• COMPENDIO •

BUENAS PRÁCTICAS GALARDONADAS

PBPSS-DIDA 2026

PREMIO A LAS

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD SOCIAL

DIDA

ORIENTA DEFIENDE

Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social

CONTENIDO

Renglón 1. Humanización de los servicios de salud

Centro Diagnóstico Especializado CEDISA....5
Farmacias GBC 7
Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora....9
Médico Express 12
Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)....14
Hospital Regional José María Cabral y Báez 16
Centro de Primer Nivel de Atención Antituberculoso Infantil....18

Renglón 2. Gestión de riesgos, detección y prevención de irregularidades

Centro Diagnóstico Especializado CEDISA....21
Médico Express 23
Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI) 25
Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos 27

Renglón 3. Gestión integral del paciente

Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos 30
Centro Diagnóstico Especializado CEDISA....32
Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)....35
Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora....37
Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI) 40

Renglón 4. Experiencia del usuario/afiliado

Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos 43
Médico Express 45
Alma Ata Centro de Imágenes y Diagnósticos 47
Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI) 49

Renglón 5. Protección financiera y acceso para poblaciones vulnerables

Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI) 52
Hospital Regional Ing. Luis L. Bogaert 54

Renglón 6. Promoción y prevención de salud

Administradora de Riesgo de Salud Dr. Yunen 57
Dispensario Médico Parroquial San Pablo Apóstol 59
Centro de Primer Nivel de Atención Antituberculoso Infantil....61

Propósito del compendio

Este compendio sistematiza las buenas prácticas que obtuvieron Sello de Oro, Plata o Bronce en la primera edición del PBPSS-DIDA. Su finalidad es facilitar que otras entidades conozcan en qué consisten las iniciativas, cómo fueron implementadas, qué resultados reportaron y cuáles de sus elementos pueden servir de referencia para adaptación o réplica en otros contextos.

Criterio editorial

Las fichas se elaboran a partir del expediente de postulación correspondiente a las buenas prácticas de las entidades participantes en el premio. Los resultados se presentan como reportados por la entidad y considerados en el proceso de evaluación. La identificación de elementos replicables no implica que una práctica pueda trasladarse de forma idéntica a otro contexto, ya que su adopción requiere valorar capacidades, recursos, población, procesos y condiciones institucionales. Las secciones "Ruta sugerida de implementación", "Recursos y condiciones mínimas" e "Indicadores sugeridos para seguimiento" son orientaciones de sistematización elaboradas a partir de los componentes documentados en cada práctica. Su finalidad es facilitar la adaptación y no sustituye el diseño técnico que cada entidad deba realizar según su propio contexto. En cada renglón, las prácticas se ordenan por sello (Oro, Plata y Bronce) y, dentro de un mismo sello, alfabéticamente por entidad; este orden no implica una jerarquía adicional.

Estructura de cada ficha

Necesidad o situación que aborda	Problema u oportunidad que motivó la práctica.
¿En qué consiste?	Descripción clara del modelo o solución.
Cómo se implementa	Componentes, actividades y mecanismos operativos.
Población y alcance	A quién beneficia y hasta dónde se aplica.
Resultados y evidencias	Resultados reportados y principales soportes.
Valor de la práctica	Aspectos diferenciadores que explican su utilidad.
Elementos replicables	Componentes que otras entidades podrían adaptar.
Ruta sugerida de implementación	Secuencia orientativa de pasos para adaptar y poner en marcha la práctica.
Recursos y condiciones mínimas	Capacidades, responsables y medios básicos que favorecen su implementación.
Indicadores sugeridos para seguimiento	Métricas básicas para monitorear la ejecución y sus resultados.
Consideraciones de adaptación	Condiciones que deben evaluarse antes de replicar.
Fundamento del reconocimiento	Síntesis de la valoración consignada por el Jurado.

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

1

Humanización de los servicios de salud

Prácticas que aseguran un trato digno, empático y centrado en la persona, mediante protocolos verificables con impacto en la experiencia del afiliado.

Centro Diagnóstico Especializado CEDISA

SELLO DE ORO

Modelo Institucional de Humanización Integral del Servicio Centrado en la Persona

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El crecimiento de CEDISA amplió el volumen de atención y los puntos de contacto con los afiliados. Aunque existían procesos estandarizados, la entidad identificó el riesgo de que la experiencia variara entre centros, turnos y colaboradores, y de que una atención muy técnica o administrativa redujera la percepción de cercanía, claridad y acompañamiento.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica integra la humanización como eje transversal del Sistema de Gestión de la Calidad y de la gestión del talento humano. No se limita al trato interpersonal: incorpora lineamientos de servicio, capacitación, medición de la experiencia, auditoría, gestión de quejas, estandarización de la orientación y reconocimiento del personal, buscando que la calidad técnica se traduzca en una experiencia coherente y centrada en la persona.

Cómo se implementa

- Formalización de principios de trato digno, comunicación clara y conductas esperadas en cada punto de contacto.
- Integración de la humanización al Sistema de Gestión de la Calidad, a auditorías internas, indicadores y revisión por la dirección.
- Programa estructurado de capacitación para personal administrativo, técnico, médico, call center y áreas de atención directa.
- Estandarización de protocolos de bienvenida, orientación, explicación de coberturas y requisitos, manejo de quejas y entrega de información.
- Medición continua mediante quioscos de satisfacción, análisis de quejas y sugerencias, seguimiento de tiempos y monitoreo del trato.
- Reconocimiento interno a colaboradores destacados por su servicio humanizado.

Población y alcance

Tiene alcance institucional y transversal. Abarca la red de centros de atención, procesos asistenciales, administrativos y de soporte, así como canales presenciales y no presenciales. Involucra a la Alta Dirección, Gestión Humana, Calidad, líderes operativos y personal de atención al usuario.

Resultados reportados y evidencias

- El anexo comparativo de satisfacción reporta un promedio de 83.61 para enero-junio de 2025 y 86.82 para julio-diciembre de 2025.
- La entidad reporta disminución en la recurrencia de quejas asociadas al trato o la comunicación, mayor uso de canales formales de retroalimentación y menor variabilidad entre centros.
- Se reporta mejora en indicadores vinculados con entrega de resultados y tiempos de atención, junto con una percepción más favorable del trato, orientación y acompañamiento.

- La práctica quedó integrada al plan anual de capacitación y al Sistema de Gestión de la Calidad, con seguimiento periódico.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Convierte la humanización en un componente gestionable y medible, no en una campaña aislada.
- Vincula cultura organizacional, calidad, talento humano y experiencia del afiliado.
- Busca homogeneizar la experiencia en una red con múltiples centros y puntos de contacto.
- Utiliza la voz del usuario y los indicadores como insumos de mejora continua.

Elementos potencialmente replicables

- Diagnosticar puntos críticos de interacción y brechas de experiencia.
- Formalizar estándares de trato y comunicación dentro del sistema de calidad o mecanismo equivalente.
- Incorporar la humanización a inducción, capacitación y evaluación del desempeño.
- Establecer medición periódica de satisfacción, quejas y tiempos de respuesta.
- Aplicar un ciclo de mejora continua: diagnóstico, implementación, seguimiento y ajuste.

Ruta sugerida de implementación

- Identificar los principales puntos de contacto con el afiliado y levantar una línea de base de satisfacción, quejas y tiempos en procesos críticos.
- Definir y formalizar estándares institucionales de trato digno, comunicación clara, orientación y atención centrada en la persona.
- Integrar esos estándares al sistema de calidad, los procedimientos, la inducción, la capacitación y la evaluación del desempeño.
- Implementar mecanismos regulares de escucha y medición, con responsables para analizar hallazgos y definir acciones de mejora.
- Revisar periódicamente los resultados y ajustar procesos mediante un ciclo de mejora continua.

Recursos y condiciones mínimas

- Respaldo de la alta dirección y coordinación entre Calidad, Gestión Humana y áreas operativas.
- Protocolos o lineamientos de servicio, contenidos de capacitación y responsables de seguimiento.
- Mecanismos básicos para medir satisfacción, registrar quejas y monitorear tiempos o puntos críticos.
- Recursos ordinarios para capacitación, seguimiento y mejora de procesos.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Nivel de satisfacción del usuario y su evolución en el tiempo.
- Número o tasa de quejas relacionadas con trato, comunicación u orientación.
- Porcentaje de colaboradores capacitados en humanización y servicio.
- Cumplimiento de estándares de servicio verificado mediante auditorías o revisiones internas.
- Tiempos de respuesta en los puntos de contacto priorizados.

Consideraciones para su adaptación

- Requiere respaldo explícito de la dirección y responsables claros de calidad y gestión humana.
- Los estándares deben adaptarse al tipo de PSS y a sus puntos de contacto con el afiliado.
- La medición debe usar indicadores comparables en el tiempo para verificar mejoras y evitar depender solo de percepciones.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al considerar que la práctica evidencia un modelo institucional estructurado, orientado a fortalecer la atención centrada en la persona, el trato digno y la calidad del servicio, contribuyendo a una experiencia más humana y cercana.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Farmacias GBC

SELLO DE ORO

Calidad y Servicio

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

La postulación identifica como principales puntos de fricción la lentitud, las filas, fallas en delivery, debilidades en servicio al cliente y limitaciones de los canales digitales. En una farmacia, estas situaciones afectan especialmente a personas que acuden en condiciones de enfermedad, urgencia, movilidad reducida o cuidado familiar.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica articula un conjunto amplio de acciones para reducir el esfuerzo del afiliado a lo largo de su experiencia: capacitación del personal, accesibilidad física, atención preferencial, simplificación de flujos de seguros, escucha y retroalimentación, canales digitales, compras remotas, delivery y medidas de apoyo económico.

Cómo se implementa

- Capacitaciones e inducciones sobre seguros médicos, ARS, liderazgo y supervisión del servicio.
- Adecuaciones de accesibilidad, asientos, parqueos y atención preferencial para personas vulnerables.
- Comunicación anticipada de cambios operativos y uso de redes sociales como canal de escucha.
- Código QR para quejas y sugerencias y mecanismos de retroalimentación.
- Cupones aplicables al copago y acciones de apoyo económico en fechas específicas.
- Compra remota, aplicación móvil, WhatsApp con chatbot y servicio de delivery.
- Caja exclusiva para seguros médicos y sistema de turnos con ticket para ordenar el flujo de atención.
- Gestión de disponibilidad y traslado de medicamentos entre sucursales, junto con formación práctica mediante Academia GBC.

Población y alcance

La práctica se dirige a afiliados y usuarios de las sucursales de Farmacias GBC y contempla interacciones físicas, administrativas y digitales. Pone énfasis en personas con movilidad reducida, adultos mayores, usuarios de seguros médicos y personas que necesitan gestionar medicamentos sin desplazarse.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta reducción de quejas relacionadas con lentitud, mal servicio y canales digitales, así como mejoras en satisfacción y eficiencia operativa.
- La postulación documenta la existencia de múltiples mecanismos concretos de accesibilidad, ordenamiento de filas, canales digitales, delivery, escucha y capacitación.
- El expediente incorpora evidencia visual y descriptiva de intervenciones como el código QR de retroalimentación, cupones, aplicación móvil, compra remota, sistema de turnos, caja para seguros, WhatsApp con chatbot y otras mejoras operativas.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Aborda la experiencia del afiliado como un recorrido completo, desde el acceso físico hasta la compra, validación del seguro, comunicación y entrega.
- Combina mejoras de servicio, accesibilidad, digitalización y apoyo económico.

- Incluye soluciones de bajo costo replicables, como atención preferencial, turnos, QR de retroalimentación y comunicación anticipada.
- Reconoce que la humanización también implica reducir desplazamientos, esperas y fricciones administrativas.

Elementos potencialmente replicables

- Mapear los principales puntos de fricción del usuario y priorizar acciones por impacto.
- Crear un flujo diferenciado para trámites de seguros cuando estos generen congestión.
- Implementar turnos organizados, atención preferencial y canales de retroalimentación visibles.
- Desarrollar alternativas de compra remota y comunicación digital.
- Capacitar al personal en seguros, orientación y servicio al afiliado.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear los principales puntos de fricción del afiliado en el acceso físico, la validación de seguros, la espera, la disponibilidad de medicamentos y los canales digitales.
- Priorizar intervenciones según frecuencia del problema, impacto en usuarios vulnerables y factibilidad operativa.
- Capacitar al personal en seguros, orientación, trato preferencial y manejo de situaciones de servicio.
- Adecuar los flujos presenciales y, según capacidad, habilitar soluciones de compra remota, comunicación digital y entrega.
- Instalar mecanismos visibles de retroalimentación y revisar periódicamente quejas, tiempos y uso de canales para ajustar el servicio.

Recursos y condiciones mínimas

- Responsable operativo o de experiencia del usuario que coordine las mejoras entre sucursales.
- Personal capacitado en seguros médicos, servicio al afiliado y atención a personas vulnerables.
- Condiciones básicas de accesibilidad y organización del flujo de atención, ajustadas al espacio disponible.
- Canales de comunicación y retroalimentación, presenciales o digitales, y capacidad logística para las soluciones remotas que se decida implementar.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Tiempo promedio de espera y atención, especialmente en trámites de seguros.
- Número o tasa de quejas por lentitud, trato, canales digitales o delivery.
- Nivel de satisfacción del usuario.
- Uso y resolución de solicitudes a través de canales remotos o digitales.
- Cumplimiento de tiempos de entrega o de traslado de medicamentos entre sucursales, cuando aplique.

Consideraciones para su adaptación

- Cada farmacia debe seleccionar las intervenciones según volumen, espacio físico, perfil de usuarios y capacidades digitales.
- Las medidas económicas y de copago deben ajustarse al marco contractual y comercial aplicable.
- Para medir resultados conviene definir indicadores previos y posteriores de espera, quejas, uso de canales y satisfacción.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro por identificar acciones orientadas a la mejora continua de la calidad del servicio farmacéutico, con énfasis en atención al usuario, orientación oportuna y satisfacción de los afiliados.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

SELLO DE ORO

Hospital del Futuro: Innovación, Humanización y Resultados Medibles en la Gestión Integral del Paciente

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El hospital identificó la necesidad de combinar la estandarización y eficiencia propias de una institución de alta complejidad con una experiencia de atención más humana, clara y centrada en la persona. El expediente plantea que la organización hospitalaria, la tecnología y el control de resultados debían traducirse en menor fricción para el usuario, mejor acceso a la información, respeto de sus derechos, acompañamiento y continuidad durante todo el proceso de atención.

¿En qué consiste la práctica?

“Hospital del Futuro” es un modelo institucional que coloca al usuario como “Centro del Universo Hospitalario” e integra humanización, innovación tecnológica, estandarización de procesos y medición de resultados. La práctica no se limita a digitalizar servicios: articula protocolos de trato, derechos del paciente, orientación, gestión de turnos, acceso a información clínica, apoyo social, capacitación del personal y seguimiento continuo de la experiencia.

Cómo se implementa

- Formalización de principios de trato digno, comunicación comprensible, respeto, privacidad, consentimiento informado, oportunidad de la atención y participación del paciente y su familia en las decisiones que le corresponden.
- Organización de los puntos de contacto mediante personal de Atención al Usuario, orientación en áreas de servicio, acompañamiento familiar según el tipo de atención y apoyo del Departamento de Servicio Social en situaciones socioeconómicas o de vulnerabilidad.
- Uso de herramientas tecnológicas para ordenar y simplificar la experiencia, entre ellas sistemas de gestión hospitalaria, turnos, admisión, imágenes y laboratorio, con disponibilidad más oportuna de información y resultados.
- Medición sistemática de la satisfacción en consulta externa, emergencia, hospitalización, imágenes y laboratorio, junto con registro de quejas, felicitaciones, sugerencias y tiempos de respuesta.
- Capacitación e inducción del personal en humanización, trato al usuario, comunicación, valores institucionales y responsabilidades vinculadas con la atención centrada en la persona.
- Funcionamiento de comités de calidad, bioseguridad, bioética, infecciones, mejora continua y otras instancias que apoyan la seguridad, el análisis de riesgos y la revisión periódica de los procesos.
- Medidas de continuidad y resiliencia, incluyendo mantenimiento preventivo, respaldo de información y coordinación operativa para reducir interrupciones que puedan trasladarse al paciente.

Población y alcance

La práctica tiene alcance institucional y se aplica a pacientes, afiliados y familiares que utilizan los servicios del hospital, incluyendo consulta externa, emergencia, hospitalización, cirugía, imágenes diagnósticas y laboratorio. Involucra tanto áreas clínicas como administrativas y de

apoyo, por lo que la humanización se plantea como una responsabilidad transversal y no como una función exclusiva de Atención al Usuario.

Resultados reportados y evidencias

- El expediente reporta 1,377 encuestas de satisfacción en 2025, de las cuales 1,376 correspondieron a usuarios satisfechos, con un promedio general informado de 99.95 % y resultados por atributos cercanos al 100 %.
- El área de Atención al Usuario registró 6 quejas, 33 felicitaciones y 7 sugerencias durante el período mostrado, con un tiempo promedio de resolución de 3 días.
- La entidad reporta 655 referencias y 108 contrarreferencias gestionadas, utilizadas como evidencia de continuidad asistencial y articulación con la red de servicios.
- La postulación señala mejoras en la organización de turnos, la disponibilidad de resultados diagnósticos y la percepción de tiempos de espera; estas mejoras se describen en el expediente, aunque no se presentan series comparativas completas para todos los tiempos.
- La práctica se documenta mediante encuestas de satisfacción, indicadores institucionales, manuales, protocolos, reportes de producción, mecanismos de gestión de quejas y evidencias de capacitación y funcionamiento de comités.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra humanización e innovación tecnológica dentro de un mismo modelo de gestión, evitando tratar ambos componentes como iniciativas separadas.
- Convierte principios como dignidad, privacidad, información, acompañamiento y participación del paciente en procesos y responsabilidades operativas.
- Utiliza satisfacción, quejas, tiempos y otros indicadores como insumos para revisar la experiencia y orientar la mejora continua.
- Reconoce que la experiencia del paciente depende tanto del acto clínico como de la organización de turnos, el acceso a resultados, la orientación y la respuesta administrativa.
- Extiende la atención centrada en la persona a familiares y usuarios en condiciones de vulnerabilidad mediante mecanismos de acompañamiento y apoyo social.

Elementos potencialmente replicables

- Definir explícitamente un modelo de atención centrado en la persona y traducirlo en estándares verificables de trato, comunicación, privacidad y orientación.
- Mapear los principales puntos de contacto del usuario y asignar responsables para información, acompañamiento y resolución de incidencias.
- Implementar mecanismos de turnos y acceso a resultados que reduzcan desplazamientos, incertidumbre y esperas, ajustados a la capacidad tecnológica de cada entidad.
- Aplicar encuestas de satisfacción de forma periódica y vincular sus resultados con quejas, sugerencias, tiempos de respuesta y planes de mejora.
- Incorporar contenidos de humanización a la inducción, reinducción y capacitación continua del personal.
- Utilizar comités o instancias equivalentes para integrar calidad, seguridad, riesgos y experiencia del usuario.

Ruta sugerida de implementación

- Levantar el recorrido del paciente y una línea de base de satisfacción, quejas, tiempos y dificultades de información en los puntos de contacto prioritarios.
- Definir estándares institucionales de trato digno, comunicación, privacidad, consentimiento, acompañamiento y participación del paciente, con responsables por proceso.

- Priorizar las intervenciones operativas que reduzcan mayor esfuerzo al usuario, comenzando por organización de turnos, orientación y acceso oportuno a información y resultados.
- Fortalecer Atención al Usuario y los mecanismos de apoyo social o acompañamiento que correspondan al perfil de la población atendida.
- Capacitar al personal y asegurar que los estándares se integren a procedimientos, inducción y supervisión cotidiana.
- Establecer un tablero básico de experiencia y revisar periódicamente los resultados para acordar acciones correctivas y de mejora.

