

# Experiencias de Gestión de Calidad en Salud y Seguridad Social de República Dominicana

SeNaSa\*, TSS\*\*

Roberto Cerda T.\*\*\*

Juliana Fajardo G.\*\*\*\*

PRESENTA TRES EXPERIENCIAS DOCUMENTADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE CALIDAD, EN EL ÁMBITO DE LAS ORGANIZACIONES PÚBLICAS, IDENTIFICANDO SUS BENEFICIOS Y RECONOCIMIENTOS, ASÍ COMO SU PARTICIPACIÓN AL PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD Y RECONOCIMIENTO A LAS PRÁCTICAS PROMISORIAS EN LA FUNCIÓN PÚBLICA DOMINICANA: SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa; TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TSS, Y EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA, MARVESA; Y HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO "PROF. JUAN BOSCH".

PALABRAS CLAVES: ADMINISTRACIÓN PÚBLICA; SECTOR PÚBLICO; FUNCIÓN PÚBLICA; CALIDAD TOTAL; PREMIO; SENASA; TSS; HOSPITAL GENERAL REGIONAL "DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA"; MARVESA; HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO "PROF. JUAN BOSCH"; REPÚBLICA DOMINICANA

KEY WORDS: PUBLIC ADMINISTRATION; PUBLIC SECTOR; OVERALL QUALITY; AWARD; SENASA; TSS; HOSPITAL GENERAL REGIONAL "DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA"; MARVESA; HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO "PROF. JUAN BOSCH"; DOMINICAN REPUBLIC

## IMPACTO INSTITUCIONAL DEL PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD Y RECONOCIMIENTO A LAS PRÁCTICAS PROMISORIAS EN LA FUNCIÓN PÚBLICA DOMINICANA. EL CASO DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa

87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social como una institución estatal, cuya función principal es la de administrar los riesgos de salud de los afiliados de los regímenes subsidiado (población pobre),

### Introducción

El Seguro Nacional de Salud, SeNaSa, nace al amparo de la Ley

\*\* Tesorería de la Seguridad Social de República Dominicana.

\*\*\* Director de Planificación, Información y Conocimiento del Hospital General "Dr. Marcelino Vélez Santana" de República Dominicana.

\*\*\*\* Asesora Técnica Hospital Traumatológico y Quirúrgico "Prof. Juan Bosch" de República Dominicana.

\* Seguro Nacional de Salud de República Dominicana.

Recibido: 6 de abril del 2011.  
Aceptado: 20 de junio del 2011.

SeNaSa; TSS; Cerda T. Roberto; Fajardo G., Juliana (2011). Experiencias de Gestión de Calidad en Salud y Seguridad Social de República Dominicana.

ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública (60-61): 281-330, 2011

281

contributivo (empleados públicos y privados que lo seleccionen) y contributivo-subsidiado (trabajadores por cuenta propia y profesionales independientes).<sup>1</sup>

El Artículo 159 de la citada Ley define las siguientes funciones básicas del Seguro Nacional de Salud:

- a) Garantizar a los afiliados servicios de calidad, oportunos y satisfactorios.
- b) Administrar los riesgos de salud con eficiencia, equidad y efectividad.
- c) Organizar una red nacional de prestadores de servicios de salud con criterios de desconcentración/descentralización.
- d) Contratar y pagar a los prestadores de servicios de salud en la forma y condiciones prescritas por la presente Ley para las restantes Administradoras de Riesgos de Salud, ARS.
- e) Rendir informes periódicos al Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSS, y a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales sobre la administración de los recursos para garantizar su uso eficiente y transparente.

---

1. Ver Artículos 31 y 159 de Ley 81-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

SeNaSa fue acreditado como ARS el 4 de septiembre de 2002, mediante la resolución No. 00052-2002 de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL. Este proceso culmina en el 2005 con la resolución No. 012-2005 mediante la cual se otorga de manera definitiva la habilitación a la ARS estatal.

Como “bien público”, se puede afirmar que SeNaSa es el principal instrumento de protección social en salud del Estado dominicano. A través de esta institución el Estado procura garantizar el acceso a los servicios de salud a la población más pobre del país y de este modo disminuir las inequidades sociales y modular el impacto negativo en la salud de la población generado por las fallas del mercado.

El SeNaSa tiene como misión “*ser la institución responsable del aseguramiento social en salud, garantizando servicios de calidad y trato humano*”. Mientras que su visión es “*ser reconocida por la población como la mejor administradora de riesgos de salud, con altos estándares de calidad, transparencia e innovación en su gestión*”.

Asimismo, la institución tiene como política de calidad “*garantizar la satisfacción de sus usuarios, respondiendo con eficacia, oportunidad y trato humano a sus requerimientos, desarrollando una cultura de innovación y mejora continua de los procesos*”.

Los valores que orientan la cultura organizacional de SeNaSa son:

- *Trato humano*: este valor implica brindar servicios de forma personalizada y digna a los usuarios.
- *Equidad*: se orienta a ofrecer servicios a los usuarios sin discriminación.
- *Transparencia*: en este aspecto la institución se sitúa en la necesidad de hacer visible ante los ciudadanos, lo que hacemos.
- *Honestidad*: se concibe en la cultura de SeNaSa como la actuación individual y colectiva coherente con los principios, valores y políticas institucionales.

- 
2. "El Marco Común de Evaluación, (CAF, es una herramienta de gestión de la calidad total, inspirada en el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, EFQM, y en el Modelo de la Universidad Alemana de Ciencias Administrativas de Speyer. Está basado en la premisa de que los resultados excelentes en el rendimiento de la organización, en los ciudadanos/clientes, en las personas y en la sociedad se alcanzan por medio de un liderazgo que dirija la estrategia y la planificación, las personas, las alianzas y recursos y los procesos. El modelo examina la organización desde distintos ángulos a la vez con un enfoque holístico del análisis del rendimiento de la organización". Ministerio de Administraciones Públicas. El Marco Común de Evaluación (CAF). Mejorar una organización por medio de la autoevaluación.-- Ministerio de Administraciones Públicas y Agencia de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios: Madrid, 2007.

## Antecedentes

Mediante el Decreto Presidencial No. 516-05, el Poder Ejecutivo en septiembre del 2005 establece el Premio Nacional a la Calidad y el Reconocimiento a las Prácticas Promisorias en el Sector Público", cuya conducción quedaba bajo la responsabilidad del Ministerio de Administración Pública, MAP.

La primera participación de SeNaSa en este Premio fue en el 2007. Ésta se produce en una circunstancia matizada por la espontaneidad y el posicionamiento público de la institución. En efecto, el MAP convocó a diferentes instituciones a un evento de *benchmarking* para intercambiar algunas experiencias de prácticas promisorias en gestión de calidad. Una de ellas presentada en este evento fue la del SeNaSa. Al finalizar su exposición, la Directora Ejecutiva de SeNaSa, Dra. Altigracia Guzmán Marcelino, fue abordada por técnicos del MAP y del Consejo de la Reforma del Estado, CONARE, en el sentido de que veían en la institución muchas potencialidades y aspectos que exhibir, los que la hacía meritoria para participar en el Premio Nacional a la Calidad, en su versión 2007.

A escaso un mes para cerrar las postulaciones al Premio, la Directora Ejecutiva de SeNaSa conformó un equipo para que trabajara intencionalmente en la aplicación de la autoevaluación a través del Modelo CAF<sup>2</sup> y la preparación de las Memorias de Postulación, el que preparó todos los

insumos necesarios para aplicar en el Premio a la Calidad 2007. El resultado final fue que el SeNaSa en su primera postulación obtuvo dos galardones: “Medalla de Bronce y Premio a las Prácticas Promisorias”.

Los premios a la calidad obtenidos sintetizan la acumulación de los avances institucionales de SeNaSa durante estos cinco años, pero refleja a la vez los saltos cualitativos y ascendentes que ha significado la aplicación de un modelo de autoevaluación.

En efecto, la gestión de SeNaSa ha encontrado una enorme oportunidad de consolidación con la instauración del Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias, auspiciado por el MAP. El Premio a la Calidad ha constituido un instrumento valioso para el estímulo a la mejora de la gestión y de gran utilidad para el intercambio y difusión de las mejores prácticas.

La institución ha asumido con tanta seriedad el Premio a la Calidad, visto como oportunidad para crecer, que con solo tres años participando ha logrado obtener Medallas de Bronce y un Reconocimiento de Prácticas Promisorias (2007), Medalla de Plata (2008) y Medalla de Oro (2009).

Con el Modelo CAF y los premios nacionales a la calidad, SeNaSa ha hecho de la autoevaluación una práctica permanente.

La organización ha ido adoptando gradualmente un nuevo modelo

de gestión que busca afianzar la credibilidad de las instituciones públicas y deje constancia de que es posible, desde lo público, ofrecer servicios con altos estándares de calidad y responder con efectividad a los requerimientos ciudadanos con alto sentido de la equidad.

La autoevaluación para aplicar a este Premio, hecha en base al Modelo CAF, ha significado una experiencia nueva para la institución. Ha ayudado a crecer porque, más que un Premio, fue asumido como una oportunidad para el fortalecimiento institucional. SeNaSa ha hecho de este Modelo una ocasión para consolidar la visión y la direccionalidad estratégica que demanda todo modelo de gestión de calidad.

### **Experiencia o práctica innovadora**

A partir de su participación en el 2007 en el Premio Nacional a la Calidad, el SeNaSa, ha venido aplicando gradualmente el Modelo CAF (Common Assessment Framework), como instrumento de autoevaluación de la gestión de calidad de los servicios que presta, en su condición de administradora estatal de riesgos de salud en la República Dominicana.

Someterse a la autoevaluación y al control social supone una madurez institucional y sentido de responsabilidad política, pero sobre todo, es la valoración de lo público

y del derecho de los ciudadanos a recibir unos servicios públicos excelentes.

Con la asunción del Modelo CAF, la institución ha visto consolidarse la mejora de los procesos de planificación y de gestión de calidad; la gestión de los recursos humanos; la definición de los procesos claves y su articulación coherente con la estructura organizacional; los mecanismos e instrumentos de relacionamiento con los usuarios y la medición de la satisfacción; ha desarrollado políticas dirigidas a consolidar la innovación tecnológica y evaluar la calidad de los sistemas de información, así como el impacto social de sus intervenciones como entidad estatal.

En términos de *gestión de los recursos humanos*, con la aplicación del Modelo CAF SeNaSa ha logrado introducir innovaciones para la cualificación de los procesos de evaluación de desempeño: diseño y aplicación de nuevos planes de capacitación; una mejor integración de los colaboradores internos; el desarrollo de estrategias y políticas de integración de grupos de interés externos e internos; aplicación de instrumentos de medición de la tasa de retorno en las capacitaciones; el fortalecimiento de

---

3. En el caso de SeNaSa, el propósito de los grupos de enfoque es obtener información racional y emocional relacionada con el clima organizacional, creando una atmósfera de intercambio amigable de ideas, de modo que los participantes tengan oportunidad de expresar sus sentimientos y percepciones frente a situaciones vividas o conocidas en sus respectivas áreas de trabajo.

la comunicación interna integrando murales virtuales y grupos de enfoques; la revisión de las políticas y procedimientos de recursos humanos y la implementación de los entrenamientos cruzados.

Con sus colaboradores internos, SeNaSa ha instaurado grupos de enfoques (*focus group* o grupos focales) para la canalización de conflictos y mejora del clima organizacional.<sup>3</sup> Se ha conformado un Comité de Calidad en el que interactúan funcionarios del nivel gerencial y técnico para enfocarse en los procesos de gestión de la calidad y profundizar en las áreas de mejora que resultan de la participación en los premios a la calidad y de la autoevaluación.

Además ha venido a ser una herramienta útil para lograr mayor coherencia en la dirección estratégica de SeNaSa y en la adopción de una visión de mejora continua, colocando a la institución como su propio referente.

Por eso, se ha adoptado el concepto de SER MEJOR QUE SeNaSa, lo que significa superarse a si mismos. Esto ha estado combinado con la práctica de aprender de otras experiencias nacionales e internacionales (*benchmarking*) que han dado resultados positivos.

