesos referentes a la prevención, preservación y corrección de la infraestructura, equipos y los sistemas que lo conforman.

EJE ESTRATÉGICO NO. 5: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Objetivo Estratégico:

Crear un clima organizacional y laboral favorable, con una estructura adecuada, que disponga con instrumentos, metodologías de trabajo y procesos de capacitación y actualización basado en competencias, que promueva la satisfacción e identificación institucional del recurso humano, orientado a la calidad de los procesos, optimización de los recursos y la provisión de servicios con calidad, alineada a las iniciativas y políticas nacionales para la carrera sanitaria y carrera administrativa.

EJE ESTRATÉGICO NO. 6: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Aprendizaje, Desarrollo e Investigación.

Objetivos Estratégicos:

1. Desarrollar modelos de gestión estratégica en docencia e investigación basados en la calidad, orientados al perfeccionamiento de los recursos humanos para una mejor provisión de servicios de salud a los usuarios y la eficiencia de los procesos de gestión hospitalaria.
2. Promover y desarrollar programas de capacitación e investigación en las diferentes áreas de la gestión hospitalaria, a través de alianzas estratégicas con instituciones académicas y grupos de investigación, nacionales e internacionales, para desarrollar un nuevo modelo docente de residencias médicas, con la creación de espacios de formación para sub-especialidades pediátricas nuevas y el desarrollo de rotaciones certificadas/entrenamientos para profesionales de otros países.
3. Desarrollar programas de capacitación en salud y gestión hospitalaria a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), siendo además un centro de producción de conocimientos y desarrollo de intercambios profesionales a distancia, a nivel nacional e internacional, para la consulta de casos, que incluyan programas de Telemedicina.

EJE ESTRATÉGICO NO. 7: POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL Y COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

Objetivos Estratégicos:

1. Desarrollar programas y proyectos para el posicionamiento estratégico del Hospital, enfocado a promocionar y proyectar la imagen institucional y posicionar los servicios médicos-hospitalarios, así como los proyectos de docencia e investigación, en los distintos escenarios, en base a las metas establecidas.
2. Desarrollar programas para la educación en salud para los usuarios de los servicios y las personas de las comunidades.
3. Fortalecer el uso de los medios de comunicación institucional (página web, cuentas en las redes sociales, entre otras), para la proyección como modelo nacional de buenas prácticas para comunicación institucional y en salud.

EJE ESTRATÉGICO NO. 8. HOSPITAL Y COMUNIDAD

Objetivos Estratégicos:

1. Fortalecer los vínculos con la comunidad, promoviendo programas de participación social y comunitaria en el marco de las acciones del Hospital y mediante el desarrollo de actividades de servicio a la comunidad, tales como operativos médicos, entre otros.
2. Desarrollar programas que promuevan la participación de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, así como de la familia y la comunidad, en aspectos vinculados a la salud y la prestación de los servicios del Hospital.

EJES TRANSVERSALES

DESARROLLO INSTITUCIONAL

Objetivo Estratégico:

Desarrollar una cultura basada en los valores, la misión y visión institucionales, orientada a promover el fortalecimiento y sostenibilidad (autogestión), con enfoque a la provisión de servicios de salud integral, personalizados, humanizados y de calidad que llenen las expectativas y necesidades sanitarias de los usuarios (marca institucional) y desarrollar modelos de gestión hospitalaria y provisión de servicios de salud y gestión del conocimiento (capacitación, investigación, tecnología, innovación) de alta calidad y competitivos a nivel nacional e internacional.

DESARROLLO INSTITUCIONAL Y CALIDAD DE LA GESTIÓN

Objetivo Estratégico:

Desarrollar un sistema de garantía de la calidad que implique procesos, productos, servicios, con un enfoque en la gestión financiera, administrativa, clínica-hospitalaria y que incorpore un programa de mejora continua y de monitoreo permanente diseñado e implementado, en línea con la misión, visión, valores y objetivos estratégicos del Hospital, integrado con todos los sistemas gerenciales y que a la vez se ejecuten políticas y procesos de calidad para el Hospital.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Objetivo Estratégico:

Diseñar e implementar un instrumento de medición continua a través de un Plan de Monitoreo y Evaluación que permita visualizar el comportamiento de los indicadores de gestión y epidemiológicos articulado a los sistemas de información establecidos y a su vez, contar con datos de manera oportuna para la toma de decisiones.

