

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACIÓN  
UNIDAD DE CALIDAD  
RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRÁCTICAS  
6ª EDICIÓN



MEJOR

PRÁCTICA:

**“PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS  
USUARIOS COMO ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS PROCESOS  
ASISTENCIALES  
DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA  
EL PERIODO DE ENERO 2018 -JUNIO 2021”.**

AÑO 2021

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	 SECRETIA · SALUTIS · ADIES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

## Tabla de Contenido

<b>Información General de la Organización.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.....</b>	<b>5</b>
1.1 ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación y da a conocer las mejores prácticas a toda la institución? .....	5
1.2 Cómo la alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidades del equipo.....	6
1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.....	7
<b>2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.....</b>	<b>8</b>
2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora.....	8
2.2 Recolección y análisis de la información.....	14
<b>3. Gestión de la mejor práctica.....</b>	<b>15</b>
3.1 Planificación de la mejor práctica.....	15
3.2 Implantación de la mejor práctica .....	18
3.3 Control y seguimiento .....	20
<b>4. Gestión del equipo de mejora .....</b>	<b>23</b>
4.1 Integración al equipo de mejora .....	23
4.2 Desarrollo del equipo de mejora .....	24
<b>5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas.....</b>	<b>25</b>
5.1 Gestión del conocimiento en las mejores prácticas.....	25
5.2 Gestión de la innovación en las mejores prácticas .....	26
<b>6. Resultados de las mejores prácticas.....</b>	<b>27</b>
6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.....	27
6.2 Los resultados en la percepción del ciudadano .....	29
6.3 Los Resultados relacionados a otras partes interesadas .....	30
6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.....	31
<b>7. Sostenibilidad y mejora.....</b>	<b>33</b>
7.1 Sostenibilidad .....	33
7.2 Mejora.....	35
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>38</b>

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

**Información General de la Organización.**

- **Nombre de la Empresa:** Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
- **Dirección:** Final 13° avenida sur N° 1, Santa Ana.
- Tel:** fax 24359529, **Email:** [dsantaana@salud.gob.sv](mailto:dsantaana@salud.gob.sv) **Pag. Web:** [www.gobiernoabierto.gob.sv](http://www.gobiernoabierto.gob.sv)
- **Categoría de la organización:** Hospital Público, Regional de segundo nivel.
- **Categoría a la que postula:** Reconocimiento a las Mejores Prácticas MINSAL 2021.
- **Nombre de la Mejor Práctica:**  

“Programa de garantía de calidad de cuidados para la seguridad de los usuarios como estrategia de mejoramiento en la prestación de los procesos asistenciales del Hospital Nacional San Juan de Dios de santa Ana, periodo de enero 2018 a junio 2021”.
- **Nombre de los integrantes del equipo de la Mejor Práctica:**

<b>Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana.</b>	Directora Hospital San Juan de Dios de Santa Ana
<b>Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín</b>	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad
<b>Licda. Martha Abelina de Rodríguez</b>	Enfermera facilitadora de la calidad
<b>Enfermera María Antonieta Jovel</b>	Enfermera facilitadora de la calidad
<b>Dra. Elizabeth Soriano de Cuellar</b>	Jefe de Unidad de epidemiología y coordinador del comité de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
<b>Licda. Yanira Portillo de Hernández</b>	Jefe de División de enfermería
<b>Dra. Emma Patricia Cortez</b>	Coordinador del comité de fármaco terapia y medico asesor de suministros.

**Nombre del Coordinador Responsable de la Estrategia:**

Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín, Jefe Unidad Organizativa de Calidad

**Tel:** 2891-5283

**Fax:** 2435-9529.

**Correo electrónico:** [uoc\\_hnsjdds@salud.gob.sv](mailto:uoc_hnsjdds@salud.gob.sv) y [sandra.villafuerte@salud.gob.sv](mailto:sandra.villafuerte@salud.gob.sv)

---

**Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana.**

Directora

Hospital San Juan de Dios de Santa Ana

**Representante Legal**

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

### **Objetivos de las mejores prácticas**

#### **Objetivo general:**

Implementar un programa de gestión de riesgo sanitario que contribuya a garantizar la Calidad y seguridad en la prestación de los procesos asistenciales, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

#### **Objetivos específicos**

1. Disponer de una herramienta Técnica que guie estratégicamente al talento humano de la institución a promover una cultura de gestión de calidad y seguridad en los procesos misionales ofertados al paciente.
2. Establecer un conjunto mínimo de requisitos que estén orientados a dar cumplimiento a 6 ejes prioritarios relacionados con la gestión de la seguridad y calidad de los procesos asistenciales.
3. Definir una metodología que contribuya a implementar el programa de garantía de calidad de cuidados para la seguridad de los usuarios.
4. Desarrollar un sistema de control que mida el cuadro de mando de los estándares e indicadores priorizados (KPI)

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

## Descripción del cumplimiento de los criterios y subcriterios de evaluación.

### 1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección

#### 1.1 ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación y da a conocer las mejores prácticas a toda la institución?

