



MINISTERIO  
DE SALUD

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Calidad en Salud**  
**Hospital Nacional Rosales**  
**Postulación al Reconocimiento Interno**  
**a las Mejores Prácticas 2019.**  
**5a Edición**

**REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA  
CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ DE LAS  
ESPECIALIDADES DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
NACIONAL ROSALES, PERÍODO ENERO A  
DICIEMBRE DE 2018.**

Equipo de Trabajo:  
Dr. Mynor Ulises Martínez Sosa  
Dr. Rafael Romero Reyes  
Dr. José Santiago Cerón López  
Dr. José Mauricio González Campos  
Sr. Eduardo Benjamín Hernández Molina  
Lic. MGH Víctor Francisco Guevara Torres

San Salvador 31 de octubre de 2019

## Índice:

### Contenido

Presentación .....	2
<b>Objetivos de la Mejor Práctica .....</b>	<b>3</b>
<b>Criterios y subcriterios de evaluación .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.....</b>	<b>4</b>
1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica .....	4
1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica .....	5
1.3. Reconocimiento a equipos de mejora .....	6
<b>2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora .....</b>	<b>7</b>
2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora .....	7
2.2 Recolección y análisis de la información .....	11
<b>3. Gestión de la mejor práctica .....</b>	<b>13</b>
3.1 Planificación de la mejor práctica.....	13
3.2 Implantación de la mejor práctica.....	16
3.3 Control y seguimiento .....	17
<b>4. Gestión del equipo de mejora .....</b>	<b>19</b>
4.1 Integración al equipo de mejora .....	19
4.2 Desarrollo del equipo de mejora .....	19
<b>5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica .....</b>	<b>20</b>
5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.....	20
5.2 Gestión de la innovación en la mejor práctica .....	21
<b>6. Resultados de la mejor práctica .....</b>	<b>22</b>
6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional .....	22
6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.....	25
6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas .....	25
6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio .....	26
<b>7. Sostenibilidad y mejora .....</b>	<b>27</b>
7.1 Sostenibilidad .....	27
7.2 Mejora .....	29
<b>Glosario de términos clave.....</b>	<b>30</b>
<b>Glosario de Siglas: .....</b>	<b>30</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>31</b>

## Presentación

La edificación del Hospital inició con la colocación de la primera piedra, el 9 de abril de 1891. Durante la ceremonia se depositó una caja metálica que contiene una plancha de cobre con la siguiente inscripción: “Bajo la protección de Dios todopoderoso” y con los cuantiosos recursos donados por Don José Rosales, se comenzó la obra de este Hospital, siendo presidente Don Carlos Ezeta, quien puso la primera piedra; y bendijo la obra el ilustrísimo señor obispo Adolfo Pérez y Aguilar. San Salvador, abril de 1891”.

Para su construcción se contrató la Societé Forges d’Aiseau, de Bélgica, representada por el señor Carlos Kimps, siendo su apoderado el Doctor Hermógenes Alvarado. Finalmente fue inaugurado el 13 de julio de 1902.

El Hospital Nacional Rosales es una institución pública prestadora de servicios de salud, de referencia nacional; el origen y el que hacer de este centro de atención de tercer nivel es el pueblo salvadoreño. Su estructura organizativa, infraestructura y el personal son mediadoras ante las necesidades de salud, específicamente para los pacientes con patologías complejas.

## **Objetivos de la Mejor Práctica**

### **Objetivo General:**

Reorganizar el proceso de atención de la Consulta Externa, para que permita acortar los tiempos de espera de consultas de primera vez, al usuario de las especialidades de Medicina del Hospital Nacional Rosales durante el periodo de enero a diciembre 2018.

### **Objetivos Específicos:**

1. Proporcionar al usuario de las especialidades de Medicina una atención oportuna, a fin de disminuir el tiempo de espera para la consulta médica de primera vez.
2. Mejorar la atención de los usuarios por medio del ordenamiento en los procesos de las especialidades de Medicina, que se desarrollan en la Unidad de Consulta Externa Hospital.
3. Optimizar el tiempo de utilización de los consultorios en las diferentes especialidades de Medicina en la Consulta Externa.
4. Incrementar la hora efectiva médico en Consulta Externa, por medio de la redistribución de los tiempos de atención de especialistas de Medicina.
5. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de las especialidades de Medicina de primera vez de la Unidad de Consulta Externa.

## **Criterios y Subcriterios de evaluación**

### **1. Liderazgo y compromiso de la alta Dirección**

#### **1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica**

##### **1.1.1. ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor practica?**

A mediados del año 2015 el Ministerio de Salud, MINSAL, implementa el reconocimiento interno a las mejores prácticas, y promueve a través de la Dirección Nacional de Calidad en Salud, postulaciones al Reconocimiento las cuales son premiadas anualmente en acto público, la Dirección del Hospital por medio de la Unidad Organizativa de Calidad, en adelante UOC, incentiva la creación de mejores prácticas basándose en los objetivos enmarcados en la Planificación Institucional, que establecen: la aplicación e implementación de técnicas y herramientas administrativas, que propicien la eficiencia hospitalaria; en ese sentido se decide para el año 2019 participar con la Implementación de la mejora en la Consulta Externa.

Además, en el Manual de Organización y Funciones de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales se definen los diferentes procesos de atención al paciente: identificación, preselección, selección, entre otros.

##### **1.1.2. ¿Cómo la alta Dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?**

La Dirección del Hospital por medio de la UOC y la Jefatura del Departamento de Medicina, da seguimiento y apoyo mediante la solicitud de informes de evaluación mensual de los resultados de la aplicación de la mejor práctica (Estándares de Calidad 27, procesos e indicadores).

Gestiona la elaboración y aprobación del Manual de Organización y Funciones de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales, en el que se establecen los diferentes procesos de atención al paciente (identificación, preselección, selección). Además, facilita:

- Elaboración de documento en donde se evalúa la hora efectiva por médico.
- Incorporación en el Informe de Labores del año 2018 del Hospital, el comportamiento de las diferentes actividades desarrolladas de la mejor práctica.
- Participación en la entrega de informe en reunión del Ministerio de Salud con las diferentes Regiones de Salud de la RISS (Resultados de Indicadores en Salud, incorporados los de Consulta Externa).
- Autorización de:
  - La incorporación de Residentes de Tercer año de las Especialidades de Medicina para la programación de selección y consulta.
  - Establecimiento de criterios por las diferentes sub - especialidades de Medicina para atención eficiente del paciente.
  - Reorganización de las horas efectivo médico (escalonamiento de horarios).
  - Optimización de espacios físicos.
  - Apoyo con equipo informático.

##### **1.1.3. ¿Cómo la alta Dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?**

El equipo gestor del proyecto fue empoderado para su desarrollo a través de la aprobación por medio de acuerdo, establecido en acta en reunión con el jefe de la UOC (Anexo 1).

Al contar con la aprobación de la alta Dirección permitió la efectividad en las diferentes gestiones realizadas, tales como:

- Gestión del cumplimiento del Manual de Organización y Funciones de la Consulta Externa, aprobado.
- Acuerdo de nombramiento de Jefatura de Consulta Externa.
- Asignación de equipo informático necesario para su implementación en las áreas de la Consulta Externa.
- Asignación de recurso humano en las áreas necesarias (Residentes).
- Ampliación del horario de farmacia ubicada en Consulta Externa.

#### **1.1.4. ¿Cómo la alta Dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?**

La Dirección da a conocer la mejor práctica utilizando diferentes medios de comunicación dentro de los cuales podemos mencionar:

- Reunión con las Jefaturas de las diferentes sub - especialidades del Departamento de Medicina y Cirugía para establecer criterios de atención de pacientes referidos en interconsulta.
- Divulgación en reunión de la RISS Metropolitana, de los criterios para las diferentes sub - especialidades de Medicina y Cirugía.
- Reunión con el Comité Estratégico de Gestión para su conocimiento y apoyo, en el que se dan a conocer los resultados de los Estándares e indicadores relacionados con el cumplimiento de la mejor práctica.
- Informe de labores 2018 del HNR, en el que se hace referencia al desarrollo de la mejor práctica el cual está publicado en la web del Hospital, y en el Portal de Transparencia de la Oficina de Información y Respuesta del MINSAL (OIR).
- Socialización a través de Trabajo Social del Hospital, de los criterios de atención para las diferentes sub - especialidades de Medicina y Cirugía a nivel de los hospitales nacionales que refieren al Hospital con Trabajo Social y los coordinadores de la Oficina por el Derecho a la Salud, realizados por medio de correo electrónico (Anexo 2).

## **1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica**

### **1.2.1. ¿Cómo apoya la alta Dirección el desarrollo e implantación de la mejor práctica?**

- Para el desarrollo de la mejor práctica no fue necesaria una partida presupuestaria específica, se trabaja con el presupuesto asignado al hospital.
- Fue necesario hacer gestión para la reasignación de funciones de dos recursos médicos especialistas de medicina, para cobertura de dos horas cada uno en área de preselección, la cual fue aprobada por la Alta Dirección. Estas horas médico no estaban siendo utilizadas y eran necesarias para el fortalecimiento de la mejor práctica.
- Apoyó la reorganización de actividades al personal de la consulta externa (se modificaron los planes de trabajo, ajustes de horarios.), el desarrollo de las capacitaciones al personal médico y asistentes clínicos.
- Asignó equipo informático para mejorar el proceso de atención de pacientes [Oftalmología (8), Otorrinolaringología (6), Cirugía Maxilofacial (3) y Gastroenterología (4)].
- Asignó mobiliario y equipo a la Consulta Externa (190 sillas de espera y 4 pantallas tipo plasma para brindar educación en salud a pacientes).

- Incorporó el tema de la mejor práctica en el Plan Anual Operativo del Hospital y aprobó el Manual de Organización y Funciones de la Consulta Externa.

Además, se obtuvo el apoyo financiero de aliados estratégicos como es el caso de la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL), quién cooperó para mejorar las instalaciones de atención a los usuarios de Consulta Externa, brindándoles un ambiente más favorable y propicio para el desarrollo de su consulta. (Anexo 3).

### **1.2.2. ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?**

La alta Dirección da soporte a la mejor práctica delegando su seguimiento a la Jefatura de la Unidad de Consulta Externa quién rinde informes mensuales (Indicadores, Estándar de Calidad 27) y además la UOC informa sobre los resultados del cumplimiento de los Estándares de Calidad del 22 al 29).

Dentro de las actividades realizadas se encuentran:

1. Aprobación de criterios de atención a pacientes referidos.
2. Asignación de equipamiento informático para la incorporación de sub - especialidades al Sistema Integrado de Atención a Pacientes, SIAP.
3. Asignación de mobiliario y equipo para toda la Consulta Externa.
4. Facilita la capacitación al personal médico y asistentes clínicos.
5. Aprobación de la incorporación de Residentes de tercer año de la sub - especialidades de Medicina para brindar selección y consulta.
6. Delega a la Unidad de Informática el mantenimiento preventivo del equipo asignado a la Unidad de Consulta Externa.

### **1.3. Reconocimiento a equipos de mejora**

#### **1.3.1. ¿Qué políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes del equipo que desarrollan la mejor práctica?**

La Dirección del hospital ha potenciado el desempeño efectivo del equipo, a través de incentivos tales como la autorización de los horarios del equipo, de manera que sus integrantes tengan disponibilidad de tiempo para realizar actividades del proyecto y que se cumpla con lo programado.

Dentro de otras actividades que ha definido la organización como incentivo para el equipo son:

- La Institución promueve el desempeño efectivo de los integrantes del equipo por medio de la entrega de un diploma como reconocimiento a su trabajo en el desarrollo de la mejor práctica, en reunión con los diferentes comités de apoyo a la gestión coordinados por la UOC (Anexo 4).
- Participación de miembros del equipo gestor en capacitación de mejora continua de la Calidad, impartida por la Dirección Nacional de Calidad del Ministerio de Salud.

#### **1.3.2. ¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor práctica?**

La organización reconoce el buen desempeño de cada uno de los miembros del equipo gestor comprometidos con la mejor práctica por medio de:

- La evaluación del desempeño anual en la que se considera la importancia de su trabajo para la efectividad en la ejecución de la mejor práctica.

- Por medio de la UOC, reconoce el desempeño efectivo de los integrantes del equipo y los resultados obtenidos según los objetivos propuestos, haciendo entrega de una nota individual como reconocimiento de la mejoría de la capacidad de respuesta, con la aplicación de la mejor práctica en la consulta externa del hospital e incentiva a continuar con su trabajo en el desarrollo de la mejor práctica y el compromiso en la continuidad y sostenibilidad del proyecto, dicha nota se anexa al expediente de cada recurso (Anexo 5).