La participación permanente de SeNaSa en esta premiación nacional ha favorecido que la organización dé continuidad a sus procesos de mejora de la calidad. Esto se expresa en la

decisión de la institución de involucrarse en el diseño e implementación de la Carta Compromiso al Ciudadano y a la Ciudadanía,<sup>4</sup> así como en la realización anual del Premio Interno a la Calidad.<sup>5</sup>

Los atributos que sirven de soporte a la Carta Compromiso están vinculados a la respuesta a tiempo de algunos de los servicios; a la accesibilidad documental y de expedientes para los prestadores de servicios de salud y los propios afiliados; con la responsabilidad en la entrega de informaciones relacionadas con la red de prestadores de servicios de salud; y con la exactitud o fiabilidad de las informaciones ofrecidas al usuario. Al final éstos se resumieron en tres grandes atributos:

- *Respuestas a tiempo:* implica el cumplimiento a tiempo de los plazos y compromisos asumidos con los usuarios de nuestros servicios.
- *Accesibilidad:* se refiere a las facilidades ofrecidas al usuario

---

4. La Carta Compromiso al Ciudadano es un documento público mediante el cual se proporciona de manera clara y sencilla informaciones sobre los estándares de calidad que la organización asume cumplir como respuesta a las necesidades y expectativas ciudadanas, a los fines de contribuir a la mejora continua de los servicios.

5. El Premio Interno a la Calidad es el reconocimiento explícito que tiene SeNaSa cada dos años a las mejores prácticas de los equipos gerenciales. Con este premio se busca consolidar la cultura de la calidad en todas las estructuras de SeNaSa.

para acceder a los servicios ofrecidos por la institución.

- *Fiabilidad:* implica la realización del servicio prometido con formalidad y exactitud.

En la Carta Compromiso al Ciudadano de SeNaSa los servicios establecidos para responder a la ciudadanía se han clasificado en tres categorías: servicios de afiliación, de salud y atención al usuario. Se trata de las tres áreas consideradas misionales por la organización.

Por otro lado, con el Premio Interno a la Calidad SeNaSa busca consolidar la cultura de la calidad en todas las estructuras de SeNaSa, procurando que esto se traduzca en una mejora continua en los servicios que se ofertan a la ciudadanía y por ende en una mayor satisfacción de los usuarios.

Con este Premio también se pretende promover espacios de intercambio de experiencias sobre temas de calidad y aplicación del modelo de gestión.

En el 2010 se reconocieron las prácticas de calidad más relevantes en las gerencias de la sede central y regional. La Gerencia de Atención al Usuario fue la instancia de la sede central ganadora del Premio Interno a la Calidad y en el ámbito regional la Gerencia de la Región III de Salud. Asimismo, la Gerencia de Salud (sede central) y la Regional VI resultaron ganadoras de los premios a las Prácticas Promisorias.

El Jurado Evaluador del Premio estuvo compuesto por un representante de diferentes instituciones:

- Ministerio de Administración Pública, MAP, quien presidió el Jurado.
- Consejo del Seguro Nacional de Salud, COSENASA.
- De la sociedad civil.
- De organismos internacionales.
- De las instituciones del sistema dominicano de seguridad social.
- Del sector empresarial.

Además, ha permitido un mayor cohesionamiento institucional y el fortalecimiento de la credibilidad de los ciudadanos, traducido en la mejora de las prestaciones de servicios que se ofrecen a los afiliados, comprobables en impactos cuantificables y en encuestas de satisfacción.

Este modelo de autoevaluación ha agregado valor a la práctica institucional, lo que se expresa en cambios evidenciables, tales como:

- Organización de los servicios previendo las medidas necesarias para evitar o minimizar los perjuicios que pudieran ocasionarle al ciudadano.
- Desarrollo de políticas de calidad para optimizar los recur-

sos, garantizando a la vez la entrega de servicios por encima de lo estipulado en el Plan de Servicios de Salud, PDSS, establecido por las instancias rectoras del Sistema.

- Propender cada vez más al uso racional de los recursos.
- Definición e implementación de una política de participación que integra la rendición de cuentas y el control social como parte de una gestión pública con responsabilidad social.
- Hacer de la planificación y la evaluación interna y externa, actividades permanentes vinculadas a la gestión cotidiana.
- Aplicar con prontitud y coherencia mecanismos para garantizar el acceso de los ciudadanos a la información pública disponible en SeNaSa.
- Definir y adoptar una estructura organizacional coherente con los objetivos estratégicos de la institución.
- Hacer de la sistematización y organización documental una cultura, enfocando la generación de informes con las evidencias que le sustenten.
- Integrar cada vez más la auditoría de calidad de los procesos y la tecnología.

- Fortalecer las capacidades y actitudes en los colaboradores internos para ofrecer una buena atención a los usuarios de los servicios.
- Readequación de las normativas y procesos internos, adecuándolas a la madurez y el desarrollo organizacional.

Finalmente, la conformación del Comité de Calidad<sup>6</sup> para la mejora continua ha sido una oportunidad para el empoderamiento sobre una herramienta que da coherencia y visión crítica al quehacer institucional.

Este Comité ha actuado de manera proactiva y ha concretado los resultados de las autoevaluaciones y las evaluaciones externas en planes de mejora de la calidad.

Uno de los nudos más críticos en este proceso ha sido el establecimiento de los estándares de calidad y los cambios requeridos en la plataforma tecnológica de la institución, dado que esto en ocasiones implica inversiones no contempladas en el presupuesto. A esto se agrega la asunción de indicadores de calidad que demandan una reorganización de áreas y del fortalecimiento de los recursos humanos.

Por eso, una lección aprendida es que la lectura del entorno micro institucional y de las capacidades internas deben pasar por un análisis de los recursos humanos y las capacidades tecnológicas y financieras para lograr implantar las estrategias y el impacto organizacional que tienen los hitos que se desprenden de los estándares y compromisos de mejora de la calidad.

Otro elemento de tensión crítica es la vinculación de los indicadores de calidad, con el Plan Estratégico y los planes operativos de las gerencias, sin que se tradujera en un paralelismo y una dispersión de esfuerzos.

Finalmente, la racionalidad técnica que demandan los procesos de gestión de calidad es un escenario favorable para el aprendizaje y el cambio, pero también para que se generen resistencias. Existe la tendencia en parte de los equipos a considerar que estos procesos son una carga adicional a las tareas cotidianas y por ende se resisten a incorporarlos en sus prácticas.

Para la adopción de modelos de gestión de calidad y el desarrollo de capacidades para la autoevaluación en las instituciones públicas, es necesario contar con un liderazgo público comprometido con esta nueva cultura; que la administración esté abierta a someterse de manera transparente al escrutinio público, tolerante a la crítica y “permeable a las propuestas de mejora y de cambio provenientes de la ciudadanía”;

---

6. Este Comité es un equipo intergerencial responsable de la coordinación y seguimiento de los procesos de autoevaluación, planes de mejora de calidad e implementación de la Carta Compromiso al Ciudadano.



capaz de dotarse de una visión orientada hacia resultados y procesos y gestionar eficazmente la articulación entre lo técnico y político.<sup>7</sup>

Para el caso de la República Dominicana, el liderazgo institucional y motivador asumido por el MAP, reafirma que las políticas y los procesos si no son lideradas por alguien tienden a no ser sostenibles. El rol del MAP ha sido determinante para que un conjunto de instituciones públicas hayan asumido la gestión de la calidad como un desafío y un compromiso.

El MAP ha convocado, motivado y acompañado a los gestores públicos dominicanos a la tarea de desarrollar modelos de autoevaluación institucional que han servido para el fortalecimiento de la función pública en las dependencias del Estado que lo han asumido.

El Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias ha sido la mejor oportunidad que ha tenido la República Dominicana para adoptar el compromiso con una nueva cultura institucional en la gestión pública.

Este Premio ha proporcionado un potente marco para involucrar al SeNaSa en un proceso sin retroceso, hacia la mejora continua de la

gestión, permitiendo hacer más énfasis en las evidencias de lo que se hace, superando el anecdotismo y la cultura de la oralidad.

Este escenario ha propiciado que las instituciones participantes puedan encontrar un medio de coherencia común y una especie de competencia sana por hacerlo mejor.

Los colaboradores internos o empleados han potenciado su entusiasmo con la organización y la meta de lograr subir un escalón más en las premiaciones a la calidad.

También ha sido un medio efectivo de intercambio de buenas prácticas entre diferentes instituciones públicas, con la voluntad común de hacer mejor las cosas y responder con eficacia, eficiencia y oportunidad a los requerimientos de los ciudadanos.

Los premios a la calidad y prácticas promisorias han sido efectivos en facilitar el *benchlearning* entre las organizaciones del sector público de la República Dominicana y de motivación para que cada vez más se integren nuevas instituciones públicas a participar en estos premios.<sup>8</sup>

La participación en sí misma, de estos premios, constituye una ganancia, porque ayuda a identificar las fortalezas y las áreas de mejora institucional. Coloca a las instituciones frente a su propia realidad, a nuevas formas de hacer las cosas y además genera un espíritu de auto-desafío.

---

7. Centro Latinoamericano de Administración Pública para el Desarrollo, CLAD. Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública: San Salvador, 2008.

8. Se destaca el intercambio de experiencias entre instituciones ganadoras de medallas en los premios nacionales de la calidad.

En SeNaSa ha sido determinante que el liderazgo institucional se haya alineado en un objetivo común: hacer de la gestión de la calidad un sello de identidad institucional. Un liderazgo capaz de dotarse de una visión orientada hacia resultados y procesos y gestionar eficazmente la articulación entre lo técnico y político.

El éxito de la implementación de un sistema de gestión de calidad en las instituciones públicas demanda del desarrollo obligatorio de un proceso de cambio organizacional y de una cultura que desplaza los viejos paradigmas por nuevos modelos de gestión.

La experiencia de SeNaSa confirma que involucrarse en los procesos de gestión de calidad apalanca el cambio cultural, lográndose una dinámica de reafirmación de los estándares existentes y el impulso de nuevos cambios.

Un factor de que ha facilitado este cambio cultural, es haber integrado al pensamiento institucional la concepción de que los usuarios tienen derecho a recibir servicios de calidad. Se trata de una revaloración de lo público donde se asume que los ciudadanos tienen derecho a recibir servicios de calidad.

En este paradigma de la gestión pública SeNaSa entiende que el servicio atento y amable ofrecido a los usuarios debe ser un sello distintivo de la identidad corporativa, así como la flexibilidad en los horarios de atención, buena señalización, buenos servicios de atención telefónica, prontitud y responsabilidad en las respuestas.

SeNaSa orienta los servicios a las expectativas y requerimientos de sus usuarios, trascendiendo la preocupación por los procedimientos y las normativas propias de un modelo tradicional de gestión pública y se centra en los resultados y los procesos que facilitan las respuestas a los usuarios.

La asunción de la calidad como parte de la visión y la gestión cotidiana de la institución se ha traducido en resultados visibles en la percepción y satisfacción de los usuarios de los servicios.

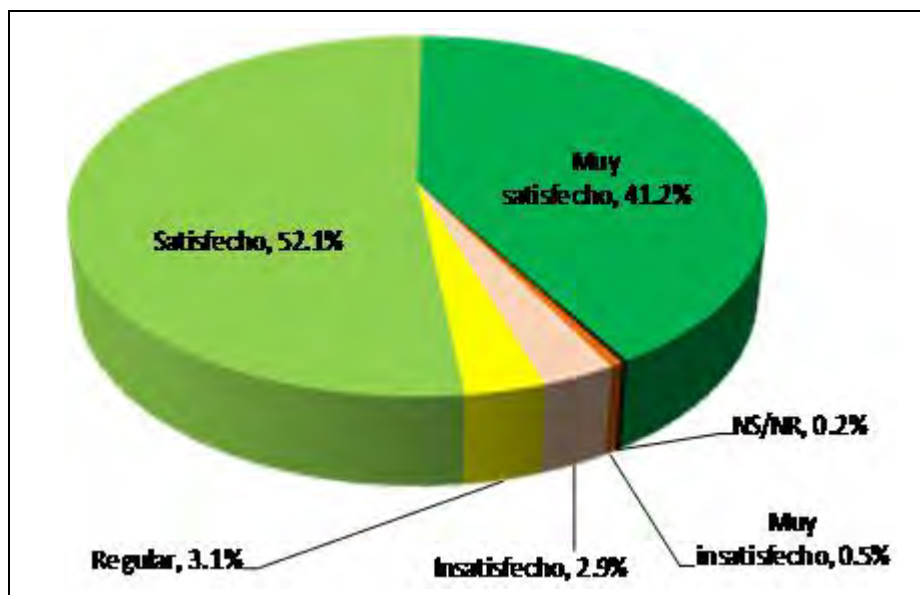
En efecto, en la Encuesta Gallup 2009 para los afiliados del Régimen Contributivo<sup>9</sup> respecto al nivel de satisfacción con los servicios recibidos durante los procesos de solicitudes de afiliación, un 41.2% indicó estar muy satisfecho y 52.1% están satisfechos. Es decir, 93.3% de los entrevistados indicó estar satisfecho.