Para dar sustento a la mejor práctica la Alta Gerencia ha elaborado la política de calidad institucional 2014-2018, la que fue actualizada y se encuentra vigente hasta el 2023, en la que se enuncia en el eje N°2, que el Hospital debe de incorporar a la formación continua de todo el personal, programas de capacitación en gestión de calidad y en el uso de herramientas de la calidad y, además, en el eje 6, expresa que la “APLICACIÓN DE PRINCIPIOS Y USO LAS HERRAMIENTAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD” se utilizarán en el diseño de procesos nuevos o modificados, así como programas e iniciativas de proyectos en todas las unidades organizativas; esto implica que el personal deberá emplear el conocimiento adquirido en el desarrollo de sus funciones.

Es por ello que desde el año 2015 la Dirección delega a la unidad organizativa de calidad, (de aquí en adelante UOC) del hospital, como el ente responsable de capacitar, asesorar y acompañar en metodología planificar, hacer, verificar y actuar (PHVA) a los equipos de mejora continua de las unidades organizativas del hospital (R.H. acuerdo 310, 2015 septiembre, vigente a la fecha).

Es de hacer mención que en los planes anuales operativo institucional comprendido en el periodo 2017-2021, se han establecido estrategias dirigidas a mejorar continuamente la calidad de los servicios (POAH 2017, 2018, 2019 objetivo específico 3 y 4 y 2021).

La alta dirección otorga varios espacios y mecanismos para difundir la mejor práctica, entre los que podemos mencionar: reuniones de sala situacional y del consejo estratégicos de gestión para dar a conocer las mejores prácticas. De igual manera hace uso de medios de comunicación tales como: memorándum y exposición de banners de la mejor práctica, ubicados estratégicamente en el pasillo principal del hospital, área que permite que el 100% del personal institucional y los usuarios se informen de los principales acontecimientos.

Además, el involucramiento de la alta dirección se evidencia a través de las siguientes acciones:

- Otorgamiento de permiso para que el equipo de mejora realice talleres, ejecute reuniones de discusión con las unidades organizativas para construir y/o dar a conocer la mejor práctica.
- Autorización de fondos del presupuesto para la compra de insumos de ser requeridos en el desarrollo de la mejor práctica.
- Autorización de convocatorias a nombre de la dirección como muestra de apoyo a los equipos.
- Genera espacios en reunión de consejo estratégico de gestión para ser informado sobre el seguimiento de los proyectos de mejora.

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

- Incentiva mediante diplomas o placas de reconocimiento a los equipos
- Promueve mediante la UOC el apoyo de recursos de otras unidades como por ejemplo la unidad de comunicación para realizar videos, grabar conferencias, entre otros.

## 1.2 Cómo la alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidades del equipo

Para el presente proyecto la alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidad mediante las siguientes acciones:

- Capacitación al equipo mediante la UOC en relación con herramientas de mejora continua, ciclo PHVA, gestión por procesos.
- Apoyo en otorgamiento de permiso para reuniones las veces necesarias que la UOC lo estime conveniente para mejorar el proyecto.
- Autoriza compra de insumos para que se ejecute la mejor práctica
- Reconoce públicamente el liderazgo del equipo de mejora resaltando en las reuniones el compromiso, el apoyo que representan para la dirección y la importancia de sus contribuciones al desarrollo institucional.
- Lidera reuniones técnicas donde se exponen resultados de la mejor práctica.
- Brinda espacios en la agenda del consejo estratégicos para conocer el seguimiento y avance del proyecto.
- Autoriza a la UOC para que dé seguimiento a los indicadores de proceso de la mejor practica
- Invita a los jefes de división a apoyar al equipo.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

### 1.3 Reconocimiento a equipos de mejora

La organización estimula el desempeño del equipo de mejora en el marco de la Política de Calidad institucional (A partir del 2014-2023) la cual en el eje 1, se hace énfasis en la satisfacción al cliente interno para mejorar la calidad técnica y la calidad de conformidad dirigida al cliente externo. De igual manera, se cuenta con la política interna de incentivos no financieros denominada “**Reconociendo tu desempeño**” en la que se establecen las categorías que optan al premio de Calidad, documento que data del año 2015 oficializado por la dirección. Dicho documento es la base normativa interna para el reconocimiento del equipo de la mejor práctica. La organización tiene definido como incentivo, otorgar una placa de reconocimiento grupal, la que es entregada por el director del hospital, reconociendo públicamente la labor del equipo (24 octubre, día del hospital). Relacionado con lo anterior, la Alta dirección evalúa el desempeño de los miembros del equipo con un puntaje sobresaliente por su calidad de trabajo y la contribución al desarrollo institucional.

