



HOSPITAL NACIONAL ROSALES
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR



PROYECTO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Director:	Dr. Mauricio Ventura Centeno
Jefe de Unidad de Planificación:	Lic. Pablo Isidro Vaquero
Jefe de Unidad Organizativa de Calidad:	Dr. Mynor Martínez Sosa

San Salvador, 27 de noviembre de 2015.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN

II. ANTECEDENTES

III. CRITERIOS Y SUBCRITERIOS

Liderazgo y compromiso de la alta dirección

Identificación y análisis de la oportunidad de mejora

Gestión de la mejor práctica

Gestión del equipo de trabajo

Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

Resultados de la mejor práctica

Sostenibilidad y mejora

IV. ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN:

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Correspondiendo al cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública donde empodera a los ciudadanos para exigir a las administraciones públicas la mejora continua de la gestión de las instituciones en su propio beneficio, así como a participar directamente en ella, se realiza el presente proyecto de mejora para ofrecer una mejor respuesta a la población que demanda atención quirúrgica, maximizando los recursos disponibles.

El Hospital Nacional Rosales, principal centro especializado de referencia a nivel nacional en las especialidades de Cirugía y Medicina, posee una creciente demanda de atención con un presupuesto limitado. En análisis de problemas se identifica la larga espera para obtener programación de cirugía electiva como prioridad. Es así como el presente informe detalla el proyecto realizado del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria y los resultados obtenidos, en el cual se evidencia una mejor respuesta a los usuarios y un ahorro significativo para la institución.

II. ANTECEDENTES:

En el Hospital Nacional Rosales desde 1995 se desarrolló un programa de Cirugía Ambulatoria, el cual mejoró la eficiencia en la atención de procedimientos Oftalmológicos y de Cirugía General, llegando a contar con un área física y personal propios; posterior a los terremotos del año 2001 el programa dejó de funcionar, hasta que en el año 2011 se retoma pero con recurso humano insuficiente, área física limitada y utilizando quirófanos compartidos con el resto de servicios del Hospital lo que impide el cumplimiento de los objetivos de esta modalidad de atención.

El 09 de octubre de 2013 se creó el Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (Ver anexo 1) con acuerdo HNR 754 como parte del Hospital de Día con siete camas¹; para el cual se nombró de coordinador un cirujano especialista con dos horas diarias. Este nuevo servicio es responsable de realizar intervenciones quirúrgicas que independientemente de cualquier tipo de anestesia (general, regional, o local-sedación) permitan al paciente retornar a su domicilio tras pasar unas horas con observación y control. Este proyecto permitió reducir la lista de espera y una atención más oportuna al paciente mejorando la calidad asistencial y optimizando los recursos disponibles.² (Ver anexo 2 y 3)

¹ Según Acuerdo 769 del 14 de Octubre del 2013 La Cirugía Ambulatoria tenía asignada 4 camas adheridas al Servicio de Respuesta Rápida.

Según Acuerdo 156 del 04 de marzo 2014 la Cirugía Mayor Ambulatoria se oficializaba con 7 camas con su propio local.

² Documento: Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (CCMA), Componente del Proceso de Mejoras a la Calidad del Servicio Médico Hospitalario, octubre 2013; como respaldo del trámite de oficialización a cargo del Dr. Jorge Alvarenga Ticas, Lic. Pablo Isidro Vaquero Valdez e Ing. Aída Ivette Hernández Molina.

III. CRITERIOS Y SUBCRITERIOS

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección:

1.1 Liderazgo para promover la mejor práctica

¿De qué manera la alta dirección promueve la implementación de mejores prácticas?

Con la creación del Acuerdo HNR No. 754 con fecha 09 de octubre de 2013 se nombró al Dr. Jorge Eduardo Alvarenga Ticas, Especialista en Cirugía General como coordinador del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (Ver anexo 4) y también por medio de la elaboración y autorización del Manual de Organización y Funciones del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria.

¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?