---

9. Los afiliados al Régimen Contributivo son todas las personas asalariadas que cotizan al Sistema Dominicano de Seguridad Social y han elegido a SeNaSa como su Administradora de Riesgos de Salud.

---

**SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa**  
**ENCUESTA SATISFACCIÓN DE AFILIADOS**  
**AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**



*Fuente: Gallup, 2009. Encuesta para los afiliados del Régimen Contributivo, 2009.*

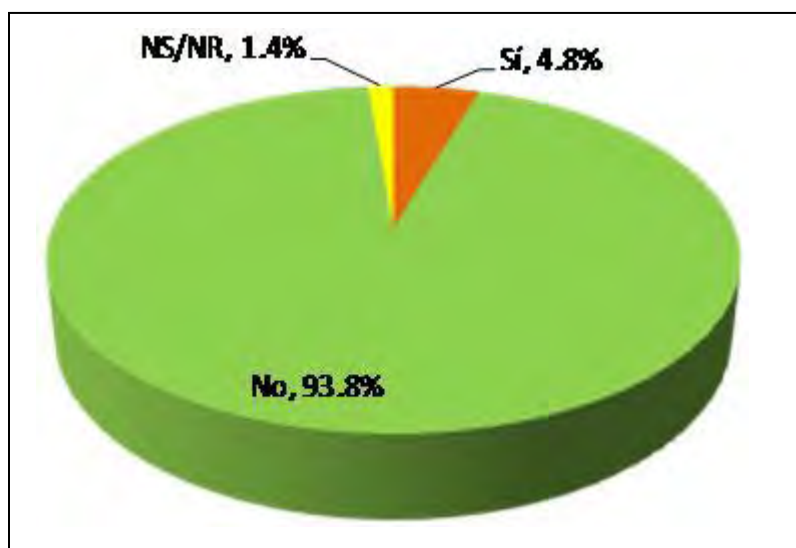
---

Este alto nivel de satisfacción se mantiene, cuando un poco menos de uno por cada veinte entrevistados indica desear cambiar de seguro (4.8%), frente al 93.8% que optaría

por no hacerlo. Esto refleja un alto nivel de fidelización, sentido de identidad y pertenencia al Seguro SeNaSa.

---

**SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa**  
**ENCUESTA SATISFACCIÓN DE AFILIADOS**  
**AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**



*Fuente: Gallup, 2009. Encuesta para los afiliados del Régimen Contributivo, 2009.*

---

Respecto a la calidad del trato dado por el personal de SeNaSa, el 47.2% de los encuestados afirmó que el mismo fue "Muy bueno" y el 45.7% contestó que fue "Bueno" al momento de hacer una solicitud,

para un total de 92.9%. Es decir, para nueve de cada diez personas que evaluaron los servicios, el personal de SeNaSa les brindó un trato bueno o muy bueno.

**SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa  
ENCUESTA SATISFACCIÓN DE AFILIADOS  
AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

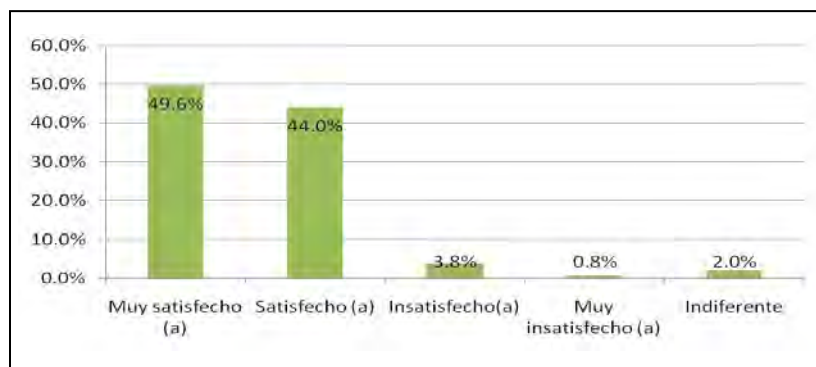
Evaluación del trato recibido	%
Total de Informantes	100.0
Muy malo	1.0
Malo	1.8
Regular	3.7
Bueno	45.7
Muy bueno	47.2
NS/NR	0.6

*Fuente: Gallup, 2009. Encuesta para los afiliados del Régimen Contributivo, 2009.*

Finalmente, el nivel de satisfacción general de los afiliados con los servicios recibidos de SeNaSa es de 93.6%. Esto coloca a la institu-

ción próxima a la meta de su Plan Estratégico 2008-2012, el que apunta a alcanzar un nivel de satisfacción del 95% de sus usuarios.

**SEGURO NACIONAL DE SALUD, SeNaSa  
ENCUESTA SATISFACCIÓN DE AFILIADOS  
AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**



*Fuente: Gallup, 2009. Encuesta para los afiliados del Régimen Contributivo, 2009.*

Un rasgo particular y diferenciador de SeNaSa como entidad estatal es su interacción directa con los usuarios de los servicios. La institución ha procurado establecer una diversidad de puertas para facilitar el relacionamiento y la vinculación con los usuarios.

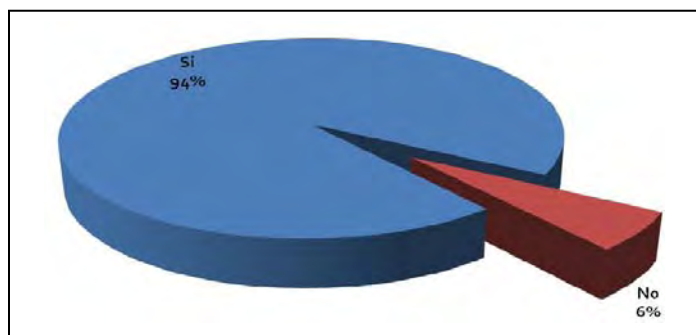
SeNaSa ha establecido como forma de comunicación con la ciudadanía un moderno sistema de atención al usuario compuesto por un centro de llamada, centros de contactos ubicados en una red, catorce oficinas en las diferentes regiones del país y en la sede central, áreas de atención al usuario en los centros

públicos y privados de salud y su página de la Internet.

En el 2009 SeNaSa realizó un “Estudio de medición de satisfacción de usuarios sobre los servicios prestados en las áreas de atención al usuario”, en el que se revelan cambios positivos experimentados por la institución desde que asumió de manera sistémica la gestión de calidad.

En efecto, ese estudio de una muestra de 1,382 personas que hacen uso de los servicios de las Áreas de Atención al Usuario, un 94% manifestó que el tiempo de espera fue adecuado.

### SATISFACCIÓN TIEMPO DE ESPERA

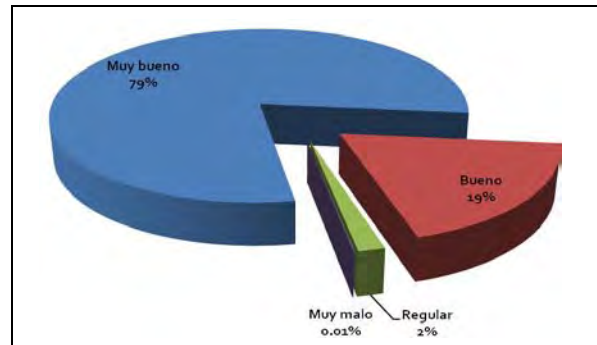


Fuente: SeNaSa, 2009. Estudio de medición de satisfacción de los usuarios sobre los servicios prestados en las áreas de atención al usuario.

Respecto al trato recibido por el personal de las áreas de atención al usuario, el 98% consideró que fue muy bueno (79%) o bueno (19%).

---

## MEDICIÓN TRATO DEL PERSONAL



Fuente: SeNaSa, 2009. Estudio de medición de satisfacción de los usuarios sobre los servicios prestados en las áreas de atención al usuario.

---

### Retos y desafíos institucionales

Los retos y desafíos para la mejora continua para mantener la calidad en la gestión interna de SeNaSa son los siguientes:

- Avanzar en el proceso de definición y operacionalización de un sistema de gestión de calidad para la certificación ISO 2000-9001.
- Garantizar la continuidad de la autoevaluación en los niveles gerenciales y medios.
- Establecer los indicadores de desempeño y vincular con el sistema de evaluación de los recursos humanos y las políticas de incentivos.
- Integrar la auditoría de calidad de los procesos y los sistemas tecnológicos.
- Evaluar el impacto y la tasa de retorno de los programas de capacitación.
- Elaborar guías de uso de todos los sistemas automatizados utilizados en SeNaSa, como forma de garantizar el manejo desconcentrado de los sistemas por parte de sus usuarios.
- Determinar una estructura de relación de costo-efectividad y medición del rendimiento financiero de SeNaSa.
- Hacer un análisis de costos de los procesos de afiliación que incluya costos directos e indirectos.

- Implantar un plan de manejo de los desechos sólidos en las oficinas, el que incorpore una política de gestión y reciclaje de desechos.
- Desarrollar una metodología de validación con población objetivo de material educativo e informativo previo a su publicación.
- Consolidar la generación de estadísticas y la medición del impacto.
- Recomendamos que las organizaciones dispuestas a desarrollar buenas prácticas de gestión institucionalicen a su interior un Comité de Gestión de la Calidad con suficiente autoridad y liderazgo interno para, en alianza con la dirección, trabajar en las áreas de mejora.
- Participar en un premio a la calidad sin que tenga como base la voluntad política de hacer los cambios o las mejoras.

Para poner en práctica estas iniciativas en otras organizaciones se recomienda lo siguiente:

- Es indispensable alinear a todo el liderazgo de la institución en esta cultura de gestión de la calidad. De manera especial, quienes tienen la responsabilidad de la alta gerencia deben convertirse en motorizadores de estos procesos.
- En lugar de caminar al ritmo de la resistencia, es sugerible concentrar las energías en quienes están dispuestos a apostar al cambio y a la transformación en la institución.
- El establecimiento de una cultura de calidad comienza en introducir las maneras diferentes de hacer las cosas. El cambio de paradigma más que un discurso o un modelo abstracto, es una praxis dirigida.

## Bibliografía

Centro Latinoamericano de Administración Pública para el Desarrollo, CLAD. Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública: San Salvador, 2008.

Ministerio de Administración Pública, MAP. Bases del Premio Nacional a la Calidad: Santo Domingo 2006.

\_\_\_\_\_. El Marco Común de Evaluación, CAF. Mejorar una organización por medio de la autoevaluación: Madrid, 2007.

Seguro Nacional de Salud, SeNaSa. Bases del Premio Interno a la Calidad: Santo Domingo, 2010.



## **BUENA PRÁCTICA DE LA TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL<sup>10</sup>**

### **Introducción**

El 9 de mayo del 2001 fue promulgada la Ley No. 87-01, estableciendo el Sistema Dominicano de Seguridad Social, SDSS, para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

Dentro de esta Ley se instituyeron varias entidades públicas con diversas funciones, que integraron el SDSS. En ese tenor, nos referimos a la Tesorería de la Seguridad Social, TSS, la que forma una de dichas entidades que dan vida a esta Ley.

La TSS inició sus labores el 2 de febrero del 2002, realizando un trabajo ininterrumpido hasta el día de hoy. Es administrada por el Tesorero de la Seguridad Social, quien la representa ante el Consejo Nacional de la Seguridad Social, CNSS.

Tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago. Para

asegurar la solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia, cuenta con el apoyo tecnológico y la capacidad gerencial de un personal especializado y con equipos de última tecnología. La TSS administra los fondos que el Gobierno especializa para el Régimen Subsidiado, depurando la Base de Datos suministrada por el SeNaSa, para evitar duplicidades y pagando mensualmente a ésta una cápita por los afiliados, titulares y dependientes directos.

Conforme a la misión y objetivos previstos en la Ley y sus normas complementarias, la TSS tiene la responsabilidad de:

- Administrar el sistema único de información y mantener registros actualizados sobre los empleadores y sus afiliados, y sobre los beneficiarios de los tres regímenes de financiamiento.
- Recaudar, distribuir y asignar los recursos del SDSS.
- Detectar la mora, evasión y elusión, combinando otras fuentes de información gubernamental y privada, y someter a los infractores, cobrar las multas y recargos.