Este Plan Estratégico Institucional (PEI) deberá estar acompañado de un Plan de Monitoreo y Evaluación, donde se definirán los indicadores con las respectivas líneas de base y fichas técnicas, así como también, cuantificar las metas alcanzar por el mismo, esto es indispensable para el seguimiento de los resultados planteados.

Todo esto, acorde al fiel cumplimiento de los Planes Operativos Anuales, trabajados con cada una de las Subdirecciones y Gerencias del Hospital, para la garantía del cumplimiento y compromiso con los ciudadanos y usuarios de la institución.



LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

9.1 METAS

- Contribuir a la reducción la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles incluyendo las ocasionadas por factores externos, enfocada a la población de usuarios del hospital.

9.2 RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidados los mecanismos de la gestión administrativa institucional, desarrollando los procesos técnicos que permitan optimizar el uso de los recursos.
- Garantizada la oferta de servicios de salud especializados e integrales a la población, cumpliendo con altos estándares de calidad.
- Implementado un modelo de gestión del talento humano, especializado y calificado, para satisfacer la demanda de todas las áreas del Hospital.
- Desarrollados modelos de gestión hospitalaria públicos basados en la calidad y sostenibilidad, para la oferta de servicios de salud con alta capacidad resolutive de los problemas de salud de los usuarios de modo individual y que sean bien valorados por la comunidad.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

IMPACTO ESPERADO	Reducir la morbilidad y la mortalidad infantil en el Hospital
EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
1. Autogestión hacia la Sustentabilidad Financiera	1.1. Planificar y Organizar la gestión financiera de modo tal que se integre a las dimensiones clínica y administrativa de la gestión, a la vez que permita mantener el equilibrio financiero.