Recursos y condiciones mínimas

- Respaldo de la alta dirección y coordinación entre áreas clínicas, administrativas, Atención al Usuario, Calidad, Recursos Humanos y soporte tecnológico.
- Protocolos, manuales y lineamientos que definan derechos, estándares de servicio, responsabilidades y mecanismos de escalamiento.
- Personal capacitado para orientar, gestionar incidencias y acompañar a pacientes y familiares en los principales puntos de contacto.
- Herramientas de información, turnos o comunicación acordes con la capacidad institucional, con mantenimiento y respaldo suficientes para sostener su funcionamiento.
- Mecanismos para medir satisfacción, registrar quejas y sugerencias, monitorear tiempos y dar seguimiento a acciones de mejora.
- Recursos ordinarios para capacitación, mantenimiento de sistemas, adecuación de procesos y revisión continua del modelo.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Nivel de satisfacción general y por atributos de servicio, manteniendo instrumentos comparables en el tiempo.
- Número o tasa de quejas, felicitaciones y sugerencias, junto con el tiempo promedio de respuesta o resolución.
- Tiempo promedio de espera o atención en los puntos de contacto priorizados, como admisión, consulta, turnos o entrega de resultados.
- Porcentaje de colaboradores capacitados o reentrenados en humanización, comunicación y derechos del paciente.
- Cumplimiento de estándares de privacidad, consentimiento informado, identificación y orientación verificado mediante auditorías o revisiones internas.
- Porcentaje de resultados diagnósticos entregados dentro del tiempo institucional definido y proporción disponible mediante canales digitales cuando aplique.
- Número de referencias y contrarreferencias gestionadas y proporción con seguimiento completado cuando la entidad disponga de ese dato.

Consideraciones para su adaptación

- La humanización no debe confundirse con la sola incorporación de tecnología; las herramientas digitales deben resolver necesidades concretas del usuario y estar acompañadas de estándares de trato y comunicación.
- Cada PSS debe seleccionar los componentes tecnológicos según su nivel de complejidad, presupuesto e infraestructura, sin asumir que necesita replicar la misma arquitectura de sistemas.
- La integración de información clínica y administrativa requiere controles de privacidad, seguridad y acceso acordes con la normativa y las responsabilidades institucionales.
- Los niveles altos de satisfacción deben interpretarse junto con quejas, tiempos, eventos de seguridad y otros indicadores para evitar conclusiones basadas en una sola fuente.

- Las medidas de acompañamiento y participación familiar deben adaptarse a las condiciones clínicas, de bioseguridad y privacidad de cada servicio.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado reconoció con Sello de Oro esta buena práctica por integrar innovación, humanización y medición de resultados en la gestión hospitalaria, aportando a un modelo de atención más eficiente, seguro y centrado en el paciente. Adicionalmente, recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por integrar estos componentes dentro de un modelo de gestión orientado a la calidad, la eficiencia y la mejora continua.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Médico Express

SELLO DE ORO

Humanización de los Servicios de Salud

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

La práctica parte de brechas observadas en el sector salud relacionadas con comunicación, trato impersonal, falta de información clara y percepción de irrespeto o deshumanización. Médico Express también considera los retos de una población diversa y del turismo de salud, que exige sensibilidad cultural, comunicación efectiva y acompañamiento.

¿En qué consiste la práctica?

Médico Express estructura la humanización mediante un Modelo de Atención Centrado en la Persona, articulado con seguridad del paciente, cultura organizacional, escucha activa, formación del personal y atención intercultural. El modelo se apoya en políticas, manuales y procedimientos institucionales y se aplica desde la preapertura del centro.

Cómo se implementa

- Gobernanza institucional del modelo con participación de Presidencia, vicepresidencias, enfermería, calidad, servicios ambulatorios, áreas médicas y administrativas.
- Política de Atención Centrada en la Persona y documentos vinculados a atención digna, seguridad, acompañamiento espiritual y escucha del usuario.
- Plan continuo de formación para personal administrativo, asistencial, mandos medios y dirección, con módulos de humanización, derechos, seguridad, liderazgo y atención intercultural.
- Múltiples canales de escucha: buzones, redes sociales, correo, teléfono, WhatsApp y encuestas de seguimiento.
- Medición de la experiencia mediante NPS y análisis periódico de resultados.
- Acciones comunitarias y talleres de RCP como extensión del enfoque centrado en la persona y la comunidad.

Población y alcance

Abarca todas las áreas y niveles del centro, desde administración hasta atención directa. Incluye pacientes, familias, colaboradores, usuarios locales e internacionales y actividades comunitarias vinculadas con prevención y educación en salud.

Resultados reportados y evidencias

- El plan de formación reporta cobertura institucional superior a 290 colaboradores y niveles de cumplimiento de 93 % a 100 % en varios programas, incluyendo humanización, seguridad, liderazgo y atención intercultural.
- Para 2024, el NPS reportado se mantuvo por encima de la meta institucional de 50, con un promedio anual de 67.
- En 2025, 9 de los 10 meses evaluados estuvieron por encima de la meta institucional; la entidad reporta una tendencia de mejora progresiva tras una caída puntual.
- La práctica incorpora medición continua, escucha del usuario y acciones correctivas como parte de la mejora de la experiencia.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Articula humanización, seguridad del paciente y experiencia del afiliado dentro de un mismo modelo institucional.
- Incorpora de forma explícita la atención intercultural y la diversidad de usuarios.
- Combina capacitación amplia del personal con medición objetiva de experiencia mediante NPS.
- Integra escucha multicanal y participación del paciente como mecanismo de mejora.

Elementos potencialmente replicables

- Definir una política institucional de atención centrada en la persona y vincularla con seguridad del paciente.
- Crear un plan anual de formación con metas de cobertura y cumplimiento.
- Habilitar canales múltiples de escucha y un indicador periódico de experiencia.
- Incorporar protocolos de atención intercultural cuando exista diversidad relevante de usuarios.
- Vincular resultados de experiencia con acciones correctivas y mejora continua.

Ruta sugerida de implementación

- Definir una política institucional de atención centrada en la persona y establecer la gobernanza responsable de su aplicación.
- Vincular la humanización con seguridad del paciente, derechos, comunicación y cultura organizacional mediante documentos y procedimientos claros.
- Diseñar un plan continuo de formación con metas de cobertura para los distintos niveles de la organización.
- Habilitar canales de escucha y seleccionar un indicador periódico de experiencia, como NPS u otra métrica apropiada.
- Analizar resultados de manera regular, documentar oportunidades y vincularlas con acciones correctivas y de mejora continua.

Recursos y condiciones mínimas

- Compromiso del liderazgo y coordinación entre Calidad, Seguridad del Paciente, Gestión Humana y áreas asistenciales y administrativas.
- Políticas y procedimientos que traduzcan los principios de atención centrada en la persona a conductas y procesos observables.
- Plan de formación, facilitadores o aliados formativos y mecanismos para registrar cobertura y cumplimiento.
- Canales de escucha del usuario y capacidad para medir, analizar y dar seguimiento a la experiencia.
- Recursos de orientación o comunicación intercultural cuando el perfil de usuarios lo requiera.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- NPS o indicador equivalente de experiencia, medido con una metodología estable en el tiempo.
- Porcentaje de colaboradores capacitados y nivel de cumplimiento del plan de formación.
- Número o tasa de quejas relacionadas con trato, comunicación, información o respeto de derechos.
- Porcentaje de oportunidades de mejora identificadas por canales de escucha que reciben respuesta o acción documentada.
- Cumplimiento de protocolos de atención centrada en la persona e interculturalidad, cuando corresponda.

Consideraciones para su adaptación

- El indicador de experiencia debe definirse con una meta institucional y una metodología consistente en el tiempo.

- Las medidas de atención intercultural deben responder al perfil real de usuarios y a los recursos disponibles para traducción, orientación y capacitación.
- El modelo requiere alineación entre liderazgo, calidad, áreas clínicas y administrativas para evitar que la humanización se limite a una actividad formativa.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro por considerar que la práctica evidencia acciones orientadas al trato digno, la atención oportuna y la mejora de la experiencia del usuario, alineadas con los principios de humanización de los servicios de salud.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)

SELLO DE PLATA

Atención Centrada en la Persona

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El HOMS identificó brechas recurrentes vinculadas con comunicación e información al paciente y su familia, sobrecarga emocional de cuidadores, barreras de accesibilidad e inclusión y riesgo de deshumanización asociado al alto volumen y a la complejidad asistencial.

¿En qué consiste la práctica?

Es un modelo institucional de atención centrada en la persona integrado a la operación cotidiana del hospital. Se despliega mediante subprogramas, protocolos, responsables y mecanismos de seguimiento que articulan la escucha del paciente, la comunicación empática, el cuidado en situaciones de vulnerabilidad, el acompañamiento integral, las redes comunitarias, la accesibilidad y rutas de humanización.

Cómo se implementa

- Análisis sistemático de opiniones, visitas estructuradas, Comité de Experiencia del Paciente y programa “Tu Opinión nos Importa”.
- Manuales institucionales de información, trato y comunicación, incluyendo lineamientos para malas noticias y lenguaje claro.
- Grupos focales y acompañamiento en cronicidad, maternidad, enfermedades catastróficas y final de vida.
- Programa Cuidando al Cuidador, apoyo psicosocial y seguimiento de casos especiales después del egreso.
- Operativos y jornadas comunitarias con educación, referencia y seguimiento.
- Ayudas técnicas, acompañamiento a personas vulnerables y capacitación en lenguaje inclusivo y lengua de señas.
- Asignación de recursos humanos y financieros propios y monitoreo continuo de los subprogramas.

Población y alcance

El modelo se aplica a todos los pacientes, familias, acompañantes y colaboradores del hospital, desde el ingreso hasta el egreso, e incluye atención ambulatoria, hospitalización, emergencias, áreas críticas, servicios diagnósticos y actividades extrahospitalarias relacionadas con el acompañamiento.

Resultados reportados y evidencias

- Opera mediante 7 subprogramas integrados al modelo institucional.
- Se realiza análisis sistemático y mensual de la opinión del paciente y grupos focales periódicos en ámbitos comunitarios, maternidad y cronicidad.
- La entidad reporta mejora sostenida en la percepción de trato humano y acompañamiento, mayor participación del paciente y su entorno y menos tensiones derivadas de desinformación.
- El expediente documenta reportes mensuales de experiencia, visitas estructuradas, actas de grupos focales, informes de actividades, registros de Trabajo Social y Psicología y tableros internos.

- La Ruta de Humanización del caso de cuatrillizos muestra aplicación coordinada del modelo con atención clínica, acompañamiento emocional, intervención social y seguimiento post egreso.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra dimensiones clínicas, emocionales, familiares, sociales y comunitarias dentro de un mismo modelo.
- Usa la voz del paciente como insumo formal de gestión y no solo como respuesta a quejas.
- Cuenta con gobernanza, manuales, responsables, periodicidad y presupuesto regular.
- Permite adaptar subprogramas a situaciones de alta vulnerabilidad y complejidad.

Elementos potencialmente replicables

- Crear un comité o instancia de experiencia del paciente con revisión periódica de hallazgos.
- Estructurar la humanización en subprogramas con objetivos, responsables, actividades y periodicidad.
- Estandarizar comunicación, información y trato mediante manuales y protocolos.
- Incorporar acompañamiento a cuidadores y familias y rutas para situaciones de vulnerabilidad.
- Usar indicadores y mecanismos de escucha para retroalimentar la gestión.

Ruta sugerida de implementación

- Designar una instancia o responsable de experiencia del paciente y establecer una rutina de revisión de hallazgos.
- Identificar las principales brechas de comunicación, acompañamiento, accesibilidad y vulnerabilidad en la población atendida.
- Priorizar uno o varios subprogramas según las necesidades y capacidades de la institución, sin requerir desplegar todo el modelo desde el inicio.
- Formalizar protocolos, responsables y rutas interdisciplinarias para los componentes seleccionados.
- Implementar mecanismos de escucha, seguimiento e indicadores y ampliar progresivamente el modelo según los resultados.

Recursos y condiciones mínimas

- Instancia de coordinación con participación de experiencia del paciente o calidad y de las áreas clínicas y administrativas pertinentes.
- Protocolos, manuales o rutas de actuación para comunicación, acompañamiento y atención de situaciones de vulnerabilidad.
- Personal capacitado y capacidad de articulación con Psicología, Trabajo Social u otros apoyos cuando los subprogramas lo requieran.
- Mecanismos de escucha y seguimiento, junto con recursos presupuestarios acordes con los componentes que se decida implementar.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Periodicidad de análisis de la opinión y experiencia del paciente.
- Número o proporción de hallazgos priorizados que generan acciones de mejora y seguimiento.
- Nivel de satisfacción o percepción de trato, comunicación y acompañamiento.
- Cobertura de los subprogramas seleccionados en la población objetivo.
- Porcentaje de colaboradores capacitados en los componentes de humanización aplicables.

Consideraciones para su adaptación

- La cantidad y alcance de los subprogramas deben ajustarse al tamaño y complejidad de cada institución.
- Es necesario definir qué áreas asumirán la coordinación clínica, psicológica, social y de experiencia.

- La sostenibilidad mejora cuando los recursos se incorporan al presupuesto ordinario y no dependen de acciones aisladas.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Plata al reconocer una práctica orientada a fortalecer la atención digna, empática y centrada en las necesidades de los usuarios, contribuyendo a una experiencia de servicio más humanizada.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital Regional José María Cabral y Báez	SELLO DE PLATA

Humanizar para Cuidar: Modelo Integral de Atención Digna y Centrada en la Persona

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud	PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

En un hospital público de alta complejidad y elevada demanda, se identificaron tiempos de espera prolongados, comunicación insuficiente, percepciones de trato impersonal, ansiedad durante la espera y limitada participación del afiliado y su familia. Aunque existía compromiso del personal, faltaba un modelo institucional estructurado que estandarizara la humanización y permitiera medirla y mejorarla de manera sostenida.

¿En qué consiste la práctica?

“Humanizar para Cuidar” es un modelo transversal de atención digna y centrada en la persona que integra procesos clínicos, administrativos y de apoyo. Articula protocolos verificables de bienvenida y orientación, comunicación empática, identificación visible del personal, consentimiento informado comprensible, capacitación continua, adecuación progresiva de espacios y mecanismos de escucha activa y retroalimentación.

Cómo se implementa

- Diagnóstico inicial mediante el análisis de quejas, sugerencias y encuestas de satisfacción para identificar brechas de trato, comunicación y orientación.
- Estandarización de protocolos de bienvenida, orientación, comunicación empática, identificación del personal y consentimiento informado comprensible.
- Programa institucional de capacitación y sensibilización en ciclos trimestrales para fortalecer competencias comunicacionales, actitudinales y éticas.
- Mejoras progresivas en áreas de espera, señalización y condiciones que favorecen privacidad, seguridad y respeto del paciente.
- Mecanismos de escucha activa mediante buzones de sugerencias, encuestas de satisfacción, atención directa al usuario y política de puertas abiertas.
- Seguimiento periódico de indicadores y uso de la retroalimentación para ajustar procesos y sostener la mejora continua.

Población y alcance

El modelo se aplica de manera transversal en un hospital regional de alta complejidad, incluyendo emergencia, hospitalización, consulta externa, cirugía y servicios diagnósticos y ambulatorios. Beneficia a pacientes y familiares y compromete al personal médico, de enfermería, administrativo, de apoyo, Trabajo Social, Psicología, Atención al Usuario y los equipos directivos.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta una disminución aproximada del 45 % en las quejas relacionadas con trato y comunicación.

- Un total de 660 colaboradores participó en procesos de capacitación en humanización y atención centrada en la persona.
- Los servicios evaluados registraron niveles de satisfacción superiores al 85 %, y el 100 % de los usuarios encuestados manifestó que recomendaría el hospital.
- La postulación incorpora encuestas de satisfacción, registros de quejas y sugerencias, testimonios, evidencias de capacitación y documentación de las acciones implementadas.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Convierte la humanización en un modelo institucional y no en actividades aisladas.
- Integra la dimensión humana con los procesos clínicos, administrativos y de apoyo de un hospital de alta complejidad.
- Combina protocolos, formación del personal, adecuación del entorno, escucha del usuario e indicadores de seguimiento.
- Reconoce que la experiencia del paciente depende tanto de la calidad técnica como de la comunicación, el respeto, la orientación y el acompañamiento.

Elementos potencialmente replicables

- Diagnóstico periódico de brechas de experiencia mediante quejas, sugerencias y encuestas.
- Protocolos institucionales de bienvenida, orientación y comunicación empática.
- Consentimiento informado explicado en lenguaje comprensible y con verificación de comprensión.
- Programa continuo de capacitación y sensibilización del personal.
- Mecanismos formales de escucha y retroalimentación vinculados a acciones de mejora.
- Indicadores de satisfacción, quejas, formación y cumplimiento de estándares de humanización.

Ruta sugerida de implementación

- Levantar una línea de base de la experiencia del usuario e identificar los puntos de contacto con mayores brechas.
- Designar liderazgo y responsables institucionales para conducir la estrategia de humanización.
- Definir y documentar estándares de trato, orientación, comunicación y participación del paciente.
- Capacitar progresivamente al personal clínico, administrativo y de apoyo.
- Adecuar los mecanismos de orientación, señalización y escucha según las necesidades detectadas.
- Medir resultados de manera periódica y utilizar los hallazgos para sostener ciclos de mejora continua.

Recursos y condiciones mínimas

- Respaldo visible de la alta dirección y coordinación entre áreas clínicas, administrativas y de apoyo.
- Personal responsable de calidad, atención al usuario, capacitación y seguimiento de indicadores.
- Capacidad para desarrollar formación interna y actualizar protocolos de servicio.
- Canales de quejas, sugerencias y medición de satisfacción con mecanismos de análisis y respuesta.
- Recursos de comunicación, señalización y adecuación del entorno según las brechas priorizadas.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Índice de satisfacción del usuario y porcentaje de usuarios que recomendarían el establecimiento.
- Número o tasa de quejas vinculadas con trato, comunicación y orientación.
- Porcentaje de colaboradores capacitados en humanización y atención centrada en la persona.
- Cumplimiento de protocolos de bienvenida, orientación, identificación y consentimiento informado.
- Tiempo de respuesta y porcentaje de oportunidades de mejora derivadas de la retroalimentación que reciben seguimiento.

Consideraciones para su adaptación

- Los protocolos deben ajustarse al nivel de complejidad, volumen de atención y perfil de usuarios de cada establecimiento.
- La humanización no debe reducirse a infraestructura o actividades puntuales; requiere cambios de cultura, procesos y comportamiento sostenidos en el tiempo.
- Las mediciones de satisfacción deben interpretarse junto con quejas, tiempos de espera y otros datos de experiencia para evitar conclusiones aisladas.
- Las adecuaciones físicas y tecnológicas pueden implementarse de manera gradual, priorizando primero las barreras que más afectan dignidad, orientación y acceso.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Plata por reconocer avances hacia un modelo institucional de atención humanizada, trato digno y mejora de la experiencia del paciente. También recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por su modelo de atención digna y centrada en la persona, con potencial para fortalecer la cultura de humanización hospitalaria.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Centro de Primer Nivel de Atención Antituberculoso Infantil

SELLO DE BRONCE

Manos que curan, corazones que acompañan

Categoría: Humanización de los Servicios de Salud

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

La entidad identificó que muchos usuarios acudían al centro con temor, ansiedad y desinformación, que existía una relación limitada entre el establecimiento y la comunidad y que la atención se concentraba principalmente en la consulta clínica. Esto reducía las oportunidades de acompañamiento emocional, educación y presencia preventiva en el territorio.

¿En qué consiste la práctica?