Nuestros servicios van dirigidos al sector empleador, que son nuestros clientes externos. Estos son los empresarios y dueños de

---

10. Tesorería de la Seguridad Social, TSS.

negocios que tienen personal bajo su dependencia. Los departamentos que interactúan con el público son:

- *Centro de Asistencia al Empleador, CAE:* se encarga de dar asistencia directamente al empleador, ya sea de manera personalizada o por vía telefónica a través de su Centro de Llamadas.
- *Supervisión & Control:* es el responsable de realizar auditorías a los empleadores para verificar la veracidad de las informaciones de las nóminas registradas en la TSS.
- *Consultoría Jurídica:* le encomienda efectuar acuerdos de pago y someter a los morosos a los tribunales.
- *Oficinas Regionales:* se le faculta para proporcionar los mismos servicios que se dan en las oficinas principales. Están compuestos con representantes del CAE, Consultoría Jurídica y Auditoría. Actualmente se cuenta con tres oficinas regionales: en Santiago, Puerto Plata y Bávaro.

### **Antecedente**

Desde que la TSS inició sus labores, ha venido modernizando e innovando sus procesos y estructura. Se ha asumido un fuerte compromiso con nuestros ciudada-

nos/clientes, tanto internos como externos. A raíz de eso y basados en las exigencias de los mismos, asumimos una filosofía de cambio constante y de adaptación al mismo. Se ha realizado un proceso de acogimiento y apego a nuestra cultura organizacional, lo que nos ha garantizado contar con un personal más identificado y comprometido con ofrecer un buen servicio.

Para nosotros la satisfacción de nuestros ciudadanos/clientes no es una opción, es una obligación. Una de las características que nos definen como institución pública es el gran empeño que diariamente ponemos en la satisfacción de los usuarios de nuestros servicios. Todo nuestro accionar administrativo y operativo gira en torno al bienestar de nuestros clientes externos.

En el Marco Común de Evaluación CAF vimos una oportunidad para nosotros garantizar que nuestro sistema de gestión tenga la orientación que esperamos. Anticipamos que el trabajar e implementar los criterios y subcriterios del modelo nos permitiría adoptar la filosofía de trabajo en equipo.

A pesar de haber hecho algunos avances, considerábamos que aun debíamos adoptar un enfoque integral mediante el cual los colaboradores participen en la toma de decisiones y elaboración de planes y proyectos. Necesitábamos aplicar con mayor intensidad el Ciclo Deming en los trabajos que realizamos, en el sentido de planear mejor

las actividades y estrategias; desarrollar y llevar a cabo las acciones de lugar; controlar y verificar los resultados obtenidos y aplicar las mejoras con miras a alcanzar los resultados anhelados.

Esas fueron las principales razones que nos movieron a participar en el Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a las Prácticas Promisorias. Nuestra primera experiencia fue en el 2006.

### **Descripción general de la iniciativa**

A pesar de que nuestra institución invierte en la satisfacción de nuestros usuarios/clientes, somos conscientes de que siempre existirán áreas de mejora. Hubo un tiempo en que la calidad del servicio se vio empañada por las limitaciones de espacio físico y la poca participación que tenían nuestros clientes externos en el diseño y mejora de los servicios.

Esa fue la razón que nos llevó a profundizar en el conocimiento de los requerimientos y demandas de nuestros clientes externos y satisfacer las necesidades y expectativas de los mismos. En ese sentido, en el primer trimestre del 2008 iniciamos una serie de medidas, las que continuamos aplicando hoy en día. La primera, fue el traslado del Centro de Asistencia al Empleador de la Oficina Principal a un local más amplio, cómodo y con mejor acceso para el

empleador; también se remodeló la oficina de Santiago para ofrecer mayor visibilidad y comodidad a los empleadores y, finalmente, se creó el Centro de Contacto Telefónico de la TSS. Todos estos cambios implicaron el uso de nuevas y más modernas herramientas tecnológicas.

A sabiendas de que la implementación de nuevas tecnologías requiere de un personal acorde con las exigencias y requerimientos del nuevo sistema, se contrató los servicios de la Empresa Black Cube Technologies C. por A. (empresa especialista en Call Center) para que midiera los resultados alcanzados por los operadores del nuevo sistema. Se midió y evaluó personalmente a cada colaborador del Centro de Asistencia Telefónico. Se tomaron en consideración criterios como el liderazgo, servicio al cliente, amabilidad, cortesía, profesionalismo, etc., para determinar el nivel de preparación y el grado de efectividad de los colaboradores de esta área.

Para monitorear estos cambios se ha adquirido un moderno sistema automatizado, Automatic Call Director, ACD, el que nos permite conocer en tiempo real el rendimiento y progreso de cada colaborador que entra en contacto con un empleador. De ese modo se ha podido aplicar las medidas de controles necesarias para garantizar que nuestros clientes externos se sientan a gusto con lo que se les ofrece. Con el sistema del Contac Center se puede monitorear personalmente a cada colaborador, determinando las

llamadas atendidas, el tiempo de cada una, efectividad del servicio ofrecido, entre otras cosas.

Para cumplir eficazmente con todo lo antes expuesto, nos hemos valido de una serie de herramientas, a través de las cuales se ha llegado a conocer las expectativas reales y potenciales de nuestros empleados y rediseñar los procesos con el objetivo de brindar a los mismos un mejor y más eficiente servicio. Estas herramientas, las que en su mayoría son encuestas, han resultado de mucha utilidad para la institución, ya que las informaciones que proveen nos permiten rediseñar y reestructurar nuestra estrategia de servicio al cliente en función de sus requerimientos.

Una de las herramientas que se utiliza para conocer la opinión de nuestros clientes externos es la Encuesta de Calidad en el servicio recibido. El Departamento de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional tuvo a su cargo el diseñar, aplicar, procesar e interpretar la misma, con el objetivo de recibir desde nuestros clientes un *feedback* acerca del trabajo que diariamente realizamos con ellos.

Se realiza un procedimiento y el diseño del formulario en abril y la encuesta fue aplicada en los meses

de mayo y junio del 2008, así como el primer y segundo trimestre del 2009. La misma consta de tres partes:

- Tiempo de espera antes de ser atendido.
- Lapso que le tomó al colaborador ofrecer el servicio.
- Aspecto del colaborador que le atendió.

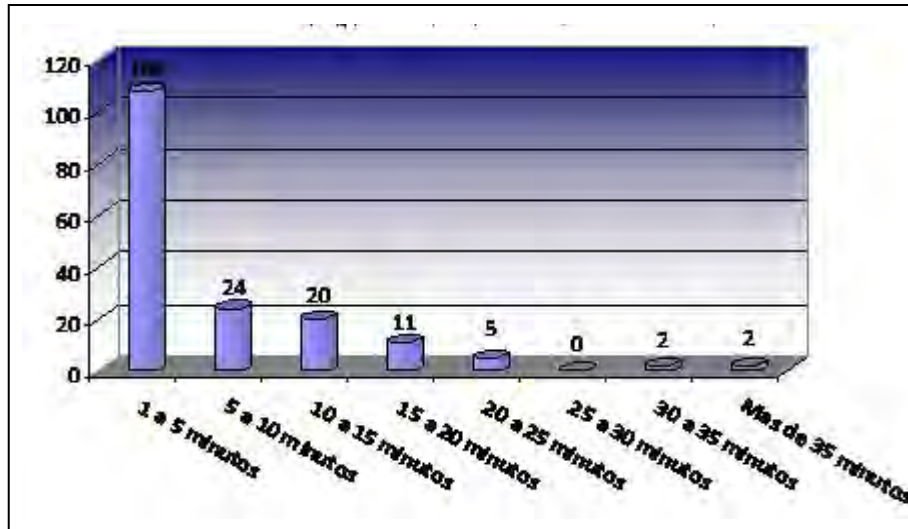
Las encuestas son aplicadas en fechas específicas en todos aquellos departamentos que reciben empleadores; a saber:

- Centro de Asistencia al Empleador, CAE.
- Supervisión y Control.
- Consultoría Jurídica.
- Oficinas Regionales.

Con las informaciones obtenidas se elaboraron informes de resultados, los que están compuestos por gráficos, tablas y comentarios, y luego se le dan a conocer a todo el personal por correo electrónico.

A continuación se presentan algunos resultados de la última encuesta aplicada:

### TIEMPO QUE LE TÓMÓ A LOS EMPLEADORES PARA SER ATENDIDOS



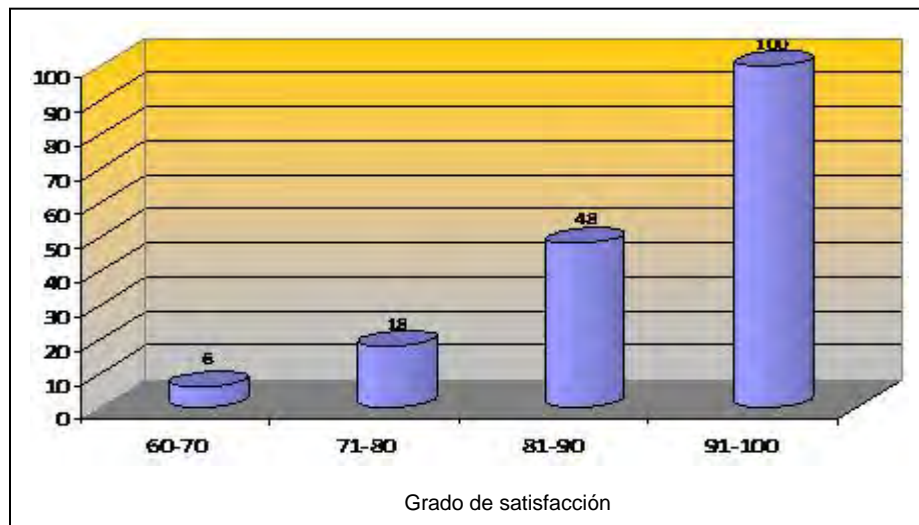
Fuente: TSS. Informe Estadístico Encuesta de Calidad al Empleador, 1er trimestre, 2010.

El tiempo es uno de los indicadores principales del nivel de eficiencia que existe en un determinado proceso. Este 62.79% ( $108/172 \cdot 100$ ) equivalente a los empleadores que fueron atendidos en los primeros cinco minutos, nos muestra que se cuenta con un sistema sumamente eficiente, que ha contribuido a lograr los resultados

deseados. Sin duda alguna, la eficiencia es una de las características más sobresalientes.

De los otros empleadores, un 13.95%, fue atendido entre cinco a diez minutos; un 11.63% de diez a quince minutos y solo un 11.63%, fue atendido pasados los 15 minutos.

**NIVEL GENERAL DE SATISFACCIÓN DE LOS EMPLEADORES  
CON EL SERVICIO RECIBIDO EN LA TESORERÍA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TSS**



Fuente: TSS. Informe Estadístico Encuesta de Calidad al Empleador, 1er trimestre, 2010.

Se decidió incluir este criterio en las evaluaciones para poder tener una noción del nivel de satisfacción general de nuestros empleadores. De aquí se deriva el resultado final de todo el esfuerzo que dediquemos al realizar un trabajo. Este renglón nos dirá qué tan eficientes fuimos en la prestación del servicio, ya que todo va en función de estos resultados.

De aquí se deduce que el 58.14% de los encuestados se sienten muy satisfechos con nuestros

servicios. El 27.91% nos otorgan una puntuación entre 81-90 puntos y el 13.95% nos ubican en un rango de 60-80 puntos.

Aunque la calificación más alta fue la que obtuvo mayor cantidad de votos, se toma en cuenta el resto de los valores y se trabaja conforme a los mismos realizando planes de mejora.

Otra medida implementada en lo concerniente al servicio al cliente consistió en la creación del área de

calidad en el 2009, la que se encarga de monitorear el nivel de calidad de la asistencia telefónica que se le brinda a los empleadores que se ponen en contacto con nuestra institución. Este equipo está compuesto por tres Analistas de Calidad.

Para escuchar las opiniones de los empleadores acerca del servicio telefónico, se diseñó y aplicó una encuesta denominada "Encuesta de Satisfacción Telefónica". Esta herramienta, se le aplicó a empleadores que hayan llamado al Centro

de Llamadas en las últimas veinticuatro horas, se monitoreó el desempeño de nuestros operadores y el nivel de satisfacción de nuestros clientes externos. Estas encuestas son aplicadas y procesadas por los Analistas de Calidad, quienes fueron entrenados y habilitados de los conocimientos requeridos para cumplir con esta responsabilidad.