Reducir la mortalidad en el Hospital.	Velando por el cumplimiento de las Guías y Protocolos de atención e implementando los procedimientos.
Reducir la prevalencias de las infecciones transmisibles intrahospitalarias.	Velando por la notificación e intervención oportuna de los pacientes.
	Optimizando y fomentando la adecuada aplicación de las medidas y procesos de bioseguridad en todos los servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		ACCIONES ESTRATÉGICAS
1.1.1. Fortalecer los sistemas de gestión interna para la venta de servicios de salud con rentabilidad social a Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS), pública y privadas, de nivel nacional e internacional y contar además, con otras fuentes de financiamiento a través de recepción de donaciones, venta de otros servicios, coberturas de servicios de salud a través de programas sociales (ayuntamientos, etc.).		Logrado el equilibrio financiero.
		Incremento de los ingresos.
1.1.2. Diseñar e implementar sistemas eficientes de gestión financiera, que cuenten con mecanismos para dar respuesta efectiva y eficaz a los requerimientos de manejo y rendición de cuentas a las instancias financieras y de auditoría nacionales (transparencia).		Disminución de la deuda.
1.1.3. Establecer mecanismos que aseguren la regularidad de flujos de efectivo suficientes y oportunos a fin de garantizar el funcionamiento del hospital y la prestación de sus servicios de calidad a la población pediátrica del país y el financiamiento que garanticen los recursos suficientes para cumplir con los compromisos y demandas financieras del Hospital para la implementación de las actividades contempladas en su plan estratégico.		Cumplimiento en la ejecución presupuestaria bajo los lineamientos de la Ley de Compra y Contrataciones.
1.1.4. Desarrollar una cultura de producción y análisis de información y su uso en la toma de decisiones en el área financiera, dando seguimiento al comportamiento de los costos y análisis actuariales, análisis de factibilidad, estudios de mercado, retorno de las inversiones para llegar al punto de equilibrio financiero.		Desarrollando y monitoreando la ejecución del gasto.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
2. Sistemas de Información	2.1. Se cuentan con sistemas de información y tecnología acordes a las necesidades.	
3. Gestión Clínica con excelencia en la atención (oferta y provisión de servicios de salud humanizados en el marco de una cultura de calidad)	3.1. Mejorar la calidad de los procesos de atención al usuario, en el ámbito clínico, y de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico.	
4. Eficiencia Operacional y Administrativa	4.1. Desarrollar y consolidar gradualmente a la institución, como establecimiento auto-gestionado de la red de Prestadores del Servicio Regional de Salud Metropolitano.	
5. Gestión del Talento Humano	5.1. Promover el desarrollo integral de las personas que trabajan en el establecimiento, orientado al logro de los objetivos institucionales, basados en la gestión por competencias y sustentado en relaciones de confianza.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		ACCIONES ESTRATÉGICAS
2.1.1. Desarrollar los sistemas que garanticen la gestión eficiente de los procesos y la producción de datos para la toma de decisiones: Sistema de Información Clínico, Sistema de Información Gerencial y Sistema de Información Epidemiológica.		Desarrollando sistemas articulados que garanticen el análisis de los datos generados.
2.1.2. Ser un referente nacional e internacional de información científica en Pediatría y en Gestión Hospitalaria efectiva para la prestación de servicios de calidad, auto-sostenibles y bien valorados por la comunidad.		Diseñando tecnología para la gestión del conocimiento.
3.1.1. Desarrollar un modelo de atención pediátrica, a través de la oferta de una amplia cartera de servicios integrales de salud especializados, que cumpla con los más altos estándares de calidad, con las tecnologías requeridas, vinculados a la red asistencial, que garantice equidad y la accesibilidad de los servicios a la población pediátrica del país como centro de referencia nacional e internacional.		Cumplimiento con los indicadores clínicos y epidemiológicos establecidos.
4.1.1. Desarrollar una estructura organizacional en todas las áreas de manejo administrativo, que permita tener planes de soporte, mantenimiento preventivo y correctivo ante múltiples situaciones que puedan ocurrir en el hospital, tanto en su entorno interno como externo.		Aplicando los lineamientos establecidos en el Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud.
4.1.2. Garantizar el funcionamiento permanente y seguro de las instalaciones y el equipamiento existente, bajo criterios de calidad, haciendo uso con profesionalidad y eficiencia de los recursos asignados.		Aplicando los procesos y procedimientos establecidos.
4.1.3. Implementar los procesos necesarios para aumentar la seguridad hospitalaria en aspectos estructurales, no estructurales y capacidad funcional.		
4.1.4. Estandarizar los procesos referentes a la prevención, preservación y corrección de la infraestructura, equipos y los sistemas que la conforman.		
5.1.1. Crear un clima organizacional y laboral favorable, con una estructura adecuada, que disponga de instrumentos, metodologías de trabajo y procesos de capacitación y actualización basado en competencias, que promuevan la satisfacción e identificación institucional del recurso humano, orientado a la calidad de los procesos, optimización de los recursos y la provisión de servicios con calidad, alineado a las iniciativas y políticas nacionales para la carrera sanitaria y carrera administrativa.		Instrumentos diseñados e implementados: 1. Estructura Organizacional. 2. Manual de Descripción de Puestos. 3. Mapa de Procesos definidos. 4. Manual de procedimientos. 5. Evaluación de Desempeño.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
6. Gestión del Conocimiento (aprendizaje, desarrollo e investigación)	6.1. Desarrollar modelos de gestión estratégica en docencia e investigación basados en la calidad, orientados al perfeccionamiento de los recursos humanos para una mejor provisión de servicios de salud a los usuarios y la eficiencia de los procesos de gestión hospitalaria.
7. Posicionamiento Institucional y Comunicación Estratégica	7.1. Diseñar un plan de imagen institucional y de comunicación estratégica.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS		ACCIONES ESTRATÉGICAS
6.1.1. Desarrollar modelos de gestión estratégica en docencia e investigación basados en la calidad, orientados al perfeccionamiento de los recursos humanos para una mejor provisión de servicios de salud a los usuarios y la eficiencia de los procesos de gestión hospitalaria.		Aplicando modelos de gestión estratégica en docencia e investigación.
6.1.2. Promover y desarrollar programas de capacitación e investigación en las diferentes áreas de la gestión hospitalaria, a través de alianzas estratégicas con instituciones académicas y grupos de investigación nacionales e internacionales, para desarrollar un nuevo modelo docente de residencias médicas, con la creación de espacios de formación para sub-especialidades pediátricas nuevas y el desarrollo de rotaciones certificadas/ entrenamientos para profesionales de otros países.		Desarrollando programas de capacitación. Estableciendo alianzas estratégicas.
6.1.3. Desarrollar programas de capacitación en salud y gestión hospitalaria a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), siendo además un centro de producción de conocimientos y desarrollo de intercambios profesionales a distancia, a nivel nacional e internacional, para la consulta de casos que incluyan programas de Telemedicina.		Implementando el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), para la producción de conocimiento.
7.1.1. Desarrollar programas y proyectos para el posicionamiento estratégico del Hospital enfocados a promocionar y proyectar la imagen institucional y posicionar los servicios médicos-hospitalarios, proyectos de docencia e investigación, en distintos escenarios, en base a las metas establecidas.		Diseñando e implementando el Plan de Imagen Institucional
7.1. 2. Desarrollar programas para la educación en salud de los usuarios de los servicios y las personas de las comunidades.		Promocionando programas de prevención e implementando estrategias de promoción de los servicios.
7.1.3. Fortalecer los medios de comunicación institucional (página web, cuentas en las redes sociales, entre otras), para su proyección como modelo nacional de buenas prácticas en comunicación institucional y salud.		Diseñando e implementando el Plan de Comunicación Estratégica.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
8. Hospital y Comunidad	8.1. Fortalecer los vínculos con la comunidad, promoviendo programas de participación social y comunitaria en el marco de las acciones del Hospital y mediante el desarrollo de actividades de servicio a la comunidad, tales como operativos médicos, entre otros.