## 2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora

### 2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora

#### 2.1.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

La metodología que utilizó el equipo técnico para identificar las oportunidades de mejora fue a través de: 1) Análisis de citas a pacientes de primera vez en Consulta Externa, 2) Evaluación del Estándar 27 relativo a: Proporcionar atención médica oportuna, con calidad técnica y satisfacción, a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, 3) Se hizo uso de los reportes históricos de los informes de Consulta Externa, para la identificación de problemas específicos de la Unidad.

En reunión de trabajo el equipo identificó los problemas en la Unidad de Consulta Externa utilizando información de la Unidad y aplicando la herramienta de Calidad “lluvia de ideas”, durante la cual se identificaron cuatro problemas, los cuales se detallan a continuación:

1. Baja asignación de horas médico por Especialidad.
2. Inadecuada utilización de consultorios.
3. Concentración de atención a pacientes en horario matutino.
4. Período prolongado para asignación de citas a pacientes de primera vez.

#### 2.1.2. ¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

Los parámetros utilizados por el equipo gestor de la mejor práctica para la priorización de los problemas identificados durante la técnica de calidad de lluvia de ideas fueron los siguientes:

- Severidad e impacto: Basándose en datos relevantes que afectan el desenvolvimiento en los procesos que impactan en la calidad de atención al usuario.
- Factibilidad: Pertinencia, disponibilidad de recursos, legalidad y aceptabilidad.
- Eficacia: Mejorando la pertinencia de respuesta en atención a las necesidades del paciente.
- Magnitud: Personas con requerimiento de cita, beneficiadas por medio de la implementación de la mejor práctica.

#### 2.1.3. ¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

Se aplicó el **Método de Hanlon** como instrumento para priorizar la problemática, estableciendo la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención; permitiendo la priorización para enfocar las acciones de superación de las limitantes y definiendo como puntos críticos: **i)** potenciar las habilidades y destrezas de los recursos humanos, **ii)** definir un procedimiento de atención, **iii)** el fortalecimiento de la coordinación del equipo médico con otras disciplinas.

**Se aplicó además el Diagrama de árbol**

*Cuadro 1: Método de HANLON*

1. Baja asignación de horas médico por Especialidad
2. Inadecuada utilización de consultorios.
3. Concentración de atención de pacientes en horario matutino.
4. Largo período de asignación de citas a pacientes de primera vez.



HANLON:

Magnitud: Componente "A"

Personas Afectadas, valoración = 0-10

Severidad: Componente "B"

Datos subjetivos y objetivos, valoración = 0-10

Eficacia: Componente "C"

Datos subjetivos y objetivos, valoración = 0-1.5

Factibilidad: Componente "D"

Pertinencia, factibilidad económica, disponibilidad de recursos, legalidad y aceptabilidad, valoración = 0-5

**FÓRMULA:**

$$(A + B) C x D$$

Tabla 1

PROBLEMA	Magnitud del problema (a) 1-10	Severidad e impacto (b) 1-10	Eficacia de la intervención (c) 0.5-1.5	Factibilidad de la intervención (d) 0-5	Resultado (A+B) C X D
Inadecuada utilización de consultorios.	8	7	0.90	2.5	33.75
Baja asignación de horas médico por Especialidad.	10	7	0.90	2.5	38.25
Concentración de atención a pacientes en horario matutino.	10	4	1.05	3.5	51.45
<b>Largo período de asignación de citas a pacientes de primera vez.</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>1.05</b>	<b>4</b>	<b>79.8</b>

Gráfico 1: Priorización de Problemas de Unidad de Consulta Externa

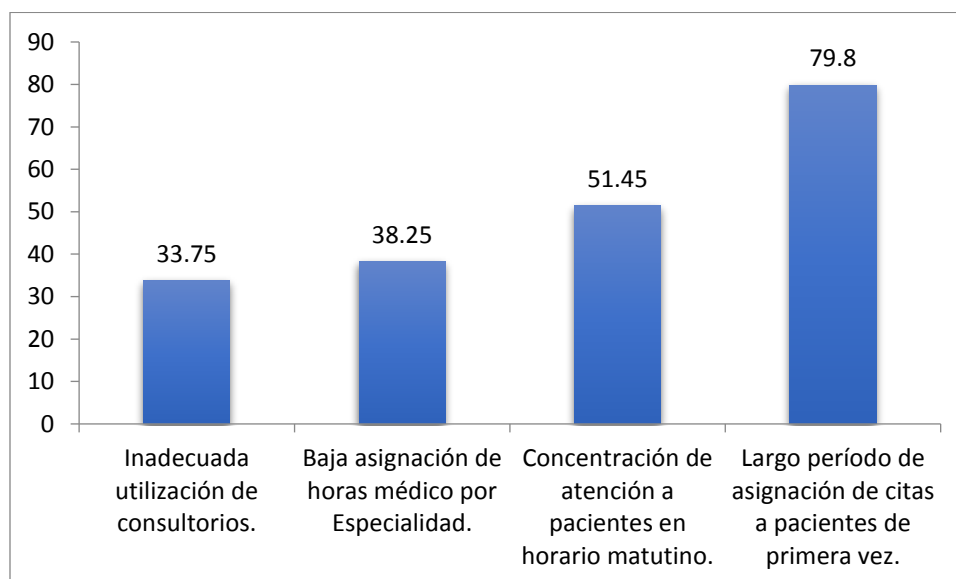
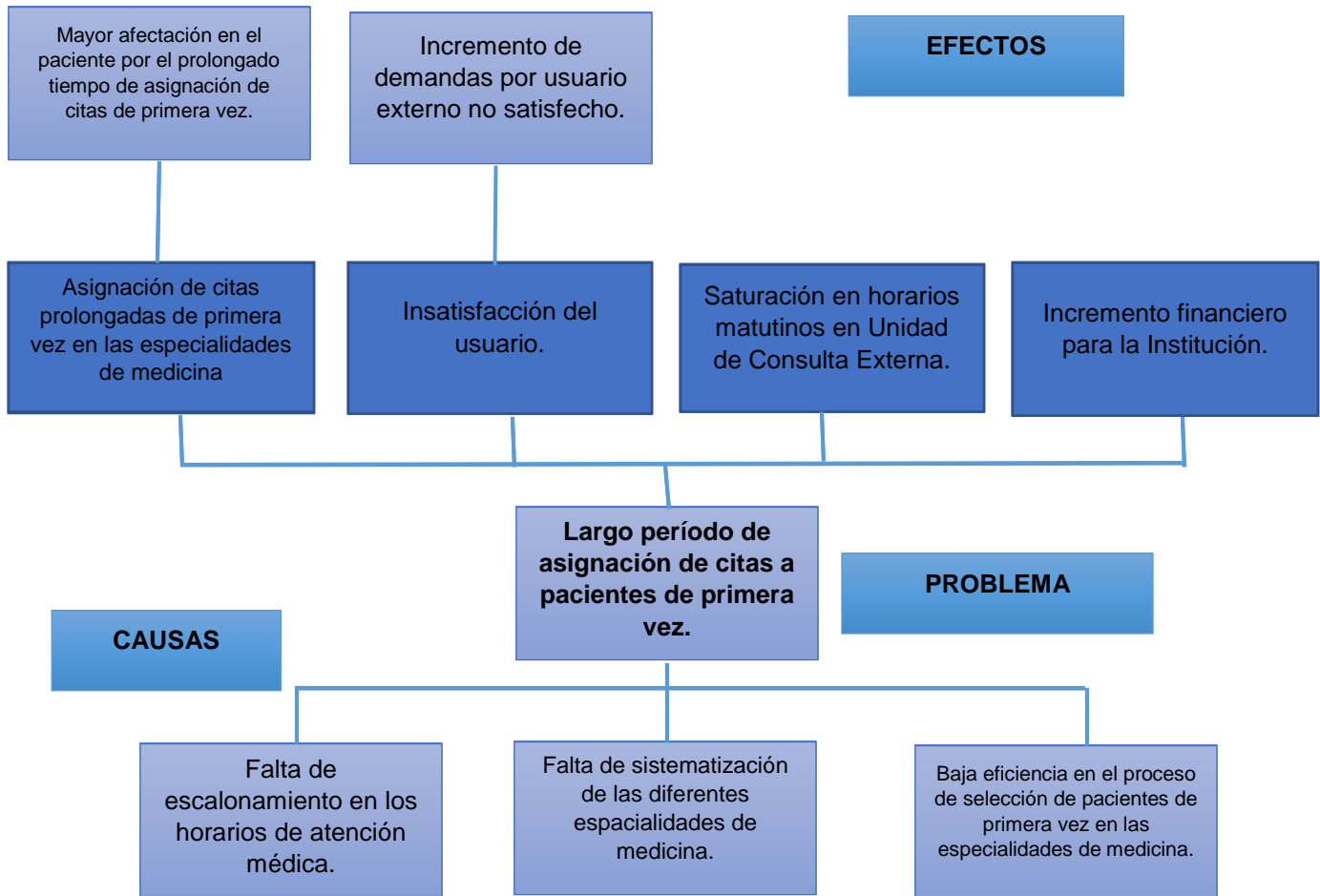


Diagrama 1: Árbol de Problemas de la Unidad de Consulta Externa



#### 2.1.4. ¿Cómo proyectó el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

El impacto esperado por el equipo de mejora luego de implementar las actividades planificadas en la mejor práctica fueron las siguientes:

- **Ciudadano:** Satisfacción positiva del ciudadano debido a que los tiempos de espera se han acortado. (Encuestas de satisfacción), diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente, mejora en la calidad de vida, disminución de costos al usuario (transporte, alimentación, estadía).
- **Personal:** Parte Médica al 100% con el uso del SIAP incorporando a sub - especialidades tales como: Cirugía Maxilofacial, Gastroenterología, Otorrinolaringología y Oftalmología, mejoras en su organización funcional, personal empoderado en sus funciones y fortalecimiento de sus conocimientos, la distribución de horarios permitió la desconcentración de carga laboral en horarios matutinos.
- **Aliados estratégicos:** utilización del Módulo de Expediente Electrónico de la Consulta Externa al 100%, conducido por la Unidad de Informática; primer y segundo nivel de atención se favorecen con la oportunidad de atención al paciente que refieren por su carácter diagnóstico de tercer nivel.
- **Costo beneficio:** Los beneficios para el Sistema Nacional de Salud se enfocan en : 1) Estandarizar la atención multidisciplinaria de pacientes en las consultas de primera vez en Medicina, 2) Mejora en la eficiencia hospitalaria a través del aumento de la capacidad resolutoria, 3) Mejora la imagen del Sistema Nacional de Salud, ya que en la institución se reducen los costos en

la atención de pacientes que se complicaban por la inoportunidad de la asignación de las citas, lo que genera mejor aprovechamiento del presupuesto asignado.

- **Procesos internos:** uso del sistema electrónico de parte de los servicios de apoyo (Laboratorio Clínico, Farmacia, Patología, Radiología, Banco de Sangre) para optimizar los procesos de atención de los pacientes y los recursos utilizados en su tratamiento (disminución de dobles recetas, exámenes, estudio de imágenes, entre otros).

### 2.1.5. ¿Cuáles son los estándares que se relacionan con la buena práctica?

Los estándares que se relaciona con la buena práctica son el Estándar 27: Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción del usuario, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL y el Estándar 29: con evidencia de Trato Humanizado.

Indicadores de Evaluación en Salud relacionados con la buena práctica son:

- Rendimiento Hora Médico.
- Optimización en la utilización de Consultorios médicos.
- Concentración de Consultas.
- Grado de Cumplimiento de Hora Médico.

### 2.1.6. ¿Cómo se relaciona el tema de la oportunidad de mejora con la Autoevaluación de la CICGP del establecimiento?

El tema de la oportunidad de mejora “**REDUCCIÓN EN LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA LA CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ DE LAS ESPECIALIDADES DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DE 2018,**” Se relaciona con la CICGP aplicada al Hospital Nacional Rosales en los siguientes epígrafes y planes de acción:

Cuadro 2

Indicador	Pregunta	Plan de Acción	Tiempo de Ejecución	Cumplimiento
40. Prospectiva y Análisis de la opinión ciudadana.	¿Cómo se utilizan técnicas de prospectiva y estudio del entorno general y específico durante el proceso del planeamiento estratégico? ¿Cómo se orientan a la identificación de los principales retos y necesidades de la sociedad? ¿Cómo se determinan las oportunidades y las amenazas a partir del análisis de entorno realizado? ¿Cómo se identifican las mejores prácticas?	Aplicación de herramientas de calidad para la identificación de problemas y propuesta de soluciones, desarrollo de encuestas de satisfacción, aplicación del ciclo PEVA.	Primer semestre 2018 y primer semestre 2019.	En el 2018 por medio de encuestas, la Unidad Organizativa de Calidad midió el porcentaje de satisfacción del usuario externo correspondiente al primer semestre obteniendo como resultado 72% de satisfacción. Para el primer semestre de 2019 el porcentaje de satisfacción del usuario fue del 77.70%.
45a.	¿De qué manera identifica los	Desarrollar encuestas de	Segundo Semestre del año 2018.	Durante el 2018 se desarrollaron encuestas de

	requerimientos, necesidades y expectativas de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés?	satisfacción en una de las tres áreas de mayor demanda en la institución		satisfacción a usuarios externos de Consulta Externa.
--	--	--	--	---

## 2.2 Recolección y análisis de la información

### 2.2.1. ¿Qué metodología aplicó para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor práctica?

La metodología utilizada por el equipo gestor de la mejor práctica para la recolección, clasificación, consolidación y análisis de la información obtenida fue la revisión documental, revisión bibliográfica, datos históricos, recorridos de observación por las áreas, datos estadísticos, informes mensuales y anuales, planificación de los recursos, asignación de áreas; además se analizó la siguiente información recolectada: Plan Operativo Anual 2018 y sus evaluaciones trimestrales, así como el Portafolio de Servicios del hospital.