A continuación se presentan algunos resultados de la última encuesta de satisfacción telefónica:

---

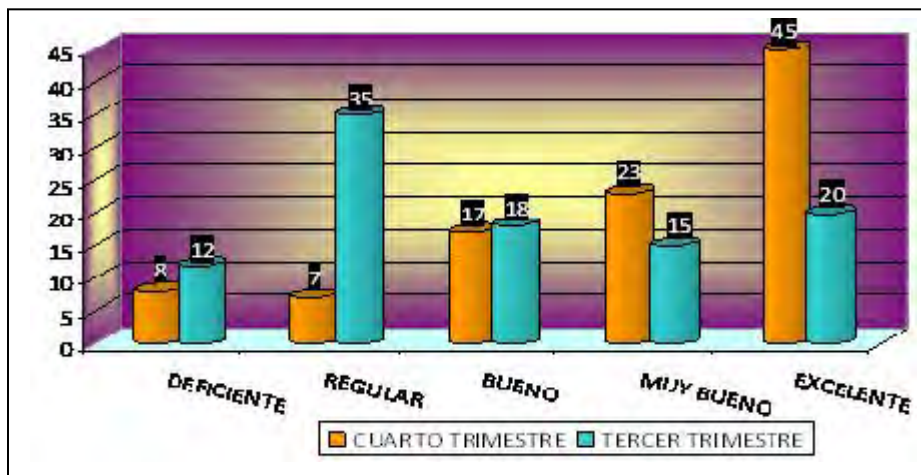
**TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TSS**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TELEFÓNICA**  
**ACCESIBILIDAD AL CALL CENTER**

Satisfacción No. de encuestados	Cuarto trimestre	Tercer trimestre
Deficiente	8	12
Regular	7	35
Bueno	17	18
Muy bueno	23	15
Excelente	45	20

*Fuente: TSS. Informe Estadístico. Encuesta de Satisfacción Telefónica, 4 to. trimestre, 2009.*

---

**TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TSS  
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TELEFÓNICA  
ACCESIBILIDAD AL CALL CENTER**



Fuente: TSS. Informe Estadístico. Encuesta de Satisfacción Telefónica, 4 to. trimestre, 2009.

En la reseña que se redactó el trimestre anterior, (3er. trimestre) se había dicho que esperábamos que el acceso al Centro de Llamadas mejorara para el próximo trimestre. Como reflejan los gráficos, nuestras expectativas fueron superadas. Casi un 50% de los encuestados ponderan este criterio como excelente, a diferencia del 20% que lo hizo en el trimestre anterior.

La accesibilidad al Centro de Llamadas está relacionada con un alto nivel de servicio, y considera tres factores esenciales:

- La facilidad de contactar al centro y ser atendido, lo que está íntimamente relacionado con la disponibilidad de líneas y de personal en el centro para manejar adecuadamente el volumen de llamadas entrantes.
- Un rápido tiempo de respuesta (el tiempo que toma un contacto en ser atendido a partir del momento que entra en cola).
- Corto tiempo de espera, relacionado al punto anterior, es decir, la demora para ser atendido.



Todos estos factores han sido mejorados notablemente con las medidas que se ha adoptado últimamente.

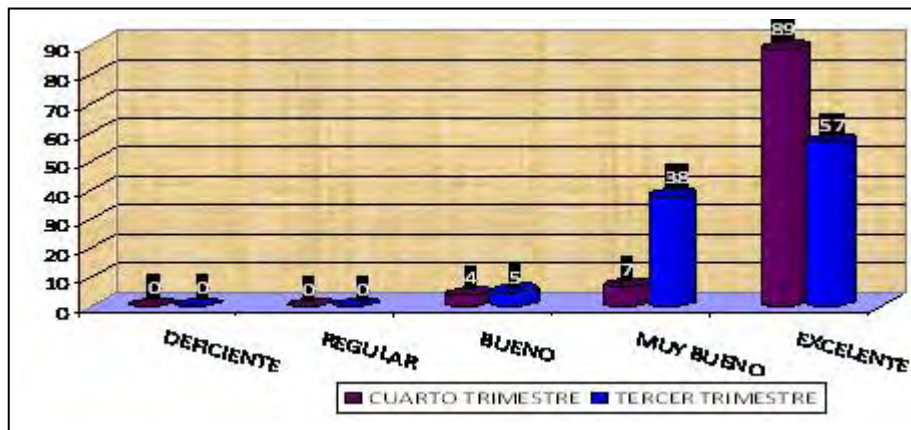
Con relación a esta encuesta el nivel de satisfacción general fue el siguiente:

### SATISFACCIÓN EN SENTIDO GENERAL POR PARTE DEL EMPLEADO

Satisfacción / No. de empleados	Cuarto trimestre	Tercer trimestre
Deficiente	0	0
Regular	0	0
Bueno	4	5
Muy bueno	7	38
Excelente	89	57

Fuente: TSS. Informe Estadístico. Encuesta de Satisfacción Telefónica, 4 to. trimestre, 2009.

### SATISFACCIÓN GENERAL



Fuente: TSS. Informe Estadístico. Encuesta de Satisfacción Telefónica, 4to trimestre, 2009.

Los datos aquí reflejados nos dan una idea de cómo estuvo manejándose el Centro de Llamadas en este último trimestre. La satisfacción general de las personas atendidas tuvo un incremento considerable en comparación con el período anterior. El 38% de los encuestados en el trimestre julio-septiembre había evaluado la satisfacción general como muy buena; no obstante, 32 de los 100 empleadores que llamaron a nuestro centro cambiaron su percepción respecto a la satisfacción general de muy bueno a excelente.

Nos caracterizamos por no dejar empleadores insatisfechos ni medio satisfechos. Procuramos dar lo máximo en cada atención. Ahí radica el éxito de nuestro servicio.

Con todas estas medidas e innovaciones aplicadas se buscaba mejorar los niveles de comunicación con nuestros clientes externos. Así, la estrategia de actuación con los empleadores ha estado enfocada en mantener una relación personalizada, estable y satisfactoria. Se ha aprendido que cualquier tipo de estrategia a llevar a cabo debe estar basada en un flujo de comunicación en dos direcciones. Se ha implantado un diálogo TSS-empleadores como empleadores-TSS. Los empleadores que visitan nuestras oficinas requieren un servicio y atención personalizada, y es lo que se ha logrado gracias al involucramiento de todo el personal.

Como institución pública, reconocemos la importancia que tiene el que nuestros clientes externos (empleadores) conozcan la organización y los servicios que se ofrecen. Movido por esa gran realidad, iniciamos con los trabajos para la elaboración de la “Carta Compromiso TSS”. Estos trabajos fueron iniciados en abril del 2009, lo que nos coloca como una de las principales instituciones del país en trabajar en la elaboración de una carta compromiso. Los mismos fueron realizados con la asesoría de representantes del Ministerio de Administración Pública, MAP.



En esta Carta se presenta una visión global de todos los servicios que se ofrecen, los requerimientos de los mismos, los medios de contactos con la institución, nuestro compromiso y estándares de cali-

dad, así como nuestro pensamiento estratégico.

Su elaboración y publicación es una muestra del gran e importante compromiso de calidad que hemos asumido; y no nos referimos a calidad en el mero contexto semántico de la palabra, sino como calidad de vida, de trabajo, de nuestros colaboradores, de la institución, de sus objetivos, de sus procesos y en general de todos los componentes de la misma. Para nosotros, alcanzar la calidad total ya no es una meta, es un requerimiento.

En la Carta Compromiso especificamos la forma en que procederemos a dar respuesta a las quejas de los clientes. Para esto se han definido políticas, las que se le dieron a conocer al personal, con el propósito de responder a las quejas de los clientes con el mayor estándar de calidad.

Adicional a todo esto y como un requerimiento de la Carta Compromiso TSS, diseñamos con el apoyo del Departamento de Operaciones y Tecnología de nuestra Institución, un sistema de monitoreo y medición de indicadores de calidad automático en tiempo real. Con este sistema se determinará si se está cumpliendo con los estándares de calidad en lo referente a tiempo de entrega, calidad del servicio, etc.

En lo concerniente al personal de servicio al cliente, se ha dispuesto estudiar y darles seguimiento a todos los colaboradores, con el objetivo de contribuir a su crecimiento y desarrollo. En ese sentido, periódicamente se evalúan y monitorean el desempeño, determinando el nivel de preparación y conocimiento que ostenta el empleado en su área de trabajo. Según los resultados que arroje esta evaluación, se solicita capacitación adicional para empleados con deficiencia.

Aquellos que muestren un desempeño deficiente, participan en programas de *coaching*, reentrenamiento y plan de desarrollo. Como método de formación, nos propusimos formar en el puesto de trabajo a cada empleado que va a entrar al Centro de Asistencia al Empleador. Durante este proceso, un empleado activo y capacitado de dicho centro mantiene a su lado, por aproximadamente una semana, un empleado de nuevo ingreso, al que le explica los detalles y pormenores de las labores que se realizan.

El tener un concepto claro de quiénes son nuestros clientes y de cuáles son sus expectativas, nos ha permitido llegar de manera más exitosa a sus necesidades y demandas. Desde el inicio nos hemos estructurado con una visión clara y directa hacia nuestros clientes externos, que son los empleadores, lo que nos

ha permitido forjar una relación permanente y estable con los mismos.

### ***Identificación de los aspectos innovadores de la propuesta***

- Orientación al cliente.
- Mejora continua.
- Fortalecimiento y desarrollo de las capacidades de nuestro capital humano.
- Servicio de clase mundial.
- Comunicación bilateral (TSS-empleador y empleador-TSS).
- Medición y seguimiento.

### ***Obstáculos durante el proceso de implementación de la iniciativa***

Como es normal en todo proceso de innovación, existen quienes presentan una gran resistencia al cambio. Nuestro personal no escapó a esta realidad durante las fases de implementación de todas las medidas que se aplicaron. El principal obstáculo que se enfrentó durante la implementación de la iniciativa antes citada, fueron las objeciones que en primera instancia pusieron los colaboradores del Centro de Asistencia al Empleador.

No obstante, para manejar esta situación se llevaron a cabo una serie de talleres y charlas informativas, con el objetivo de dar a conocer al personal los cambios implementados. Luego de conocer las nuevas herramientas, políticas y procesos, la actitud de los colaboradores cambió radicalmente, en el sentido de que acogieron la iniciativa y trabajaron como un equipo para que el servicio ofrecido fuese de clase mundial.

### ***Factores críticos de éxito***

- Adopción por parte del personal de las medidas implementadas.
- Trabajo en equipo.
- Capacitación y adiestramiento del capital humano.
- Adquisición de modernas tecnologías.

### ***Resultados obtenidos***

Varios han sido los beneficios que esta iniciativa ha dejado a nuestra institución. Dentro de los más destacados se pueden mencionar:

- Aumento en el nivel de satisfacción de los usuarios/clientes.
- Estadísticas favorables sobre las mediciones realizadas.

- Ampliación del nivel de conocimientos y habilidades del personal de servicio al cliente.
- Incremento de la eficiencia en varios procesos internos relacionados con la atención al cliente.
- Agilización en el proceso de respuesta a los usuarios del servicio.

Todos estos avances representan ventaja para nuestros clientes externos y para la ciudadanía en general. Los empleadores pueden realizar sus trámites en nuestras oficinas con mucho más rapidez y se van a sus hogares con un nivel mayor de satisfacción.

### **Retos y desafíos institucionales**

#### ***Aspectos de mejora continua para mantener la calidad en la gestión interna***

Dicen algunos expertos en el área de administración que lo más difícil de un proyecto no es implementarlo, sino mantenerlo. Creemos que no vamos a escapar de esa gran realidad. Ciertamente la aplicación del CAF nos ha sido de mucha ayuda y son sorprendentes las mejoras que se han logrado. Sin embargo, más allá de las prácticas desa-

rolladas está el seguimiento y monitoreo de las mismas. En ese sentido, existen unos factores que se deben tomar en consideración a los fines de mantener la calidad de la gestión interna.

En ese sentido, podemos referirnos a la proactividad que debe primar en el sistema de gestión, lo que permitirá anticiparse a los cambios y aceptar, de forma positiva, cada oportunidad que se nos presenta, lo que visualizamos como un reto. Los liderazgos no pueden ser estáticos, a medida que cambian las condiciones y las personas, así deben modificarse los estilos de liderazgos.