Con la aprobación del documento del Manual de Organización y Funciones del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria que forma parte del proceso de mejora de calidad de los servicios médico hospitalario. La Dirección ha tomado como prioridad el abordaje del problema de larga espera para programación de cirugía electiva, organizando el trabajo y designando recursos necesarios.

¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

Por medio de la creación del Acuerdo No. 754 de fecha 09 de octubre de 2013, en el que se establece la creación del Servicio de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Al mismo tiempo se le da seguimiento en la continuidad de la ejecución de dicho proyecto y se abastece de lo necesario para su correcto funcionamiento.

¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

Por medio de la creación del Acuerdo No. 754 de fecha 09 de octubre de 2013, en el que se establece ya la creación del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria y se designa a su coordinador (Ver Anexo No. 4). Este acuerdo se da a conocer en reuniones administrativas matutinas para coordinar el trabajo multidisciplinario, principalmente de áreas de quirófanos, cirugía, medicina interna, anestesiología y enfermería.

1.2 Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica

¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor práctica?

Puede incluir la asignación de una partida en el presupuesto de gastos, de personal y de recursos tales como capacitación, útiles, equipo e infraestructura.

- a) Creación del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria según Acuerdo HNR No. 754 con fecha 09 de octubre de 2013. (Ver Anexo No. 4)
- b) Asignación de 7 camas al Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria según Acuerdo HNR No. 156 con fecha 04 de marzo de 2014 (Ver anexo 3).
- c) Seguimiento del proyecto por parte de Dirección y jefaturas correspondientes.

¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica?

Por medio de la evaluación de los indicadores hospitalarios identificando los resultados que ha proporcionado la implementación del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria. Esta evaluación contribuye inclusive a identificar todas aquellas necesidades que tienen que suplirse para la ejecución del mismo y elaboración de proyectos de mejora.

¿Cómo la alta dirección generó compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

- a) Mediante la aprobación del Manual de Organización y Funciones del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- b) Mediante la creación del Acuerdo HNR No. 754 de fecha 09 de octubre de 2013 en el que se estipula la creación y nombramiento del coordinador del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria.(Ver Anexo No. 4)
- c) A través de la asignación de 7 camas al Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria según acuerdo No. 156 con fecha 04 de marzo de 2014 (Ver Anexo No. 3)

1.3 Reconocimiento a equipos de trabajo

¿Qué políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?

El boletín No. 13 de agosto de 2014 publicado por la Dirección del Hospital Nacional Rosales, reconoce los logros significativos durante el período 2009 al 2014 haciendo mención que la Cirugía Mayor Ambulatoria ya se encuentra funcionando en su propio servicio y es uno de los proyectos para el cual es necesario darle continuidad. (Ver anexo 5 páginas 4 y 8)

¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?

Asignando funciones y responsabilidades inherentes a las funciones de la coordinación y equipo del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria, cuyo cumplimiento y logros se refleja en las evaluaciones de desempeño. Además, el proyecto se incluye en memoria de labores y logros de la actual gestión, como modelo para futuras intervenciones.

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora

2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora

¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o problemas a resolver?

En el análisis de producción, estándares e indicadores se identificaron los mayores problemas, entre ellos: Sobresaturación de la unidad de Emergencias, largo tiempo de espera para asignación de cama para ingreso, tiempo de espera prolongado para programación de cirugía electiva, largo periodo de espera para cita de consulta externa de primera vez en diversas especialidades.

La incidencia de patologías tratables con metodología avanzada ha obligado al Hospital Nacional Rosales a dinamizar su figura organizativa, por lo que es conveniente desarrollar su potencial por especialidad. Precisamente la Cirugía Mayor Ambulatoria reúne las condiciones, es decir, los especialistas tienen la capacidad de aplicar sus conocimientos en beneficio de los pacientes que requieren su intervención, realizando algunos procedimientos quirúrgicos para los que, aplicando nuevas tecnologías es factible tratarlas con métodos que minimizan el trauma y la estancia prolongada.³

¿Cuáles fueron los parámetros para priorizar la oportunidad de mejora?