- Análisis de la demanda: se verificó la población del área de influencia, las primeras causas de consulta, la procedencia de los usuarios, los centros de atención que refieren a los pacientes.
- Análisis de la oferta: el portafolio de servicios, la capacidad instalada, las horas contratadas, la estructura organizativa, análisis de la capacidad instalada en la Unidad de Consulta Externa: la cantidad de consultorios, los horarios de atención y los servicios de apoyo.
- Análisis de las horas médico contratadas: las capacidades individuales, los horarios contratados y los horarios de trabajo por recurso.
- Análisis de la carga laboral del personal de apoyo: el personal de enfermería, el personal administrativo, los horarios de trabajo y las capacidades individuales.
- Análisis de la producción de la Unidad de Consulta Externa: la producción por especialidad, la capacidad de atención, la disponibilidad de horas, la distribución de horarios de trabajo y la distribución de áreas de atención.
- Análisis de los costos de mano de obra en la Unidad de Consulta Externa: el costo de la intervención de enfermería, el costo de intervención del personal administrativo y el costo del personal de otras áreas.
- Análisis del tiempo de espera para la consulta médica de primera vez: el tiempo de espera de cada especialidad (de Medicina).
- Evaluación de resultados: evaluación de indicadores del primer mes, del primer trimestre, del primer semestre, del año, presentación de resultados, entrega de reconocimientos individuales y colectivos, evaluación de costos de mano de obra, ahorro, satisfacción del usuario y satisfacción de las autoridades.
- Mesa de trabajo para la redistribución de horas médico: convocatoria a las jefaturas de especialidad, a los jefes de departamento, a los jefes de división para verificar la mejor alternativa de distribución de horarios, áreas a priorizar, depuración de pasos del proceso de atención, selección de la especialidad más conveniente para ejecutar la fase de prueba.

- Puesta en marcha de plan piloto: ejecución de la propuesta en el momento más conveniente, el día, la hora, los participantes directos.
- Evaluación del plan piloto: evaluación de los resultados obtenidos, indicadores, afectados, beneficiados, cumplimiento de metas y objetivos.
- Mesa de trabajo para la socialización del plan: preparación de información, diseño de medios de difusión, diseño de formas de comunicación, anuncios, pancartas, cartillas, boletines.
- Implementación: generalización de la implementación con objetivos institucionales, metas de trabajo y beneficios del proyecto de intervención.

### 2.2.2. ¿Cuáles herramientas aplico el equipo para la recolección y análisis de la información?

Entre las herramientas que se aplicaron por el equipo para la recolección y análisis de la información fueron las siguientes:

- a) Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias (SPME).
- b) Sistema de Morbimortalidad más Estadísticas Vitales (SIMMOW).
- c) Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP).
- d) Encuestas de Satisfacción del Usuario externo de Consulta Externa 2015 y 2018.
- e) Informe de Labores Institucional 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.
- f) Sistema de Información Gerencial SIIG\_Etab.

### 2.2.3. ¿Cuáles fuentes de datos utilizó el equipo para verificar la confiabilidad?

Para verificar la confiabilidad de la información recolectada y ante cualquier duda relacionada al registro y resultados, se revisaron expedientes clínicos y se confrontó la información entre las diferentes fuentes, considerando la existencia de subregistros, registro incorrecto o duplicidad de datos.

Las fuentes de datos utilizadas para verificar que los datos obtenidos fueran confiables en el desarrollo de la mejor práctica son:

1. Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias (SPME).
2. Sistema de Morbimortalidad más Estadísticas Vitales (SIMMOW).
3. Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP).
4. Informe de Labores Institucional 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.
5. Seguimiento al Tiempo de Espera de Consulta Médica de Primera Vez (SIIG\_Etab).
6. Informes de Estándares de Calidad emitidos por la UOC.
7. Expediente clínico.
8. Censos de pacientes utilizados en los consultorios.

### 2.2.4. ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada?

Para el establecimiento de la brecha se tomó en cuenta, en primera instancia, los tiempos de espera para las consultas de primera vez del año 2017, los cuales eran de 74 días promedio para todas las Especialidad de Medicina, proyectando mejorarlos con una disminución a 30 días y una brecha a disminuir de 44 días al finalizar el año 2018.

Cuadro 3

<b>Línea base año 2017:</b> Tiempo de espera de atención a usuarios de primera vez de especialidades de medicina	<b>Proyección a 2018:</b> Tiempo de espera de atención a usuarios de primera vez de especialidades de Medicina	<b>Brecha:</b> Tiempo de espera de atención a usuarios de primera vez de especialidades de Medicina
<b>74 días (promedio anual) para las especialidades de Medicina, según datos estadísticos de ESDOMED.</b>	<b>30 días para las especialidades de Medicina, según lo normado en los indicadores de Resultados en Salud de las RISS del MINSAL.</b>	<b>44 días</b>

En este punto es importante reiterar que el número de citas a usuarios de primera vez de especialidades de Medicina que se presentan anualmente es variable y su número no depende directamente de las acciones que pueda realizar el personal asignado, por lo que para fines prácticos se incluyeron en el cuadro los tiempos que se registran para el estándar 27, en base a la demanda. En este caso la brecha identificada de 2017 a 2018, es de 30.48 días.

Cuadro 4

Especialidades	2014	2015	2016	2017	2018
De Medicina	85.63	74.31	46.00	45.25	14.77
Fuente: Estándares de Calidad – SPME. 2019.					

### 3. Gestión de la mejor práctica

#### 3.1 Planificación de la mejor práctica

##### 3.1.1. ¿La mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

Siguiendo las directrices institucionales el Hospital en su Programación Anual Operativa (PAO) establece como objetivo, participar en la recuperación de la salud del paciente, combinando el esfuerzo de las áreas y especialidades médicas que conforman la Institución; coordinados e inmersos en el Sistema Nacional de Salud.

La mejor práctica está orientada con la misión, en el sentido que ésta establece lo siguiente: Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como hospitalización y **Consulta Externa**, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad y ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País.

Con respecto a la visión la buena práctica está orientada a satisfacer la demanda de tercer nivel de atención en las especialidades de Medicina y Cirugía en población mayor de 12 años y con reconocimiento como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud.

##### 3.1.2. ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de mejora para el desarrollar la mejor practica?

La Dirección del Hospital identificó a los miembros que conformarían el equipo gestor, a partir de criterios de conocimiento técnico, capacidad para la toma de decisiones, liderazgo, habilidades de comunicación, responsabilidad, y la disponibilidad para colaborar; también, la capacidad técnica y los conocimientos. Una vez constituido el equipo, la Dirección a través de la UOC del hospital lo formaliza por medio de acta. (Ver Anexo 1)

El equipo fue tomado en cuenta verificando su perfil profesional que apoye el desarrollo de la buena práctica en sus diferentes fases entre los que podemos mencionar:

- Profesional médico, Jefe de Consulta Externa.
- Profesional médico, Jefe de División Médica.
- Profesional médico, Jefe UOC.
- Profesional área administrativa, Jefe de Unidad de Planificación.
- Profesionales técnicos en UOC y Unidad de Planificación.
- Profesional médico, Jefe de los Servicios de Medicina Interna.

##### 3.1.2.1. ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

Los objetivos definidos a alcanzar por medio de la aplicación de la mejor práctica en la Unidad de Consulta Externa se detallan a continuación:

**Objetivo General:**

Reorganizar el proceso de atención de la Consulta Externa que permita acortar los tiempos de espera de consultas de primera vez, al usuario de las especialidades de Medicina del Hospital Nacional Rosales durante el periodo de enero a diciembre 2018.

**Objetivos Específicos:**

1. Proporcionar al usuario de las especialidades de Medicina una atención oportuna a fin de disminuir el tiempo de espera para la consulta médica de primera vez.
2. Mejorar la atención de los usuarios por medio del ordenamiento en los procesos de las especialidades de Medicina que se desarrollan en la Unidad de Consulta Externa Hospital Nacional Rosales.
3. Optimizar el tiempo de utilización de los consultorios en las diferentes especialidades de Medicina en la Unidad de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales.
4. Incrementar la hora efectiva médico en Consulta Externa por medio de la redistribución de los tiempos de atención de especialistas de medicina.
5. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de las especialidades de Medicina de primera vez de la Unidad de Consulta Externa Hospital Nacional Rosales.

**3.1.3. ¿Cómo se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables de 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?**

El plan de trabajo del proyecto se elaboró a partir de los objetivos establecidos, asignando las responsabilidades de acuerdo al perfil de cada miembro del equipo participante: (Programación de Medicina Interna y demás Especialidades.)

Cuadro 5

Objetivo	Actividades	Indicadores	Fecha cumplimiento	Responsable
Disminuir el tiempo de espera para la consulta médica de primera vez de las especialidades de Medicina.	-Redistribución de las horas médico asignadas a Consulta Externa. -Ampliación y fortalecimiento del proceso de selección. -Optimización de los consultorios.	- Tiempo en que se presenta a solicitar cita de primera vez y fecha para consulta asignada.	-Año 2018	-Jefe de División Médica  -Jefe del Departamento de Medicina  -Médico Jefe de la Consulta Externa  -Jefes de las Especialidades Médicas.
Ordenar los procesos de las especialidades de Medicina que se desarrollan en la Unidad de Consulta Externa	-Elaboración de criterios solicitud de referencias a Especialidades. -Se incluyeron especialidades de Medicina al proceso de Selección. -Se sistematizaron al 100% las Especialidades de Medicina.		-Año 2018	-Equipo gestor del proyecto

Redistribuir el tiempo de utilización de los consultorios en las diferentes especialidades de Medicina en la Unidad de Consulta Externa	-Evaluación de capacidad instalada. -Evaluación del porcentaje de uso de los consultorios. -Establecimiento de la capacidad residual de los consultorios.	Horas de consultorio efectivas y horas disponibles para consulta	-Año 2018	-Equipo gestor del proyecto
Redistribuir los tiempos de atención de especialistas de Medicina.	-Revisión y análisis de los horarios de contratación de personal Médico. -Ajuste de horas asignadas a Consulta Externa. -Escalonamiento de horarios para ampliar la cobertura de atención en Consulta Externa. -Coordinación con la Jefatura del Departamento de Medicina y las Jefaturas de las Especialidades Médicas para su implementación.	Horario establecido para proporcionar consulta	Año 2018	-Jefe de División Médica  -Jefe de Departamento de Medicina  -Jefe de Consulta Externa.  -Jefaturas de las Especialidades Médicas.
Medir la satisfacción de los usuarios de las especialidades de Medicina de primera vez de la consulta externa	-Desarrollo de encuestas de satisfacción de usuarios que se le otorguen citas de primera vez.	-Número de pacientes satisfechos y total de pacientes encuestados.	Año 2018 y 2019	-Equipo gestor del proyecto

### 3.1.5. ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica, como se financió el proyecto?

Para poner en funcionamiento la mejor práctica no se asignó presupuesto adicional, sino que se continúa trabajando con los mismos recursos.

No se proporcionó un presupuesto adicional para implantar la mejora en la Consulta Externa, si se realizó la gestión necesaria para optimizar el presupuesto ya asignado, organizando de manera efectiva al personal de salud del servicio, haciendo una redistribución de actividades por especialidad y disponiendo de los recursos materiales, insumos y equipos existentes a fin de desarrollar las actividades planificadas. Se contó con la colaboración de la Alta Dirección, que a través de la gestión del equipo gestor permitió disponer de lo necesario para desarrollar procesos administrativos de mejora y apoyo específicamente en adecuación de la infraestructura (Anexo 3).

Tabla 2

No.	Insumos/Equipos	Fondo Institucional	Fondos Cooperantes
1	Equipo Informático	\$ 4, 720.00	
2	Insumos informática	\$ 14, 437.84	
2	Recursos humanos	\$ 418, 638.00	
7	Remodelación de Consulta Externa		\$ 125,000.00
8	Sub-Total	\$ 437, 795.84	\$ 125,000.00
9	Total General	\$ 562, 795.84	



Fuente: Unidad de Planificación, HNR. 2019.