Para garantizar que el sistema de gestión siga la orientación desarrollada, debe continuar con la filosofía de trabajo en equipo. Todos los departamentos y áreas de la institución se han propuesto adoptar un enfoque integral mediante el que los empleados participen en la toma de decisiones y elaboración de planes y proyectos.

Cada área elabora su plan operativo anual con la participación de todos los empleados. En los trabajos de revisión que se realizan sobre este plan, se aplica el método o ciclo Deming, PDCA. Planeamos las actividades y estrategias; desarrollamos y llevamos a cabo las acciones de lugar; controlamos y verificamos los resultados obtenidos y

aplicamos las mejoras de lugar con miras a alcanzar los resultados anhelados.

Debemos seguir mostrándonos como una institución innovadora; es de suma importancia que nos mantengamos viendo cada queja como una mejora. Aprender acerca de los problemas que como institución tenemos nos ha permitido mejorar considerablemente nuestras operaciones internas y los servicios externos que ofrecemos.

Se ha logrado crear un concepto de mejora continua, lo que nos ha permitido, mediante el trabajo en equipo, planificar las acciones, ejecutarlas con el mayor grado de eficiencia, medir los resultados alcanzados e implementar las actividades de mejora requeridas. En ese mismo orden, una práctica que no se puede discontinuar es la elaboración de planes de mejora, ya que ese mecanismo nos permite identificar oportunidades de mejora, planificarlas y ejecutarlas.

Para mantener la calidad de los servicios y procesos, en agosto del 2009 se inició la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001 en su versión 2008. Con este nuevo Sistema se ha logrado un nivel de conscientización en la institución ante el compromiso de todos hacia la estandarización de nuestros procesos y la calidad, con la responsabilidad de hacerlo bien desde el principio y cumpliendo con nuestro eslogan de

calidad: Hacia la Excelencia con Credibilidad y Transparencia.

La implementación del Sistema se ha logrado con el trabajo en equipo y la participación de los “dueños de cada proceso”, exponiendo ideas tendientes de mejora en el análisis de cada proceso de la institución.

En un acto celebrado en un hotel de la ciudad de Santo Domingo el 22 de febrero del 2011, se nos hizo entrega formal del certificado que nos acredita como una institución certificada bajo la Norma ISO 9001:2008, a cargo del Instituto de Normas Técnicas, INTECO, de Costa Rica.

La TSS está consciente de que todo el personal afecta la calidad de los servicios y debe ser competente desde cualquiera que sea su función dentro del Sistema de Gestión de Calidad, es por esto que la Gestión de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional ha realizado un trabajo a raíz de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad que abarca los siguientes aspectos:

- Levantamiento y evaluación de las competencias necesarias en base a educación, formación, habilidades y experiencias para cada posición.
- La creación de un nuevo programa de capacitación para proporcionar las competencias

ausentes en cada uno de nuestro personal, según evaluación aplicada.

De todas estas actividades de formación se mantienen registros de evidencias de la identificación, formación y evaluación en cuanto a las competencias que forman parte del capital humano de la TSS.

Se ha logrado con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2008 que nuestro personal sea consciente de la importancia de sus funciones en cuanto al cumplimiento de la Política de Calidad y al logro de los Objetivos de Calidad de la institución.

En el 2010, se implementó otra herramienta para medir el índice de credibilidad y transparencia, con el objetivo de seguir fortaleciendo la transparencia institucional, eje central en nuestra institución. Desde su fundación, la TSS siempre se ha interesado por ser una institución transparente y confiable dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social. En ese sentido, todos nuestros esfuerzos han estado orientados a brindar a nuestros clientes y ciudadanos en general, la seguridad y confianza demandada, de forma tal que se crea y confíe en el trabajo que día a día se realiza.

Para ello se diseñó una encuesta, la que fue aplicada a todas las instituciones, públicas y privadas que entran en contacto con la TSS durante el proceso de recaudación,

dispersión y distribución de los fondos de la seguridad social, estos clientes son los receptores de fondos del SDSS, éstos son:

- Las Administradoras de Riesgos de Salud, ARS's.
- Las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP's.
- Bancos recaudadores.
- Otras entidades del Sistema Dominicano de Seguridad Social, SDSS: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL, Empresa Procesadora de la Base de Datos del Sistema Dominicano de Seguridad Social, UNIPAGO, Superintendencia de Pensiones, SIPEN y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados, DIDA.

Según los resultados arrojados en esta primera encuesta, el índice general de credibilidad y transparencia fue de un 90.18. De manera que es un gran logro el que externamente nos vean como una institución dinámica, eficiente, transparente, innovadora y vanguardista.

***Recomendaciones generales para poner en práctica la iniciativa en otras organizaciones.***

El CAF, además de ser una herramienta de fácil aplicación, ga-

rantiza buenos resultados en un tiempo relativamente corto. A todas esas instituciones que desean aplicar este modelo, le animamos a que lo hagan sin más demora. Existen algunas recomendaciones que podrían ayudar cuando se inicie la aplicación. Éstas son:

*Involucrar a todo el personal en los procesos de cambios e innovación que se implementen en sus respectivas organizaciones*

Ese involucramiento generará un nivel mayor de compromiso. Para nosotros el capital no es simplemente un activo más, sino el más importante de los recursos de la institución. Muchas instituciones se ven tentadas a manejar la aplicación y planificación del modelo solo a nivel de la alta gerencia. Cuando esto sucede, los resultados son menos satisfactorios que si se involucrara a todo el personal. Cuando la implementación se hace con el apoyo e involucramiento de cada empleado, todas las fases del proceso son mucho más simples y efectivas.

*Comunicar por todas las vías aquellas noticias que le incumben al personal*

En ese sentido, nosotros aconsejamos el uso de herramientas tecnológicas tales como correos electrónicos internos (*out-look*), *in-*

*tranets*, etc. Además de estos medios, resulta de suma importancia el involucramiento del personal en las reuniones departamentales que se realicen.

*Realizar un análisis interno e intenso en el que se puedan reflejar las fortalezas y debilidades que tiene la organización*

En esta fase es preciso ser bien críticos, no creernos que estamos en la institución perfecta. Mientras más áreas de mejora detectemos, más impresionantes serían los resultados alcanzados. Para la realización de este diagnóstico conviene formar un equipo interno, compuesto por empleados de los diferentes departamentos y áreas de la organización. Éstos tendrán a su cargo el análisis de los diferentes procesos que se efectúan en sus respectivas áreas, a los fines de determinar aspectos de mejora.

*Hacer planes de mejora con miras a superar las deficiencias detectadas*

Una vez que son identificadas las áreas de mejoras, es preciso realizar un plan de acción, el que indicará en qué medida irán implementando estas mejoras. En el caso de la TSS ha sido de mucha ayuda designar una persona como responsable del plan, la que se encarga de darle seguimiento a las diferentes áreas involucradas en el mismo.



## Bibliografía

Carta Compromiso al Ciudadano de la Tesorería de la Seguridad Social, publicada el 8 de diciembre del 2009.

Common Assessment Framework (Marco Común de Evaluación) CAF, impreso en la República Dominicana por el Ministerio de Administración Pública.

Informe Estadístico Encuesta de Calidad Sector Empleador (1er trimestre 2010), elaborado por Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional de la Tesorería de la Seguridad Social.

Informe Estadístico Encuesta de Satisfacción Telefónica (4to trimestre 2009), elaborado por Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional de la Tesorería de la Seguridad Social.

Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Editora Centenario, S.A., Santo Domingo, República Dominicana.

## Glosario de términos

**ACD:** Automatic Call Director (ACD), software que nos permite conocer en tiempo real el rendimiento y progreso de cada colaborador que entra en contacto con un empleador (cliente).

**CAE:** Centro de Asistencia al Empleador, es el departamento de servicios al cliente de la Tesorería de la Seguridad Social.

**CAF:** Marco Común de Evaluación, es una herramienta de Gestión de Calidad específicamente desarrollada para introducir la autoevaluación y la gestión de calidad en el sector público.

**CNSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social, es el ente rector de todo el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Como tal, es responsable de dictaminar las políticas que regirán el sistema.

**SDSS:** Sistema Dominicano de Seguridad Social, creado por la Ley 87-01 en febrero del 2001.

**BANCOS RECAUDADORES:** Son una red de bancos afiliados a la TSS, mediante los cuales los empleadores pueden hacer el pago

de sus notificaciones de pago (facturas).

**DIDA:** Es la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados. Es una dependencia técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social, dotada de presupuesto definido y autonomía operativa, responsable de promover el SDSS e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes.

**INTECO:** Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica.

**SENASA:** El Seguro Nacional de Salud es la única ARS pública, la que es manejada con políticas y regulaciones directamente desde el gobierno.

**SISALRIL:** Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, entidad estatal, autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, cuya responsabilidad principal es velar por el adecuado funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud y la Administradora de Riesgos Laborales.

**SIPEN:** Superintendencia de Pensiones, la que vela por los derechos previsionales de los afiliados y sus beneficiarios, aplicando las mejores prácticas de regulación y supervisión a los entes del Sistema Dominicano de Pensiones.

**SUIR:** Sistema Único de Información y Recaudo, es una plataforma tecnológica utilizada por la Tesorería de la Seguridad Social para mantener registro de los empleadores, hacer transacciones con las Administradoras de Riesgo de Salud, ARS's, y las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP's.

**TSS:** Tesorería de la Seguridad Social, entidad acreditada por la Ley 87-01 para recaudar los fondos de la Seguridad Social Dominicana.

**UNIPAGO:** Es la Empresa Procesadora de la Base de Datos del Sistema Dominicano de Seguridad Social, referenciada en la Ley 87-01 en su Artículo 86, Párrafo IV.

## HACIENDO OPERATIVO EL CONCEPTO DEL “HOSPITAL DEL FUTURO”<sup>11</sup>

### Introducción

Tradicionalmente las instituciones del sector salud de la República Dominicana inician sus operaciones sin ningún tipo de estructura organizacional definida, por lo que se repiten errores y malas prácticas que por antigüedad, ya han sido institucionalizadas y los gerentes y personal operativo consideran que están haciendo las cosas bien, “porque aquí es así que se hace”, sin detenerse a evaluar hasta qué punto realmente satisfacen la demanda de los usuarios, o si se les están entregando servicios de calidad, o que tan eficientemente son en la producción de los servicios y en la administración de los recursos.

Desde el 2003, con la apertura del Hospital General Dr. Marcelino Vélez Santana, MARVESA, y posteriormente el Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” se inició la implementación de una forma diferente de organizar y gestionar los hospitales, denominada “Hospital del Futuro” que consiste en hacer operativos los fundamentos establecidos en 1997 por

11. Roberto Cerda T., Director de Planificación, Información y Conocimiento del Hospital General “Dr. Marcelino Vélez Santana” de República Dominicana.  
Juliana Fajardo G., Asesora Técnica Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch” de República Dominicana.

la Organización Mundial de la Salud, OMS, de lo que debía ser un “Hospital Promotor de la Salud”, pero sustentado en una “Gran Fortaleza Institucional” que es lo que lo convertirá en el Hospital del Futuro.

El concepto de Hospital del Futuro, introduce en el entorno hospitalario una cultura de trabajo basada en la estandarización, organización, en el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas, valoración y análisis de los resultados, no solo en términos de costo o eficacia de los procedimientos, sino en lo relativo a la mejoría y/o impacto en la prevención y cuidados de la salud y satisfacción de los usuarios.

### Experiencia o práctica innovadora

#### *Descripción general de la iniciativa*

De acuerdo a los planteamientos presentados en las “Cartas de Ottawa y Liubliana” un hospital promotor de salud debe:

- Promover la dignidad humana, igualdad, solidaridad y la ética profesional, reconociendo las diferencias en las necesidades, valores y culturas de diferentes grupos poblacionales.
- Estar orientado hacia el mejoramiento de la calidad, bienestar de los pacientes, de sus parientes y el personal, pro-

tección del medio ambiente y la realización del potencial para concentrarse en una institución de enseñanza.

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

En resumen, que el hospital puede y debe ser un centro de excelencia para el desarrollo de programas concretos enfocados a la mejoría de la calidad asistencial, las condiciones de trabajo, la satisfacción del personal y de los usuarios y la preservación del medio ambiente.