Se utilizaron herramientas de calidad para la priorización tales como: Árbol de Problemas, Método de Hamlon y Espina de Pescado, por medio de los cuales se identificaron las siguientes problemáticas: Larga espera de ingreso en los servicios de emergencia, larga espera de pacientes para cirugía electiva y larga espera para recibir cita en Consulta Externa por primera vez.

³ Extracto de la introducción del documento Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (CCMA), Componentes de Mejoras a la Calidad del Servicio Médico Hospitalario.

2.2 Recolección y análisis de la información

¿Cómo recolectó, clasificó, consolidó, analizó y utilizó la información necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor práctica?

A través del Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación.

¿Qué herramientas utilizó el equipo para la recolección y análisis de la información?

Base de datos del SPME.

¿Cómo seleccionó las fuentes de datos y verifica su confiabilidad?

Escogiendo los indicadores relacionados con la producción quirúrgica, específicamente con la Cirugía Mayor Ambulatoria. La fuente de datos son las jefaturas correspondientes a la Sala de Operaciones y Departamento de Cirugía.

¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada?

Seguimiento a la Producción de Cirugía Mayor Ambulatoria					
AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
Total CMA	597	920	919	1590	1626
	NOTAS: 1. La producción del 2011 corresponde al segundo semestre 2. De 2012 a 2013 sin proyecto 3. El dato de 2015 fue estimado con producción a octubre 4. Sin proyecto, en 2012 la CMA electiva representa el 14.92% de la producción total de la CM electiva. 5. Con proyecto en 2014 la CMA electiva representa el 28.71% de la producción total de la CM electiva. Es de tener en cuenta que dicho porcentaje ha llegado hasta el 38% durante algunos meses. 6. El proyecto de CCMA hizo crecer el índice (cirugía mayor ambulatoria/cirugía electiva) del 14.9 % al 28.7 %.				

CMA=Cirugía Mayor Ambulatoria

CCMA=Centro de Cirugía Mayo Ambulatoria

3. Gestión de la mejor práctica

3.1 Planificación de la mejor práctica

¿Cómo la mejor práctica está orientada con la visión, misión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La mejor práctica de atención al paciente se visualizó en la Política No.2 que se refiere a la Atención al Paciente con Efectividad y Calidad, la cual consiste en lograr la mejor atención al paciente con los recursos disponibles, optimizando los procesos tanto asistenciales como administrativos de la institución. Esta política es parte del Plan Estratégico Institucional 2009-2014.

¿Cómo la organización seleccionó al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica?

Se hizo en base al análisis de competencias de los especialistas para la selección de los recursos idóneos.

¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

- Desarrollar un modelo innovador de atención quirúrgica basado en la eficiencia, utilización de los recursos, eficacia de sus acciones y calidez en la atención a los pacientes.
- Contribuir a la reducción en tiempo de atención a pacientes en espera de sala quirúrgica por falta de cama de hospitalización.

¿Cómo se definió el plan de trabajo, cómo se asignó a los responsables a cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada? Mostrar indicadores utilizados.

- a) El plan de trabajo de la Cirugía Mayor Ambulatoria ha sido incluido en el Plan Operativo Anual Hospitalario del HNR de los años 2014 y 2015.

- b) Los responsables están identificados en el Manual de Organización y Funciones del CCMA y en el Anexo 4 del POAH HNR 2015 (Ver anexo 6)
- c) El logro de objetivos y metas se hace utilizando el sistema de programación monitoreo y evaluación de la producción de servicios hospitalarios (SPME).(Ver anexo 6: POAH del HNR Anexo 4)

¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica y cómo se financió?

Para poner en funcionamiento el Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria no se asignó presupuesto adicional, sino que se continúa trabajando con los mismos recursos, se hizo una reestructuración del servicio de hospitalización asignando área propia y siete camas hospitalarias.

3.2 Implantación de la mejor práctica

¿Cómo se implementó la mejor práctica? Explique en detalle los pasos, etapas o estrategias desarrolladas. Destaque el uso de herramientas de calidad y/o de gestión utilizadas.