### 3.2 Implantación de la mejor práctica

#### 3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor práctica?

La implantación de la mejor práctica se desarrolló en cuatro etapas:

Cuadro 6

Etapa	Actividades
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la demanda: se verifica la población del área de influencia, las primeras causas de consulta, la procedencia de los usuarios, los centros de atención que refieren a los pacientes.</li> <li>• Análisis de la oferta: se revisa el portafolio de servicios, la capacidad instalada, las horas contratadas, la estructura organizativa.</li> <li>• Análisis de la capacidad instalada en la Consulta Externa: se revisa la cantidad de consultorios, los horarios de atención, los servicios de apoyo.</li> <li>• Análisis de las horas médico contratadas: se revisa las capacidades individuales, los horarios contratados, los horarios de trabajo por recurso.</li> <li>• Análisis de la carga laboral del personal de apoyo: se revisa el personal de enfermería, el personal administrativo, los horarios de trabajo, las capacidades individuales.</li> <li>• Análisis de la producción de Consulta Externa: se revisa la producción por Especialidad, la capacidad de atención, la disponibilidad de horas, la distribución de horarios de trabajo, la distribución de áreas de atención.</li> <li>• Análisis de los costos de mano de obra en la Consulta Externa: se revisa el costo de la intervención de enfermería, el costo de intervención del personal administrativo, el costo del personal de otras áreas.</li> <li>• Análisis del tiempo de espera para la consulta médica de primera vez: se revisa el tiempo de espera de cada especialidad (de medicina y de cirugía)</li> <li>• Mesa de trabajo para la redistribución de horas médico: convocatoria a las jefaturas de especialidad, a los jefes de departamento, a los jefes de división para verificar la mejor alternativa de distribución de horarios, áreas a priorizar, depuración de pasos del proceso de atención, selección de la especialidad más conveniente para ejecutar la fase de prueba.(Anexo 7).</li> </ul>
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en marcha de plan piloto: ejecución de la propuesta en el momento más conveniente, el día, la hora, los participantes directos.</li> <li>• Evaluación del plan piloto: evaluación de los resultados obtenidos, indicadores, afectados, beneficiados, cumplimiento de metas y objetivos.</li> <li>• Mesa de trabajo para la socialización del plan: preparación de información, diseño de medios de difusión, diseño de formas de comunicación, anuncios, pancartas, cartillas, boletines.</li> <li>• Implementación: generalización de la implementación con objetivos institucionales, metas de trabajo, bondades del proyecto de intervención.</li> </ul>
Evaluación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de resultados: evaluación de indicadores del primer mes, del primer trimestre, del primer semestre, del año, presentación de resultados, entrega de reconocimientos individuales y colectivos, evaluación de costos de mano de obra, ahorro, satisfacción del usuario, satisfacción de las autoridades.</li> <li>• La evaluación determina la relevancia, impacto, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones y su contribución a la consecución de resultados.</li> </ul>

#### 3.2.2. ¿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 través de la revisión del proceso establecido para la disminución del tiempo de las citas de primera vez de las Especialidades de Medicina, se identificó a todo el personal que debería estar involucrado en él, por lo

que la Dirección realizó la convocatoria de las jefaturas de Especialidad, a los jefes de Departamento, a los jefes de División para socialización de la mejor práctica a partir del conocimiento de la situación, concientización de la problemática y la nueva metodología a implementar que requería del trabajo en equipo y coordinación de diferentes disciplinas como: Médicos Especialistas de Medicina, Enfermeras de la Consulta Externa, personal de ESDOMED, personal de informática, Oficina por el Derecho a la Salud, Información y Orientación a la Ciudadanía (INFOCA), Trabajo Social y de la Unidad de Relaciones Públicas.

Se desarrolló mesa de trabajo para la redistribución de horas médico: convocatoria a las jefaturas de especialidad, a los jefes de departamento, a los jefes de división para verificar la mejor alternativa de distribución de horarios, áreas a priorizar, depuración de pasos del proceso de atención y selección de la especialidad más conveniente para ejecutar la fase de prueba.

### 3.2.3. ¿Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de la mejor práctica y qué acciones realizaron para superarlas?

Las dificultades encontradas en la implantación de la mejor práctica se detallan a continuación:

Cuadro 7

Dificultad encontrada	Medidas realizadas para superar dificultad
Desacuerdo de las Jefaturas y personal operativo de las Sub-Especialidades para el cumplimiento de la redistribución de las actividades.	Se realizaron reuniones entre Jefe de División Médica, Enfermería, Recursos Humanos, Planificación con el apoyo de las jefaturas de diferentes Especialidades para el análisis del Sistema de Planificación de Recursos Humanos (en línea)
Cultura Organizacional arraigada a costumbres que desfavorecen los objetivos institucionales.	Se socializo resultados favorables del plan piloto para informar y lograr su apoyo
Bajo interés de algunas Especialidades de incorporarse al uso del Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP)	Se gestionó con la Alta Gerencia la incorporación al 100% de todas las Especialidades al Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP).
Entrega no oportuna de las programaciones de las Especialidades Médicas para el año subsecuente.	Gestión por parte de la Alta Dirección en el que se les solicita a las Jefaturas de las Especialidades Médicas enviar oportunamente las programaciones de las Especialidades que coordinan.
Las Horas Médico no son Efectivas por la falta de organización del uso de consultorios	Se realizaron análisis de la Hora Efectiva Médico según contrato y redistribuyeron según necesidad institucional

## 3.3 Control y seguimiento

### 3.3.1. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica se realizó a través de:

1. Se da seguimiento por medio del Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias (SPME) confrontándolo con el Sistema de Morbimortalidad más Estadísticas Vitales (SIMMOW).
2. Se brinda un seguimiento al Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP) para identificar la incorporación al expediente en línea de las Especialidades.
3. Revisión diaria del cumplimiento de las actividades de acuerdo al plan.
4. Durante el desarrollo de las actividades se realizó evaluaciones previas y posteriores al cumplimiento de las mismas, por los miembros del equipo gestor.
5. Además, se informa por medio de la UOC los resultados a la Dirección Nacional de Hospitales
6. Se analiza la disminución de la brecha según resultados obtenidos para mejorar según lecciones aprendidas.
7. El equipo gestor hizo la revisión retrospectiva de los resultados de los estándares de calidad.

### 3.3.2. ¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica; cómo aseguró el equipo la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

Al analizar retrospectivamente la disminución del tiempo de las citas de primera vez de las Especialidades de Medicina, se identificó en qué aspectos no se actuó de la manera prevista y adecuada, se analizaron los resultados con el personal involucrado para detectar las fallas y aspectos a superar; esto para que en situaciones futuras no se incurran en los mismos problemas. Se le informó a la Jefatura de Consulta Externa para hacer las observaciones correspondientes a médicos especialistas.

Cuadro 8

Desviaciones	Medidas para prevenirlas
No se contaba con el equipo informático necesario para el desarrollo de la mejor práctica.	Se realizó la gestión con la Dirección para facilitar la asignación de equipo informático para los consultorios donde se necesitaban, en los cuales fueron ubicados.
No se contaba con la asignación adecuada de papel	Se enviaron notas a las áreas de proveedores de productos e insumos por parte de la Jefatura de Consulta Externa para suplir la necesidad de falta de papel, equipo informático entre otros.
Se recibieron notas de las Especialidades: Otorrinolaringología, Gastroenterología, Oftalmología y Cirugía Maxilofacial en las cuales mostraban la necesidad que no se les asignaba papel necesario para su funcionamiento.	

### 3.3.3. ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los objetivos esperados?

El equipo para asegurar que la participación de otras áreas de atención fuera efectiva para el logro de los propósitos esperados, realizó reuniones informativas para que los involucrados tomaran conciencia; se socializó el proyecto a todo el equipo multidisciplinario, y se les hizo ver la importancia de su disposición, para la implementación del nuevo proceso y para la obtención de resultados favorables; la Dirección les asignó responsabilidades a cada área de acuerdo al requerimiento de su participación en el curso del diseño del nuevo planteamiento de proceso de asignación de citas de primera vez.

La asignación de las funciones que competen a cada uno del personal que intervienen, está establecida en el plan de trabajo de la consulta externa del hospital y que son dadas a conocer en las reuniones de grupo del personal involucrado. (Anexo 6).

### 3.3.4. ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

El equipo evalúa los resultados obtenidos y la reducción de la brecha con aplicación de la mejor práctica revisando los tiempos de espera para las consultas de primera vez del año, considerando registros previos, los cuales para el año 2017 eran de 74 días en promedio para la Especialidad de Medicina, proyectando mejorarlos con una disminución a 30 días y una brecha a disminuir de 44 días al finalizar el año 2018; identificando a continuación los aspectos que se han mejorado:

1. Disminución mensual del número de días en las citas a los pacientes de primera vez de las especialidades de Medicina, resultando favorablemente para el paciente y la institución.  
Evidenciándose lo anterior por medio del seguimiento a los siguientes sistemas:
  - a. Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias (SPME).
  - b. Sistema de Morbimortalidad más Estadísticas Vitales (SIMMOW).
  - c. Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP).
  - d. SIIG\_eTAB.
2. Diagnósticos más oportunos a los pacientes que por primera vez consultan en el hospital.
3. Mejor utilización de consultorios según horas médicos especialistas. (Se incrementó el porcentaje de utilización de los consultorios).
4. Los horarios de atención en las diferentes Especialidades de Medicina se escalonaron, lo que permitió brindarle una mayor oportunidad de atención al paciente.
5. La Hora Médico Efectiva se mejoró en la atención de pacientes en Consulta Externa.
6. Se eficientizó la toma de exámenes a pacientes en Laboratorio Clínico.

7. Se incorporó la consulta de selección en la Especialidades de Medicina: Gastroenterología, Dermatología, Reumatología, Cardiología, Medicina Interna, Neurología, lo que permitió brindar una consulta más oportuna al paciente.
8. Reducción de costos en cuanto al consumo de insumos para el reporte de las biopsias y estudios de Radiología e Imágenes.

#### **4. Gestión del equipo de mejora**

##### **4.1 Integración al equipo de mejora**

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

Para asegurar la integración y el desempeño de los miembros del equipo gestor y otros recursos hospitalarios para la implantación del proyecto se realizó lo siguiente:

1. La Dirección del Hospital hace la convocatoria a los profesionales involucrados incorporándolos al análisis de los días para las citas de primera vez de las especialidades de medicina.
2. La Dirección seleccionó a través de la UOC un equipo de profesionales multidisciplinarios considerando su experiencia, liderazgo, conocimientos técnicos y disposición a la enseñanza para conformar el equipo gestor. Se consigna al equipo gestor mediante acta. (Ver Anexo 1).
3. Los integrantes del equipo gestor desde sus respectivas áreas de competencia se retroalimentan, socializan e implementan metodologías previa coordinación con todo el equipo.
4. El desempeño fue asegurado a través de las evaluaciones, estrategias utilizadas y presentaciones de logros en reuniones del Equipo de gestión.

###### **4.1.2. ¿Cómo la organización aseguró la cooperación entre los miembros del equipo de mejora y como estas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?**

Para lograr la colaboración y apoyo entre el equipo gestor durante la implantación del proyecto se realizó lo siguiente:

- Se facilitaron espacios a los integrantes del equipo gestor para sus reuniones.
- Reuniones de presentación de logros entre los miembros del Equipo de Gestión.
- Los miembros del equipo gestor cuentan con las capacidades, conocimientos y experiencias necesarias para el desarrollo de la práctica.
- Existe buena comunicación entre todos sus miembros.
- Se coordinan todas las actividades a desarrollar.
- Se aseguró por medio de evaluación de competencias, para identificar al recurso idóneo para el desempeño de la mejor práctica.

##### **4.2 Desarrollo del equipo de mejora**

###### **4.2.1. ¿Cómo el equipo de mejora realizó la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?**

Para la realización de la mejor práctica el equipo de trabajo consideró las competencias de cada uno de sus integrantes y realizó las siguientes acciones:

1. El médico jefe de la Consulta Externa con experiencia en evaluación de conocimientos técnicos, administrativos y gerenciales coordinó con el resto del equipo.
2. Jefe y técnicos de la UOC hicieron la revisión bibliográfica, el análisis correspondiente y propusieron la metodología a utilizar para la implementación de la mejor práctica.
3. Técnico de planificación, con conocimiento de sistemas administrativos, planificación, administración y gestión de los procesos, coordinó la implementación de éstos en la mejor práctica.
4. Médico Jefe de Servicios de Medicina Interna especialista en la coordinación, programación y asignación de horas médico en la Consulta Externa, elaboró la propuesta.
5. Médico Jefe de División Médica con experiencia en gestión técnica administrativo y manejo del recurso humano, avaló la propuesta.