EJES TRANSVERSALES	
Desarrollo Institucional	Desarrollar una cultura basada en los valores, la misión, visión institucionales, orientada a promover el fortalecimiento y sostenibilidad (autogestión), con enfoque en la provisión de servicios de salud integral, personalizados, humanizados y de calidad, que llene las expectativas y necesidades sanitarias de los usuarios (marca institucional), así como el desarrollo de modelos de gestión hospitalaria y provisión de servicios de salud y gestión del conocimiento (capacitación, investigación, tecnología, innovación) de alta calidad y competitivos a nivel nacional e internacional.
Calidad	Desarrollar un sistema de garantía de la calidad que implique procesos, productos, servicios, con un enfoque en la gestión financiera, administrativa, clínica-hospitalaria y que incorpore un programa de mejora continua y de monitoreo permanente diseñado e implementado, en línea con la misión, visión, valores y objetivos estratégicos del Hospital, integrado con todos los sistemas gerenciales y que a la vez se ejecuten políticas y procesos de calidad para el Hospital.
Monitoreo y Evaluación	Diseñar e implementar un instrumento de medición continua a través de un Plan de Monitoreo y Evaluación, que permita visualizar el comportamiento de los indicadores de gestión y epidemiológicos, articulado a los sistemas de información establecidos y que permita además contar con datos de manera oportuna para la toma de decisiones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		ACCIONES ESTRATÉGICAS
8.1.1. Fortalecer los vínculos con la comunidad, promoviendo programas de participación social y comunitaria en el marco de las acciones del Hospital y mediante el desarrollo de actividades de servicio a la comunidad, tales como operativos médicos, entre otros.		Identificando estrategias para fortalecer los vínculos en la comunidad, según lo establecido.
8.1.2 Desarrollar programas que promuevan la participación de los niños, niñas y adolescentes como sujetos, así como de la familia y la comunidad en aspectos vinculados a la salud y la prestación de los servicios del hospital.		Diseñando programas para promover la participación de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, así como de la familia y la comunidad