Es así como previo a la apertura del MARVESA, un equipo de técnicos dominicanos, deciden hacer operativa la propuesta de Hospital Promotor de la Salud, tomando en cuenta las características del sistema de salud dominicano, que en ese

entonces se encontraba inmerso en los procesos de cambio estructurales legales producto de la entrada en vigencia de la Ley General de Salud (42-01) y la Ley General de Seguridad Social (87-01).

De igual manera, se decide que el modelo de calidad a utilizar sería el modelo de Malcolm Baldrige por el enfoque integrado para la gestión del desempeño que el mismo ofrecía, así como por las herramientas que proporciona para el desarrollo del aprendizaje, las capacidades y la sostenibilidad de la organización

Con el marco teórico definido, se puso manos a la obra y se elaboraron las estrategias y acciones para la puesta en ejecución del modelo de hospital que se quería desarrollar y es así como se establecieron las líneas estratégicas transversales para el desarrollo del modelo; estas líneas son las siguientes:

- *Organización:* como plataforma de fortaleza institucional y apoyo de la sostenibilidad.
- *Estandarización:* como base de la calidad y en el interés de poseer parámetros pre-establecidos que permitan realizar los monitoreos y las evaluaciones de manera objetiva.
- *Planificación estratégica de desarrollo y producción:* para definir cuáles son las necesidades de nuestros usuarios,

establecer con qué recursos se cuenta y/o necesitamos para dar respuestas a los requerimientos, definir objetivos y metas, asignar responsabilidades y tomar decisiones oportunas.

- *Monitoreo y evaluación:* como mecanismo para la toma de decisiones objetivas, fundamentadas en el análisis de datos.
- *La participación real de la comunidad y los empleados:* lograr el empoderamiento de la comunidad de la institución y hacer partícipe a los trabajadores

#### **Estrategias y acciones desarrolladas para ejecutar los lineamientos del Hospital del Futuro**

Se inició concretizando el marco conceptual y horizonte a seguir de la institución, enfocada a dar respuestas a las necesidades de los usuarios, para lo cual se realizó:

- La definición de la Visión (Dónde queremos llegar), Misión (Acciones del día a día que nos permitirán alcanzar nuestra visión), los Fundamentos y Valores de la institución que deben estar presentes en cada servicio prestado por el personal de la institución.

- Determinación de la estructura orgánico-administrativa (Organigrama) horizontal de la institución, que permita tomar decisiones colegiadas (interrelación) por los mandos superiores e igual para los mandos medios y bajos de la institución, logrando la participación de todos los niveles pero enfocada a dar respuestas a las necesidades de los usuarios.

#### **Organización**

- Definición de todos los cargos que tendría la institución, se crearon los requerimientos técnicos, funciones y responsabilidades de cada cargo.
- Organización individual de cada departamento, servicio y unidad con la definición de la línea de mando (Organigrama), concepto de la unidad, cartera de servicio, cantidad de personal, derechos y deberes de los trabajadores.

#### **Estandarización y seguridad de la atención**

- Elaboración de los protocolos de actuación y de cada procedimiento realizado en las áreas clínicas, (tomando como base las informaciones producidas sobre Medicina Basada

en la Evidencia, MBE)<sup>12</sup> y en las áreas administrativas y servicios de apoyo como forma de garantizar la estandarización, calidad, seguridad de los usuarios, facilitar el cálculo de costos, efectuar evaluaciones objetivas de actuaciones en todas las áreas y sobre todo sentar las bases para crear verdaderas escuelas de formación.

- Creación del manual de procesos de la institución que permite sistematizar en un documento cómo se desarrollan los procesos generales más comunes del día a día de la institución y facilita la capacitación del personal, así como evaluar y mejorar objetivamente cada proceso para hacer continua y sostenible la homogeneidad de la institución, además permite que el usuario conozca los tiempos requeridos para cada actividad que demanda.
- Confección del manual de bioseguridad por cada área del hospital que permite vigilar el cumplimiento de las medidas necesarias que se deben realizar para la seguridad del trabajador y los usuarios.
- Desarrollo de planes de educación continua, ya que como

centro donde se practica la medicina moderna (incluidas la investigación y la docencia) es de suma importancia mantener actualizado al personal y así garantizar la seguridad y calidad de las atenciones, utilizando los más modernos recursos tecnológicos: Sistema informático clínico y financiero, unidad de videoconferencias, biblioteca virtual entre otros.

#### ***Planificación, monitoreo y evaluación***

- Elaboración del plan estratégico de desarrollo y de producción de la institución, que permite conocer las características sociodemográficas y de salud de la población (necesidades de la población), el entorno del mercado de las áreas de salud de la zona donde se instala el hospital, identificación de las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; conocer los recursos que contamos y/o necesitamos, establecimiento de los objetivos y metas de las principales variables de seguimiento en los aspectos de calidad, satisfacción, eficiencia, económicos y de producción del hospital.
- Establecimiento de indicadores y metas para el control de nómina, estancia promedio,

---

12. Las decisiones corresponden a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente.

porcentaje de ocupación, manejo de los recursos, cálculo de costos de los procedimientos, formas de compra, implementación de un sistema financiero, monitoreo y evaluación de las metas de producción, contención de costo, entre otras acciones.

- Implementación de planes de incentivos a todo el personal que labora en la institución, tomando como base variables como calidad, satisfacción de usuarios, desempeño técnico y producción.
- “Empoderando” los departamentos y sistemas de generación de datos e información, mediante la creación de la Dirección de Planificación y Conocimientos que incluye los departamentos de informática, estadística, epidemiología, monitoreo y evaluación, e investigaciones clínicas.

### ***Participación de la comunidad y los empleados***

- Realización de encuentros con líderes comunitarios y políticos para que comprendan y apoyen el concepto de

hospital que se desarrollaría en su comunidad.

- Creación de las gerencias de servicio social y de atención al usuario responsables del seguimiento continuo al cumplimiento de los derechos de los usuarios, garantizando la dignidad humana, igualdad, solidaridad y la ética profesional y vinculo directos con la participación comunitaria.
- Ambientación agradable de los espacios del hospital, rompiendo con la tradición de que los hospitales son lugares lúgubres, para de esta manera satisfacer algunas necesidades de los usuarios y trabajadores.
- Sistema de manejo de desechos hospitalarios, como forma de contribuir con la preservación del medio ambiente y el control de infecciones nosocomiales,<sup>13</sup> asimismo, realizamos intervenciones en la comunidad, relacionada a estos temas.
- Establecer vínculos fuertes con la comunidad a través del desarrollo de actividades, programas y ayudas sociales, entre las que se destacan jornadas médico-quirúrgicas, descuentos y exoneraciones, entre otras actividades.

A la fecha en nuestro país existen tres instituciones hospita-

---

13. Del latin *nosocomium*, hospital (de enfermos), es infección contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud.

rias funcionando con el modelo de “Hospital del Futuro”, las que son: Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, pionero en la implementación de la estrategia, Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch y el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, esta última inaugurada el 11 de agosto del 2010.

A continuación presentamos una breve explicación de las dos instituciones ganadoras de Medalla de Oro.

***Identificación de los aspectos innovadores de la propuesta***

En la República Dominicana los siguientes hitos representan aspectos innovadores:

- El desarrollo de planes formales de incentivos al personal en bases a cumplimiento de resultados establecidos.
  - Contratación del personal necesario para el desempeño de las tareas, no más del que se requiere.
  - El alto nivel de satisfacción de los usuarios en estas instituciones.
  - La rendición de cuentas, tanto a las autoridades, como a la comunidad.
  - La descentralización de la gestión eficiente de los recursos económicos y humanos de la institución.
  - Los resultados exitosos con este modelo obtenido en relación a la red tradicional de prestación de servicios de salud público en la República Dominicana.
  - Los bajos índices de mortalidad intrahospitalaria y de infecciones nosocomiales.
  - La forma como se concibió el modelo y la manera de implementarlo permite con mucha facilidad dar cumplimiento a los requerimientos de acreditación de cualquier sistema de calidad (ISO, FQM, CAF, otros) y/o habilitación (MISPA) para la prestación de servicios.
- La organización total de la institución.
  - La estandarización general y específica de todo lo que se realiza en el hospital.
  - La gestión de la institución en base a la planificación.
  - El seguimiento y cumplimiento de metas y los objetivos establecidos.
  - Contratación del personal en base a perfiles técnicos de los cargos.



- Las estrategias y las técnicas utilizadas para la implementación del modelo han demostrado ser adecuadas para el país y que es de fácil reproducción para incorporar el modelo a otras instituciones.
- *La Eficiencia:* obteniendo los mayores resultados con los recursos existentes.
- *La Tecnología:* utilizando tecnologías adecuadas y de seguridad.

### ¿Quiénes somos?

#### **Hospital General Regional Marcelino Vélez Santana, MARVESA**

Es una institución autónoma sin fines de lucro (Decreto del Poder Ejecutivo 148-02) de tercer nivel de atención en salud, está concebida como una empresa social, donde se obtienen beneficios sociales, los que van directamente a la comunidad y personal de salud de la institución.

#### **Fundamentos**

- *La Humanización:* garantizando un trato humano, digno y de respeto a los usuarios/as.
- *La Calidad:* logrando el máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología adecuada, tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución, de acuerdo con los valores sociales imperantes.

#### **Misión**

- “El HGR-DMVS es una institución sin fines de lucro que oferta servicios de salud con calidad, humanizados y eficientes, utilizando tecnología adecuada, donde las decisiones estén sustentadas en base al análisis de las informaciones”.

#### **Visión**

- Garantizar la asistencia de la salud como un bien social, brindando el mayor beneficio a los usuarios, manteniendo la calidad, humanización y eficiencia de los servicios ofertados utilizando tecnología adecuada, asegurando la autogestión del centro, contribuyendo con la mejoría de la calidad de vida de los/as miembros de la comunidad.

#### **Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch**

Es una institución descentralizada de salud del Estado, de tercer

nivel de atención en salud, dedicado a la atención de usuarios traumatizados y aquellos con patologías ortopédicas y quirúrgicas.

Es un centro de salud público que funciona con un modelo de organización enfocado en brindar servicios con calidad, oportunos y asequibles a toda la población, garantizando la sostenibilidad y el desarrollo de sus recursos humanos, así como la promoción del conocimiento científico a través de la docencia e investigación.

Es una institución descentralizada, perteneciente a la red pública de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

### **Misión**

- Es una institución de servicios de salud especializada, que brinda atenciones, con calidad y humanizadas, con énfasis en traumatología y cirugía, utilizando procesos asistenciales estandarizados e integrales, apoyados en la utilización eficiente de los recursos y el uso racional de tecnologías, promoviendo el constante desarrollo del conocimiento científico a través de la docencia e investigación.

### **Visión**

- Alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios

traumatológicos y quirúrgicos basados en la autogestión y la oferta de servicios de salud, oportunos, accesibles y de calidad, garantizando la sostenibilidad y el desarrollo de nuestros recursos humanos.

### **Valores**

- *Calidad:* trabajando para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios dentro de un proceso de mejora continua de todas nuestras actividades y procesos, garantizando la equidad en la atención, el uso de la tecnología y conocimientos actualizados en salud.
- *Humanidad:* promoviendo en nuestro personal la sensibilidad y devoción ante sus semejantes, para garantizar un trato digno y de respeto a nuestros usuarios.
- *Educación:* promoviendo las actividades educativas para facilitar la actualización, información e investigación de nuestro personal facilitándoles los recursos y herramientas necesarios para desarrollar intervenciones de promoción de la salud.
- *Responsabilidad social:* garantizando la excelencia en la entrega de servicios, con especial atención en las personas, para poder cumplir con

- nuestro compromiso social, económico y ambiental.
- *Trabajo en equipo:* implementando una serie de estrategias, procedimientos y metodologías para lograr nuestra meta, que es la satisfacción de los usuarios.
  - *Lealtad:* tenemos el firme compromiso de cumplir y defender el derecho de los usuarios a recibir atenciones de calidad.
  - *Honestidad:* actuando con verdad, justicia y coherencia, tomando las decisiones en base al análisis de datos.
  - *Integridad:* nuestro compromiso con la calidad es permanente y presente en cada una de nuestras intervenciones.
- La ineficiencia en el manejo de los recursos de las instituciones de salud.
  - La mala calidad de la atención.
  - El alto grado de insatisfacción de los usuarios.
  - La precaria capacidad técnica del personal de apoyo.
  - Los escasos recursos con que cuentan los centros de salud.
  - La centralización de los recursos económicos y humanos.
  - Los incentivos perversos.
  - Los presupuestos históricos que no obedecen a ningún criterio de gestión y resultados.