- a) En el año 2007 el Jefe del Departamento de Cirugía presento un proyecto denominado “Reactivación de la Cirugía Ambulatoria en el Hospital Rosales”. (Ver Anexo No.7)
- b) En agosto de 2009 se determinó la necesidad de asignar camas al Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria. (Ver Anexo No. 8)
- c) El plan operativo de 2010 en la matriz de resultados esperados se propone disminuir los tiempos de espera para la realización de las cirugías programadas, buscando lo optimización de la capacidad instalada. (Ver Anexo 9).
- d) En 2011 con 4 camas adheridas al servicio de Respuesta Rápida se programaron 1412 cirugías ambulatorias de las que se realizaron 1286.
- e) En octubre de 2013 fue oficializado el Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria en local propio y con 7 camas.

¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor práctica?

- a) El proyecto de reactivación de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Nacional Rosales presentado por el Jefe del Departamento de Cirugía y el Jefe de Diagnóstico y Servicios de Apoyo en agosto de 2007 incluye el listado por especialidad de los procedimientos a considerar en el programa. (Ver Anexo 7).
- b) El Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria en su Manual de Organización y Funciones establece el flujograma de los casos identificados a los cuales atenderá en dicha área.

¿Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de la mejor práctica y que acciones realizaron para superarlas?

- a) No existía infraestructura disponible
- b) No existía personal exclusivo
- c) No se había identificado la lista y tiempos de espera por especialidad.
- d) Se enfrentó un conflicto laboral en el mes de septiembre de 2014 el cual afectó la producción.(Ver Anexo No. 10)
- e) Se incluyó dentro de los objetivos específicos del CCMA la reducción del tiempo de espera de sala quirúrgica.
- f) Para instalar el CCMA se reubicó un área del Banco de Sangre

3.3 Control y seguimiento

¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica? Explique cómo se aseguró el cumplimiento de los plazos, el uso eficiente de recursos, el desempeño de participantes previstos para el desarrollo de la mejor práctica, entre otros.

Se hace un análisis mensual de los indicadores de producción tomando en cuenta la programación y el logro. (Ver Anexo No. 11)

¿Cómo el equipo aseguró la adopción de medidas ante las desviaciones encontradas en la mejor práctica y qué medidas tomó para prevenir que no vuelvan a suceder?

Según los registros en el Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de la Producción de Servicios Hospitalarios no se han observado desviaciones desde que se oficializo el CCMA.

¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas y/o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los propósitos esperados?

Se asegura mediante la evaluación de los indicadores hospitalarios en el que participa el Consejo Estratégico de Gestión.

¿Cómo el equipo realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

Se le da seguimiento al indicador mensual de la cirugía ambulatoria respecto a la cirugía electiva y se analizan resultados.

Seguimiento a la Producción de Cirugía Mayor Ambulatoria					
AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
Total CMA	597	920	919	1590	1626
	NOTAS: 1. La producción del 2011 corresponde al segundo semestre 2. De 2012 a 2013 sin proyecto 3. El dato de 2015 fue estimado con producción a octubre 4. Sin proyecto, en 2012 la CMA electiva representa el 14.92% de la producción total de la CM electiva. 5. Con proyecto en 2014 la CMA electiva representa el 28.71% de la producción total de la CM electiva. Es de tener en cuenta que dicho porcentaje ha llegado hasta el 38% durante algunos meses. 6. El proyecto de CCMA hizo crecer el índice (cirugía mayor ambulatoria/cirugía electiva) del 14.9 % al 28.7 %.				

CMA=Cirugía Mayor Ambulatoria

CCMA=Centro de Cirugía Mayo Ambulatoria

4. Gestión del equipo de trabajo

4.1 Integración del equipo de trabajo

¿Cómo la organización aseguró la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

Se nombró un coordinador y se oficializó la creación del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria.

¿Cómo la organización aseguró la generación de sinergias en el equipo de trabajo y cómo éstas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?