BIBLIOGRAFÍA

- * COPDES, *Evaluación de necesidades y Análisis de Costos para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 2006.
- * CESDEM, ENDESA 2007.
- * ONE. *Perfil Socio demográfico provincias Santo Domingo, Monte Plata, Distrito Nacional*.
- * Epidat, OPS.
- * Estrategia Nacional de Desarrollo (END), 2010-2030. Secretaria de Estado de Planificación y Desarrollo.
- * Ministerio de Salud, *Indicadores Básicos de Salud 2010*.
- * Ministerio de Salud, *Indicadores Básicos de Salud, 2009-2013*.
- * Dirección General de Epidemiología, DIGEPI, 2009.
- * SESPAS, *Memoria Institucional 2009*.
- * CONAPOFA, *Proyección de Población 2009*.
- * CESDEM, ENDESA 2007.
- * *Guía Metodológica para la Elaboración de un Plan Estratégico*, 2013 MSP-USAID.
- * SESPAS, *Memoria 2008-2009*.
- * SISALRIL, *Boletín Año 2, No. 14*, Febrero 2009.
- * SESPAS, *Disposición Ministerial 16010*, 2008.
- * SESPAS, *Disposición Ministerial 0023*, 2008.
- * PLANDES, *Plan Decenal de Salud, 2006-2015*.
- * *Plan Plurianual del Sector Público*, 2014-2016.
- * PNUD, *Informe Desarrollo Humano 2008*.
- * SESPAS, *Indicadores Económicos de Salud*, 2008.
- * SESPAS, *Memoria 2008*.

PLAN DE SOCIALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUGO MENDOZA

JUSTIFICACIÓN

Esta Propuesta de socialización del Plan Estratégico del Hospital Pediátrico Hugo Mendoza (HPHM), se enmarca en el desarrollo de la consultoría que implementa actualmente CAI RD, con el fin de brindar asistencia técnica a la Dirección del Hospital, para la definición de las líneas estratégicas, que guiarán el accionar del HPHM en los próximos cinco años.

El proceso de socialización de los planes estratégicos de empresas, instituciones y organizaciones, ha sido valorado como un paso previo importante antes de la puesta en marcha formal de los planes y su implementación. Lograr comprensión, identificación y compromiso de los colaboradores y gerentes sobre los contenidos del Plan Estratégico, puede ser un factor que haga la diferencia de cara al logro de la Visión Institucional y el cumplimiento de la Misión que se ha acordado. Además, realizar actividades de socialización y difusión, ayuda a aclarar inquietudes, generar nuevas preguntas y acciones para la implementación efectiva del plan, genera sentido de apropiación, disminuye los conflictos y la resistencia al cambio, al tiempo de dar dirección a todo el equipo de gerentes y colaboradores.

Es fundamental entonces, para el éxito del proceso de socialización del Plan Estratégico del HPHM, que la Dirección del Hospital exprese su compromiso con el mismo, de forma abierta y por diversos canales de comunicación interna a todos los actores involucrados, desde el equipo gerencial, personal de salud y administración, hasta el personal de soporte y algunos aliados externos que sean claves.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

- Brindar apoyo comunicacional estratégico y puntual a la Dirección del HPHM para una difusión efectiva del Plan Estratégico aprobado.
- Motivar a los distintos actores vinculados directamente con el desempeño del HPHM a que conozcan los resultados del proceso de planificación estratégica realizado y adquieran una comprensión general del contenido del Plan Estratégico aprobado.
- Ganar compromiso de los distintos actores vinculados directamente con el desempeño del HPHM, para la implementación efectiva del Plan Estratégico aprobado.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

- Dirección del HPHM transmite con claridad a los colaboradores y gerentes su compromiso con la MVV del Hospital y con la implementación de las Líneas Estratégicas aprobadas.
- Gerentes de las distintas áreas manifiestan su compromiso en apoyar a la Dirección del HPHM para implementar la MVV del Hospital y las Líneas Estratégicas aprobadas.
- Colaboradores del HPHM cuentan con una comprensión básica del contenido del Plan Estratégico que les ayuda a dar su soporte a los Gerentes y a la Dirección del HPHM.