###### **4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?**

Las actividades de autogestión para el fortalecimiento de sus competencias gestionadas por el equipo para su desarrollo en la mejor práctica fueron:

1. Capacitaciones al personal médico de las nuevas áreas, en el uso del Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP).
2. Se evalúan las capacidades del recurso por medio de la Evaluación del Desempeño, dicha actividad se realiza semestralmente.
3. Evaluación del proceso de asignación de citas de primera vez, identificando brechas y estableciendo acciones pertinentes a reducir el tiempo de espera (Aplicando el ciclo PEVA).
4. Reuniones de fortalecimiento entre miembros del equipo. (transferencia de conocimiento).

#### **4.2.3. ¿Qué control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor practica?**

Para asegurar la aplicación correcta de la mejor práctica, el equipo gestor se reunía posterior a cada nueva implementación de los pasos a seguir, para analizar el desarrollo y resultado en el proceso de disminución de días para las citas de primera vez.

Para ese mismo efecto se revisaban los reportes mensuales de cada sub especialidad de Medicina; verificando la programación de cada una y desarrollando:

1. Seguimiento a los sistemas electrónicos (SPME, SIMMOW, SIAP).
2. Se rinden informes de Consulta Externa (reducción de tiempos de espera de citas de primera vez) en Dirección).
3. Evaluación del Estándar 27 de Consulta Externa y Estándar 29 Trato Humanizado.
4. Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria (Consulta Externa).
5. Reuniones periódicas para evaluar el SIAP con todas las áreas involucradas al igual que las reuniones con la Jefaturas de las Sub-Especialidades.

## **5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica**

### **5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica**

#### **5.1.1. ¿Qué iniciativas realizó la organización para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?**

La institución, como iniciativa para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica desarrolló las siguientes actividades:

1. Se fortaleció el Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP) por medio de la activación de alertas.
2. Se escalonaron los horarios de atención médica.
3. Se distribuyeron equitativamente las citas de pacientes en el área de Laboratorio Clínico, tanto en horas como en días.
4. Se brindaron capacitaciones al personal de Consulta Externa, respecto a las mejoras que se le implementaron al SIAP.
5. Al módulo de Patología del SIAP se le incorporó la lectura de las biopsias.
6. Al módulo del Seguimiento Clínico obtuvo el beneficio de leer las biopsias oportunamente, es decir al momento de finalizar los estudios en patología el médico de Consulta Externa puede verificar dichos resultados.
7. Se mejoró el módulo de preselección respecto a la calidad del dato identificando municipios, Unidades de Salud de referencia de pacientes. Se le incorporaron formularios de referencia y retorno aplicados a la RISS.
8. Se capacitó al personal de Laboratorio Clínico y Asistentes Clínicos respecto a las mejoras que se le realizaron al manejo de citas de dicha área.
9. Se les brindó capacitación a los médicos de Preselección.

#### **5.1.2. ¿Cómo la organización y el equipo incorporaron las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?**

Los elementos nuevos de mejora creados por el equipo y que incorporó en el desarrollo de la práctica fueron:

- Se fortaleció el SIAP por medio de la activación de alertas.
- Al módulo de Patología del SIAP se le incorporó la lectura de las biopsias.
- Al módulo del Seguimiento Clínico obtuvo el beneficio de leer las biopsias oportunamente, es decir al momento de finalizar los estudios en patología el médico de Consulta Externa puede verificar dichos resultados.
- Se distribuyeron equitativamente las citas de pacientes en el área de Laboratorio Clínico, tanto en horas como en días.
- Se escalonaron los horarios de atención médica.
- Se mejoró el módulo de preselección respecto a la calidad del dato identificando municipios, Hospitales y Unidades Comunitarias de Salud Familiar de referencia de pacientes. Se le incorporaron formularios de referencia y retorno aplicados a la RISS.

## 5.2 Gestión de la innovación en la mejor práctica

### 5.2.1. ¿Qué consideró el equipo para generar elementos de innovación en la mejor practica?

Los elementos considerados por el equipo para generar innovación en la mejor práctica son:

1. Automatización en un 100% de la atención del paciente en la Consulta Externa de las Especialidades de Medicina.
2. Incorporación del proceso de preselección en las diferentes Especialidades de Medicina.
3. Colocación del sistema de alertas en el módulo de Laboratorio Clínico.
4. Se habilitó la agenda electrónica para cada médico.
5. Se implementó el sistema de Digitalización de Imágenes en el Servicio de Radiología e Imágenes.
6. Se habilitó el área de Visualización de Imágenes en Consulta Externa para la implementación del PACS (Picture Activating and Communication System).
7. Al módulo de Patología del SIAP se le incorporó la lectura de las biopsias.

### 5.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora utilizó la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional?

Se automatizó en un 100% la atención del paciente en la Consulta Externa en las Especialidades de Medicina, proceso que ha contribuido a disminuir los tiempos de espera, a generar información más certera y crear un respaldo de la misma información, también ha permitido identificar brechas y obtener datos en menor tiempo. Además:

1. Incorporación del proceso de preselección en las diferentes especialidades de medicina, este proceso ha generado reducir significativamente los tiempos de espera de primera vez al paciente, al mismo tiempo se le proporciona una atención oportuna.
2. Colocación del sistema de alertas en el módulo de Laboratorio Clínico, se ha mejorado la atención que se le brinda al paciente ya que se le atiende de acuerdo a una programación lo que contribuye a disminuir costos e incomodidades al paciente, al mismo tiempo se ha mejorado la técnica del registro de atención de pacientes, generando un mejor sistema de estadísticas en el registro de atención.
3. Se habilitó la agenda electrónica para cada médico dicha actividad genera una atención más personalizada al paciente, disminuyendo sus tiempos de estancia en el proceso de consulta.
4. Se implementó el sistema de Digitalización de Imágenes, generando beneficio para el usuario en la veracidad de los resultados de sus estudios radiológicos, por consiguiente, la institución se ha visto beneficiada por medio de la disminución de costos en la inversión de la impresión de películas radiológicas.
5. Se habilitó el área de Visualización de Imágenes en Consulta Externa para la implementación del PACS (Picture Activating and Communication System), el beneficio generado al paciente es un respaldo de los estudios radiológicos realizados, los estudios que se pueden visualizar son los de Rayos "X", Tomografía Axial Computarizada, TAC y los de Resonancia Magnética, también se redujo el grado de almacenaje de documentación de estudios radiológicos.

**6. Resultados de la mejor práctica**  
**6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional**

**6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación, después de aplicar la mejor práctica?**

La identificación de la brecha se establece el siguiente cuadro:

Cuadro 10

Línea base a 2017	Proyección a 2018	Brecha	Evaluación
Tiempo de espera de atención a usuarios de primera vez de especialidades de medicina, promedio anual: <b>74 días, según datos estadísticos de ESDOMED.</b>	Tiempo de espera de atención a usuarios de primera vez de especialidades de medicina: <b>30 días</b> , según indicadores en RISS normado.	Brecha a disminuir 44 días.	Promedio anual enero a diciembre de 2018 fue de 21 días de espera en asignación de citas de primera vez. Brecha superada en 23 días según la establecida a disminuir.

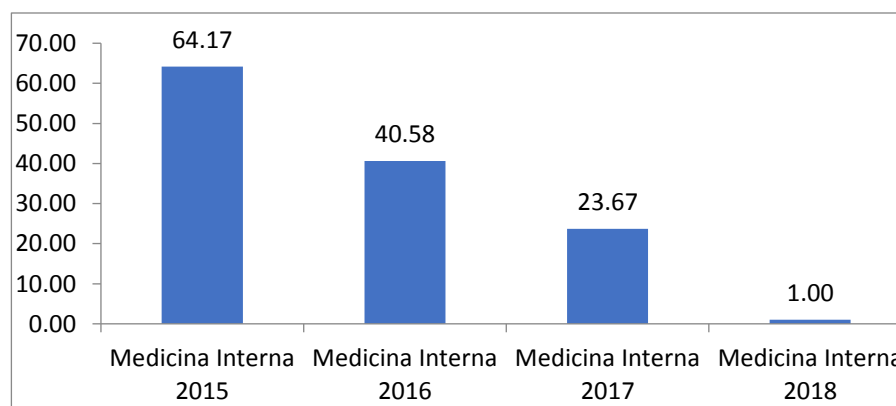
Pero la información establecida para fines de análisis, el equipo consideró la disponibilidad de los datos que se informan en los estándares que se remiten a la Dirección Nacional de Calidad del Ministerio de Salud.

*Tabla 3: Tiempos de Espera para recibir Consulta Externa Especializada de Primera Vez (Promedio en días al mes de diciembre de cada año)*

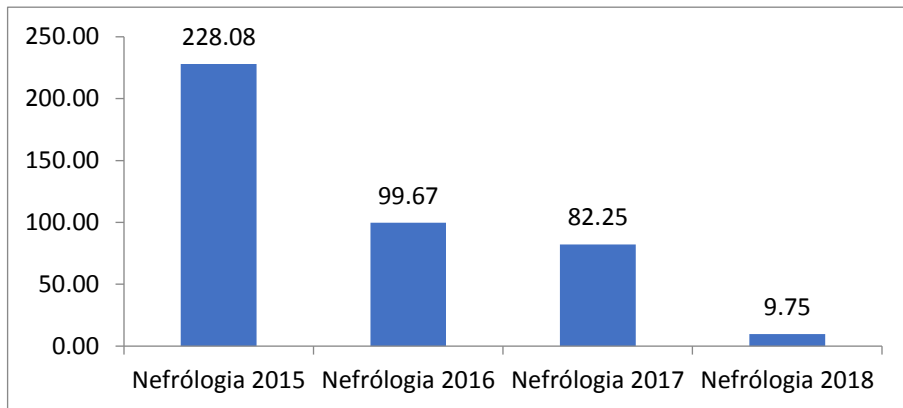
Año	Medicina Interna	Nefrología	Cardiología	Gastroenterología	Neurología	Neumología
2015	64.17	228.08	23.67	28.75	235.17	28.08
2016	40.58	99.67	26.67	53.75	99.67	36.75
2017	23.67	82.25	27.25	22.25	85.58	61.92
2018	1.00	9.75	1.83	34.50	28.33	3.92