Se integraron todas las especialidades tanto de Cirugía como de Medicina que están relacionados con los procedimientos quirúrgicos y se nombró un Comité de Sala de Operaciones con Acuerdo HNR No. 15 con fecha 22 de enero de 2010 para que se encargara de integrar el trabajo que conlleva todos los procedimientos quirúrgicos. (Ver Anexos No. 14)

4.2 Desarrollo del equipo de trabajo

¿Cómo el equipo de trabajo realizó la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?

El Comité de Sala de Operaciones en coordinación con el Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria y las especialidades de Cirugía programan procedimientos quirúrgicos ambulatorios de acuerdo a las destrezas del especialista el equipo con que se cuenta y los quirófanos disponibles. (Ver Anexos No. 15)

¿Cómo el equipo de trabajo evaluó sus conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica? Mencione las actividades de fortalecimiento de las competencias que gestionó el equipo para el desarrollo de la mejor práctica

La particularidad del Hospital Rosales es que es especializado de referencia nacional por lo que las habilidades y destrezas siempre han sido consideradas en la asignación de procedimientos quirúrgicos en forma individual. Se ha impartido capacitaciones para la utilización de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura entre otras capacitaciones la Unidad de Desarrollo Profesional es la encargada de fortalecer los conocimientos por área de gestión (Ver Anexo No. 16)

¿Qué control y seguimiento utilizó el equipo de trabajo para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor práctica?

El seguimiento se lleva a cabo a través del Sistema de Sala de Operaciones, con el Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación; y con el análisis mensual de los indicadores hospitalarios. (Ver Anexo No. 17)

5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

5.1 Gestión del conocimiento de la mejor práctica

¿Qué iniciativas realizó la organización para generar aprendizajes a partir de la mejor práctica?

En reuniones administrativas del Departamento de Cirugía se da a conocer la experiencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria, resultados y beneficios. Además, se ha adquirido equipo para fortalecer la Cirugía Mayor Ambulatoria el cual servirá para ampliar la cobertura y capacitar a más especialistas (Ver Anexo No. 18).

¿Cómo la organización y el equipo incorporaron las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas? Destacar los elementos de innovación generados de la mejor práctica.

Los resultados iniciales de la Cirugía Mayor Ambulatoria han permitido la expansión de esta modalidad de atención en otras especialidades, obteniéndose un incremento porcentual progresivo en su aplicación.

La Cirugía Mayor Ambulatoria la cual permite que el hospital encame solo un día al paciente exige que los equipos utilizados sean renovados constantemente para mejorar la calidad del procedimiento quirúrgico y evitar estancias hospitalarias prolongadas, razón por la que se han gestionado compras de equipo médico con tecnología endoscópica (Ver Anexo No. 18).

5.2 Gestión de la innovación de la mejor práctica

¿Qué consideró el equipo para generar elementos de innovación en la mejor práctica?

Los resultados obtenidos con el funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria puesto que se sobrepasaron las metas establecidas, han servido para incluir este tipo de servicio a otras especialidades.

¿Cómo el equipo de trabajo utilizó la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño de la organización?

Con la publicación de los logros del Centro de la Cirugía Mayor Ambulatoria en la memoria de labores. (Ver Anexo No. 5)

6. Resultados de la mejor práctica

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional

¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor práctica?

Seguimiento a la Producción de Cirugía Mayor Ambulatoria					
AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
Total CMA	597	920	919	1590	1626

CMA=Cirugía Mayor Ambulatoria

CCMA=Centro de Cirugía Mayo Ambulatoria

Sin proyecto, en 2012 la CMA electiva representa el 14.92% de la producción total de la CM electiva. Con proyecto en 2014 la CMA electiva representa el 28.71% de la

producción total de la CM electiva. Es de tener en cuenta que dicho porcentaje ha llegado hasta el 38% durante algunos meses.

Con esto se evidencia de que las metas propuestas tanto en 2014 como en 2015 fueron superadas eliminando cualquier brecha existente.

¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor práctica?