Este panorama crítico es el estímulo principal para el desarrollo de un nuevo concepto de organización y gestión hospitalaria, y es así como a partir del 2003, el 12 de enero se inaugura e inicia sus operaciones el Hospital General Regional “Dr. Marcelino Vélez Santana”, el que desde sus inicios y por los resultados obtenidos ha sido merecedor de innumerables reconocimientos nacionales e internacionales como son:

El hospital pionero en la implementación del modelo “Hospital del Futuro”, que ha sido utilizado por otras organizaciones del sector salud pública y privada en nuestro país.

## Antecedentes

### Hospital General Regional “Dr. Marcelino Vélez Santana”

Los antecedentes y justificación del desarrollo de la idea de un nuevo concepto de organización y gestión hospitalaria (El Hospital del Futuro), parte de la situación que caracteriza las instituciones prestadoras de servicios de salud y el sistema general de salud en la República Dominicana, el que se distingue por aspectos, como:

**Reconocimientos  
y participaciones del Hospital  
Dr. Marcelino Vélez Santana**

- Participación en representación de la República Dominicana en el “II Congreso Mundial de Calidad” Hacia la Excelencia en el Servicio Público. Colombia, Bogotá. Junio, 2010, y en la “XI Convención Iberoamericana de la Excelencia de la Gestión”. Colombia, Bogotá. Abril, 2009.
- El modelo Hospitalario del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, (El Hospital del Futuro) por sus éxitos, es tomado como “Modelo de Estudio” en la Especialización en Administración de Gerencia de Sistemas de la Calidad en la “Universidad Santo Tomás, de Colombia”.
- Medalla de Oro, en el 2007 Premio Nacional de Calidad que organiza el Ministerio de Administración Pública, MAP.
- Resolución del 2 de agosto del 2007 de la Cámara de Diputados, reconociendo el hospital como un modelo a seguir en la prestación de servicios de salud.
- Medalla de Plata, en el 2006 Premio Nacional de Calidad

que organiza el Ministerio de Administración Pública, MAP.

- En el 2004 el hospital fue seleccionado para ser presentado en el 5to. Forum EUROLAC, como una innovación en organización y gestión hospitalaria (Banco Mundial, BM, Organización Mundial de la Salud, OMS, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Banco Interamericano de Desarrollo, BID) Recife, Brasil.

**Hospital Traumatológico  
y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch”**

Con todo el marco teórico y la experiencia previa del equipo de técnicos en la implementación del modelo de “Hospital del Futuro” en otro centro de salud de nuestro país, (Hospital Dr. Marcelino Vélez), el Hospital Traumatológico y Quirúrgico “Prof. Juan Bosch”, abre sus puertas el 5 de septiembre del 2006.

En el interés de participar en el Premio Nacional de la Calidad y Reconocimiento a las Practicas Promisorias, en el 2008, se presenta la primera postulación al Premio Nacional de la Calidad, obteniendo “Medalla de Bronce”.

En el 2009, se presenta nuevamente la propuesta de postulación y fuimos merecedores de la “Medalla de Oro”. Esta- vez -fueron- identifica-

das algunas áreas de mejora, relacionadas principalmente con la identificación de los grupos de interés y con la implementación del Sistema de Carrera, basado en la Ley 41-08.

La utilización del CAF, nos permitió medir la efectividad del modelo de gestión que implementamos, al mismo tiempo a facilitar la comunicación y el intercambio de información con otras instituciones públicas y privadas no solo del sector salud.

A lo interno, se destaca un aumento de la autoestima del personal en relación a la institución en la que prestan servicios y una motivación y compromiso con el mantenimiento de los estándares de calidad y mejora de otros.

De igual manera, al participar en las actividades de *Benchmarking* organizadas por el MAP, hemos servido de ejemplo a otras instituciones, principalmente del sector salud, en relación a la importancia de contar con instituciones organizadas, con criterios de calidad definidos, con procesos estandarizados y sobre todo con usuarios satisfechos con los servicios de salud que se les brinda en instituciones pertenecientes a la red pública.

### ***Obstáculos durante el proceso de implementación de la iniciativa***

Al principio por tratarse de una propuesta de gestión basada en un

modelo diferente, nuevo, diseñado por técnicos dominicanos, se presentaron grandes resistencias del ministro y técnicos del Ministerio de Salud Pública que no concebían la idea de que la propuesta funcionara en el país, pero con el apoyo decidido del Presidente de la República se logró avanzar y establecer el primer hospital público con el modelo.

La resistencia al cambio del personal de salud, incluyendo algunas autoridades que no visualizan la importancia de introducir una cultura de calidad en la actividad hospitalaria, sin que esto implique necesariamente cambios en la función hospitalaria, sino más bien la adopción de prácticas y metodologías que se traducirán en bienestar para los usuarios, familiares y el propio personal, así como una mejora del medio ambiente y de las condiciones laborales.

La forzosa tarea para que se respeten los lineamientos establecidos y el cumplimiento de los estándares definidos.

### ***Factores críticos de éxito***

Al inicio el apoyo directo del Presidente de la República, lo que dio el espaldarazo político a la iniciativa, facilitando así la descentralización de los fondos económicos y la gestión de los recursos humanos.

Luego por el resultado y reconocimiento ganado por este modelo

las autoridades del Ministerio de Salud Pública de manera tímida inician el apoyo al modelo de gestión descentralizada, con el concepto del Hospital del Futuro.

- La visión, persistencia y capacidad técnica del personal profesional que inició con el desarrollo del modelo de organización del Hospital del Futuro.
- Apoyo de la Dirección Ejecutiva de los hospitales.
- Apoyo del personal operativo a una forma diferente de hacer las cosas dentro del sistema.
- Creación de una cultura de medición de indicadores y rendición de cuentas.
- Seguimiento y cumplimiento de las metas establecidas en

el Plan Estratégico por parte de las autoridades y gerentes.

- La toma de decisiones en base al análisis de las informaciones.

### **Resultados obtenidos**

Parte de los resultados que se presentan en este cuadro de mando de los hospitales que han implementado el modelo desde su inicio, es lo que demuestra el impacto que están teniendo estos hospitales en la salud de los ciudadanos, lo que se evidencia en los bajos niveles de mortalidad, el alto grado de satisfacción de los usuarios, la eficiencia en el uso de los recursos y la producción de estas instituciones, así como el desempeño técnico de su personal.

Estos resultados se han mantenido unos y mejorados otros desde el inicio de la operaciones.

**REPÚBLICA DOMINICANA**  
**HOSPITAL GENERAL REGIONAL**  
**“DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA”**

Indicadores	Metas 2009	Resultados obtenidos	Nivel Cumplimiento %
Total hospitalización	11.333	11.635	103.1
Total consultas hospital	217.998	192.223	88.2
Total emergencias	90.490	117.416	130.0
Indicadores de eficiencia			
Rendimiento de consulta externa	80%	85%	106.0
Tasa de ocupación hospitalaria	90%	97	108.0
Promedio de estadía	4.5 días	4	111.0
Presión de urgencias	30%	38%	74.0
% Desempeño técnico	90%	82%	91.0
Indicadores de calidad			
Tasa infección intrahospitalaria	5%	0.19%	196.3
Tasa mortalidad general	0.15%	0.10%	131.0
Tasa de mortalidad bruta	3.5%	3%	115.0
Tasa de mortalidad neta	1.50%	1.3%	116.0
Tasa de mortalidad materna directa	50 x 100.000 n.v.	96.7%	93.5
Tasa de mortalidad infantil	15 x 1000 n.v.	13.5	110.0
Indicadores de satisfacción de los usuarios			
% Satisfacción de los usuarios externos	90%	92%	102.0
% Satisfacción de los usuarios internos	80%	86%	107.5

*Fuente: Departamento de Admisión, Archivo y Estadísticas Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.*

**REPÚBLICA DOMINICANA**  
**HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO**  
**“PROF. JUAN BOSCH”**

Indicadores	Metas 2009	Resultados obtenidos	Nivel Cumplimiento %
Indicadores de eficiencia			
Tasa de ocupación hospitalaria	80%	72.6	90.7
Promedio de estadía	5 días	7.5	50.0
Presión de urgencias	12%	15.7%	69.3
Rendimiento de consulta externa	80%	74.5%	93.2
Tasa de utilización del quirófano procedimientos programados	80%	52.3%	65.4
% Cirugías programadas suspendidas	10%	13.7%	62.8
% Desempeño técnico	90%	80%	88.9
Indicadores de calidad			
Tasa mortalidad general hospitalaria	0.90%	0.29%	167.6
Tasa de mortalidad bruta intrahospitalaria	5.0%	3.6%	127.4
Tasa de mortalidad neta intrahospitalaria	3.50%	2.7%	123.4
Tasa infección intrahospitalaria	5%	0.26%	194.9
Indicadores satisfacción			
% Satisfacción de los usuarios externos (Satisfecho a Muy Satisfecho)	90%	79%	88.0
% Satisfacción de los usuarios internos	80%	82%	102.5
Indicadores de producción			
Total hospitalización	6.522	4.009	61.5
Total consultas hospital	53.501	37.703	70.5
Total emergencias	7.300	7.014	96.1
Total cirugías electivas programadas	1.978	2.044	103.3

*Fuente: Departamento de Admisión, Archivo y Estadísticas Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. “Juan Bosch”.*



## **Retos y desafíos institucionales**

### ***Aspectos de mejora continua para mantener la calidad en la gestión interna***

La organización es la base fundamental para el éxito de las instituciones. En estos tiempos en que el usuario tiene acceso a conocimientos e informaciones, demanda el cumplimiento de sus derechos, como conocedor que es del eje central de la atención en salud.

Esta organización debe contemplar estrategias de desarrollo de sistemas de calidad. En el caso de las instituciones de salud, la estandarización y el uso eficiente de los recursos y de las tecnologías, así como la medicina basada en evidencia contribuyen al interés de garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios.

El compromiso con la calidad no debe ser cosa de un día, ni de una persona, debe ser una actitud de todo el personal que trabaja en las instituciones. Para brindar servicios de calidad en el sector salud, es importante considerar los aspectos que percibe el usuario, (limpieza, señalización, accesibilidad) así como los que no percibe directamente pero que son determinantes de la calidad en el servicio (organización, procesos y protocolos estandarizados, equipamiento, entre otros).

Se debe definir y socializar con todo el personal de la institución estándares de calidad sencillos, que puedan ser medibles objetivamente con un abordaje humano, técnico y del medio, como lo propuso el maestro Avedis Donabedian, tomando en cuenta que cada institución de salud es diferente y que como empresa es una de las más complejas por el tipo de actividades que se desarrollan y los distintos grupos de profesionales que convergen en ella.

El gran reto consiste en que la calidad en las instituciones de salud, no se perciba como una actividad, sino como una manera diferente y nueva de trabajar, y que los directivos comprendan que se requiere de recursos humanos, materiales y financieros, pero sobre todo del liderazgo para apoyar al personal, creando un ambiente que fomente en el personal el interés por involucrarse en el logro de los objetivos y el cumplimiento de metas.

### ***Recomendaciones generales para poner en práctica la iniciativa en otras organizaciones***

- Romper con el paradigma de que los hospitales públicos no pueden brindar servicios de calidad, pues teniendo como base fundamental la organización y con la voluntad del personal, es posible brindar servicios de calidad que puedan

ser evaluados con cualquier metodología.

- Los indicadores de evaluación, deben ser adaptados a las necesidades del sistema de salud, de forma tal que se pueda crear un modelo nacional de buenas prácticas en el sector salud.
- Las instituciones deben diseñar, documentar, implantar, gestionar y mejorar permanentemente, una estructura organizativa, que integre actividades permanentes de mejora de calidad de acuerdo a los objetivos.
- Fomentar a lo interno de los hospitales actividades que impulsen la implementación de conductas de calidad entre to-

do el personal que se traduzcan en una práctica clínica asistencial excelente, segura, basada en lo que es mejor para el paciente, sus familiares y el hospital.

- Definir variables e indicadores que permitan medir periódicamente a todos los niveles de la organización (calidad, satisfacción, desempeño, eficiencia, costos, producción, etc.) como forma de cuantificar el comportamiento de las diferentes unidades de producción de servicios.
- Contar con sistemas de información diseñados de acuerdo a las características y necesidades de la institución que permitan tomar decisiones oportunas, en tiempo real ◇