ACTIVIDADES A SER REALIZADAS PARA EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

1. Un (1) Taller de Socialización del Plan Estratégico del HPHM para la Dirección y los Gerentes de áreas del Hospital. (4 horas de duración).
2. Catorce (14) Encuentros de Comunicación e Intercambio para colaboradores internos y actores claves externos sobre el contenido del Plan Estratégico del HPHM. (1 hora y 30 minutos de duración).

Para el desarrollo de los Encuentros de Comunicación e Intercambio con colaboradores internos y actores claves externos (actividad B), se propone distribuir al personal como sigue:

- ⇒ Personal Médico.
- ⇒ Personal de Enfermería, Bioanálisis, Técnicos (Rayos X y otros).
- ⇒ Personal Administrativo.
- ⇒ Personal de Áreas de Soporte (Trabajo Social, Promotores de Salud y otros).
- ⇒ Personal de Mantenimiento y Conserjería.
- ⇒ Actores claves de la comunidad (incluyendo personal de centros de salud cercanos que hacen referimiento de pacientes al HPHM).

En función de la cantidad de personas a convocar, se realizarían hasta 14 encuentros de entre 40 a 50 personas como máximo. Esto daría un estimado de entre 560 y 700 personas alcanzadas. El calendario de implementación sería de entre 3 y 4 días, con una distribución como sigue:

Día 1 (modelo para los demás días):

- 1er Encuentro: 08:30 am a 10:30 am.
- 2do Encuentro: 11:00 am a 12:30 pm
- 3er Encuentro: 01:30 pm a 3:00 pm
- 4to Encuentro: 03:30 pm a 5:00 pm

La organización, convocatoria y logística de cada Encuentro o del Taller, es responsabilidad de la Dirección del HPHM o de quien ella designe, en comunicación y acuerdo con CAI.

El Taller de Socialización del Plan Estratégico con la Dirección del HPHM y los Gerentes de áreas está planteado para ser realizar en un espacio mayor de tiempo, dadas las características, roles y responsabilidades como equipo gerencial, para la implementación efectiva del Plan. La agenda prevista para dicho taller es como sigue:

TALLER DE SOCIALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO:

09:00 Bienvenida de los participantes. Palabras de motivación de la Dirección del HPHM y de la Directora de CAI RD. Explicación de la importancia y los objetivos del Taller. Video motivacional corto sobre el poder de una Visión. Comentarios de los participantes.

09:30 Cómo llegamos aquí. Reconstruir la historia del proceso de planificación estratégica desarrollado en el HPHM. Importancia de la planificación estratégica en el sector público y de la salud. Comentarios de los participantes.

10:00 Video motivacional sobre la niñez y sus derechos (centro de la acción del Hospital). Presentación sobre el derecho a la salud de NNA y situación del sector salud recogido en el Plan Estratégico del HPHM. Reflexión y comentarios de los participantes.

10:45 RECESO

11:00 Misión, Visión y Valores (MVV), su importancia. Internalización de lo plasmado en el Plan Estratégico del HPHM. Verificación del entendimiento y apropiación de la MVV en el equipo gerencial del HPHM. Comentarios de los participantes.

11:30 Decisiones estratégicas para los próximos cinco años establecidas en el Plan Estratégico del HPHM. Presentación y análisis con los participantes.

12:00 Retos y desafíos para la efectiva implementación del Plan Estratégico del HPHM. Derrumbar silos o barreras entre áreas. Reconocimiento del rol de cada área. Desarrollo de las fortalezas y aprovechamiento de las oportunidades. Comentarios de los participantes.

12:40 Mensaje motivacional de la Dirección del HPHM expresando en público su compromiso con el Plan Estratégico y su implementación. Video motivacional corto sobre la importancia del trabajo en equipo. Cierre del Taller.

01:00 Brindis

LISTADO DE PARTICIPANTES Y COLABORADORES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO.