Fuente: Datos estándares de calidad

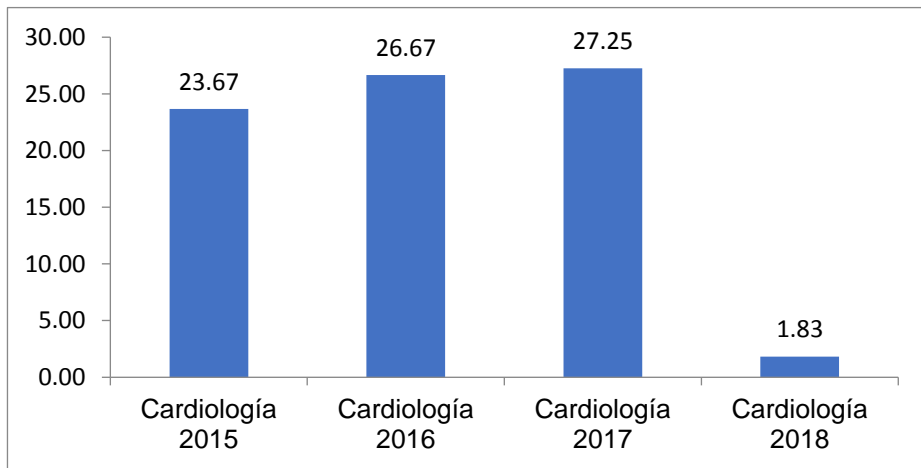
*Medicina Interna*



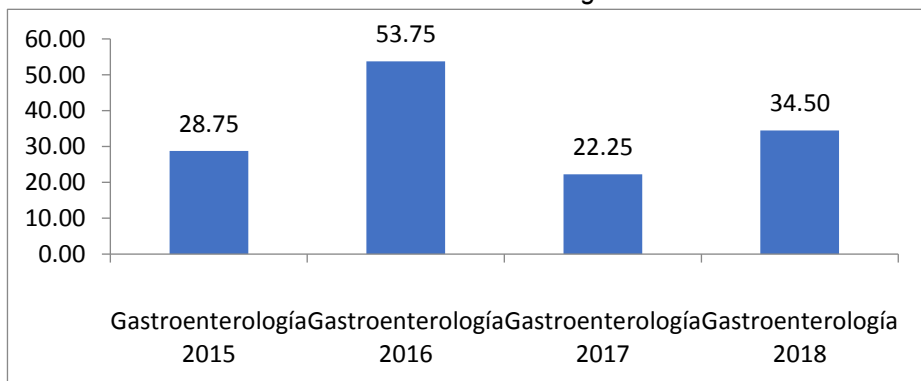
*Nefrología*



*Cardiología*

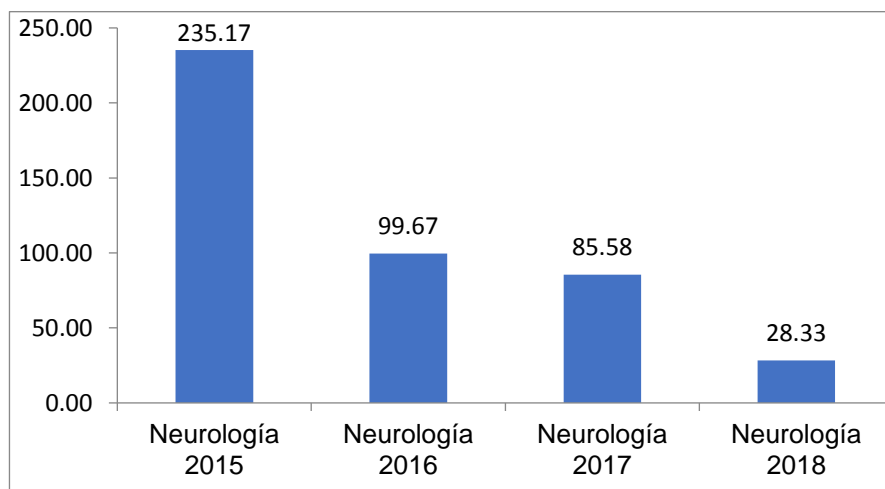


*Gastroenterología*

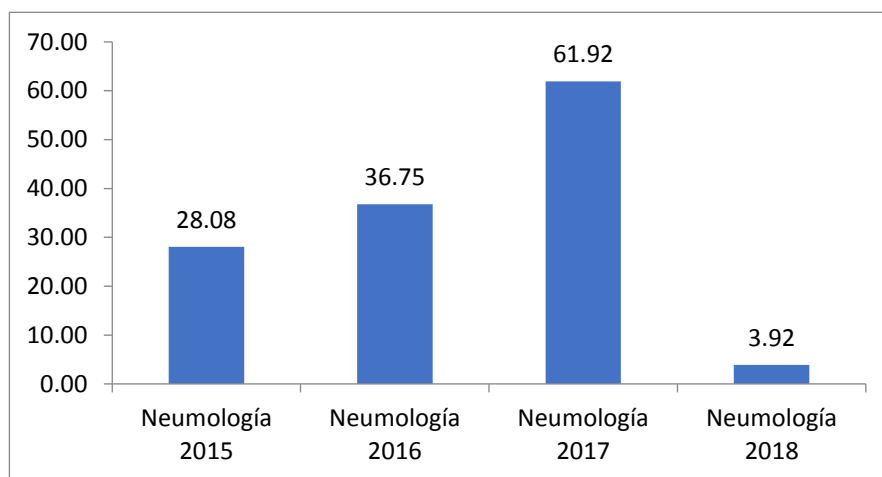




### Neurología



### Neumología



En los registros se puede evidenciar la notoria disminución de los tiempos de espera.

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

La eficacia y eficiencia en la atención del usuario de asignación de citas de primera vez ha mejorado en los siguientes aspectos:

1. Reducción de asignación de cita de primera vez en las Especialidades de Medicina.
2. Reducción de costos en la impresión de estudio de Radiología e Imágenes, debido a que la película de cada estudio ya no se imprime, sino que se visualiza electrónicamente.
3. Optimización del tiempo de consulta por medio de la sistematización de estudios patológicos ya que el médico tiene en tiempo real los estudios en el sistema, evitando al paciente pérdida de tiempo en su proceso de consulta.
4. Agilidad en el proceso de atención de pacientes en Laboratorio Clínico, debido a que se estandarizó la programación electrónica de pacientes (anteriormente se concentraban en un solo día provocando aglomeración y que algunos no fuesen atendidos).

5. Fortalecimiento de la oportunidad y pertinencia en la atención del paciente referido, brindando prioridad a los pacientes del tercer nivel que ameritan una evaluación inmediata (Muchos pacientes son evaluados el mismo día que se presentan a la institución por el diagnóstico de base que poseen, como se pueden mencionar los pacientes de Hematooncología, Infectología, Cardiología, Neurología, entre otras).
6. Se cuenta con personal comprometido en el desarrollo de la buena práctica.
7. Se mejoró el módulo electrónico de preselección respecto a la calidad del dato identificando municipios, Unidades de Salud de referencia de pacientes. Se le incorporaron formularios de referencia y retorno aplicados a la RIIS.
8. Incorporación al Módulo SIAP de las lecturas de biopsias.
9. Se acortó el tiempo de espera del paciente en Laboratorio Clínico basándonos en la oferta de atención de horas técnicas disponibles y la demanda de pacientes.

## 6.2 Resultados en la orientación al ciudadano

### 6.2.1. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Los resultados generados en la percepción del ciudadano se ven reflejado en la satisfacción que este tiene por la atención que recibe en el proceso de consulta, situación que se ve evidenciada en los rubros de la encuesta de satisfacción al usuario 2018-2019.

*Cuadro 11*

Período	Resultado 2018	Resultado 2019
17/01 a 23/05	72.3%	
27/01 a 27/05		77.2%

### 6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor práctica? Ítem 2.1.4

El impacto generado que el equipo de mejora identificó luego de implementar las actividades planificadas en la mejor práctica fueron las siguientes en el ciudadano:

- Satisfacción del ciudadano debido al acortamiento de tiempos de espera en citas de primera vez
- Pacientes es atendido según diagnóstico especializado para la atención de tercer nivel el día que se presenta en el área.
- Encuestas de satisfacción reflejan el grado de satisfacción que el paciente percibe a través de la implantación de la buena práctica (ver encuestas en formato físico y electrónico en UOC).
- Diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente,
- Mejora en la calidad de vida, disminución de costos al usuario (transporte, alimentación, estadía).

## 6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas

### 6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor práctica?

Los resultados que se han generado para los aliados estratégicos en el proyecto de mejora son los siguientes:

1. Laboratorio Clínico como parte interesada del proyecto se ha visto beneficiada en la adecuada distribución de pacientes para el desarrollo de estudios de gabinete.
2. Mejor coordinación con el primer y segundo nivel de atención, además de los Hospitales Benjamín Bloom y Hospital Nacional de la Mujer respecto al proceso de referencia del paciente (Trimestralmente se informa con indicadores en la presentación de la RIIS el número de referencias de cada establecimiento).
3. Servicio de Radiología e Imágenes por medio de la visualización electrónica de estudios radiológicos, antes las imágenes eran impresas lo cual generaba un almacenamiento físico, actualmente por medio del sistema PACS las imágenes son almacenadas electrónicamente, (áreas

en las cuales se ha establecido el PACS son: Consulta Externa, Unidad de Emergencia (Rayos X), UCI Médica, Radiología Central y Rayos "X" de Especialidades.

4. Personal: Parte Médica al 100% con el uso del SIAP en Medicina Interna y sus especialidades, mejoras en su organización funcional, personal empoderado en sus funciones y fortalecimiento de sus conocimientos presentando una mejor disposición a los cambios implantados, la distribución o escalonamiento de horarios permitió la desconcentración de carga laboral en horarios matutinos y utilización del Módulo de Expediente Electrónico de la Consulta Externa al 100%, conducido por Unidad de Informática.
5. Aliados estratégicos: se mejoró la coordinación con los diferentes hospitales nacionales de la RISS.
6. Costo beneficio: El costo beneficio se puede evidenciar desde dos ámbitos uno es la reducción de costos por parte del paciente en su traslado desde otro departamento, generándole el beneficio en la reducción de sus gastos y logrando una atención oportuna. En la institución hospitalaria es la reducción del costo en la atención de pacientes ya que al prevenir complicaciones por la oportunidad de la asignación de las citas y la atención oportuna el mismo día en aquellos cuyo diagnóstico pueden comprometer la vida a corto plazo, reducen el riesgo de complicaciones e ingresos prolongados, por ende, el incremento del costo día cama ocupado, obteniendo un mejor aprovechamiento del presupuesto asignado a la institución.
7. Procesos internos: Se sistematizó el uso del sistema electrónico de parte de los servicios de apoyo (Laboratorio Clínico, Farmacia, Patología, Radiología, Banco de Sangre), y el uso del SIAP de parte del personal médico para optimizar los procesos de atención de los pacientes y los recursos utilizados en su tratamiento (disminución de repetición de indicación de recetas, exámenes, estudio de imágenes entre otros).

### **6.3.2. ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas?**

El beneficio generado por la implantación de la mejor práctica en otras áreas de la institución son las siguientes:

1. Atención oportuna del paciente con diagnóstico de alta complejidad.
2. Adecuada distribución de pacientes para su atención en Laboratorio Clínico.
3. Se ha obtenido una reducción significativa en la asignación de citas de primera vez en la Especialidad de Medicina y sus Especialidades, dato que monitorea la Unidad Organizativa de Calidad quincenalmente y reportado cada mes por medio de la evaluación del Estándar 27.
4. Disminución de quejas de pacientes y familiares de éstos por citas prolongadas (en algunas especialidades era de hasta 235 días y se ha minimizado a 1 día, en otras), actualmente se maneja un promedio de 13.22 días luego de la implantación de la mejor práctica.
5. Reducción de costos en Radiología e Imágenes por medio de la eliminación de impresión de resultados de estudios realizados en este servicio Diagnóstico.
6. Fortalecimiento del monitoreo en la dispensación de recetas y estudios radiológicos, de laboratorio y respuestas de estudios patológicos.
7. Mejora en el control de elaboración de expediente de pacientes por medio de la incorporación del Documento Único de Identidad para su respectiva emisión (se encontraron muchos pacientes con varios expedientes, aspecto que se ha reducido sustancialmente).
8. Generación de informes en tiempo oportuno, ya no se realiza de forma manual, sino que digital respaldando la veracidad del dato, área beneficiada ESDOMED y por ende la Administración del Hospital.

### **6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio**

#### **6.4.1. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?**

Los beneficios financieros obtenidos por la organización a través de la implantación de la mejor práctica son los siguientes:

1. Reducción de costos por el revelado, almacenamiento de estudios de Radiología e Imágenes.
2. Optimización de la hora médico efectivo.
3. Adecuada optimización del uso de los consultorios.
4. Optimización de recursos en la atención del paciente en:

- a) Control en la asignación de exámenes.
- b) Control óptimo en la asignación de recetas médicas.
- c) Control en la asignación de estudios de radiología e imágenes.
- d) Eliminación de la elaboración de más de un expediente.

**6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor práctica?**

La metodología aplicada para identificar el costo beneficio en el paciente es de forma cuantitativa y de carácter transversal y retrospectivo por medio de la aplicación de una encuesta de satisfacción del usuario externo, comprobando el grado de satisfacción que éste ha tenido por medio de la implantación de la buena práctica.

Los resultados costo beneficio con la implementación de la buena práctica dirigida hacia el usuario es el siguiente:

1. Brindar una consulta especializada al usuario de carácter oportuno y pertinente.
2. Se ha generado directamente una reducción en la parte financiera correspondiente al gasto que el paciente incurría al visitar el centro hospitalario reiteradamente en busca de la asignación de una cita para consulta especializada de primera vez.
3. La redistribución de atención al paciente en Laboratorio Clínico lo ha beneficiado en el sentido que se le asigna cita y esta se ejecuta en el período establecido generándole ahorro en tiempo y dinero.
4. Por medio de la implantación de la buena práctica se ha generado el ordenamiento del proceso de registro de paciente de primera vez, asignándole un correlativo que posteriormente servirá para la creación de su correspondiente expediente.
5. Se ha sistematizado el proceso de emitir el resultado de estudios patológicos, lo que le genera al paciente un respaldo de que su estudio lo puede evidenciar el especialista en tiempo real sin necesidad de buscar en físico la respuesta y que esta se la haya extraviado.

**7. Sostenibilidad y mejora**

**7.1 Sostenibilidad**

**7.1.1. ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?**

Los riesgos que el equipo ha identificado y que pueden interrumpir el seguimiento de la buena práctica son:

1. Asignación de presupuesto limitado para la adquisición de insumos necesarios para el desarrollo de la buena práctica (papelería y útiles, equipo informático, impresoras, uso de la red).
2. Falta de un programa de mantenimiento preventivo dirigido a la red y al equipo con que se cuenta para el desarrollo de la buena práctica.
3. El programa de mantenimiento de la infraestructura de la Consulta Externa no es efectivo.
4. Aumento potencial de la demanda con los mismos recursos técnico y administrativos, debe de existir un punto de equilibrio entre el recurso humano disponible y la demanda.
5. Recurso Médico nuevo asignado al área de atención de pacientes de medicina de primera vez.
6. Cambio de autoridades hospitalarias.