“Manos que curan, corazones que acompañan” amplía la humanización del primer nivel más allá de la consulta. Combina trato empático y orientación clara dentro del centro con educación, visitas domiciliarias, tamizajes y presencia activa del personal en la comunidad, bajo la idea de acompañar a la persona en sus dimensiones física, emocional y social.

Cómo se implementa

- Trato empático, respetuoso y cercano por parte del personal, acompañado de orientación clara y comprensible.
- Charlas educativas diarias para usuarios que asisten al centro.
- Visitas comunitarias programadas y visitas domiciliarias a pacientes.
- Tamizajes preventivos y acciones educativas dirigidas a mujeres, hombres, envejecientes, niños y adolescentes.
- Actividades lúdicas y educativas con niños y acciones de apoyo a adolescentes, incluyendo entrega de útiles escolares cuando existen aportes comunitarios.
- Participación del equipo completo del centro —personal clínico, administrativo, promoción, conserjería y seguridad— en las actividades de humanización.
- Articulación con comercios y vecinos de la comunidad para apoyar actividades educativas y comunitarias.

Población y alcance

La práctica se desarrolla tanto dentro del centro como en la comunidad de influencia del CPN. Incluye usuarios del primer nivel, pacientes que requieren seguimiento domiciliario, mujeres, hombres, personas envejecientes, niños y adolescentes, con actividades sostenidas entre febrero de 2023 y octubre de 2025.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta mayor confianza de la comunidad en el centro de salud y fortalecimiento del vínculo centro–comunidad.
- Se informa incremento de la participación comunitaria en actividades preventivas y mejor adherencia a indicaciones médicas.
- La postulación reporta mayor satisfacción de los usuarios y un cambio en la percepción del centro, de un lugar asociado principalmente a enfermedad respiratoria a un espacio aliado del bienestar.

- El expediente documenta un cronograma de actividades entre febrero de 2023 y octubre de 2025, incluyendo charlas, visitas domiciliarias, tamizajes, jornadas educativas y actividades extramuros.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra la dimensión humana del cuidado con la atención del primer nivel y la presencia comunitaria.
- No depende de tecnología compleja: se apoya principalmente en organización, vocación de servicio y trabajo en equipo.
- Amplía la humanización desde el trato cordial hacia la educación, el acompañamiento y el compromiso social activo.
- Fortalece la confianza entre el establecimiento y la comunidad mediante contacto recurrente fuera de la consulta.

Elementos potencialmente replicables

- Incorporar estándares de trato empático y orientación clara en todos los puntos de contacto.
- Programar charlas educativas breves y regulares dentro del centro.
- Establecer visitas domiciliarias y comunitarias para grupos priorizados.
- Integrar al personal clínico y no clínico en una agenda común de humanización.
- Crear alianzas sencillas con actores comunitarios para apoyar acciones educativas y de bienestar.

Ruta sugerida de implementación

- Identificar las principales brechas de trato, información y acompañamiento percibidas por usuarios y comunidad.
- Definir compromisos básicos de atención humanizada y socializarlos con todo el personal del centro.
- Organizar un calendario mensual de educación, visitas domiciliarias y actividades comunitarias según prioridades locales.
- Asignar responsables y articular promotores, líderes comunitarios y otros apoyos disponibles.
- Registrar actividades, participación y situaciones identificadas y revisar periódicamente los resultados para ajustar el plan.

Recursos y condiciones mínimas

- Compromiso del equipo directivo y participación del personal clínico, administrativo y de apoyo.
- Promotores de salud o personal con funciones comunitarias para coordinar visitas y actividades extramuros.
- Materiales educativos básicos y herramientas sencillas para tamizajes preventivos, cuando correspondan.
- Coordinación con líderes, familias, comercios u organizaciones del entorno.
- Mecanismo sencillo de registro y seguimiento de actividades y usuarios priorizados.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de charlas, visitas domiciliarias, jornadas comunitarias y tamizajes realizados.
- Número de personas alcanzadas por grupo poblacional y tipo de actividad.
- Porcentaje de casos identificados que reciben orientación, referimiento o seguimiento.
- Nivel de satisfacción o percepción de trato y orientación de los usuarios.
- Participación de personal y actores comunitarios en las actividades programadas.

Consideraciones para su adaptación

- La agenda comunitaria debe responder a necesidades reales del territorio y a la capacidad operativa del centro.
- Las actividades extramuros no deben afectar la continuidad de los servicios regulares.
- Los tamizajes y visitas deben contar con rutas claras de orientación, referimiento y seguimiento.

- Las alianzas y donaciones comunitarias deben manejarse con criterios transparentes y sin convertirlas en requisito para sostener el modelo.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Bronce al valorar una práctica que promueve una atención más cercana, sensible y humanizada, orientada a fortalecer el trato digno, la empatía y el acompañamiento de los usuarios en el primer nivel de atención.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

2

Gestión de riesgos, detección y prevención de irregularidades

Controles que detectan y previenen irregularidades del PDSS, fortaleciendo la trazabilidad, la transparencia y la protecci
los derechos del afiliado sin convertir los mecanism
en barreras de acceso.

Centro Diagnóstico Especializado CEDISA

SELLO DE ORO

Sistema Institucional de Control Preventivo y Trazabilidad para la Gestión de Riesgos en Facturación

Categoría: Gestión de Riesgos, Detección y Prevención de Irregularidades

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El crecimiento de CEDISA, el alto volumen de atenciones y la interacción con múltiples ARS aumentan la complejidad de los procesos de autorización, facturación y conciliación. La entidad identificó la necesidad de fortalecer la trazabilidad desde la recepción del afiliado hasta la facturación final, reducir errores e inconsistencias y prevenir situaciones como cobros indebidos, duplicidades, uso incorrecto de códigos o aplicación inadecuada de coberturas y tarifas.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica establece un sistema institucional de control preventivo y trazabilidad para los procesos de facturación y cobro, integrado al Sistema de Gestión de la Calidad. Combina un Departamento de Control Interno, segregación de funciones, validaciones sucesivas, auditoría técnica documental previa a la facturación externa, control de tarifas, conciliación diaria de ingresos, seguimiento de glosas, registro de incidencias e indicadores para detectar y corregir desviaciones antes de que generen reprocesos, glosas o afectaciones al afiliado.

Cómo se implementa

- El Departamento de Control Interno coordina funciones preventivas, analíticas y correctivas y consolida reportes para la toma de decisiones y la mejora continua.
- La validación se organiza en varios niveles: revisión inicial por el Oficial de Servicios, supervisión de la Encargada del Centro de Atención y auditoría técnica documental del expediente antes de la facturación definitiva.
- Se verifica la correspondencia entre el estudio autorizado, el realizado y el facturado, junto con montos, coberturas, requisitos documentales, precios y tarifas vigentes.
- Se realizan conciliaciones diarias de ingresos, verificación de depósitos y cierres, así como seguimiento de cuentas por cobrar y diferencias detectadas.
- Las glosas, expedientes devueltos, estudios no facturados, estudios facturados no realizados, diferencias de caja y otros hallazgos se registran y analizan para identificar patrones y causas recurrentes.
- El modelo se complementa con auditorías departamentales, capacitación periódica, matrices de riesgos, registros de incidentes y no conformidades e indicadores que alimentan el ciclo de mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.

Población y alcance

La práctica aplica a todos los Centros de Atención de CEDISA y abarca facturación, cobros, auditoría de expedientes, control de ingresos, precios, tarifas y glosas. Involucra a Control Interno, Finanzas, Auditoría de Expedientes, responsables de los centros, Oficiales de Servicios, Facturación y Dirección General, y alcanza a los afiliados del SDSS atendidos por la institución al reforzar la consistencia y transparencia de los procesos administrativos vinculados con su atención.

Resultados reportados y evidencias

- En el comparativo 2024-2025 presentado por la entidad, los ingresos totales pasaron de RD$1,342,221,727.40 a RD$1,475,368,404.90, equivalente a un aumento aproximado de 9.9 %.
- En el mismo período, el monto total de glosas disminuyó de RD$4,405,164.69 a RD$2,481,427.94, una reducción aproximada de 43.7 %. La proporción de glosas sobre ingresos pasó de aproximadamente 0.33 % a 0.17 %.
- La entidad también reporta reducción de errores de facturación y reprocesos administrativos, así como mejoras en los tiempos de auditoría y cierre de expedientes; estos resultados se presentan sin una cuantificación adicional en el cuerpo de la postulación.
- El expediente identifica como soportes, entre otros, el comparativo de glosas 2024-2025, el procedimiento de facturación y cobro, matrices de riesgos e indicadores y registros de incidentes y no conformidades.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Desplaza la gestión de riesgos desde una respuesta reactiva a las glosas o devoluciones hacia controles preventivos aplicados antes de la facturación externa.
- Combina segregación de funciones y validación multinivel, reduciendo la dependencia de un único punto de revisión.
- Integra control documental, tarifario y financiero con seguimiento de glosas e incidencias, permitiendo analizar el proceso como un ciclo completo.
- Convierte los hallazgos de auditoría y facturación en información para ajustar procedimientos, capacitar al personal y fortalecer la mejora continua.

Elementos potencialmente replicables

- Mapear el flujo de facturación e identificar los puntos de mayor exposición a errores, inconsistencias o cobros improcedentes.
- Establecer validaciones escalonadas antes de la facturación definitiva y definir criterios mínimos de revisión documental, cobertura, tarifa y autorización.
- Separar responsabilidades de registro, supervisión, auditoría y conciliación de forma proporcional al tamaño de la entidad.
- Crear un registro estructurado de glosas, devoluciones e incidencias que permita clasificar causas recurrentes y orientar acciones preventivas.
- Incorporar indicadores de facturación, auditoría y cierres financieros a los mecanismos ordinarios de seguimiento y mejora institucional.

Ruta sugerida de implementación

- Levantar el flujo actual desde la recepción del afiliado hasta la conciliación de la factura e identificar riesgos y puntos de control existentes.
- Definir una matriz básica de riesgos y controles para documentación, autorizaciones, coberturas, tarifas, facturación, ingresos y glosas.
- Asignar responsables diferenciados para la validación inicial, supervisión y auditoría previa, documentando criterios de escalamiento y corrección.
- Implementar registros de incidencias, conciliaciones y glosas, junto con una rutina periódica de análisis de causas y retroalimentación a las áreas.
- Establecer indicadores de seguimiento, revisar resultados con la dirección y ajustar procedimientos y capacitación conforme a los hallazgos.

Recursos y condiciones mínimas

- Respaldo directivo y responsables definidos para control interno, auditoría, finanzas y facturación; en entidades pequeñas estas funciones pueden distribuirse sin necesidad de replicar la misma estructura organizativa.
- Procedimientos documentados y criterios uniformes para validación, facturación, conciliación, devolución y tratamiento de glosas.
- Acceso actualizado a tarifas, coberturas, autorizaciones y acuerdos aplicables con las ARS.
- Sistema de información o registros estructurados que permitan trazabilidad de expedientes, incidencias, glosas y cierres.
- Capacidad para capacitar al personal, analizar resultados y aplicar acciones correctivas y preventivas de manera continua.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Monto y tasa de glosas sobre el total facturado o sobre los ingresos, manteniendo una definición estable para comparaciones en el tiempo.
- Porcentaje de expedientes devueltos o que requieren corrección antes de la facturación definitiva.
- Número o tasa de inconsistencias detectadas y corregidas en las validaciones previas.
- Tiempo promedio de auditoría y cierre de expedientes.
- Número de diferencias detectadas en cierres o conciliaciones y proporción resuelta dentro del plazo institucional.
- Distribución de causas de glosas y reincidencia de los principales hallazgos después de las acciones de mejora.

Consideraciones para su adaptación

- La cantidad de niveles de control y la estructura responsable deben ajustarse al volumen, complejidad y capacidad de cada PSS; lo esencial es preservar la independencia suficiente entre registro y validación.
- Los controles administrativos no deben convertirse en barreras de acceso ni retrasar atenciones que requieran respuesta clínica oportuna.
- Las tarifas, coberturas y reglas de autorización requieren actualización permanente para evitar que el propio control se base en información desactualizada.
- Los resultados deben analizarse junto con el volumen de actividad y el monto facturado; una reducción de glosas debe interpretarse con denominadores comparables y no de forma aislada.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al reconocer la implementación de mecanismos institucionales de control, trazabilidad y prevención de riesgos en los procesos de facturación, contribuyendo a una gestión más transparente, ordenada y orientada a la protección del afiliado. Adicionalmente, la práctica recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por incorporar control preventivo y trazabilidad con valor para la prevención de irregularidades.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Médico Express

SELLO DE ORO

Gestión de Riesgos, Detección y Prevención de Irregularidades

Categoría: Gestión de Riesgos, Detección y Prevención de Irregularidades

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

Médico Express contaba con controles de facturación y codificación, pero identificó la oportunidad de integrarlos en un modelo más estructurado, preventivo y transversal. La necesidad central era reducir errores administrativos, detectar inconsistencias antes del envío a las ARS, evitar cobros indebidos y fortalecer la trazabilidad y la protección de los derechos del afiliado.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica integra controles clínico-administrativos, documentación, validación previa, análisis de glosas y reclamaciones y seguimiento de indicadores para prevenir irregularidades en la facturación de servicios. El modelo incorpora una Política de Transparencia, control del copago autorizado, separación de funciones, mecanismos de retroalimentación y participación del afiliado como fuente de alertas mediante peticiones, quejas y reclamaciones.

Cómo se implementa

- Verificación de identidad, elegibilidad y cobertura del afiliado desde el primer contacto.
- Registro clínico y administrativo oportuno, completo y trazable de los servicios prestados.
- Aplicación y revisión de códigos, tarifas, coberturas y autorizaciones conforme al PDSS y a la normativa vigente.
- Validación previa de la factura para comprobar coherencia entre atención, registro clínico, codificación, tarifas y autorizaciones.
- Separación de funciones entre quienes registran, validan y envían facturación.
- Registro y análisis de incidencias, glosas, devoluciones, reclamaciones y patrones recurrentes de error.
- Monitoreo de tiempos de espera del proceso de facturación para detectar riesgos operativos y oportunidades de mejora.
- Comunicación al afiliado sobre servicios, coberturas y copagos, junto con canales de retroalimentación.

Población y alcance

La práctica tiene alcance institucional y transversal en los servicios de Médico Express, incluyendo consulta externa, urgencias, imágenes diagnósticas, cirugía, gastroenterología y odontología. Involucra áreas clínicas, facturación, reclamaciones, calidad, atención al usuario, tecnología, personal administrativo y usuarios afiliados al SDSS.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta una reducción sostenida de errores de facturación durante el período octubre de 2024 a octubre de 2025.
- Se informa disminución de glosas y devoluciones de las ARS y mayor coherencia entre servicios prestados, documentación clínica y facturación.
- La práctica reporta fortalecimiento del control del copago y prevención de cobros que no correspondan a lo autorizado por las ARS.

- El expediente incorpora indicadores de codificación correcta, glosas y devoluciones, incidencias detectadas en validación previa, cumplimiento del copago autorizado y reclamaciones por cobros indebidos.
- El monitoreo de tiempos de facturación se utiliza para identificar demoras, aplicar acciones correctivas y reducir fricciones en el último punto de contacto con el afiliado.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Convierte controles dispersos de facturación en un sistema preventivo de gestión de riesgos.
- Integra protección del afiliado, transparencia y eficiencia operativa en un mismo modelo de control.
- Utiliza la voz del usuario y las reclamaciones como alertas tempranas, complementando los controles internos.
- Promueve corrección antes de que las inconsistencias generen glosas, conflictos o cobros improcedentes.

Elementos potencialmente replicables

- Documentar el flujo completo de facturación y definir puntos de control previos al envío.
- Separar funciones de registro, validación y remisión para reducir errores y conflictos de control.
- Implementar validaciones sistemáticas de cobertura, codificación, tarifa y copago.
- Crear un registro de incidencias y analizar causas recurrentes de glosas, devoluciones y reclamaciones.
- Incorporar indicadores de errores, glosas, cobros indebidos y tiempos de facturación en la gestión periódica.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear el proceso de facturación desde la identificación del afiliado hasta el envío de la cuenta y detectar puntos de mayor riesgo.
- Definir controles mínimos para elegibilidad, cobertura, codificación, tarifas, autorizaciones y copagos.
- Asignar responsabilidades diferenciadas y documentar el procedimiento de validación previa.
- Implementar un registro único de errores, glosas, devoluciones y reclamaciones con análisis de causa.
- Monitorear indicadores y tiempos, retroalimentar a las áreas responsables y actualizar controles según los hallazgos.

Recursos y condiciones mínimas

- Políticas y procedimientos documentados de facturación, transparencia y control interno.
- Personal de facturación, auditoría o calidad con responsabilidades claramente definidas.
- Acceso a información actualizada de coberturas, tarifas, autorizaciones y reglas de las ARS.
- Sistema de información o registros que permitan trazabilidad y análisis de incidencias.
- Canales accesibles de quejas y reclamaciones y capacidad para corregir desviaciones.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Porcentaje de facturas con codificación y documentación correcta en la validación previa.
- Tasa de glosas y devoluciones sobre el total facturado.
- Número de incidencias detectadas y corregidas antes del envío a la ARS.
- Porcentaje de facturas en las que el copago aplicado coincide con el autorizado.
- Número o tasa de reclamaciones asociadas a cobros indebidos o diferencias de facturación.
- Tiempo promedio de espera en el proceso de facturación por tipo de servicio.

Consideraciones para su adaptación

- Los controles deben ajustarse al tipo y complejidad de los servicios prestados y a los sistemas de información disponibles.

- La estandarización no debe convertirse en barrera de acceso ni retrasar atenciones urgentes.
- Las reglas de cobertura y copago requieren actualización continua para evitar errores derivados de información desactualizada.
- Los indicadores deben utilizarse para aprendizaje y mejora, no solo para identificar responsables de errores.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al considerar que la práctica evidencia un enfoque institucional para la identificación, prevención y gestión de riesgos administrativos, fortaleciendo los controles internos y la mejora continua de los procesos vinculados a la atención.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI)

SELLO DE PLATA

Implementación de Concurrencia Médica Diaria y Prefacturación Anticipada

Categoría: Gestión de Riesgos, Detección y Prevención de Irregularidades

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El proceso de facturación hospitalaria se concentraba principalmente al momento del egreso, cuando se validaban procedimientos, insumos y actos médicos. Esta lógica reactiva generaba carga administrativa, reprocesos, tensiones al alta y riesgo de inconsistencias, glosas y retrasos que afectaban la experiencia y la protección financiera del afiliado.

¿En qué consiste la práctica?

HEMMI implementó un modelo de concurrencia médica diaria que revisa el expediente y la atención mientras el paciente continúa hospitalizado y prepara progresivamente la cuenta mediante prefacturación. La práctica integra revisión clínica, auditoría y gestión administrativa para identificar inconsistencias y autorizaciones pendientes antes del egreso.

Cómo se implementa

- Revisión diaria de procedimientos médicos y quirúrgicos realizados a pacientes hospitalizados.
- Verificación anticipada de insumos utilizados, diagnósticos y actos médicos conforme a protocolos.
- Coordinación permanente entre equipos asistenciales, Auditoría Médica, Facturación, Admisión y Seguros.
- Gestión temprana de autorizaciones pendientes y corrección de inconsistencias clínico-administrativas.
- Preparación progresiva de la cuenta clínica mediante prefacturación durante la hospitalización.
- Monitoreo continuo de indicadores y retroalimentación entre las áreas involucradas.