Dirección Ejecutiva	Dra. Noldis Naut Suberví • Directora General Lic. Darío Medrano • Encargado de Prensa y Relaciones Publicas Dra. Yiraniza Miqui • Encargada de la Oficina de Libre Acceso a la Información Pública y Portal de Transparencia Gubernamental Licda. Sonya Isabel • Gerente de Atención al Usuario Sargento Mayor Máximo Ramón Sosa • Gerente de Seguridad Ing. Samael Tavárez • Analista de Sistema y Responsable de la Página Web
Subdirección de Planificación y Desarrollo	Dra. Raysa E. Portorreal Romero • Subdirectora de Planificación Dra. Karla Martínez • Gerente de Desarrollo Institucional y Calidad de la Gestión Dra. Mirna Jiménez De la Rosa • Gerente de Epidemiología y Estadística Hospitalaria Arq. Cindy Vidal • Encargada de Readecuación de Infraestructura Física y Ornato Lic. Francisca Ortega • Encargada de Estadísticas Hospitalaria Ing. Odemarís Cabrera • Encargada de Bioseguridad
Subdirección Administrativa-Financiera	Lic. Rafael Vásquez Soto • Subdirector Administrativo-Financiero Lic. Andrés Sánchez Sánchez • Gerente de Contabilidad Licda. Misleiby Céspedes • Gerente de Tesorería Licda. Yokasta Marte Marmolejos • Gerente de Facturación y Reclamaciones de Seguros Licda. Wendolis Calderón • Gerente de Compras de bienes y Servicios

Subdirección de Recursos Humanos	Lic. Alvin Bautista - Subdirector de Recursos Humanos Ing. Charlie Almánzar - Encargado de Nómina Lic. Darwin Ovalles - Asesor Estratégico de Recursos Humanos
Subdirección Médica	Dra. Angelita Reyes Bermúdez - Subdirectora Médica Operativa Dra. Irían Acero Valenzuela - Gerente de Pediatría Dra. Nereyda Solano - Gerente de Cirugía Dr. Otoniel Díaz - Gerente de Cirugía Reconstructiva Dra. Taína Malena - Gerente de Neonatología Dra. Dhamelisse Then - Gerente de Cardiología Dra. Carmen Natalia Fernández - Gerente de Hemato-oncología Dr. Iván Peñafiel - Gerente de Intensivo Pediátrico Dr. Delfilio Martínez - Gerente de Ortopedia Dra. Sara De la Cruz - Gerente de Emergencia Dra. Isaura Cornelio - Gerente de Gastroenterología Dra. Dalma De la Rosa - Gerente de Anestesiología Dra. Yun Zyong Kim - Gerente de Nutriología Dra. Claribel Silfa - Coordinadora de Hospitalización Licda. María Mella - Gerente de Enfermería Licda. María Santos - Gerente del Laboratorio

Subdirección Médica	Licda. Francisca Casilla • Gerente de la Farmacia Hospitalaria Ing. Edgardo Cruz • Gerente de Almacén de Farmacia Dra. Práxedes Apolinario • Gerente de la Unidad de Medicina Forense Dr. Alcedo Hernández • Gerente de Neumología Dra. Wendy Rodríguez • Gerente de Nefrología Licda. Arelis Pimentel • Gerente de Psicología Dra. Vickiana Morillo • Gerente de Odontología Dra. Patricia Martínez • Gerente de Endocrinología
Subdirección de Servicios Generales	Lic. Eudys Moreta • Subdirector de Servicios Generales Lic. María Recio • Gerente de Mayordomía Lic. Ramón Lara • Gerente de Almacén General Lic. Oelmis De la Cruz • Encargado de Hostelería Hospitalaria
Grupo Cicatelli	Dra. Gisselle Vásquez Mora • Directora Oficina Cicatelli República Dominicana Dra. Ana Sánchez • Consultora Dra. Aurora Rodríguez • Consultora Lic. Alice Pelosi • Consultora Internacional. Lic. José Luis Rosario • Consultor Licda. Loida Rosario • Consultora