**7.1.2. ¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor practica?**

Las estrategias a implementar son las siguientes:

*Cuadro 12*

RIESGO	ESTRATEGIA
Asignación de presupuesto limitado para la adquisición de insumos necesarios para el desarrollo de la buena práctica (papelería y útiles, equipo informático, impresoras, uso de la red informática).	Documentar el trabajo realizado con la mejor práctica justificando la necesidad de insumos y equipo necesarios para la continuidad y efectividad de la mejor práctica y gestión oportuna de los insumos.
Falta de un programa de mantenimiento preventivo	Se gestiona con Unidad de Informática de la

dirigido a la red y al equipo con que se cuenta para el desarrollo de la buena práctica.	Institución para el desarrollo de mantenimiento preventivo de la red y del equipo para brindarle el respectivo soporte trimestralmente.
El programa de mantenimiento de la infraestructura de la Consulta Externa no es efectivo.	Se solicitan semestralmente evaluaciones al Departamento de Mantenimiento para la respectiva valoración de la infraestructura y así identificar aquellos espacios físicos que pueden generar problemas en el desarrollo de la buena práctica.
Aumento potencial de la demanda con los mismos recursos técnico y administrativos, debe de existir un punto de equilibrio entre el recurso humano disponible y la demanda.	Se trabaja permanentemente en el monitoreo de los recursos con los que se cuenta en la Consulta Externa para identificar la brecha de necesidad de personal y potenciar las horas médico a fin de garantizar la buena práctica por medio de la oportunidad y pertinencia en atención al paciente.  Se evalúan periódicamente los procesos de atención con la finalidad de identificar fases que pueden irse actualizando acorde al incremento de atención que se brinda a los usuarios.  Se trabaja constantemente en mejorar el proceso de selección y preselección del paciente a fin de brindar una consulta más oportuna y eficiente.
Recurso Médico nuevo asignado al área de atención de pacientes de medicina de primera vez.	Se les brinda un aprendizaje continuo a todos los miembros de Consulta Externa, con la finalidad de actualizar los conocimientos y generar una mejor atención al usuario.
Cambio de autoridades hospitalarias.	Gestión para la presentación de la mejor práctica y sus resultados, garantizando el apoyo de las nuevas autoridades.

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

Para darle continuidad a la buena práctica se cuenta con los siguientes parámetros de evaluación:

Cuadro 13

INDICADOR	RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
El Estándar 27 de Calidad: Tiempo de Espera de cita de primera vez.	Jefe de Consulta Externa-Unidad Organizativa de Calidad.
Estándar 29 de Calidad: Trato Humanizado	Jefe de Enfermería, Coordinadora de ODS, UOC, INFOCA.
Rendimiento Hora Médico	Jefe de División Médica, Jefe de Departamento de Medicina y Jefaturas de las sub - Especialidades de Medicina.
Utilización de Consultorios Físicos	Jefe de Consulta Externa
Concentración de Consultas	Jefe de División Médica, Jefe de Departamento de Medicina y Jefaturas de las sub - Especialidades de Medicina y Jefe de Consulta Externa.
Grado de Cumplimiento de Hora Médico.	Jefe de División Médica, Jefe de Departamento de Medicina y Jefaturas de las sub - Especialidades de Medicina.
Evaluación y clasificación de las referencias.	Jefe de Consulta Externa
Número de referencias atendidas de Medicina de Primera vez, atendidas en el Hospital.	Jefe de Consulta Externa
Número de referencias atendidas de Medicina de Primera Vez, atendidas el mismo día.	Jefe de Consulta Externa

## 7.2 Mejora

### 7.2.1. ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada?

Las estrategias planes o actividades formuladas para asegurar la mejora continua de la buena práctica son:

1. Creación de un directorio de servicios por especialidad y por especialistas en el que se detallen, los nombres, horarios y días de atención de consulta externa.
2. Optimizar las citas electrónicas en Consulta Externa.
3. Fortalecer los procesos de atención en áreas de servicios de apoyo con la finalidad de brindar una mejora en la atención del usuario (Laboratorio Clínico, Servicio de Radiología e Imágenes y Servicio de Patología).
4. Mantener la capacitación continua al personal de Consulta Externa.
5. Establecer un programa de incentivos al personal a través de la UOC.
6. Gestionar la formulación de un programa de mantenimiento preventivo de equipo informático y redes.
7. Fortalecer los canales de comunicación con los diferentes establecimientos de la RISS.
8. Gestión oportuna de insumos y equipos.

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

Cuadro 14

Parámetro	Indicador	Mecanismo
Estándar 27 Tiempos de Espera de la Consulta Externa	Indicador	
Estándar 29 Calidad de Atención y Trato Humanizado	Indicador	
Rendimiento Hora Médico	Indicador	
Cumplimiento Hora Médico	Indicador	
Utilización de Consultorios Físicos		Mecanismo
Concentración de Consultas		Mecanismo
Acta de conformación del equipo gestor		Mecanismo
Acuerdo institucional de la Jefatura de Consulta Externa		Mecanismo
Continuidad con los sistemas informáticos de apoyo a la gestión de la mejor práctica: SPME, SIAP, SIIG_Etab, SIMMOW, PACS, Sistema Preselección)		Mecanismo

## Glosario de términos clave

- ❖ **Activación de Alerta:** sistema informático que permite navegar a través de los datos generados por la administración con el objetivo de detectar de forma inmediata posibles malas prácticas y riesgos.
- ❖ **Alta Gerencia:** Es el equipo que constituye el máximo nivel administrativo de las organizaciones.
- ❖ **Brecha:** Es diferencia detectada a través de la comparación entre el resultado actual y un estándar o una meta establecida.
- ❖ **Calidad:** El grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- ❖ **Calidez:** Afectividad en el trato de una persona.
- ❖ **Efectividad:** Es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente.
- ❖ **Eficacia:** Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.
- ❖ **Eficiencia:** Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.
- ❖ **Escalonamiento:** Distribución en fases los horarios de consulta.
- ❖ **Estándar:** Valor establecido como punto de referencia o patrón, para comparar el dato obtenido.
- ❖ **Evaluación:** Emisión de un juicio objetivo al comparar realidad con el deber ser.
- ❖ **Indicador:** Punto de referencia que brinda información cuantitativa, que permite seguir el desenvolvimiento de un proceso.
- ❖ **Mecanismo:** Ejecución de actividades mediante el uso de herramientas para lograr los objetivos.

## Glosario de Siglas:

- ❖ **CEL:** Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa.
- ❖ **ESDOMED:** Estadística y Documentos Médicos
- ❖ **HNR:** Hospital Nacional Rosales.
- ❖ **INFOCA:** Información y Orientación a la Ciudadanía.
- ❖ **ODS:** Oficina por el Derecho a la Salud.
- ❖ **OIR:** Oficina de Información y Respuesta.
- ❖ **PACS:** Picture Activating and Communication System por sus siglas en inglés. Sistema de Adquisición, Transmisión y Almacenamiento de las Imágenes Médicas.
- ❖ **POA:** Plan Operativo Anual
- ❖ **RIIS:** Red Integrada de Servicios de Salud.
- ❖ **SIAP:** Sistema Integral de Atención a Pacientes.
- ❖ **SIIG:** Sistema de Información Gerencial.
- ❖ **SIMMOW:** Sistema de Morbimortalidad más Estadísticas Vitales.
- ❖ **SPME:** Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias.
- ❖ **TAC:** Tomografía Axial Computarizada.
- ❖ **UOC:** Unidad Organizativa de Calidad.

## Anexos

1. Acta de reunión UOC, marzo 2017.
2. Requisitos para referir pacientes
3. Convenio con Funda Geo.
4. Reconocimiento al Equipo Gestor.
5. Carta de reconocimiento en elaboración de propuesta.
6. Asignación de funciones a personal de Consulta Externa.
7. Solicitud Programación Electrónica Consulta Externa 2018.

Dr. Mynor Ulises Martínez Sosa  
Director



ACTA DE REUNIÓN Número:

Fecha: <i>Martes 21 marzo de 2017</i>	Hora: <i>2:00 pm</i>
Lugar: <i>Unidad Organizativa de Calidad</i>	
Asunto: <i>Postulación al Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas</i>	

OBJETIVOS O AGENDA	
1.	<i>Someter a consideración del equipo el tema para partici-</i>
2.	<i>par con las mejores prácticas." Reestructuración de</i>
3.	<i>Consulta Externa de Medicina del Hospital Nacional Rosales,</i>
4.	<i>Disminución del tiempo de espera para consulta de med. " para el año 2018 "</i>

OBSERVACIONES
<i>Realizar una revisión y análisis al tema propuesto</i>

ACUERDOS (ver reverso)	
1.	<i>Sostener reuniones interdisciplinarias cada quince días.</i>
2.	
3.	
4.	

FIRMAS DE ACTA (escribir nombre y firma)		
1.	<i>Dr. Mignin Mantay</i>	8.
2.		9.
3.	<i>Edgardo Alexander Melina</i>	10.
4.	<i>Rafael Román</i>	11.
5.	<i>Ger. Mauricio González</i>	12.
6.	<i>Dr. Francisco Herrera Torres</i>	13.
7.		14.

Fecha de próxima reunión: *Según se estime conveniente*

---

## Requisitos para referir a pacientes

---

Eduardo Hernandez <eduardoben7@gmail.com>

4 de octubre de 2017, 09:07

Para: calcantara@salud.gob.sv, aalvarez@salud.gob.sv, inrivera@salud.gob.sv, anlopez@salud.gob.sv, secretariahchalate@hotmail.com, anacascruz@hotmail.com, cavila@salud.gob.sv, hngp\_ods@salud.gob.sv, macastro@salud.gob.sv, mcflores@salud.gob.sv, etranquino@salud.gob.sv, cuarevalo@salud.gob.sv, trabajosocial\_hnsg@salud.gob.sv, nory.pineda@hotmail.com, kvrodriguez@salud.gob.sv, rgaray@salud.gob.sv, elviradejesusr@yahoo.com, mamarquez@salud.gob.sv, claryshernandez@hotmail.com

Buenos días

Un gusto saludarle

A solicitud de Licda. Marlene Guadalupe García, Trabajadora Social del Hospital Nacional Rosales se adjunta (PDF) los requisitos para referir a pacientes de la especialidad de Nefrología, Reumatología, Urología y Cardiología.

Saludos cordiales  
Feliz día

--

Eduardo Benjamín Hernández Molina  
Hospital Nacional Rosales  
Unidad Organizativa de Calidad  
2231-9200 ext 670

---

 Nefrología,Reumatología, Urología.pdf  
2309K

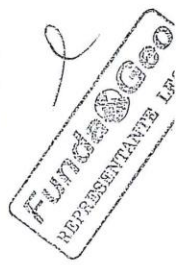
**FundaGeo**  
 HOSPITAL ROSALES  
 DIVISION ADMINISTRATIVA  
 RECIBIDO:  
 FECHA: 04 SEP 2018  
 HORA: 10:27 am

LINEAO N° 3  
 Ministerio de Salud  
 EL SALVADOR  
 UNÁMONOS PARA CRECER  
 DIRECCION

**CONVENIO ESPECÍFICO DE COOPERACIÓN  
 FUNDAGEO Y MINISTERIO DE SALUD**

**Nosotros:** por una parte **RICARDO SALVADOR FLORES ORTIZ**, mayor de edad, Diplomático, de nacionalidad salvadoreña, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, portador de mi Documento Único de Identidad número cero cero nueve cero cuatro nueve nueve dos – cero, actuando en mi calidad de Presidente y Representante Legal de la Fundación FUNDAGEO, que puede abreviarse “FUNDAGEO”, entidad salvadoreña de utilidad pública y general, apolítica no lucrativa, no religiosa, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro - dos dos cero siete cero cinco - uno cero siete - dos, calidad que acredito por medio de los siguientes documentos: **I)** Testimonio de Escritura Pública de Constitución de la fundación, otorgada en la ciudad de San Salvador, departamento de San Salvador, a las nueve horas del día veintidós de julio del año dos mil cinco, ante los oficios del Notario Porfirio Díaz Fuentes, inscrita al número VEINTICUATRO del Libro QUINCE de Fundaciones Nacionales, del Registro de Asociaciones y Fundaciones sin Fines de Lucro, el treinta de junio de dos mil seis y publicado en el Diario Oficial Número CIENTO TREINTA Y CINCO, Tomo número TRESCIENTOS SETENTA Y DOS de fecha veinte de julio del año dos mil seis, en la que consta que la representación legal, judicial y extrajudicial le corresponden al Presidente de la Junta Directiva; **II)** Credencial de Elección de Junta Directiva de Fundación FUNDAGEO, del Acta de Fundador Único número VEINTIOCHO, celebrada el veintidós de diciembre de dos mil dieciséis, donde resulté electo como presidente de la Fundación, para ejercer el cargo por el plazo de cinco años contados a partir del veintidós de diciembre de dos mil dieciséis, inscrita al número CIENTO OCHO del Libro SESENTA Y TRES DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN, del Registro de Asociaciones y Fundaciones sin Fines de Lucro del Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial, el once de enero de dos mil diecisiete; y, **III)** Certificación del Punto de Acta IV, sesión de Junta Directiva de Fundageo número Noventa y Uno, celebrada el veintiséis de junio del año dos mil dieciocho, mediante el cual se autoriza al Presidente y Representante Legal, suscribir el presente convenio específico y a donar los bienes muebles y obras realizadas.