Población y alcance

La práctica se aplica a pacientes hospitalizados y a los procesos clínicos y administrativos vinculados con su atención y egreso. Involucra de manera transversal a Dirección Médica, equipos asistenciales, Auditoría, Facturación, Admisión, Seguros y coordinación con las ARS.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta reducción del tiempo entre el alta médica y el cierre administrativo de la cuenta clínica.
- Se informa disminución de reprocesos y ajustes posteriores al egreso y mayor coherencia entre la atención clínica y la facturación generada.
- El expediente vincula la práctica con una mejora en la oportunidad del egreso administrativo y con menor carga de trámites finales para el afiliado y su familia.
- HEMMI reporta fortalecimiento del control interno y reducción del riesgo de glosas y controversias con las ARS.
- La práctica constituye uno de los componentes que sustentan la mejora del Indicador H-2 de tiempo de cierre de cuentas.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Traslada la verificación administrativa desde el final de la hospitalización hacia el curso de la atención.
- Integra clínica, auditoría y facturación en un flujo preventivo y no únicamente correctivo.
- Permite detectar y resolver inconsistencias antes de que se conviertan en retrasos, glosas o conflictos al egreso.
- Vincula eficiencia administrativa con experiencia y protección del afiliado.

Elementos potencialmente replicables

- Establecer revisión clínica-administrativa diaria de pacientes hospitalizados.
- Definir una ruta de prefacturación progresiva y validación de procedimientos e insumos.
- Crear mecanismos formales de coordinación entre equipos asistenciales, auditoría, facturación y seguros.
- Identificar autorizaciones pendientes durante la estancia y gestionarlas antes del alta.
- Monitorear tiempos de cierre, reprocesos y glosas para retroalimentar el proceso.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear el flujo actual de facturación hospitalaria y determinar en qué momento se concentran validaciones y reprocesos.
- Definir los elementos que deben revisarse diariamente y asignar responsables por área.
- Pilotear la concurrencia en una unidad o grupo de pacientes y establecer una rutina de coordinación interdepartamental.
- Introducir prefacturación progresiva y alertas para autorizaciones o inconsistencias pendientes.
- Medir tiempos, reprocesos, glosas y experiencia al egreso y ajustar antes de escalar el modelo.

Recursos y condiciones mínimas

- Liderazgo de Dirección Médica y coordinación efectiva con Auditoría, Facturación, Admisión y Seguros.
- Acceso oportuno a registros clínicos y administrativos durante la hospitalización.
- Roles, criterios de revisión y mecanismos de escalamiento claramente definidos.
- Capacidad para registrar hallazgos, autorizaciones pendientes y acciones correctivas.
- Indicadores de cierre administrativo y control de calidad de la facturación.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Tiempo promedio entre alta médica y cierre administrativo de cuenta.
- Porcentaje de cuentas con prefacturación completada antes del alta.
- Número de inconsistencias detectadas y corregidas durante la hospitalización.
- Tasa de reprocesos o ajustes posteriores al egreso.
- Tasa de glosas vinculadas a documentación, autorizaciones o facturación hospitalaria.
- Satisfacción del afiliado con el proceso de egreso administrativo.

Consideraciones para su adaptación

- El modelo debe adecuarse al volumen de hospitalización, complejidad clínica y capacidad de auditoría de cada institución.
- La revisión concurrente debe apoyar la continuidad del cuidado y no interferir con decisiones clínicas.
- Las responsabilidades entre áreas deben quedar documentadas para evitar duplicidad o vacíos de control.
- La prefacturación requiere información clínica y administrativa suficientemente actualizada durante la estancia.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Plata al valorar mecanismos de seguimiento, control y organización de procesos clínico-administrativos que contribuyen a la prevención de riesgos, la eficiencia operativa y una gestión más transparente.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos

SELLO DE BRONCE

Monitoreo y Análisis de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

Categoría: Gestión de Riesgos, Detección y Prevención de Irregularidades

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

La atención de pacientes con enfermedades crónicas, polifarmacia y exposición a medicamentos administrados por vía parenteral exige mecanismos capaces de detectar y gestionar oportunamente reacciones adversas a medicamentos (RAM). El CPNA identificó además la necesidad de fortalecer la notificación, evitar duplicidades en los registros y promover una cultura de seguridad que favoreciera el aprendizaje en lugar de una respuesta punitiva ante los eventos reportados.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica organiza la farmacovigilancia del centro mediante vigilancia activa, notificación estructurada de sospechas de RAM, validación de los reportes, análisis de causalidad, registro de la información y comunicación a las instancias correspondientes. El modelo incorpora controles clínicos y administrativos, una base de datos interna, documentación en el expediente del paciente, educación sobre uso seguro de medicamentos y seguimiento de los casos que requieren referencia a otro nivel de atención.

Cómo se implementa

- El profesional de salud que identifica una sospecha de RAM completa el formulario físico de notificación y comunica el evento al personal responsable del análisis y monitoreo.
- El personal de monitoreo revisa diariamente la ocurrencia de eventos, verifica reportes del turno anterior, contrasta los datos para evitar duplicidades y valida que el formulario esté completo y correcto.
- La RAM se clasifica según su gravedad y se documentan el medicamento sospechoso, laboratorio, lote, fecha de caducidad, vía de administración, fecha de notificación y evolución del caso.
- El análisis incorpora la evaluación de la relación causa-efecto mediante el algoritmo de Naranjo y la elaboración de un resumen del caso.
- La información validada se incorpora a la base de datos interna, se comunica a las áreas de calidad y farmacia y se tramita al Ministerio de Salud Pública por las vías establecidas por la entidad.
- La sospecha de RAM se registra en la historia clínica digital y en el expediente físico; los casos graves pueden activar referimiento a un nivel de mayor complejidad, con integración posterior de la contrarreferencia.
- El modelo se acompaña de sensibilización al personal y orientación a los usuarios sobre automedicación y necesidad de comunicar reacciones atípicas posteriores al uso de medicamentos.

Población y alcance

La práctica alcanza a los pacientes que reciben atención en el CPNA Lic. Wanda Cid Santos y al personal que participa en la prescripción, administración, dispensación, vigilancia y documentación de medicamentos. El expediente destaca como situaciones de especial atención la polifarmacia en pacientes crónicos, el uso de fármacos parenterales en Emergencias y los anticonceptivos trimestrales utilizados en Planificación Familiar.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta un uso más racional de los medicamentos y una disminución de la automedicación entre los pacientes atendidos.
- También reporta mejoras en el control de calidad y almacenamiento de medicamentos y en el control de expedientes y registros vinculados a la farmacovigilancia.
- La postulación señala una contribución a la reducción de gastos innecesarios mediante la prevención de riesgos y el uso más adecuado de los medicamentos; no presenta una cuantificación específica de este resultado.
- Como soportes operativos, el expediente documenta el formulario de notificación, la revisión diaria, la base de datos interna, el análisis de causalidad, el registro en SIPNA y expediente físico, y el proceso de comunicación de eventos a las instancias correspondientes.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra la detección clínica de una RAM con un circuito definido de notificación, validación, análisis, registro y seguimiento.
- Promueve un enfoque no punitivo que busca favorecer la notificación y convertir los eventos en oportunidades de aprendizaje y prevención.
- Incorpora análisis de causalidad y verificación de duplicidades, fortaleciendo la calidad de la información utilizada para la vigilancia.
- Vincula la farmacovigilancia con educación al paciente, gestión de expedientes, referencia de casos graves y coordinación entre calidad y farmacia.

Elementos potencialmente replicables

- Definir un formulario estandarizado para sospechas de RAM con los datos mínimos necesarios para su evaluación.
- Asignar responsables para recepción, validación y análisis de las notificaciones, aun cuando estas funciones sean asumidas por personal existente.
- Establecer una rutina de revisión diaria y un registro estructurado que permita detectar duplicidades y dar seguimiento a los casos.
- Aplicar un método documentado de evaluación de causalidad y criterios claros para clasificar la gravedad y escalar los eventos.
- Incorporar retroalimentación al personal y educación a los usuarios sobre uso seguro de medicamentos y reporte de reacciones adversas.

Ruta sugerida de implementación

- Definir el alcance del programa de farmacovigilancia, los tipos de eventos a reportar y los responsables de cada fase del proceso.
- Diseñar o adoptar el formulario de notificación y crear un registro único para consolidar las sospechas de RAM.

- Capacitar al personal asistencial y de farmacia en detección, notificación, documentación y enfoque no punitivo.
- Implementar la revisión y validación de los reportes, incluyendo evaluación de gravedad, causalidad y control de duplicidades.
- Establecer el canal de reporte a la autoridad correspondiente, analizar periódicamente los hallazgos y retroalimentar al personal con acciones preventivas y educativas.

Recursos y condiciones mínimas

- Responsable o equipo designado para monitoreo y análisis, con coordinación con farmacia, calidad y personal asistencial.
- Formulario de notificación y registro estructurado, en formato físico o digital, que permita trazabilidad de cada evento.
- Acceso a la historia clínica o expediente del paciente y a la información necesaria sobre los medicamentos administrados o dispensados.
- Criterios y herramientas para evaluar gravedad y causalidad, junto con procedimientos para referir los casos que requieran mayor complejidad.
- Capacitación continua y un entorno institucional que favorezca la notificación sin represalias, preservando la confidencialidad y la seguridad del paciente.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de sospechas de RAM notificadas por período y, cuando sea posible, tasa respecto de las administraciones o pacientes expuestos.
- Porcentaje de formularios completos y validados.
- Tiempo transcurrido entre la detección del evento, su validación y el reporte a la instancia correspondiente.
- Porcentaje de notificaciones duplicadas o devueltas por información incompleta.
- Distribución de RAM por gravedad, medicamento sospechoso y servicio de origen.
- Porcentaje de casos graves que reciben referimiento y seguimiento documentado, así como cobertura de capacitación del personal involucrado.

Consideraciones para su adaptación

- La práctica debe alinearse con la normativa y los canales oficiales de farmacovigilancia vigentes en cada institución y nivel de atención.
- Un aumento de notificaciones no debe interpretarse automáticamente como deterioro de la seguridad; puede reflejar una mayor cultura de reporte y detección.
- La notificación y el análisis administrativo no deben retrasar la atención clínica inmediata que requiera el paciente.
- Los registros deben proteger la confidencialidad de la información clínica y facilitar análisis de tendencias sin convertir el sistema en un mecanismo punitivo.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Bronce a esta buena práctica por incorporar mecanismos de monitoreo y análisis orientados a la seguridad del paciente, la identificación de riesgos asociados al uso de medicamentos y la mejora continua de la calidad de la atención.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

3

Gestión integral del paciente

Prácticas que aseguran una coordinación y continuidad de atención, mediante protocolos verificables con impacto en la experiencia del afiliado.

Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos

SELLO DE ORO

Seguimiento a los pacientes con referencia a otros centros

Categoría: Gestión Integral del Paciente **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

El centro identificó problemas de fragmentación de la atención, pérdida de información clínica, referimientos incompletos y discontinuidad del seguimiento, situaciones que podían generar duplicidad de estudios y barreras para acceder a servicios especializados. La necesidad era especialmente relevante para pacientes con enfermedades crónicas, embarazos de riesgo y otras condiciones de vulnerabilidad que requieren coordinación entre niveles de atención.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica establece un modelo de atención continua, organizada y documentada que acompaña al paciente desde el primer contacto hasta el seguimiento o la referencia a otro nivel. Integra flujo asistencial, historia clínica, organización del expediente, criterios de referencia, documentación clínica del referimiento y reintegración de la contrarreferencia al expediente para dar continuidad al plan terapéutico.

Cómo se implementa

- El flujo asistencial inicia con recepción y triaje, continúa con historia clínica integral, evaluación clínica y diagnóstica, plan terapéutico individualizado y seguimiento.
- El expediente se organiza de forma cronológica e integra historia clínica, notas de seguimiento, resultados de laboratorio, estudios diagnósticos, recetas, indicaciones y registros de referencia.
- Cuando el paciente necesita otro nivel de atención, el referimiento documenta el motivo clínico, un resumen de la historia relevante, antecedentes, evolución, pruebas realizadas, estudios diagnósticos y tratamientos instaurados.
- Para las pacientes embarazadas, la documentación de referencia incluye además carnet perinatal, clasificación de riesgo y plan de parto, según lo descrito por la entidad.
- Cada referencia incorpora una justificación clínica que especifica diagnóstico presuntivo o confirmado, evolución y criterios de riesgo que sustentan el envío.
- Cuando se recibe una contrarreferencia, la información se integra al expediente y se utiliza para continuar el seguimiento y el plan terapéutico indicado por el nivel especializado.

Población y alcance

La práctica beneficia a la población atendida por el CPNA y prioriza grupos que requieren mayor continuidad y coordinación: niños, niñas y adolescentes; mujeres embarazadas y puérperas; adultos mayores; pacientes con hipertensión, diabetes u otras comorbilidades; y personas con discapacidad o movilidad reducida. El componente reconocido se centra en el seguimiento de pacientes que deben ser referidos a otros centros.

Resultados reportados y evidencias

- La postulación reporta 140 pacientes referidos entre octubre de 2024 y octubre de 2025: 104 mujeres y 36 hombres.

- Por grupos de edad, el expediente registra 3 pacientes de 1 a 4 años, 7 de 5 a 14 años, 104 de 15 a 64 años y 26 mayores de 64 años.
- La entidad reporta mejora en la continuidad del cuidado, menor duplicidad de estudios, mayor seguridad clínica, mejor coordinación entre niveles de atención y mayor satisfacción de los usuarios; estos resultados se presentan de forma descriptiva, sin una medición comparativa específica para cada uno.
- El expediente aporta protocolos y registros de referencia, criterios para organizar la documentación clínica y evidencia del seguimiento de pacientes referidos durante el período evaluado.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Convierte el referimiento en un proceso documentado y no en un simple traslado del paciente a otro prestador.
- Establece información clínica mínima que acompaña al paciente, favoreciendo que el nivel receptor disponga de antecedentes, pruebas y tratamientos relevantes.
- Integra la contrarreferencia al expediente para que la atención especializada se conecte nuevamente con el seguimiento en el primer nivel.
- Combina continuidad clínica con organización documental, lo que puede reducir pérdidas de información y facilitar la coordinación entre niveles.

Elementos potencialmente replicables

- Formulario o formato de referencia con campos mínimos obligatorios y justificación clínica del referimiento.
- Criterios definidos para decidir cuándo referir y qué información debe acompañar al paciente.
- Registro o archivo de pacientes referidos que permita identificar su estado y necesidad de seguimiento.
- Mecanismo para incorporar la contrarreferencia y las indicaciones del nivel especializado al expediente del paciente.
- Organización cronológica de resultados, estudios, recetas y notas de seguimiento para facilitar la continuidad del cuidado.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear el proceso actual de referencia y localizar los puntos donde se pierde información o se interrumpe el seguimiento.
- Definir los criterios clínicos de referencia y los datos mínimos que deberá contener cada documento enviado al nivel receptor.
- Crear un registro de pacientes referidos con responsable de actualización y campos para destino, motivo, fecha y estado del seguimiento.
- Establecer una rutina para recibir, registrar e integrar las contrarreferencias y reactivar el seguimiento en el primer nivel.
- Revisar periódicamente los casos sin respuesta o sin contrarreferencia y utilizar los hallazgos para mejorar la coordinación con los centros receptores.

Recursos y condiciones mínimas

- Protocolos clínicos y administrativos de referencia y contrarreferencia adaptados a la capacidad resolutiva del centro.
- Expediente clínico organizado y accesible para el personal autorizado, en formato físico, digital o mixto.

- Personal responsable de documentar la referencia, actualizar el registro y dar seguimiento al retorno de la información.
- Relación funcional con los centros de mayor complejidad a los que se refiere con mayor frecuencia y canales de comunicación disponibles.
- Capacidad para revisar periódicamente los casos y corregir brechas de documentación o seguimiento.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de pacientes referidos por período, servicio, motivo y centro de destino.
- Porcentaje de referimientos que contienen todos los campos clínicos y documentales definidos por el protocolo.
- Porcentaje de pacientes referidos con contrarreferencia recibida e incorporada al expediente.
- Tiempo promedio entre la referencia y la recepción de información del nivel especializado, cuando el proceso permita medirlo.
- Porcentaje de pacientes referidos con seguimiento posterior documentado en el primer nivel.
- Número de estudios repetidos por ausencia de información previa o de incidentes atribuibles a fallas de continuidad, cuando puedan identificarse de forma verificable.

Consideraciones para su adaptación

- El modelo depende de la capacidad real de coordinación con los prestadores receptores; la PSS de origen no controla por sí sola la emisión de la contrarreferencia.
- Los formularios deben ser suficientemente completos para apoyar la continuidad, pero evitar cargas documentales que retrasen referimientos urgentes.
- Las responsabilidades sobre seguimiento, archivo y contacto con el paciente deben quedar claramente asignadas.
- La evaluación del desempeño debe distinguir entre referimientos emitidos, contrarreferencias efectivamente recibidas y seguimiento clínico posterior para no asumir continuidad solo por haber generado una referencia.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro a esta buena práctica por evidenciar un seguimiento al paciente referido, contribuyendo a la continuidad de la atención, la coordinación de servicios y la reducción de barreras en el proceso asistencial.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Centro Diagnóstico Especializado CEDISA	SELLO DE ORO

Modelo Institucional de Continuidad Operativa y Protección del Afiliado ante Contingencias Tecnológicas PSS–ARS

Categoría: Gestión Integral del Paciente **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

La continuidad de la atención depende de procesos administrativos que utilizan conectividad, sistemas internos y plataformas de las ARS para validar cobertura, obtener autorizaciones y facturar. CEDISA identificó que una falla de internet, del sistema institucional o del portal de una ARS podía traducirse en demoras, reprocesos o reprogramaciones para el afiliado si cada centro respondía de manera improvisada y sin una ruta estandarizada.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica institucionaliza un Protocolo de Continuidad Operativa ante Interrupciones Tecnológicas PSS-ARS que permite mantener la atención mientras los procesos administrativos se gestionan mediante rutas alternas controladas. El modelo define escenarios de contingencia, responsabilidades, registros manuales, mecanismos alternos de validación, comunicación con el afiliado y la ARS, regularización posterior, trazabilidad documental y seguimiento, con criterios específicos para situaciones que requieren controles adicionales.

Cómo se implementa

- Se identifica el tipo de contingencia y se activa una ruta diferenciada para fallas de internet del centro, indisponibilidad del sistema interno de CEDISA o caída de la plataforma web de una ARS.
- Cuando no es posible utilizar los mecanismos habituales, el protocolo contempla formularios físicos, recibos manuales numerados y registros de respaldo que permiten documentar la atención y mantener trazabilidad.
- Ante fallas internas con conectividad disponible, la autorización puede gestionarse directamente en el portal de la ARS; ante indisponibilidad de la plataforma de la ARS, se aplica el procedimiento provisional documentado por CEDISA y se deja constancia para regularización posterior.
- Una vez restablecidos los sistemas, Facturación valida y regulariza autorizaciones y coberturas, genera la factura formal, concilia los soportes manuales y archiva la documentación correspondiente.
- El afiliado recibe información sobre la contingencia, el procedimiento aplicado y los pasos posteriores. Si la regularización identifica una diferencia pendiente, la entidad reporta que contacta al paciente para explicarla y gestionar la aclaración.
- Oficiales de Servicios, responsables de centros, Facturación, Finanzas, Sistemas, Call Center y Dirección Administrativa actúan con responsabilidades definidas y en coordinación con las ARS; la práctica se sostiene mediante capacitación y seguimiento institucional.

Población y alcance

La práctica se aplica en todos los Centros de Atención de CEDISA y a los afiliados atendidos bajo el SDSS durante interrupciones tecnológicas temporales. Cubre principalmente autorización, cobro, documentación y comunicación al paciente. La postulación señala que determinados estudios de alto costo requieren validaciones específicas y pueden estar sujetos a excepciones o confirmaciones adicionales.