Debido a que la estancia hospitalaria de 2013 fue de 9.3 días y en 2014 de 10.8; se puede decir que el logro más importante es haber encamado solamente un día a 3216 pacientes en dos años, habiendo generado un ahorro equivalente al gasto que generan 32,000 días de hospitalización. (Ver Anexo No. 19)

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano/cliente

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano/cliente después de aplicar la mejor práctica?

La estancia hospitalaria de un día contribuye a minimizar los costos en que incurre el paciente por una estancia de más de diez días.

¿Cuál es el impacto para el ciudadano cliente después de la implementación de la mejor práctica?

El impacto es favorable debido a que la estancia hospitalaria pasa de ser de 12 días en promedio a uno. Además, se acorta significativamente el tiempo de espera de programación.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas

¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionados con la mejor práctica?

Se beneficia al paciente intervenido y al que está en lista de espera, se optimizan los recursos.

¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas? Por ejemplo para: empleados, medio ambiente, proveedores y aliados estratégicos, entre otros.

- a) Hay una mejoría en la capacidad de respuesta institucional.
- b) El medio ambiente se beneficia por la utilización eficiente de recursos (Agua, energía eléctrica, químicos, medicamentos, etc.)
- c) En el caso del hospital le permite a las compañías suministrantes atender otras zonas.
- d) Las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud se ven beneficiadas porque agilizan sus casos a nivel local.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo-beneficio

¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?

Se ha estimado que en dos años el hospital ha reducido el gasto en estancia hospitalaria aproximadamente en \$8,040,000.00 con la ejecución del proyecto del Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria.

¿Cuáles son los resultados de la relación costo/beneficio de la implantación de la mejor práctica?

- a) Reducción de costos en que incurren los pacientes por la estancia prolongada de no contar con este nuevo servicio (Alimentación, transporte, artículos de uso personal, entre otros).
- b) Reducción del gasto de la estancia hospitalaria
- c) Uso eficiente de los suministros
- d) Se han mejorado los indicadores de utilización de recursos
- e) Reducción de tiempos de espera para el paciente para realizarle el procedimiento
- f) Desarrollo de habilidades y destrezas del personal

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad

¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejor práctica?

- a) Insuficiencia de insumos
- b) Aumento de la demanda
- c) Saturación del área de hospitalización

¿Qué estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y estandarización de la mejor práctica?

- a) La estrategia es la oficialización y nombramiento del coordinador con acuerdo de Dirección No. 754 de fecha 09 de octubre de 2013. (Ver Anexo No. 4)
- b) Asignación de local propio y designación de personal permanente para la atención del servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- c) Asignación de 7 camas no censables para el servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria según Acuerdo HNR No. 156 de fecha 04 de marzo de 2014.

¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor práctica?

- a) Se evalúa la relación porcentual de la Cirugía Mayor Ambulatoria respecto al total de la Cirugía Mayor Electiva.
- b) Fluctuación de la producción respecto a períodos anteriores.
- c) La efectividad de la coordinación acorde al Manual de Organización y Funciones del CCMA además de la participación de las especialidades.

7.2 Mejora

¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

- a) Proyecto de mejora en infraestructura y equipamiento. Se está mejorando la infraestructura relacionada a quirófanos (Adquisición de equipos, reparación y remodelación de salas de operaciones entre otros).
- b) En el PE 2014-2019 se ha definido el objetivo táctico relacionado al Proyecto de ampliación de horarios de atención en Consulta Externa y Quirófanos. (Anexo No. 20: Página 22).

¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo de trabajo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

- a) Índice de relación entre cirugía mayor ambulatoria y cirugía mayor electiva total por unidad de tiempo. La meta a largo plazo es lograr un 40 %. Se ha asignado en POAH las horas quirófano suficientes para realizar al menos 15 CMA diariamente según especialidad.
- b) Tiempo de espera para programación de cirugía mayor ambulatoria. La meta a largo plazo es lograr un tiempo de espera menor a 30 días.
- c) El mecanismo de seguimiento es la presentación, análisis y discusión mensual de estos indicadores en el Comité Estratégico de Gestión.