Y por otra parte: Doctora **ELVIA VIOLETA MENJIVAR ESCALANTE**, de sesenta y seis años de edad, Doctora en Medicina, del domicilio de San Salvador, con Documento Único de Identidad número cero un millón ochocientos veinte mil seiscientos ochenta y tres - cero; y, con número de Identificación Tributaria cero cuatrocientos dos – doscientos veinte mil ochocientos cincuenta y uno – cero cero uno - siete, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, entidad con Número de Identificación



1 "Convenio Especifico de Cooperación para la readecuación del área de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales, entre FUNDAGEO y MINSAL".



#### CLÁUSULA QUINTA. COMPROMISOS DE LAS PARTES.

- Ambas partes se comprometen a:
  1. Implementar mecanismos de participación y comunicación para la ejecución del presente proyecto de cooperación específica.
  2. Intercambiar información y documentos técnicos que sirvan de apoyo a la ejecución del proyecto objeto de éste convenio específico.
  3. Acordar conjuntamente y realizar todas aquellas acciones que directamente contribuyan en el cumplimiento de los objetivos del presente proyecto.
  4. Decidir y aprobar conjuntamente lo relativo a los beneficiarios con el presente proyecto, así como eventos, comunicaciones, divulgaciones y actividades en general a realizar con la aprobación de ambas partes.
  5. Optimizar los recursos de las partes en función de éste proyecto.
  6. Asignar al personal técnico adicional para coordinar, supervisar y auditar las actividades que surjan en razón de este Proyecto de Cooperación Específica.
  7. Al finalizar las actividades de éste convenio las partes acuerdan realizar un informe del proyecto de cooperación específica, documentando las actividades y resultados alcanzados.
  8. Realizar coordinadamente las actividades necesarias para el buen desarrollo del proyecto.
  
- FUNDAGEO se compromete además a:
  - a) Suministrar y entregar a MINSAL todas y cada de los bienes y actividades descritas en la cláusula cuarta de éste convenio, que permitan la readecuación físicas del área de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales, todo lo anterior de hasta por la cantidad de CIENTO VEINTICINCO MIL DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (\$125,00.00), de acuerdo las especificaciones y detalle establecido en el anexo No. 1 del presente documento.

Este presupuesto son cantidades aproximadas, por lo que durante la ejecución de las actividades podrá variar en sus rubros en cuyo caso deberá constar por escrito, lo anterior sin exceder el máximo de presupuesto planteado.

Todos los aportes económicos para realizar el suministro previsto por FUNDAGEO en razón de éste proyecto de cooperación, serán realizados directamente por la Fundación a los proveedores o voluntarios que realizan las actividades, es decir que el Ministerio de Salud no recibirá cantidades de dinero al respecto.

En el caso de la cantidad establecida para imprevistos según el detalle de presupuesto anterior, ambas partes evaluarán y acordaran su pertinencia y procedencia, en caso de no necesitarse éstas cantidades quedarán a favor de FUNDAGEO, en el caso de utilizarse dicha Fundación lo entregará en concepto de pago a proveedores de forma directa, por lo que MINSAL no recibirá cantidades de dinero al respecto.

---

7 "Convenio Especifico de Cooperación para la readecuación del área de Consulta Externa del Hospital Nacional Rosales, entre FUNDAGEO y MINSAL".





## HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Otorga el presente Diploma de  
Reconocimiento a

ANEXO N° 4

*Equipo Gestor de Buenas Prácticas Internas  
del Hospital Nacional Rosales*

Por haber obtenido grandes beneficios para la mejora de calidad de los usuarios a través del proyecto: *Reducción del tiempo de espera para la consulta médica de primera vez de las especialidades de Medicina del Hospital Nacional Rosales, período enero a diciembre 2018.*

Dado en San Salvador, a los veinticuatro días del mes de octubre de Dos mil diecinueve



*Dr. Mynor Ulises Martínez Sosa*

**Dr. Mynor Ulises Martínez Sosa**

Director



San Salvador, 15 de octubre de 2019.

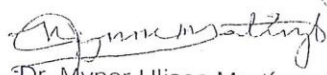
Dr. José Mauricio González Campos  
Jefe Consulta Externa

Es un gusto escribirle para expresar mis sinceros deseos de éxito en el desarrollo de sus actividades laborales.

En esta oportunidad me dirijo a usted para felicitarlo por su dedicación y encomiables aportes evidenciados en la elaboración del documento del proyecto "Reducción del Tiempo de Espera para la Consulta Médica de Primera Vez de las Especialidades de Medicina del Hospital Nacional Rosales periodo de enero a diciembre de 2018" proyecto que se ha postulado al reconocimiento interno a las mejores practicas 2019 (5ta edición).

Reitero una vez mas mi sinceras felicitaciones por su compromiso con la institución la que considero es digna de reconocimiento. Espero que continúe trabajando de la misma manera para beneficio de nuestra razón de ser "El paciente".

Atentamente.

  
Dr. Mynor Ulises Martínez Sosa  
Director Hospital Nacional Rosales



13 OCT 2019  
*de la...*  
7.05 am

CC:Archivo



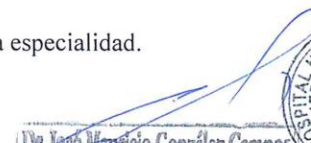
**ASIGNACIONES DE ASISTENTES CLINICOS EN LA CONSULTA EXTERNA**


**CITAS MÉDICAS**

- a) Recibir tarjetas y dar citas según especialidad solicitada, la que se corrobora por el cartón en donde está la cita, si no está buscar en el sistema.
- b) Recibir y dar cita en referencias de primera vez, previamente autorizada por el médico de preselección.
- c) Dar citas vía telefónica a hospitales de segundo nivel tramitados por el o la referente que está registrado en el sistema.
- d) Reponer citas por extravió de tarjeta
- e) Reprogramar cita cuando por alguna razón la ha perdido el paciente.
- f) En la tarjeta debe ir fecha y hora de cita legibles, sello de la especialidad.
- g) Explicar y orientar claramente al paciente sobre la cita.
- h) Comunicar a Coordinación cualquier dificultad que se tenga con anomalías detectadas en las citas.
- i) Turnarse para la hora del almuerzo, a fin de que no quede descubierta el área.

**ESTACION DE ENFERMERIA**

- a) Recibir tarjeta de pacientes según hora de cita esto es desde 6:30 am a 12 m.
- b) Confirmar los expedientes en el sistema de citas, los de primera vez y subsecuentes y de acuerdo a la Especialidad.
- c) Preparar la consulta asignada.
- d) Recibir expedientes de primera vez y confirmarlos.
- e) Anotar registro y nombre de pacientes en listado, si no está anotado al mandar a buscar expediente que no enviaron de archivo.
- f) Colocar en tarjeta un papel anotando especialidad, médico y apellido de quien manda a buscar expediente a archivo.
- g) Llamará a pacientes por micrófono según especialidad asignada.
- h) Orientar a pacientes, de forma clara y respetuosa cuando así este lo solicite.
- i) Entregar tarjetas y orientar a pacientes reprogramados.
- j) Preparar consulta (puntear) previa identificación de médicos y especialidad asignada.
- k) En la preparación de expediente hacer listado de la especialidad anotando: Registro y nombre de pacientes de los expedientes que no han enviado de archivo.
- l) Entregar expedientes equivocados o sobrantes a enfermera responsable para enviar a archivo.
- m) Colocar rótulos en muebles con nombres de médicos por especialidad para la consulta del siguiente día.
- n) Colocar expedientes en área que le corresponda según la especialidad.

  
**Dr. José Mauricio González Campos**  
**DOCTOR EN MEDICINA**  
J.V.P.M. 10.399

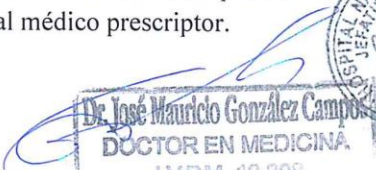



- o) Preparar y colocar expedientes, que envían de archivo por especialidad, que no mandan por la mañana en su respectivo listado.
- p) Coordinar en responsable de departamento de citas por ausencia de médicos y otro inconveniente como cambio de medico por citas equivocadas.
- q) Resolver situaciones, dificultades o inconvenientes de pacientes que competen a la cita de la consulta de pacientes que se presenten al mostrador.
- r) Orientar y Enviar a pacientes al departamento de citas si hay inconvenientes con las citas.
- s) Verificar toda cita dudosa ya sea en la tarjeta o referencia médica.
- t) Informar a Coordinación y/o Jefatura cualquier dificultad o inconveniente con pacientes o personal del Hospital.
- u) Coordinarse con los compañeros hora de almuerzo, para no desatender la estación.
- v) Estar debidamente identificados, como empleados de la institución.

**NOTA: En las estaciones donde se designa solo un asistente clínico y hay enfermera como en la D y E. Las funciones de despacho, orientación sobre exámenes, procedimientos, ingresos, etc. serán por enfermería.**

**ASIGNACIONES DE ASISTENTES EN ESTACION "A"**

- a) Al Iniciar la Jornada diaria, encender equipos, ya sea aires acondicionados y computadoras de los consultorios, vigilar que el área este limpia igualmente al finalizar las consultas percatarse que todo quede en orden, apagar aires acondicionados, equipo informático y cerrar los cubículos con llave.
- b) Llevar expedientes y ubicar pacientes en consultorio asignado a médico que dará consulta, según la especialidad y estado de paciente.
- c) Orientar adecuadamente al ubicarlos en la consulta médica principalmente en la entrega del expediente después de la consulta.
- d) Llevar a la estación de enfermería oportunamente, tarjetas de citas, si el paciente no contesta al ser ubicado anotando: no contesta, especialidad y el número de consultorio adonde se presentara.
- e) Preguntar a la estación de enfermería al personal responsable de la especialidad si medico tiene pendiente pacientes para ser vistos.
- f) Colocar a pacientes con expedientes que le envían de la estación de enfermería al médico según la especialidad y si el medico ya se retiró, coordinar con responsable de citas para reprogramar cita.
- g) Llevar hojas de indicaciones y recetas a médico para que firme, colocar en el expediente la Historia clínica firmada y percatarse que las recetas correspondan al paciente y que el sello sea legible y que corresponda al médico prescriptor.

  
**Dr. José Mauricio González Campos**  
**DOCTOR EN MEDICINA**  
 J.V.P.M. 10.39P

  
 HOSPITAL NACIONAL ROOSEVELT  
 JEFATURA MEDICA  
 CONSULTA EXTERNA  
 San Salvador



---

**Fwd: Programacion Electronica 2018 Consulta Externa**

1 mensaje

---

**Ramón Galdamez** <ramongaldamez13@gmail.com>

22 de octubre de 2019, 12:43

Para: Eduardo Hernandez &lt;eduardoben7@gmail.com&gt;, Jorge ernesto Roldan rivera &lt;jroldanrivera\_11@yahoo.es&gt;

este es uno de los correos de consulta externa

----- Forwarded message -----

De: **Jose G** <jgonzalezhalcon@gmail.com>

Date: vie., 9 de jun. de 2017 a la(s) 11:29

Subject: Programacion Electronica 2018 Consulta Externa

To: Ramón Galdamez &lt;ramongaldamez13@gmail.com&gt;, Christian Martinez &lt;christian.marvinm@gmail.com&gt;

Cc: Dr Rafael Romero Reyes Jefe División Médica &lt;drromeror@yahoo.com.mx&gt;, Aída de Criollo &lt;aida\_i26@yahoo.com&gt;

Muy buenos días Sr Ramon Galdamez  
Jefe Unidad Informatica  
Presente

Por este medio le saludo así mismo deseándole éxitos en sus actividades diarias además aprovecho para solicitarle Mesa de Trabajo en relación a la programación electrónica consulta externa 2018.

En los puntos a tratar:

1. Solicitud de programación de Médicos Especialistas identificados por Número de consultorio (IP)
2. Registro de Tiempos de Utilización de Consultorio por sesión Médica.
3. Reporte de Porcentaje de Suspensión de Consulta mensual

La fecha asignada a reunión es miércoles 14 de junio a las 9 a.m. en oficina División Médica.

De antemano agradeciéndole su apoyo y en espera de su confirmación

Atentamente

Dr Jose Mauricio Gonzalez Campos  
Jefe Unidad Consulta Externa