Resultados reportados y evidencias

- CEDISA reporta que el protocolo ha permitido mantener la continuidad del servicio durante contingencias tecnológicas y evitar que fallas ajenas al afiliado determinen automáticamente la suspensión o reprogramación de la atención.
- La entidad reporta reducción de reprocesos administrativos, reclamos, tiempos de espera e incidencias asociadas a autorizaciones no regularizadas o cobros incorrectos, aunque la postulación no presenta cifras específicas para cuantificar estas variaciones.
- Se reporta una coordinación más estructurada con las ARS a través de la regularización posterior y una mayor trazabilidad documental de los servicios prestados durante la contingencia.
- El expediente documenta el protocolo formal de contingencia, formularios y recibos manuales controlados, registros de incidencias, matrices de seguimiento, recursos de respaldo y acciones de capacitación que sustentan la operación del modelo.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Evita trasladar al afiliado, de forma automática, las consecuencias de una interrupción tecnológica que se origina en la PSS, la conectividad o la plataforma de la ARS.
- Integra la continuidad asistencial con la continuidad administrativa: la atención puede avanzar mientras la validación y facturación se gestionan bajo controles alternos.
- Define rutas distintas según el tipo de falla, reduciendo la improvisación y la discrecionalidad entre centros y colaboradores.
- Incluye la fase de cierre y regularización posterior, de modo que la contingencia no termina cuando vuelve el sistema, sino cuando la documentación, cobertura y facturación quedan conciliadas.

Elementos potencialmente replicables

- Clasificar los escenarios de falla tecnológica que pueden interrumpir autorizaciones, cobros, citas o facturación y definir una respuesta para cada uno.
- Disponer de formularios y registros alternos controlados, con numeración, custodia y reglas claras para su posterior incorporación al sistema.
- Asignar responsabilidades y mecanismos de escalamiento entre atención al usuario, facturación, sistemas, administración y coordinación con las ARS.
- Establecer una lista de verificación para regularizar cada transacción cuando se restablezcan los sistemas y confirmar que no queden autorizaciones, facturas o diferencias pendientes.
- Incorporar un protocolo de comunicación al afiliado que explique la contingencia y los pasos a seguir sin trasladarle la carga de resolver fallas internas o interinstitucionales.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear los procesos que dependen de conectividad, sistemas internos o plataformas externas e identificar qué servicios y decisiones se verían afectados por cada tipo de falla.
- Definir criterios de continuidad, priorización y excepción, incluyendo los casos que por su costo o complejidad requieren validaciones adicionales antes de continuar.
- Diseñar rutas alternas documentadas, formularios de respaldo, controles de numeración, custodia de información y procedimientos para autorización o cobro provisional cuando corresponda.
- Asignar responsables, capacitar al personal y realizar ejercicios o simulaciones para verificar que cada área conozca cómo activar, ejecutar y escalar el protocolo.
- Registrar cada contingencia, completar la regularización al restablecerse los sistemas y revisar periódicamente los incidentes e indicadores para actualizar el procedimiento.

Recursos y condiciones mínimas

- Personal capacitado de atención, facturación, centros, sistemas y administración, con responsables y niveles de decisión claramente definidos.

- Acceso a canales alternos de comunicación y, según capacidad, mecanismos de respaldo de conectividad, sistemas y almacenamiento seguro de información.
- Formularios físicos o equivalentes controlados, recibos numerados, registros de incidencias y archivos de respaldo que permitan reconstruir cada operación.
- Canales de coordinación con las ARS para confirmar coberturas, regularizar autorizaciones y conciliar posteriormente los servicios prestados.
- Capacidad de mantenimiento y soporte técnico, así como seguimiento administrativo posterior hasta el cierre de cada contingencia.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de contingencias tecnológicas por tipo, duración y centro de atención.
- Porcentaje de servicios afectados que pudieron mantenerse sin reprogramación atribuible a la contingencia tecnológica.
- Tiempo promedio entre la identificación de la falla y la activación de la ruta de contingencia.
- Porcentaje de autorizaciones, registros o facturas regularizados dentro del plazo definido después del restablecimiento de los sistemas.
- Número o tasa de quejas, reprocesos o incidencias de cobro asociadas a contingencias tecnológicas.
- Glosas o devoluciones vinculadas a servicios gestionados mediante el protocolo de contingencia.

Consideraciones para su adaptación

- Cada entidad debe validar sus rutas provisionales de autorización y cobro frente a la normativa vigente, sus contratos y los mecanismos acordados con las ARS; el esquema 80/20 descrito en la experiencia de CEDISA no debe asumirse como una regla universal de contingencia.
- Los servicios de alto costo o aquellos que requieren autorizaciones especiales deben contar con criterios de excepción y escalamiento claramente definidos.
- Los registros manuales deben incorporar controles de seguridad, confidencialidad, numeración, custodia y conciliación para evitar pérdidas de información o duplicidades.
- La tecnología de respaldo puede variar según el tamaño de la PSS; el componente esencial es disponer de una ruta documentada, responsables y capacidad de regularización verificable.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al valorar un modelo orientado a garantizar la continuidad del servicio y la protección del afiliado ante contingencias tecnológicas, fortaleciendo la coordinación entre prestador y aseguradora. Adicionalmente, la práctica recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por presentar una solución institucional diferenciadora para la continuidad de los servicios y la protección del afiliado.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)

SELLO DE ORO

Comité de Enlace

Categoría: Gestión Integral del Paciente **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

En un hospital de alta complejidad, la presión sobre emergencias, la programación quirúrgica y la disponibilidad limitada de camas pueden generar esperas, bloqueos y dificultades para coordinar ingresos, permanencia y egresos. El HOMS identificó la necesidad de contar con una instancia central que conectara las necesidades clínicas de los pacientes con la capacidad operativa real del hospital y facilitara decisiones oportunas, seguras y equitativas.

¿En qué consiste la práctica?

El Comité de Enlace es un mecanismo institucional de gobernanza clínica y operativa que articula admisión, enfermería, emergencias, bloque quirúrgico, experiencia del paciente y otras áreas para gestionar el flujo hospitalario. Utiliza información del censo, protocolos y criterios clínicos y éticos para coordinar ingresos, camas, altas, estancias prolongadas y seguimiento post egreso, procurando continuidad y oportunidad del cuidado.

Cómo se implementa

- Monitoreo diario del censo hospitalario, ocupación de camas, ingresos activos, altas previstas y estancias prolongadas mediante los sistemas de información disponibles.
- Reuniones operativas del Comité de Enlace, ajustadas a la presión asistencial, para coordinar ingresos, altas, movimientos internos y decisiones interdepartamentales.
- Intervención ante bloqueos de camas, sobreocupación o conflictos entre servicios, priorizando alternativas clínicas y logísticas seguras.
- Coordinación de ingresos programados y provenientes de emergencias conforme a disponibilidad real y criterios de gravedad y oportunidad.
- Revisión de estancias prolongadas para identificar y gestionar barreras clínicas, sociales o administrativas que retrasan el egreso.
- Planificación de altas, orientación al paciente y articulación del seguimiento post egreso cuando corresponde.
- Seguimiento de indicadores de ocupación, estancia, reingresos y cumplimiento de protocolos, con revisión continua de procesos.

Población y alcance

Tiene alcance institucional, transversal y permanente. Impacta los procesos de ingreso, hospitalización y egreso de pacientes programados, ambulatorios, de emergencia y quirúrgicos, e involucra emergencias, hospitalización, bloque quirúrgico, cuidados críticos, servicios diagnósticos, áreas administrativas y seguimiento post alta.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta reducción de tiempos de espera para asignación de camas y una mejor coordinación de ingresos y altas.
- Se reporta optimización de la rotación de camas y disminución de estancias prolongadas no justificadas clínicamente.

- La práctica reporta reducción de reingresos evitables postquirúrgicos e incremento del cumplimiento de protocolos de ingreso y egreso.
- El expediente documenta manuales y protocolos del Comité de Enlace, registros de Power BI, reportes de censo hospitalario, seguimiento postquirúrgico telefónico, estratificación de riesgo e informes ejecutivos de gestión de camas y flujo asistencial.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra en una misma instancia la visión clínica, operativa y de experiencia del paciente para tomar decisiones sobre el flujo hospitalario.
- Convierte el censo y los indicadores de capacidad en insumos cotidianos para anticipar saturaciones y priorizar respuestas.
- Fortalece la continuidad del cuidado al vincular ingreso, permanencia, alta y seguimiento post egreso.
- Opera con protocolos, roles definidos y recursos incorporados al funcionamiento ordinario del hospital.

Elementos potencialmente replicables

- Crear una instancia multidisciplinaria responsable de coordinar el flujo de pacientes.
- Monitorear de manera rutinaria ocupación, ingresos, altas previstas, estancias prolongadas y reingresos.
- Definir criterios de priorización y rutas de decisión para escenarios de saturación o bloqueo.
- Estandarizar los procesos de ingreso, egreso, referencia y contrarreferencia mediante protocolos.
- Vincular los indicadores de flujo con acciones de mejora y seguimiento por la dirección.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear el flujo actual del paciente desde el ingreso hasta el egreso e identificar los principales cuellos de botella.
- Designar un comité o equipo responsable, con representación clínica, enfermería, admisión, emergencias y gestión de camas.
- Definir los datos mínimos que se revisarán de forma diaria o periódica y establecer criterios de priorización y escalamiento.
- Formalizar protocolos para ingresos, altas, estancias prolongadas, bloqueos y seguimiento post egreso.
- Iniciar reuniones operativas con registro de decisiones y revisar periódicamente los indicadores para ajustar el modelo.

Recursos y condiciones mínimas

- Liderazgo clínico y operativo con capacidad para coordinar decisiones entre servicios.
- Equipo multidisciplinario y responsables definidos para admisión, enfermería, emergencias, experiencia del paciente y gestión de camas.
- Información actualizada sobre ocupación, ingresos, altas y estancias, disponible mediante sistema hospitalario, tablero u otro mecanismo confiable.
- Protocolos de ingreso, egreso, referencia, contrarreferencia y seguimiento, junto con espacios periódicos de coordinación.
- Recursos ordinarios para análisis de datos, documentación y seguimiento del proceso.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Tiempo promedio de espera para asignación de cama.
- Porcentaje de ocupación hospitalaria y rotación de camas.
- Estancia hospitalaria promedio y proporción de estancias prolongadas.
- Tasa de reingresos evitables, especialmente postquirúrgicos cuando aplique.
- Porcentaje de altas planificadas y cumplimiento de protocolos de ingreso y egreso.

- Número de bloqueos o situaciones críticas resueltas mediante la instancia de coordinación.

Consideraciones para su adaptación

- La composición y frecuencia de reunión del comité deben ajustarse al tamaño, complejidad y volumen asistencial de cada institución.
- Los criterios de priorización deben ser explícitos, clínicamente sustentados y conocidos por las áreas involucradas.
- La calidad del modelo depende de disponer de información oportuna y confiable sobre capacidad y flujo de pacientes.
- En instituciones con menor capacidad tecnológica, el seguimiento puede comenzar con registros estructurados simples antes de evolucionar a tableros digitales.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al considerar que el Comité de Enlace constituye un mecanismo institucional de articulación y coordinación que favorece la continuidad del cuidado, la gestión integral del paciente y una respuesta oportuna a sus necesidades.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital Universitario Docente Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

SELLO DE ORO

Modelo de Gestión Integral Centrado en el Paciente para la Garantía de Calidad, Seguridad y Sostenibilidad en la Seguridad Social

Categoría: Gestión Integral del Paciente **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

La atención en un hospital traumatológico de alta complejidad exige coordinar procesos clínicos, quirúrgicos, administrativos, diagnósticos, financieros y de soporte sin fragmentar la experiencia del paciente. El expediente identifica como necesidad institucional disponer de un modelo que articule esas dimensiones, mejore la continuidad, reduzca riesgos, fortalezca la trazabilidad y permita gestionar calidad, seguridad y recursos con información verificable.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica es un modelo integral de gestión hospitalaria centrado en el paciente que combina organización y gobernanza, protocolos estandarizados, equipos multidisciplinarios, sistemas de información, planificación, control de riesgos, seguimiento de indicadores y mecanismos de continuidad asistencial. El paciente funciona como eje articulador del recorrido, desde el ingreso y diagnóstico hasta la hospitalización, cirugía, egreso, referencia o contrarreferencia.

Cómo se implementa

- Definición de estructura organizativa, perfiles, funciones, líneas de mando, cartera de servicios y responsabilidades para facilitar coordinación y toma de decisiones.
- Estandarización de procesos clínicos, quirúrgicos, administrativos y financieros mediante manuales, protocolos, listas de verificación y procedimientos de apoyo.
- Planificación y monitoreo institucional mediante POA, metas de producción, indicadores de calidad, eficiencia y satisfacción, análisis periódico y retroalimentación a las áreas responsables.
- Integración de herramientas tecnológicas para gestión hospitalaria, recursos financieros, turnos, control de asistencia, admisión, imágenes y laboratorio, favoreciendo trazabilidad y disponibilidad de información.
- Trabajo coordinado de equipos médicos, enfermería, rehabilitación, apoyo diagnóstico, personal administrativo, Atención al Usuario y Servicio Social durante las distintas etapas de la atención.
- Gestión de riesgos mediante controles internos, análisis FODA, auditoría, vigilancia epidemiológica, control de infecciones, seguridad quirúrgica, comités institucionales y seguimiento de glosas.
- Mecanismos de continuidad y resiliencia, como planificación de mantenimiento, respaldos de información, unidad prequirúrgica, referencia y contrarreferencia y acciones para sostener los servicios ante contingencias.

Población y alcance

El modelo abarca la operación institucional y beneficia a pacientes afiliados y no afiliados atendidos en consulta, emergencia, hospitalización, cirugía, imágenes, laboratorio, hemodiálisis y rehabilitación, así como a sus familiares. Involucra a personal clínico, administrativo y de apoyo. Como referencia de escala, la postulación reporta más de 1.32 millones de servicios ofrecidos durante 2025, cifra que describe el volumen institucional sobre el cual opera el modelo y no un efecto atribuible por sí solo a la práctica.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta para 2025 una tasa de infecciones hospitalarias de 0.5 %, estancia promedio de 2.3 días, ocupación hospitalaria de 39.5 % y mortalidad general de 1.5 %, presentados como indicadores de calidad y eficiencia del período.
- La evaluación institucional del POA 2025 reporta un promedio general de ejecución de 96 %, utilizado por el hospital como evidencia del seguimiento de metas y resultados.
- En el reporte SISMAPP Salud incluido en la postulación se presentan resultados altos en varios indicadores institucionales, entre ellos 100 % en Autoevaluación CAF, 98 % en Carta Compromiso al Ciudadano, 100 % en Objeción de Glosas Médicas y Administrativas y 93 % en lineamientos de control interno.
- El expediente reporta 1,377 encuestas de satisfacción y un promedio general de 99.95 %, junto con 6 quejas, 33 felicitaciones, 7 sugerencias y un tiempo promedio de resolución de 3 días.
- En facturación, el informe consigna un monto auditado de RD$585,482,518.79 y glosas por RD$8,671,096.37 en 2025, equivalentes a 1.50 % del monto auditado; la postulación utiliza este dato como indicador de control y sostenibilidad financiera.
- La documentación incluye manuales, protocolos, reportes de indicadores, registros de comités, estadísticas de producción, resultados de satisfacción y evidencias de control de calidad y seguridad.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Articula calidad clínica, seguridad, sostenibilidad, experiencia del usuario y gestión administrativa dentro de un solo modelo de gobernanza.
- Utiliza información de producción, calidad, satisfacción, riesgos y facturación para apoyar decisiones y no únicamente para reporte posterior.
- Combina estandarización de procesos con equipos multidisciplinarios y mecanismos de coordinación que acompañan el recorrido del paciente.
- Integra la continuidad y resiliencia de los servicios como parte de la gestión del paciente, reduciendo la dependencia de respuestas improvisadas ante fallas o contingencias.
- Vincula el uso racional de recursos y el control financiero con la protección de la continuidad y calidad de la atención.

Elementos potencialmente replicables

- Diseñar un mapa institucional del recorrido del paciente e identificar responsables, puntos de coordinación, riesgos y datos requeridos en cada etapa.
- Estandarizar protocolos y listas de verificación para procesos clínicos y administrativos críticos.
- Crear un tablero integrado con indicadores de calidad, seguridad, oportunidad, experiencia, continuidad y sostenibilidad financiera.
- Formalizar comités o espacios de revisión interdisciplinaria para riesgos, calidad, infecciones, seguridad y mejora continua.
- Integrar progresivamente los sistemas de admisión, turnos, diagnóstico, facturación y seguimiento, evitando duplicidades de registro cuando la capacidad tecnológica lo permita.
- Estructurar mecanismos de referencia, contrarreferencia, planificación prequirúrgica y continuidad posterior al egreso según la cartera de servicios.

Ruta sugerida de implementación

- Diagnosticar el recorrido actual del paciente, las principales brechas de coordinación y los riesgos clínico-administrativos que afectan continuidad, seguridad o oportunidad.
- Definir la gobernanza del modelo, con responsabilidades claras de dirección, áreas clínicas, administración, calidad, información y atención al usuario.
- Priorizar y documentar los procesos críticos, estableciendo protocolos, listas de verificación, criterios de escalamiento e indicadores básicos.

- Consolidar fuentes de información y desarrollar un tablero común antes de incorporar nuevas herramientas tecnológicas de mayor complejidad.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación multidisciplinaria, referencia y continuidad, y capacitar al personal sobre los nuevos flujos.
- Revisar periódicamente resultados de calidad, seguridad, experiencia, productividad y sostenibilidad para ajustar el modelo con base en evidencia.

Recursos y condiciones mínimas

- Liderazgo institucional con capacidad de coordinar áreas clínicas, administrativas, financieras y de apoyo bajo objetivos comunes.
- Equipos multidisciplinarios y responsables definidos para calidad, seguridad, riesgos, información, atención al usuario y seguimiento operativo.
- Protocolos, manuales, listas de verificación y mecanismos de control interno actualizados.
- Sistemas de información o, como mínimo, registros estructurados que permitan vincular actividad, indicadores, riesgos y resultados a lo largo del recorrido del paciente.
- Capacidad para medir satisfacción, tiempos, calidad, seguridad, glosas y otros resultados, con definiciones estables y responsables de análisis.
- Recursos para capacitación, mantenimiento preventivo, soporte tecnológico y mejora continua de los procesos.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Estancia promedio, ocupación hospitalaria y tiempos de ingreso, egreso o procesos priorizados.
- Tasa de infecciones asociadas a la atención y cumplimiento de listas o protocolos de seguridad clínica y quirúrgica.
- Nivel de satisfacción del usuario, número o tasa de quejas y tiempo promedio de resolución.
- Porcentaje de referencias y contrarreferencias con seguimiento documentado y continuidad completada cuando corresponda.
- Cumplimiento de metas del POA o tablero institucional de calidad y producción.
- Monto y tasa de glosas sobre el total auditado o facturado, utilizando una definición consistente para comparación temporal.
- Oportunidad de resultados de laboratorio e imágenes y disponibilidad de información clínica para la toma de decisiones.
- Porcentaje de procesos críticos revisados o auditados y proporción de hallazgos con acciones de mejora cerradas.

Consideraciones para su adaptación

- El modelo debe escalarse al nivel de complejidad de cada PSS; una entidad de menor tamaño puede replicar la gobernanza, los protocolos y el tablero sin reproducir toda la infraestructura tecnológica del hospital.
- La integración tecnológica debe seguir a la definición de procesos y datos; digitalizar flujos desorganizados puede trasladar las mismas brechas a un sistema informático.
- Los indicadores de producción, ocupación, estancia, glosas o satisfacción requieren denominadores y definiciones estables para que las comparaciones sean válidas.
- Los resultados reportados durante el período deben interpretarse como desempeño institucional observado y no como prueba aislada de causalidad del modelo.
- La ampliación de intercambio de información debe incorporar controles de privacidad, seguridad, respaldo y perfiles de acceso.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro a esta buena práctica por integrar calidad, seguridad, sostenibilidad y enfoque centrado en el paciente dentro de un modelo de gestión institucional que aporta al fortalecimiento de la atención en salud en el marco del SDSS. Adicionalmente, recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por articular esos componentes en un modelo integral con valor para la gestión institucional.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI)

SELLO DE PLATA

Optimización del Tiempo de Cierre de Cuentas Clínicas

Categoría: Gestión Integral del Paciente **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

HEMMI identificó que las validaciones clínicas y administrativas se concentraban al momento del egreso, con autorizaciones tardías y elevada carga de facturación y auditoría posterior al alta. Esto prolongaba la espera del afiliado para completar el cierre de la cuenta y generaba incertidumbre, reprocesos y riesgo de conflictos.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica organiza un conjunto de intervenciones para reducir el tiempo entre el alta médica y el cierre administrativo de la cuenta. Combina concurrencia médica diaria, prefacturación durante la hospitalización, acompañamiento administrativo, coordinación anticipada con Auditoría y ARS y validación temprana de procedimientos y diagnósticos.

Cómo se implementa

- Medición sistemática del intervalo entre alta médica y alta administrativa mediante registros institucionales.
- Prefacturación progresiva durante la hospitalización para desplazar validaciones hacia etapas previas al egreso.
- Concurrencia médica diaria y revisión anticipada de procedimientos, insumos y actos médicos.
- Coordinación temprana con Auditoría, Admisión, Seguros y ARS para resolver autorizaciones o inconsistencias.
- Monitoreo mensual del Indicador H-2 y retroalimentación entre áreas clínicas y administrativas.

Población y alcance

La práctica beneficia a pacientes hospitalizados y sus familias en el momento de egreso y se aplica a los procesos de facturación, auditoría, seguros y cierre de cuentas clínicas. Su operación involucra áreas clínicas y administrativas y la coordinación con las ARS.

Resultados reportados y evidencias

- Durante octubre de 2024 a octubre de 2025, la entidad reporta una reducción del tiempo promedio entre el alta médica y la emisión de factura de 284 a 218 minutos.
- El expediente registra períodos con valores negativos, interpretados por la entidad como cierres o validaciones administrativas realizados antes del alta médica mediante prefacturación.
- HEMMI reporta disminución del tiempo de espera al egreso, mayor claridad sobre la situación administrativa y reducción del estrés asociado al proceso de salida.
- Se informa reducción de reprocesos y ajustes posteriores, menor riesgo de glosas y una relación más fluida con las ARS.
- Los resultados se respaldan con una base institucional de tiempos de egreso y cierre y un gráfico de tendencia mensual del Indicador H-2.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Utiliza un indicador operativo directamente relacionado con la experiencia de egreso del afiliado.
- Integra varias intervenciones administrativas en torno a un resultado medible y comparable en el tiempo.
- Hace visible que la oportunidad administrativa también forma parte de la continuidad y calidad de la atención.
- Permite relacionar gestión interna, coordinación con ARS y reducción de fricciones para el usuario.

Elementos potencialmente replicables

- Definir de forma estandarizada el inicio y fin del tiempo de cierre administrativo.
- Medir mensualmente el tiempo entre alta médica y cierre de cuenta.
- Introducir prefacturación y validaciones anticipadas durante la hospitalización.
- Articular auditoría, facturación, seguros y áreas clínicas alrededor del indicador.
- Analizar casos extremos y causas de demora para orientar acciones de mejora.

Ruta sugerida de implementación

- Establecer una línea de base del tiempo de cierre y validar la calidad de los registros de alta médica y administrativa.
- Identificar las etapas que generan mayor espera o acumulación de validaciones.
- Diseñar intervenciones anticipadas —prefacturación, revisión concurrente y autorizaciones tempranas— para esos puntos críticos.
- Definir metas realistas y revisar mensualmente el indicador junto con reprocesos y glosas.
- Documentar causas de variación y ajustar responsabilidades, flujos y alertas.

Recursos y condiciones mínimas

- Registros confiables de hora de alta médica y cierre administrativo.
- Coordinación entre Facturación, Auditoría, Admisión, Seguros y equipos clínicos.
- Capacidad para realizar validaciones de cuenta durante la hospitalización.
- Responsable de consolidar y analizar el indicador y reportarlo a la gestión.
- Canales de coordinación con las ARS para autorizaciones y ajustes oportunos.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Tiempo promedio y mediana entre alta médica y cierre administrativo.
- Porcentaje de cuentas cerradas dentro de la meta institucional.
- Porcentaje de cuentas con prefacturación o validación anticipada.
- Número de reprocesos o ajustes posteriores al egreso.
- Tasa de glosas asociadas al proceso hospitalario.
- Satisfacción del afiliado con la oportunidad y claridad del egreso administrativo.

Consideraciones para su adaptación

- La comparación debe utilizar definiciones uniformes de alta médica y alta administrativa.
- Los valores atípicos o negativos deben interpretarse según el flujo real de prefacturación y no como errores automáticos.
- La meta de tiempo debe considerar complejidad, tipo de cuenta y dependencias de autorización externa.
- La reducción del tiempo no debe sacrificar la calidad de la validación ni la información ofrecida al afiliado.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Plata al considerar que la práctica está orientada a mejorar la eficiencia en el cierre de cuentas clínicas, favoreciendo la gestión oportuna de los procesos administrativos vinculados a la atención del paciente.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

4

Experiencia del usuario/afiliado

Mejoras de proceso que simplifican la experiencia del afiliado en el SDSS, fortaleciendo la claridad, el acceso a la información, el seguimiento y la reducción de fricciones.

Centro de Primer Nivel de Atención Lic. Wanda Cid Santos

SELLO DE ORO

Modelo Integral de Gestión de la Calidad y Evaluación de la Experiencia del Afiliado

Categoría: Experiencia del Usuario/Afiliado **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

El CPNA identificó la necesidad de evaluar de forma más objetiva la experiencia real de los usuarios y no depender únicamente de apreciaciones generales sobre la calidad del servicio. La entidad buscó contar con información que permitiera detectar debilidades en trato, organización, limpieza, tiempos de espera, acceso e información, y utilizar esos hallazgos para orientar decisiones de mejora.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica es un modelo sistemático de gestión de la calidad centrado en la experiencia del afiliado. Combina la figura del Mystery Patient, encuestas de satisfacción, un buzón confidencial de quejas, sugerencias y felicitaciones, y el análisis periódico de los datos obtenidos. Los resultados se socializan con el equipo y se utilizan para priorizar oportunidades de mejora y definir acciones correctivas.

Cómo se implementa

- El centro diseña instrumentos para evaluar la experiencia y aplica la figura del Mystery Patient mediante personas que acuden como usuarios incógnitos y completan un cuestionario estructurado.
- La evaluación del Mystery Patient observa trato del personal, limpieza, organización del servicio, tiempos de espera, calidad de la información, amabilidad y profesionalismo de las áreas asistenciales y administrativas.
- Atención al Usuario aplica encuestas de satisfacción al finalizar la atención para recoger la percepción directa sobre el servicio recibido.
- El buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones permite registrar de forma voluntaria y confidencial observaciones de los usuarios, que luego son analizadas y respondidas.
- La información proveniente de los distintos mecanismos se consolida y revisa periódicamente para identificar áreas críticas, priorizar oportunidades y diseñar planes de acción.
- La entidad reporta como acciones derivadas la reorganización de procesos, fortalecimiento del trato humanizado, mejoras de limpieza y orden, optimización de tiempos de espera y refuerzo de la comunicación con los usuarios.

Población y alcance

El modelo se dirige a afiliados y usuarios del CPNA Lic. Wanda Cid Santos, incluyendo población general de su área de influencia y grupos como adultos mayores, mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas y personas en condiciones de vulnerabilidad social. Evalúa distintos momentos y atributos de la experiencia durante la atención en el centro.

Resultados reportados y evidencias

- La tabla del Indicador B-1 incluida en la postulación registra 1,249 respuestas acumuladas en los atributos evaluados: 1,232 clasificadas como satisfechas (98.64 %) y 17 como no satisfechas (1.36 %).
- Amabilidad y Facilidad y Rapidez presentan 248 respuestas positivas cada una; Profesionalidad registra 247, Manejo de las Informaciones 244 y Acceso a los Servicios 245.
- Las respuestas no satisfechas se concentran principalmente en Manejo de las Informaciones (6) y Acceso a los Servicios (5), señalando áreas concretas para seguimiento aun dentro de una valoración general alta.
- La entidad reporta mayor confianza de la comunidad, identificación temprana de debilidades y fortalecimiento de la cultura de calidad y mejora continua. El expediente aporta instrumentos de evaluación, encuestas y mecanismos de recepción y análisis de retroalimentación.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Combina percepción declarada del usuario con observación estructurada del servicio mediante Mystery Patient, reduciendo la dependencia de una sola fuente de información.
- Integra quejas, sugerencias, felicitaciones y encuestas dentro de un mismo ciclo de análisis y toma de decisiones.
- Convierte los hallazgos de experiencia en acciones operativas sobre procesos, tiempos, comunicación, orden y trato.
- Permite identificar áreas específicas con mayores respuestas negativas aunque el resultado global de satisfacción sea elevado.

Elementos potencialmente replicables

- Cuestionario estructurado de Mystery Patient con criterios homogéneos para observar el recorrido del usuario.
- Encuesta breve de satisfacción aplicada de manera regular y con categorías estables para comparar resultados en el tiempo.
- Canal confidencial de quejas, sugerencias y felicitaciones con registro y respuesta documentada.
- Rutina periódica de consolidación de datos y revisión conjunta por equipos multidisciplinarios.
- Plan de mejora asociado a hallazgos concretos y mecanismo para verificar si las acciones implementadas corrigen los problemas identificados.

Ruta sugerida de implementación

- Definir las dimensiones prioritarias de experiencia que se desea observar y establecer una línea de base con instrumentos simples y comparables.
- Diseñar o adaptar la encuesta de satisfacción, el formulario de retroalimentación y el instrumento de Mystery Patient.
- Asignar responsables para levantamiento, custodia, consolidación y análisis de la información, procurando confidencialidad y criterios uniformes.
- Presentar periódicamente los resultados al equipo, priorizar las brechas con mayor recurrencia o impacto y asignar responsables y plazos para las acciones de mejora.
- Repetir la medición después de las intervenciones y documentar si los indicadores y observaciones muestran cambios sostenidos.

Recursos y condiciones mínimas

- Instrumentos estandarizados para encuesta, Mystery Patient y recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- Personal de Atención al Usuario o función equivalente con tiempo asignado para aplicar, registrar y consolidar información.
- Mecanismo de análisis periódico, que puede realizarse con herramientas sencillas siempre que preserve la consistencia de los datos.
- Respaldo de la dirección para convertir hallazgos en acciones correctivas y coordinar a las áreas involucradas.
- Reglas de confidencialidad, tratamiento respetuoso de la retroalimentación y comunicación de resultados al personal con enfoque de mejora.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Porcentaje general de respuestas satisfechas y distribución por atributo o dimensión evaluada.
- Número y tasa de quejas, sugerencias y felicitaciones por volumen de usuarios atendidos.
- Tiempo promedio de respuesta o cierre de las quejas recibidas.
- Porcentaje de criterios cumplidos en las evaluaciones de Mystery Patient y evolución de los hallazgos recurrentes.
- Número y porcentaje de acciones de mejora implementadas dentro del plazo definido.
- Reincidencia de las principales brechas después de aplicar acciones correctivas y cambios en los atributos con mayor proporción de respuestas no satisfechas.

Consideraciones para su adaptación

- La satisfacción es una medida de experiencia y no debe utilizarse por sí sola como equivalente de calidad clínica o cumplimiento técnico.
- La metodología de Mystery Patient debe tener objetivos, criterios y salvaguardas claramente definidos y utilizarse para mejorar procesos, no como mecanismo arbitrario de sanción al personal.
- Para comparar resultados entre períodos conviene mantener estables las preguntas, categorías de respuesta y método de aplicación, documentando cualquier cambio metodológico.
- Los resultados deben interpretarse considerando el número de respuestas y la forma de selección de participantes; una valoración alta no elimina la necesidad de examinar las áreas donde se concentran observaciones negativas.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro a esta buena práctica por implementar un modelo orientado a medir, gestionar y mejorar la experiencia del afiliado, incorporando elementos de calidad, seguimiento y mejora continua.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Médico Express

SELLO DE ORO

Experiencia del Usuario

Categoría: Experiencia del Usuario/Afiliado **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

Durante la puesta en marcha y expansión progresiva de Médico Express, el aumento del volumen de atención, la incorporación de personal y la apertura de nuevos servicios hicieron necesario consolidar un modelo común de experiencia del usuario. La entidad identificó que la calidad debía abarcar no solo los resultados clínicos, sino también la comunicación, la claridad de los procesos, el trato, la participación del usuario y la capacidad de escuchar y responder a sus necesidades.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica integra la Atención Centrada en la Persona con un sistema estructurado de gestión de la experiencia del usuario. Combina cultura organizacional, formación del talento humano, estandarización del recorrido del paciente, procesos administrativos claros, mecanismos multicanal de escucha y medición de satisfacción, y análisis sistemático de PQRS para convertir la voz del usuario en decisiones de mejora.

Cómo se implementa

- Formalización de principios de Atención Centrada en la Persona en políticas, códigos de ética y lineamientos de conducta aplicables al personal asistencial y administrativo.
- Plan transversal de formación en humanización, derechos del paciente, seguridad, liderazgo, cultura organizacional y experiencia del paciente.
- Mapeo y estandarización del recorrido del usuario desde el primer contacto hasta el cierre del servicio, incluyendo admisión, registro, facturación, cancelaciones y reembolsos.
- Escucha activa mediante encuestas de satisfacción y NPS, PQRS, canales digitales, redes sociales y correo electrónico.
- Análisis de tendencias y causas raíz para ajustar agendas, flujos de atención, comunicación anticipatoria y capacitación del personal.
- Integración progresiva de la Gestión de la Calidad y la Experiencia del Usuario bajo una misma conducción para reforzar la coherencia entre procesos asistenciales y administrativos.

Población y alcance

La práctica abarca todas las áreas y niveles del centro médico y acompaña al usuario y su familia a lo largo de todo el recorrido asistencial. Involucra a la alta dirección, personal asistencial, administrativo y de apoyo, con acciones formativas que alcanzan a más de 290 colaboradores en distintos programas.

Resultados reportados y evidencias

- En 2024, el índice de satisfacción pasó de 75 % en julio a picos de 87 % en agosto y octubre durante la fase inicial de estabilización del centro.
- En 2025, luego de una disminución en marzo y abril, la entidad reporta recuperación sostenida, con valores entre 82 % y 89 % de junio a septiembre.
- El plan de formación tuvo alcance transversal, con programas dirigidos a más de 290 colaboradores y actividades específicas en humanización, derechos del paciente, seguridad y cultura organizacional.

- Durante 2025, el sistema de PQRS registró un promedio aproximado de siete casos mensuales; la tardanza para ser atendido fue el motivo de queja más frecuente, con 19 casos, y estos hallazgos se utilizaron para orientar ajustes operativos y de comunicación.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra cultura de servicio, procesos administrativos, formación y medición dentro de una misma estrategia de experiencia del usuario.
- Convierte los canales de escucha en insumos para identificar causas y priorizar acciones concretas de mejora.
- Reconoce la experiencia del usuario como un eje transversal de calidad y no únicamente como responsabilidad de un área de atención al cliente.
- Permite interpretar las fluctuaciones de satisfacción dentro del proceso de maduración organizacional y relacionarlas con cambios operativos.

Elementos potencialmente replicables

- Principios y estándares institucionales de Atención Centrada en la Persona.
- Mapeo del recorrido del usuario y estandarización de los principales puntos de contacto.
- Plan continuo de formación en humanización, derechos, comunicación y cultura de servicio.
- Sistema multicanal de escucha con encuestas, PQRS y canales digitales.
- Análisis periódico de tendencias, causas de insatisfacción y acciones correctivas.
- Articulación entre calidad, experiencia del usuario y áreas operativas para cerrar ciclos de mejora.

Ruta sugerida de implementación

- Definir una línea de base de satisfacción, quejas y principales fricciones del recorrido del usuario.
- Establecer principios de atención centrada en la persona y asignar una gobernanza clara para la experiencia del usuario.
- Mapear el recorrido del paciente y estandarizar los procesos que generan mayor esfuerzo o incertidumbre.
- Formar al personal en trato, comunicación, derechos y manejo de situaciones de servicio.
- Habilitar canales de escucha y un sistema común para registrar, clasificar y analizar la retroalimentación.
- Revisar resultados periódicamente, implementar mejoras y volver a medir para valorar su efecto.

Recursos y condiciones mínimas

- Liderazgo institucional que reconozca la experiencia del usuario como parte de la calidad asistencial.
- Equipo o responsables de calidad y experiencia con capacidad para analizar datos y coordinar mejoras interáreas.
- Plan de formación continua para personal asistencial, administrativo y de apoyo.
- Instrumentos de satisfacción y canales accesibles de PQRS y retroalimentación.
- Herramientas básicas para consolidar información, analizar tendencias y hacer seguimiento a acciones de mejora.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Índice de satisfacción del usuario y/o Net Promoter Score (NPS).
- Número o tasa de PQRS y distribución por motivo.
- Tiempo promedio de respuesta y porcentaje de PQRS cerradas dentro del plazo definido.
- Tiempo de espera en los puntos de contacto priorizados.
- Porcentaje de colaboradores capacitados y cumplimiento del plan de formación.
- Porcentaje de acciones de mejora derivadas de la voz del usuario implementadas y reevaluadas.

Consideraciones para su adaptación

- Las variaciones de satisfacción deben interpretarse junto con cambios en volumen, apertura de servicios, incorporación de personal y mayor capacidad para registrar inconformidades.
- La medición solo genera valor cuando existe capacidad para analizar causas y traducir hallazgos en acciones verificables.
- Los canales de escucha deben ser sencillos, accesibles y proteger la confidencialidad de la información del usuario.
- La estructura de gobernanza puede variar según el tamaño de la institución, pero debe garantizar coordinación real entre calidad, operaciones y experiencia del usuario.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro por evidenciar mejoras orientadas a optimizar la experiencia del usuario mediante procesos ágiles, organizados y centrados en sus necesidades. También recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por transformar la experiencia, simplificar procesos y fortalecer la atención centrada en el usuario.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Alma Ata Centro de Imágenes y Diagnósticos

SELLO DE PLATA

Sistema Integral de Gestión Diagnóstica Digital y Transparencia al Afiliado Período 2024–2025

Categoría: Experiencia del Usuario/Afiliado **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

Antes de la modernización, el centro reportaba tiempos de entrega de resultados de hasta 72 horas, alta dependencia de placas y reportes impresos y dudas frecuentes de los usuarios sobre cobertura. Estas condiciones generaban demoras, traslados adicionales y una experiencia fragmentada para pacientes y médicos tratantes.

¿En qué consiste la práctica?

Es un sistema integral de gestión diagnóstica que combina digitalización de procesos mediante RIS/PACS, acceso remoto a imágenes y reportes, transparencia sobre coberturas y acompañamiento al usuario. El modelo busca que el afiliado pueda conocer su cobertura, recibir orientación y acceder a sus resultados sin desplazamientos innecesarios.

Cómo se implementa

- Diagnóstico técnico inicial de infraestructura, demanda y puntos críticos del proceso diagnóstico.
- Actualización de hardware e instalación de una plataforma de resultados en la nube integrada al flujo de imágenes.
- Habilitación de acceso mediante código QR y portal web para pacientes y médicos.
- Capacitación del personal en atención al afiliado, orientación y derechos vinculados a la seguridad social.
- Integración de protocolos de comunicación automática para avisar la disponibilidad de los estudios.
- Rediseño de agendas y flujos para reducir la espera en sala y acelerar la emisión de reportes.

Población y alcance

La práctica beneficia a afiliados y usuarios que requieren servicios de imágenes diagnósticas, así como a los médicos que necesitan acceso oportuno a resultados para apoyar decisiones clínicas. Abarca la programación, recepción, validación de cobertura, realización del estudio, emisión del informe y entrega digital de resultados.

Resultados reportados y evidencias

- El tiempo promedio de entrega de resultados se redujo de 72 horas en 2023 a 8 horas en el período reportado.
- La satisfacción del usuario pasó de 82 % a 97 %, según los resultados informados por la entidad.
- El uso del portal digital alcanzó 92 % y la entidad reportó más de 30,000 afiliados impactados.
- Encuestas aplicadas a 1,500 usuarios reportaron 97 % de satisfacción general, destacando la comodidad del acceso móvil y la claridad de la orientación.
- La entidad reporta cero denuncias validadas ante la DIDA durante el período considerado.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Integra transformación digital, oportunidad diagnóstica y experiencia del afiliado dentro de un mismo flujo de atención.

- Reduce la dependencia de soportes físicos y evita desplazamientos para retirar resultados.
- Incorpora transparencia sobre cobertura como parte de la experiencia y no como un trámite separado.
- Utiliza indicadores de tiempo, satisfacción, uso del portal y quejas para orientar la mejora continua.

Elementos potencialmente replicables

- Digitalizar la gestión de imágenes y resultados mediante soluciones RIS/PACS o herramientas compatibles.
- Habilitar acceso remoto seguro para pacientes y médicos mediante portal, QR u otros mecanismos.
- Automatizar avisos de disponibilidad de resultados y reducir entregas físicas cuando sea viable.
- Incorporar orientación clara sobre coberturas y autorizaciones en el punto de atención.
- Medir tiempos de entrega, satisfacción, adopción digital y reclamaciones para ajustar el proceso.

Ruta sugerida de implementación

- Levantar una línea de base de tiempos de entrega, uso de soportes físicos, satisfacción y principales dudas de cobertura.
- Mapear el flujo diagnóstico y seleccionar los puntos que pueden digitalizarse o simplificarse con mayor impacto.
- Implementar gradualmente una solución segura de almacenamiento y acceso digital, comenzando por servicios o sedes priorizadas.
- Capacitar al personal y definir mensajes estandarizados sobre cobertura, entrega y acceso a resultados.
- Monitorear adopción, tiempos, satisfacción y fallas del sistema y ajustar el modelo antes de escalarlo.

Recursos y condiciones mínimas

- Infraestructura tecnológica compatible con la producción, almacenamiento y consulta segura de imágenes e informes.
- Conectividad confiable, soporte técnico y medidas de seguridad y confidencialidad de la información clínica.
- Personal capacitado en el flujo digital y en la orientación al usuario.
- Mecanismo para comunicar disponibilidad de resultados y alternativas para usuarios con limitaciones de acceso digital.
- Responsables de monitorear tiempos, incidencias, satisfacción y calidad del proceso.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Tiempo promedio desde la realización del estudio hasta la disponibilidad del informe.
- Porcentaje de resultados entregados o consultados por vía digital.
- Nivel de satisfacción del usuario con el proceso diagnóstico y la entrega de resultados.
- Porcentaje de usuarios que reciben orientación clara sobre cobertura y autorizaciones.
- Número o tasa de quejas relacionadas con demora, información, cobros o acceso a resultados.
- Disponibilidad del sistema y número de incidencias tecnológicas que afectan la entrega.

Consideraciones para su adaptación

- La solución tecnológica debe ajustarse al volumen, tipo de estudios y capacidad financiera de cada centro.
- La digitalización debe incorporar medidas de privacidad, seguridad de datos, respaldo y continuidad operativa.
- Debe mantenerse una alternativa accesible para usuarios con barreras digitales o dificultades para utilizar QR o portales.
- La validación y comunicación de coberturas debe respetar las reglas contractuales y normativas aplicables.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Plata al valorar la incorporación de una herramienta de gestión diagnóstica digital orientada a fortalecer la transparencia, la organización del servicio y la experiencia del afiliado durante el proceso de atención.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI)

SELLO DE BRONCE

Gestión de la Satisfacción del Usuario

Categoría: Experiencia del Usuario/Afiliado **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

La medición de satisfacción se realizaba de forma puntual, con limitada sistematización y poca vinculación con decisiones operativas. Esto dificultaba identificar tendencias, relacionar cambios de proceso con la experiencia del usuario y dar seguimiento a la efectividad de las mejoras implementadas.

¿En qué consiste la práctica?

HEMMI convirtió la medición de satisfacción en un proceso sistemático de gestión. Aplica el Indicador B-1 a usuarios de distintos servicios, consolida resultados, analiza tendencias y utiliza la retroalimentación para orientar decisiones de mejora en procesos administrativos y de atención.

Cómo se implementa

- Aplicación sistemática de encuesta presencial y autoadministrada al finalizar el servicio o antes del egreso.
- Cobertura de usuarios de servicios ambulatorios, emergencias y hospitalización.
- Capacitación del personal que apoya el levantamiento y garantía de confidencialidad y neutralidad.
- Consolidación de resultados por tipo de servicio y seguimiento de tendencias del Indicador B-1.
- Análisis de la satisfacción junto con cambios en accesibilidad, sistema de turnos, acompañamiento y cierre administrativo.
- Uso periódico de resultados como insumo para decisiones y mejora continua.

Población y alcance

La encuesta se aplicó a usuarios de servicios ambulatorios, emergencias y pacientes hospitalizados previo al egreso, incluyendo afiliados al SDSS y pacientes no asegurados. El período documentado comprende octubre de 2024 a octubre de 2025.

Resultados reportados y evidencias

- La base presentada registra 120 respuestas, de las cuales 112 fueron clasificadas como “sí” en satisfacción, equivalente a 93.33 %, y 8 como no satisfechas, equivalente a 6.67 %.
- La entidad reporta percepción favorable en trato del personal administrativo, claridad de información, orden del proceso y accesibilidad.
- La postulación vincula la evolución de la satisfacción con mejoras implementadas en facturación, turnos, acompañamiento y oportunidad del cierre de cuentas, aunque esas relaciones deben interpretarse como asociación reportada por la entidad.
- El expediente incluye la plantilla del instrumento, base de datos consolidada y gráficos de tendencia, aportando trazabilidad al proceso de medición.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Convierte la satisfacción en una herramienta de gestión y no solo en una medición puntual.

- Permite observar diferencias entre servicios y relacionar la voz del usuario con cambios operativos.
- Integra calidad administrativa y experiencia del afiliado dentro de la mejora continua.
- Deja evidencia trazable mediante instrumento, base consolidada y tendencias.

Elementos potencialmente replicables

- Aplicar un instrumento breve y estable de satisfacción en puntos de salida del usuario.
- Analizar resultados por servicio y no únicamente como promedio institucional.
- Vincular hallazgos con acciones de mejora y dar seguimiento a su evolución.
- Mantener una base consolidada y gráficos periódicos para la gestión.
- Compartir resultados con las áreas responsables y documentar decisiones derivadas.

Ruta sugerida de implementación

- Definir las dimensiones de experiencia que se desean medir y establecer una línea de base.
- Seleccionar puntos de aplicación y un procedimiento sencillo que reduzca sesgos de captura y preserve confidencialidad.
- Consolidar resultados por servicio, período y dimensión y establecer una frecuencia de revisión.
- Priorizar hallazgos con responsables y acciones de mejora concretas.
- Repetir la medición con metodología comparable para verificar tendencias y ajustar las intervenciones.

Recursos y condiciones mínimas

- Instrumento de encuesta claro, breve y consistente en el tiempo.
- Personal capacitado para apoyar el levantamiento sin influir en las respuestas.
- Base de datos o herramienta para consolidar y analizar resultados.
- Responsables institucionales que conviertan hallazgos en acciones de mejora.
- Mecanismo de retroalimentación hacia los servicios evaluados.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Porcentaje de usuarios satisfechos por tipo de servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta y volumen de observaciones por servicio.
- Evolución de satisfacción en trato, información, organización y accesibilidad.
- Número de acciones de mejora generadas a partir de los resultados.
- Porcentaje de acciones de mejora implementadas y reevaluadas en mediciones posteriores.

Consideraciones para su adaptación

- La medición debe procurar un tamaño y distribución de respuestas suficiente para interpretar resultados con prudencia.
- No conviene atribuir automáticamente cambios de satisfacción a una sola intervención sin un diseño que permita establecer causalidad.
- La confidencialidad y neutralidad del levantamiento son esenciales para reducir sesgos de cortesía.
- Los resultados deben analizarse por contexto y servicio antes de realizar comparaciones entre áreas o instituciones.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Bronce al reconocer una práctica dirigida a medir y gestionar la satisfacción de los usuarios, generando insumos para la mejora de la experiencia, la calidad percibida y la atención brindada.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

5

Protección financiera y acceso para poblaciones vulnerables

Medidas que disminuyen barreras económicas, administrativas o sociales y favorecen el acceso efectivo a prestaciones y se con especial atención a personas en condiciones de y a la protección financiera del afiliado.

Hospital de Especialidades Médicas Materno Infantil Dr. Paulino Reyes (HEMMI)

SELLO DE ORO

Acompañamiento Administrativo Continuo al Afiliado Hospitalizado

Categoría: Protección Financiera y Acceso para Poblaciones Vulnerables

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

Durante la hospitalización, la información sobre autorizaciones, coberturas, procedimientos pendientes y situación de la cuenta se ofrecía principalmente de forma reactiva y a solicitud de las familias. La fragmentación de interlocutores podía generar incertidumbre financiera, tensiones, retrasos en autorizaciones y conflictos al momento del egreso.

¿En qué consiste la práctica?

HEMMI institucionalizó un modelo proactivo de acompañamiento administrativo durante la hospitalización. Un referente de Admisión y Seguros centraliza la orientación y mantiene comunicación periódica con el afiliado o su familia, mientras coordina anticipadamente con áreas clínicas, Facturación, Auditoría y ARS para resolver requerimientos de cobertura y autorización.

Cómo se implementa

- Asignación de un referente institucional desde Admisión y Seguros para orientar a pacientes hospitalizados y sus familias.
- Comunicación periódica sobre autorizaciones, preautorizaciones, procedimientos pendientes, coberturas aplicables y situación general de la cuenta cuando corresponde.
- Coordinación continua con equipos asistenciales, Facturación y Auditoría para anticipar necesidades administrativas.
- Comunicación directa con las ARS para agilizar autorizaciones y detectar anticipadamente exclusiones o limitaciones de cobertura.
- Definición de roles y responsabilidades para evitar dispersión de interlocutores y reprocesos.
- Seguimiento de indicadores de satisfacción y desempeño administrativo.

Población y alcance

La práctica está dirigida a afiliados hospitalizados y sus familias, especialmente durante un momento de alta vulnerabilidad emocional y económica. Se aplica a lo largo de la estancia y articula áreas clínicas y administrativas del hospital con las ARS.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta una transición desde un acompañamiento reactivo hacia un modelo proactivo y centralizado de orientación administrativa.
- El expediente presenta resultados del Indicador B-1 de satisfacción como evidencia complementaria, con 93.33 % de respuestas de satisfacción en el conjunto de 120 encuestas del período.
- HEMMI reporta mejor relación con las ARS, reducción de reprocesos administrativos y mayor capacidad de planificación anticipada de la facturación.
- La práctica busca reducir incertidumbre sobre cobertura y autorizaciones y facilitar un egreso con mayor previsibilidad administrativa y financiera.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Reconoce que la hospitalización también genera vulnerabilidad administrativa y financiera, no solo clínica.
- Reduce la dispersión de interlocutores mediante un referente institucional identificable.
- Anticipa problemas de cobertura y autorización en lugar de concentrarlos al momento del egreso.
- Integra orientación, coordinación con ARS y protección del afiliado dentro del flujo regular de hospitalización.

Elementos potencialmente replicables

- Asignar un referente o equipo responsable del acompañamiento administrativo de hospitalizados.
- Definir una pauta de comunicación periódica con pacientes y familiares.
- Crear una lista de verificación de autorizaciones, coberturas y procedimientos pendientes durante la estancia.
- Articular comunicación temprana entre Seguros, Facturación, Auditoría y equipos clínicos.
- Mantener canales directos de coordinación con las ARS y registrar incidencias recurrentes.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear las dudas, retrasos y conflictos administrativos más frecuentes durante la hospitalización y el egreso.
- Designar responsables de acompañamiento y definir qué información pueden ofrecer, con qué frecuencia y por qué canales.
- Implementar una herramienta simple de seguimiento de autorizaciones, coberturas, procedimientos pendientes y alertas.
- Establecer rutas de escalamiento con Facturación, Auditoría, equipos clínicos y ARS.
- Medir satisfacción, tiempos de autorización, reprocesos y conflictos al egreso y ajustar el modelo.

Recursos y condiciones mínimas

- Personal de Admisión y Seguros con tiempo y competencias para orientar y dar seguimiento.
- Acceso actualizado a información de cobertura, autorizaciones y situación administrativa de la cuenta.
- Rutas claras de coordinación interna y contactos funcionales con las ARS.
- Registro de seguimiento que permita continuidad aunque cambie el colaborador de turno.
- Protocolos de confidencialidad y comunicación comprensible con pacientes y familiares.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Porcentaje de pacientes hospitalizados que reciben orientación administrativa documentada.
- Tiempo promedio de respuesta a autorizaciones o requerimientos administrativos priorizados.
- Número de incidencias de cobertura detectadas y resueltas antes del egreso.
- Tasa de reprocesos o ajustes administrativos al alta.
- Satisfacción de pacientes y familiares con claridad, orientación y acompañamiento.
- Número de quejas vinculadas a información, cobertura, autorizaciones o cierre administrativo.

Consideraciones para su adaptación

- El alcance del referente debe quedar claramente delimitado para no ofrecer información clínica o financiera que requiera validación especializada.
- La información sobre cobertura debe basarse en fuentes actualizadas y confirmación de la ARS cuando corresponda.
- El modelo requiere continuidad entre turnos y áreas para evitar que el acompañamiento dependa de una sola persona.
- La frecuencia de contacto debe adaptarse a la duración y complejidad de la hospitalización y a las necesidades del afiliado.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro al reconocer un acompañamiento administrativo continuo que facilita la orientación, gestión y protección del afiliado hospitalizado, contribuyendo a reducir barreras de acceso y fortalecer la protección financiera.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*

Hospital Regional Ing. Luis L. Bogaert

SELLO DE BRONCE

Modelo Solidario de Protección Financiera que Garantiza el Acceso a Procedimientos e Insumos Médicos mediante Exoneración y Donación a Pacientes Vulnerables

Categoría: Protección Financiera y Acceso para Poblaciones Vulnerables

PBPSS-DIDA 2026

Necesidad o situación que aborda

El hospital identificó que pacientes en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica podían enfrentar dificultades para cubrir determinados procedimientos, materiales o insumos requeridos para continuar su atención. La barrera económica podía retrasar o limitar el acceso a servicios necesarios, especialmente cuando el tratamiento dependía de recursos que el paciente no estaba en capacidad de financiar.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica establece un modelo institucional de protección financiera solidaria que se activa después de identificar y evaluar la limitación económica del paciente. Según el caso, el hospital exonera total o parcialmente costos de procedimientos y gestiona la donación de insumos o equipos necesarios para la atención, como materiales de osteosíntesis, manteniendo registro de los recursos y procurando la continuidad del proceso asistencial.

Cómo se implementa

- Identificación de pacientes que presentan limitaciones económicas para cubrir procedimientos, materiales o insumos requeridos.
- Evaluación de la condición de vulnerabilidad antes de autorizar el apoyo institucional.
- Definición del tipo de apoyo aplicable: exoneración total o parcial del procedimiento, gestión de donación de insumos o combinación de mecanismos según la necesidad documentada.
- Gestión institucional de insumos o equipos médicos requeridos para completar el tratamiento, incluyendo materiales de osteosíntesis cuando corresponda.
- Registro de los recursos asignados y de las operaciones relacionadas para mantener transparencia y trazabilidad.
- Coordinación con las áreas asistenciales y administrativas para que el apoyo financiero o material facilite la continuidad de la atención hasta la etapa prevista por el equipo tratante.
- Fortalecimiento de controles financieros y de facturación para asegurar un uso ordenado de los recursos institucionales.

Población y alcance

La práctica se dirige a pacientes atendidos por el Hospital Regional Ing. Luis L. Bogaert que presentan una condición de vulnerabilidad socioeconómica y necesitan procedimientos, materiales o insumos que no pueden costear. El alcance depende de la evaluación de cada caso y de los recursos institucionales disponibles, por lo que no se plantea como una exoneración generalizada sino como un mecanismo focalizado de apoyo.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta acceso oportuno a procedimientos necesarios y reducción de barreras económicas para los pacientes beneficiados.
- La postulación señala como resultados esperados y observados una mejor continuidad del tratamiento, recuperación física y funcional y menor riesgo de que la falta de recursos impida completar la atención; no se presentan cifras consolidadas que permitan cuantificar estos efectos.
- A nivel institucional, el hospital reporta fortalecimiento del compromiso con la equidad, la responsabilidad social y el uso eficiente de los recursos disponibles.
- El expediente incorpora como evidencia documental facturas de compras de materiales y equipos destinados a donaciones, además de archivos internos que sustentan las acciones descritas.
- No se identifican en la postulación totales consolidados de pacientes beneficiados, montos exonerados o valor de donaciones para el período, por lo que estos resultados se presentan de forma cualitativa.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Vincula la identificación de vulnerabilidad con una respuesta institucional concreta para evitar que la capacidad de pago determine la continuidad de un procedimiento necesario.
- Combina apoyo financiero y provisión de insumos, permitiendo adaptar la respuesta al tipo de barrera que enfrenta cada paciente.
- Incorpora registro y trazabilidad de los recursos como condición para que la solidaridad se gestione de forma ordenada y transparente.
- Integra la protección financiera al flujo asistencial en lugar de tratarla como una ayuda desvinculada del tratamiento.
- Puede implementarse de forma gradual utilizando capacidades institucionales existentes, siempre que existan criterios claros de elegibilidad y control.

Elementos potencialmente replicables

- Definir criterios para identificar y evaluar pacientes con barreras económicas que comprometan el acceso a un procedimiento o insumo necesario.
- Establecer rutas diferenciadas para exoneración parcial, exoneración total y provisión o donación de insumos.
- Crear un expediente o registro único del apoyo otorgado, con autorización, valor, concepto, responsable y soporte documental.
- Coordinar la decisión económica con el plan asistencial para confirmar que el apoyo resuelve una barrera concreta y permite continuar la atención.
- Dar seguimiento al uso de recursos y revisar periódicamente los tipos de apoyo, casos atendidos y principales necesidades.

Ruta sugerida de implementación

- Identificar los procedimientos e insumos que con mayor frecuencia generan barreras económicas y definir el alcance inicial del mecanismo de apoyo.
- Diseñar criterios de elegibilidad y una evaluación socioeconómica básica que reduzca discrecionalidad y documente la necesidad.
- Definir niveles de autorización y fuentes de apoyo disponibles para exoneraciones, compras o donaciones de insumos.
- Crear un flujo coordinado entre la evaluación del caso, el área clínica, administración, facturación y las unidades responsables de adquirir o asignar recursos.
- Registrar cada apoyo con soportes suficientes para trazabilidad, control y rendición de cuentas.
- Monitorear casos, montos, tiempos y continuidad del tratamiento para ajustar los criterios y priorizar los recursos.

Recursos y condiciones mínimas

- Personal o equipo responsable de identificar y evaluar la situación socioeconómica y documentar la elegibilidad del paciente.
- Coordinación con áreas clínicas, administrativas, financieras, facturación y compras o gestión de insumos.
- Criterios escritos de autorización, mecanismos de control y registros que permitan rastrear cada exoneración o donación.
- Disponibilidad presupuestaria, recursos institucionales o mecanismos formalizados de donación para los apoyos que se decida ofrecer.
- Capacidad para custodiar soportes y proteger la confidencialidad de la información socioeconómica del paciente.
- Seguimiento directivo que permita equilibrar la protección financiera con la sostenibilidad de los recursos disponibles.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de pacientes evaluados por barrera económica y porcentaje que recibe algún tipo de apoyo.
- Monto total y promedio de exoneraciones otorgadas por período, diferenciando exoneración parcial y total.
- Valor y tipo de insumos o equipos entregados mediante donación o apoyo institucional.
- Tiempo promedio entre la identificación de la necesidad y la autorización o entrega del apoyo.
- Porcentaje de expedientes de apoyo con evaluación, autorización y soportes completos.
- Porcentaje de pacientes apoyados que logra realizar el procedimiento o continuar la atención prevista después de resolver la barrera económica.
- Número de quejas o casos en los que una barrera económica impidió o retrasó el acceso pese a la existencia del mecanismo.

Consideraciones para su adaptación

- Los criterios de vulnerabilidad y autorización deben estar definidos y documentados para reducir decisiones discrecionales y asegurar trato equitativo.
- La entidad debe establecer previamente qué servicios, insumos o montos puede cubrir y bajo qué límites, de acuerdo con su capacidad financiera y normativa aplicable.
- Las donaciones y adquisiciones deben mantener trazabilidad, controles de inventario y soportes suficientes para auditoría y rendición de cuentas.
- La información socioeconómica requiere confidencialidad y debe limitarse a los datos necesarios para la decisión de apoyo.
- La efectividad de la práctica debe medirse no solo por el monto entregado, sino por su capacidad para resolver una barrera concreta y permitir la continuidad efectiva de la atención.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado reconoció con Sello de Bronce esta buena práctica por su enfoque en reducir barreras económicas de acceso a procedimientos e insumos médicos, en beneficio de pacientes en condiciones de vulnerabilidad.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

COMPENDIO
PBPSS-DIDA 2026

6

Promoción y prevención de salud

Programas alineados a la prevención y al primer nivel de atención que fortalecen la educación, los tamizajes, el autocuidado, la adherencia y la detección oportuna en las poblaciones objetivo.

Administradora de Riesgo de Salud Dr. Yunen

SELLO DE ORO

Programa de Dispensación Laboral para la Adherencia en Enfermedades Crónicas

Categoría: Promoción y Prevención de Salud **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

La práctica responde a las dificultades que pueden enfrentar afiliados con hipertensión arterial y diabetes para retirar regularmente sus medicamentos cuando deben desplazarse a una farmacia durante la jornada laboral. La postulación identifica barreras de tiempo, interrupciones del tratamiento y costos indirectos de transporte u horas de trabajo perdidas, con riesgo de descompensaciones cuando se debilita la continuidad terapéutica.

¿En qué consiste la práctica?

El programa acerca la dispensación de medicamentos crónicos al lugar de trabajo. ARS Yunen coordina con empresas y proveedores farmacéuticos jornadas periódicas de entrega, acompañadas de orientación preventiva, validación clínica y farmacéutica, notificaciones al afiliado y registro digital para mantener trazabilidad. Así, la obtención del medicamento se integra a una estrategia de promoción y prevención y no depende únicamente del desplazamiento del afiliado a un punto de dispensación.

Cómo se implementa

- Identificación y segmentación de afiliados con hipertensión arterial o diabetes que requieren seguimiento continuo.
- Validación clínica y farmacéutica de prescripciones, medicamentos y coberturas aplicables.
- Coordinación con empresas para programar jornadas periódicas dentro del entorno laboral.
- Notificación al afiliado mediante aplicaciones o mensajería sobre fecha y condiciones de entrega.
- Dispensación directa vinculada con orientaciones breves sobre autocuidado, prevención y adherencia.
- Registro digital de entregas, autorizaciones e incidencias para trazabilidad y seguimiento.
- Revisión periódica de la ejecución y retroalimentación de afiliados, empleadores y equipos responsables.

Población y alcance

La práctica se dirige a afiliados de ARS Yunen con hipertensión arterial y diabetes vinculados a empresas participantes. El expediente describe un alcance inicial de aproximadamente 1,000 afiliados en 50 empresas y plantea una expansión progresiva, priorizando trabajadores con barreras de tiempo, horarios extendidos o dificultades para retirar medicamentos por los canales tradicionales.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta un aumento en la continuidad de los retiros de medicamentos de 65 % a 90 % y una adherencia terapéutica promedio de 92 %.
- La postulación informa una disminución de 15 % en hospitalizaciones asociadas a descompensaciones; el dato se presenta como resultado reportado y no como estimación causal independiente.

- En satisfacción, la entidad reporta un NPS de 85/100, valoración favorable de empleadores y adopción de prácticas de autocuidado por participantes.
- La serie de emergencias (67 en 2022, 33 en 2023, 77 en 2024, 102 en 2025 y 6 en 2026 parcial) no muestra una reducción sostenida; la entidad atribuye los aumentos a la ampliación del universo intervenido.
- Como evidencias, la postulación refiere más de 1,000 facturas digitales firmadas, reportes mensuales, una base consolidada de seguimiento y testimonios.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Reduce una barrera logística concreta al trasladar la dispensación al entorno laboral.
- Integra entrega de medicamentos, educación preventiva y seguimiento dentro de una misma intervención.
- Articula a la ARS, proveedores y empleadores, con trazabilidad digital y seguimiento nominal para detectar interrupciones y necesidades de apoyo.

Elementos potencialmente replicables

- Identificar afiliados crónicos con interrupciones o barreras recurrentes para el retiro de medicamentos.
- Acordar con empresas puntos y jornadas de dispensación programada.
- Coordinar con proveedores disponibilidad, validación, seguridad y trazabilidad.
- Usar recordatorios y un registro nominal de entregas, faltantes y no retiros, incorporando mensajes breves de educación y prevención.

Ruta sugerida de implementación

- Establecer una línea de base de población elegible, retiros tardíos e interrupciones terapéuticas.
- Definir criterios de inclusión, responsabilidades clínicas y farmacéuticas y reglas de manejo seguro de información y medicamentos.
- Seleccionar un piloto y acordar calendario, espacio, validación y comunicación, registrando cada entrega e incidencia.
- Vincular la jornada con orientación preventiva y revisar mensualmente cobertura, continuidad, satisfacción y utilización de servicios antes de ampliar.

Recursos y condiciones mínimas

- Equipo de promoción y prevención con capacidad para segmentar afiliados, coordinar jornadas y dar seguimiento.
- Participación clínica o farmacéutica y coordinación formal con el proveedor de medicamentos.
- Acuerdos con empresas, espacio apropiado y logística de transporte y custodia.
- Herramienta de registro con controles de privacidad y acceso.
- Presupuesto para logística, tecnología y coordinación; los montos reportados por ARS Yunen corresponden a su diseño y no constituyen un mínimo transferible.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Cobertura de afiliados elegibles y empresas con jornadas activas.
- Porcentaje de entregas realizadas dentro del período previsto y de afiliados con retiros continuos.
- Indicador de adherencia o continuidad terapéutica con metodología estable.
- Tasas de hospitalización y emergencia por cada 100 afiliados activos del programa.
- Incidencias de dispensación, faltantes, no retiros o casos que requieren regularización.
- Satisfacción de afiliados y empleadores y seguimiento de brechas de adherencia.

Consideraciones para su adaptación

- La dispensación fuera de canales habituales debe cumplir los requerimientos aplicables de prescripción, autorización, custodia, conservación, entrega y trazabilidad.
- Los datos clínicos y de afiliación requieren especial confidencialidad en el entorno laboral.
- Las comparaciones de emergencias y hospitalizaciones deben usar tasas con denominadores consistentes; los conteos absolutos pueden aumentar si se expande la población.
- Los datos parciales de 2026 no son directamente comparables con años completos y los análisis antes-después no prueban por sí solos causalidad.
- La frecuencia y escala de las jornadas deben adaptarse a la distribución de afiliados y capacidad logística de cada entidad.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro por una modalidad innovadora de dispensación laboral que favorece la adherencia y la continuidad terapéutica. También otorgó Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por reducir barreras de acceso en el entorno laboral.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Dispensario Médico Parroquial San Pablo Apóstol

SELLO DE ORO

Modelo Integral de Atención Primaria Domiciliaria con Enfoque Comunitario y Humanizado

Categoría: Promoción y Prevención de Salud **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

El dispensario identificó pacientes con barreras para recibir seguimiento oportuno en el establecimiento, especialmente personas encamadas o con discapacidad, pacientes con úlceras por presión, adultos mayores, embarazadas y puérperas. La postulación también señala necesidades de educación familiar para el cuidado en el hogar, aislamiento emocional y dificultades de traslado de personas vulnerables.

¿En qué consiste la práctica?

La práctica organiza un modelo de atención primaria domiciliaria que combina visitas casa a casa, seguimiento clínico programado, educación a familiares, coordinación comunitaria y acompañamiento emocional. Prioriza a personas con mayores barreras de movilidad o cuidado, utiliza un grupo comunitario para reportar necesidades y programar visitas e incorpora musicoterapia grupal y orientación a embarazadas y puérperas.

Cómo se implementa

- Identificación de pacientes prioritarios y agenda de visitas domiciliarias, con énfasis en úlceras, encamamiento o discapacidad, embarazo y puerperio.
- Durante las visitas se realizan, según necesidad, curaciones, colocación o cambio de sondas, toma de signos vitales, indicación de estudios, medicamentos y seguimiento programado.
- Educación a familiares sobre movilización segura, prevención de úlceras, alimentación, ejercicios y técnicas de respiración y relajación.
- Coordinación mediante un grupo de WhatsApp con líderes comunitarios, iglesia, junta de vecinos y familiares para reportar necesidades y programar visitas.
- Programa mensual de musicoterapia para adultos mayores y personas con discapacidad física, combinando movilidad, relajación y ejercicios respiratorios con música.
- Orientación a embarazadas y puérperas sobre vínculo madre-bebé, estimulación prenatal, lactancia, apego seguro y comunicación.
- Evaluación mensual de la ejecución y de los resultados observados.

Población y alcance

El modelo se dirige a pacientes crónicos, adultos mayores, personas con discapacidad física, pacientes encamados, personas con úlceras por presión, embarazadas y puérperas de la comunidad vinculada al dispensario. Involucra a familiares y actores comunitarios para identificar necesidades y sostener cuidados preventivos en el hogar.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta reducción de complicaciones asociadas a úlceras, mejoría de movilidad en pacientes encamados, mayor adherencia al tratamiento, satisfacción familiar y alta aceptación comunitaria.

- En musicoterapia se describen mayor funcionalidad física, disminución de quejas por dolor corporal, mejor estado emocional, mayor tranquilidad y movilidad.
- Los resultados se presentan de forma cualitativa, sin series numéricas o porcentajes que permitan estimar la magnitud del cambio.
- El expediente refiere evidencia fotográfica de visitas a embarazadas, puérperas, pacientes encamados, personas con discapacidad, personas con úlceras y actividades comunitarias.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Acerca el primer nivel de atención a personas con mayores barreras de movilidad o vulnerabilidad.
- Integra cuidado clínico, educación familiar, prevención y acompañamiento emocional en el hogar.
- Utiliza la comunidad organizada y reconoce a la familia como parte activa del cuidado, incorporando intervenciones grupales de bienestar como complemento.

Elementos potencialmente replicables

- Registro de pacientes con criterios explícitos de prioridad para visitas domiciliarias.
- Agenda programada de curaciones, controles y seguimientos de los casos de mayor riesgo.
- Guía breve de educación al cuidador sobre movilización, prevención de lesiones, alimentación y señales de alerta.
- Canal comunitario con reglas de confidencialidad, articulado con líderes y actividades grupales adaptadas a la población.

Ruta sugerida de implementación

- Mapear pacientes con barreras de movilidad o seguimiento y establecer criterios de prioridad.
- Definir acciones domiciliarias, frecuencia, responsables y criterios de referimiento, con agenda y registro de cada intervención.
- Crear un enlace comunitario con normas de confidencialidad e iniciar con un grupo manejable de pacientes.
- Revisar mensualmente continuidad, complicaciones, referimientos y capacidad operativa antes de ampliar.

Recursos y condiciones mínimas

- Personal del primer nivel capacitado para valoración y seguimiento domiciliario, con roles definidos.
- Logística de desplazamiento y tiempo protegido para las visitas.
- Insumos portátiles para signos vitales, curaciones y otras intervenciones permitidas, con bioseguridad y manejo de residuos.
- Registro clínico para documentar hallazgos, procedimientos, educación, referimientos y próxima visita, junto con material educativo y comunicación comunitaria.
- Para actividades grupales, espacio y personal o facilitador con competencias para desarrollarlas de forma segura.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Porcentaje de pacientes prioritarios con visita realizada según la frecuencia programada.
- Curaciones, controles y procedimientos domiciliarios con seguimiento documentado.
- Evolución de complicaciones en pacientes con úlceras y referimientos por agravamiento.
- Porcentaje de familiares o cuidadores con educación documentada y necesidades comunitarias con respuesta o seguimiento.
- Satisfacción de pacientes y familias, asistencia a actividades grupales y seguimiento de embarazadas y puérperas.

Consideraciones para su adaptación

- Las visitas domiciliarias requieren criterios clínicos de inclusión, consentimiento, registro y medidas de seguridad.
- Cada entidad debe definir qué procedimientos puede realizar en el hogar y cuándo debe referir al paciente.
- Los grupos de mensajería deben limitar la circulación de datos personales; la frecuencia de visitas debe ajustarse a la capacidad real del equipo.
- La musicoterapia es complementaria y no sustituye atención clínica o de salud mental.
- Como los resultados reportados son cualitativos, conviene establecer una línea de base y métricas simples de complicaciones, movilidad, adherencia y satisfacción.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Oro por un modelo de atención primaria domiciliaria, comunitario y humanizado que acerca los servicios y fortalece la prevención. También recibió Mención Especial a la Innovación de Alto Impacto por su potencial de replicabilidad en territorios con barreras de acceso.

Fuente de sistematización: expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.

Centro de Primer Nivel de Atención Antituberculoso Infantil

SELLO DE BRONCE

Cuida Tu Salud

Categoría: Promoción y Prevención de Salud **PBPSS-DIDA 2026**

Necesidad o situación que aborda

En la comunidad de Villa Consuelo se identificó una baja cultura preventiva, conocimiento limitado sobre factores de riesgo modificables, baja asistencia a controles de salud y poca vinculación entre el centro de primer nivel y el entorno comunitario. Esto dificultaba la detección oportuna de necesidades y favorecía la aparición tardía de condiciones prevenibles.

¿En qué consiste la práctica?

“Cuida Tu Salud” es un programa comunitario del Centro de Primer Nivel de Atención Antituberculoso Infantil que lleva la promoción y prevención más allá de la consulta. Combina educación, tamizajes, consejería, visitas domiciliarias, actividades extramuros y trabajo con comités de salud para acercar los servicios a la comunidad y fortalecer el autocuidado, la detección temprana y la corresponsabilidad en salud.

Cómo se implementa

- Charlas educativas y consejería personalizada sobre prevención y autocuidado dentro del centro.
- Tamizajes de presión arterial, glicemia, estado nutricional y salud respiratoria, junto con orientación materno-infantil y del adulto mayor.
- Vacunación, referimiento y seguimiento de los casos detectados.
- Visitas domiciliarias y jornadas extramuros de evaluación preventiva.
- Charlas e intervenciones educativas en centros y espacios comunitarios.
- Conformación de dos comités de salud integrados por comunitarios, con participación de líderes y centros educativos como enlace entre el CPN y la población.
- Programación de actividades diarias, semanales, mensuales y trimestrales durante el período de ejecución.

Población y alcance

La práctica se dirige a usuarios, familias y residentes de Villa Consuelo, con acciones dentro del centro y en la comunidad. Incluye personas que requieren educación preventiva, tamizaje, vacunación, seguimiento de riesgos, orientación materno-infantil, atención del adulto mayor y acompañamiento domiciliario.

Resultados reportados y evidencias

- La entidad reporta mayor conocimiento comunitario sobre prevención y autocuidado.
- Se reporta incremento en la asistencia a controles de salud y detección más temprana de factores de riesgo y enfermedades.
- La práctica informa mejor adherencia a tratamientos y seguimiento médico y un fortalecimiento del vínculo entre el CPN y la comunidad.
- El expediente documenta un cronograma de actividades para octubre de 2024 a octubre de 2025, participación de comités comunitarios y evidencia fotográfica de visitas domiciliarias y actividades educativas.

¿Qué aporta valor a esta práctica?

- Traslada la promoción y prevención desde el establecimiento hacia el entorno cotidiano de las personas.
- Utiliza recursos sencillos del primer nivel de atención y la participación comunitaria para ampliar alcance.
- Combina educación, tamizaje, referimiento y seguimiento, evitando que las actividades preventivas queden aisladas.
- Fortalece la relación entre el CPN, las familias, líderes comunitarios y centros educativos.

Elementos potencialmente replicables

- Organizar un calendario regular de educación, tamizajes y consejería preventiva.
- Crear comités o enlaces comunitarios que ayuden a identificar necesidades y convocar a la población.
- Incorporar visitas domiciliarias para personas con barreras de movilidad o seguimiento.
- Realizar jornadas extramuros en escuelas y espacios comunitarios.
- Integrar los hallazgos del tamizaje con rutas claras de referimiento y seguimiento.

Ruta sugerida de implementación

- Realizar un diagnóstico comunitario sencillo para priorizar factores de riesgo, grupos poblacionales y barreras de acceso.
- Definir un equipo responsable y un calendario de acciones preventivas dentro y fuera del centro.
- Articular líderes, escuelas y organizaciones locales y conformar mecanismos de enlace comunitario.
- Establecer protocolos básicos de tamizaje, orientación, referimiento y seguimiento de casos detectados.
- Registrar actividades y resultados de manera periódica para identificar coberturas, necesidades no atendidas y oportunidades de mejora.

Recursos y condiciones mínimas

- Personal del primer nivel con tiempo asignado para educación, tamizaje, visitas y seguimiento.
- Equipos básicos como tensiómetros, glucómetros, balanzas y tallímetros, además de materiales educativos.
- Espacios del centro y de la comunidad para actividades grupales.
- Apoyo de líderes, comités comunitarios y centros educativos.
- Registro sencillo que permita documentar personas tamizadas, riesgos detectados, referimientos y seguimiento.

Indicadores sugeridos para seguimiento

- Número de actividades educativas, jornadas comunitarias y visitas domiciliarias realizadas.
- Número de personas tamizadas y proporción con factores de riesgo detectados.
- Porcentaje de personas con hallazgos que reciben referimiento y seguimiento documentado.
- Asistencia a controles preventivos y vacunación en los grupos priorizados.
- Participación de comités, líderes y organizaciones comunitarias en las actividades programadas.
- Cambio en conocimientos o prácticas de autocuidado cuando sea posible medirlo mediante instrumentos simples.

Consideraciones para su adaptación

- Las acciones deben responder al perfil epidemiológico y social de cada territorio, evitando replicar actividades sin priorización local.
- Los tamizajes deben acompañarse de rutas de referimiento y capacidad de seguimiento para no limitarse a la detección.

- Las visitas domiciliarias requieren organización, consentimiento, confidencialidad y criterios claros de priorización.
- La programación debe ajustarse a la capacidad del equipo para mantener continuidad sin afectar la operación regular del primer nivel.

Fundamento del reconocimiento

El Jurado otorgó Sello de Bronce al valorar las acciones de promoción y prevención orientadas al cuidado oportuno de la salud, la sensibilización de la población y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Fuente de sistematización: *expediente de postulación presentado al PBPSS-DIDA. Los resultados consignados corresponden a la evidencia reportada por la entidad y considerada en el proceso de evaluación.*