#### Imagen N°1. Reconocimiento Institucional individual y grupal a la Mejor Practica.

24 de octubre día del Hospital.



 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	 SCIENTIA · SALUTIS · FIDES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EL SALVADOR
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

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

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

La mejor práctica tuvo su origen en el pensamiento estratégico como producto del proceso de planificación institucional para el año 2017 (actividad realizada en diciembre 2016) la cual se ejecutó mediante el desarrollo de las siguientes etapas:

- **ETAPA 1:** Organización del proceso de planificación: se definió el equipo de trabajo para coordinar el proceso de elaboración del PAOH 2017. En este caso el equipo facilitador del proceso fue el personal de la Unidad de Planificación institucional. Asimismo, se seleccionó al equipo participante, se solicitó un diagnóstico de problemas identificados por los participantes que no habían sido visualizados en el marco de objetivos estratégicos.
- **ETAPA 2:** Establecimiento de las bases teóricas de la planificación con un enfoque estratégico. Se motivó a la participación creativa del equipo.
- **ETAPA 3:** Análisis de la situación actual y diagnóstico del hospital en cuanto a capacidades, problemática, detalle de tendencias y aspectos positivos o negativos que pueden afectar su quehacer en el presente o futuro. Para el análisis de la situación actual se usó la técnica FODA (análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y la lluvia de ideas (brainstorming), mediante esta herramienta se estudió la situación interna y externa; los resultados definieron algunos de los temas estratégicos del hospital. En esta etapa el abordaje se realizó como un Focus Group.

A continuación, se muestra los 13 problemas priorizados de 46 situaciones identificadas, en la que se observa que en el numeral 12, el equipo expresa las condiciones de inseguridad del paciente.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

**Tabla N°1. Priorización de problemas para la elaboración del POAH 2017.**

1	Desplazamiento de lo estratégico por lo urgente
2	La infraestructura hospitalaria es insuficiente para atender la demanda de la ciudadanía
3	El hospital no dispone de áreas adecuadas para atender contingencias
4	Recurso humano insuficiente en áreas específica del hospital
5	Inseguridad para el personal, ciudadanos y bienes hospitalarios
6	Extravió de expedientes clínicos
7	Falta de información confiable relativa a la producción (sistemas de información)
8	Preparar la institución para la implementación del sistema de presupuesto por programas
9	Extravió de medicamentos e insumos médicos
10	Persistencia en la mortalidad y morbilidad materno infantil por causas prevenibles
11	Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia retorno
12	Condiciones de inseguridad del paciente
13	No hay integración a nivel RIISS en las políticas relacionadas con el medio ambiente

**PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS ETAPA 5:** Haciendo uso del método de Hanlon se realizó la ponderación de los problemas, la cual se muestra en la tabla N° 2.

**Tabla N°2. Ponderación de problemas por método Hanlon.**

MÉTODO DE HANLON		RESULTADOS
1	Desplazamiento de lo estratégico por lo urgente	15.6
2	La infraestructura hospitalaria es insuficiente para atender la demanda de la ciudadanía	0
3	El hospital no dispone de áreas adecuadas para atender contingencias.	10
4	Recurso humano insuficiente en áreas específicas del hospital	0
5	Inseguridad para el personal, ciudadanos y bienes hospitalarios	0
6	Extravió de expedientes clínicos	24
7	Falta de información confiable relativa a la producción) sistemas de información)	20
8	Preparar la institución para la implementación del sistema de presupuesto por programa	20
9	Extravió de medicamentos e insumos	30
10	Persistencia en mortalidad y morbilidad materno infantil por cusas prevenibles	20
11	Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia retorno.	30
12	<b>Condiciones de inseguridad del paciente</b>	<b>20</b>
13	No hay integración a nivel RIISS en las políticas relacionadas con el medioambiente	10

**Fuente:** Archivo de Unidad de Planificación del HNSJDSA (diciembre 2016)-

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	 SCIENTIA · SALUTIS · FIDES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EL SALVADOR
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

Dicho proceso fue realizado ponderando las variables de magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, lo que dio como resultado que los problemas que puntuaron con un valor mayor a 20, se expresaran en el POAH. Es de hacer mención que para la intervención de los problemas en el hospital, se designaron **según la pertinencia a equipos de trabajo quienes serían los responsables de rendir cuentas ante la Alta Dirección**; En este caso, el problema 12, relacionado a las condiciones de inseguridad del paciente, el Consejo Estratégico de Gestión (CEG) designo a la UOC como la responsable de diseñar e implementar la intervención; tal como se registra en el plan 2017 del hospital en el Objetivo 1: “Fortalecer el sistema de control de la gestión asistencial del Hospital. Resultado esperado: Fortalecer el sistema de calidad hospitalario a partir de los procesos institucionales. ACTIVIDAD 1.1.3 elaboración Programa de Seguridad de Pacientes del Hospital”.

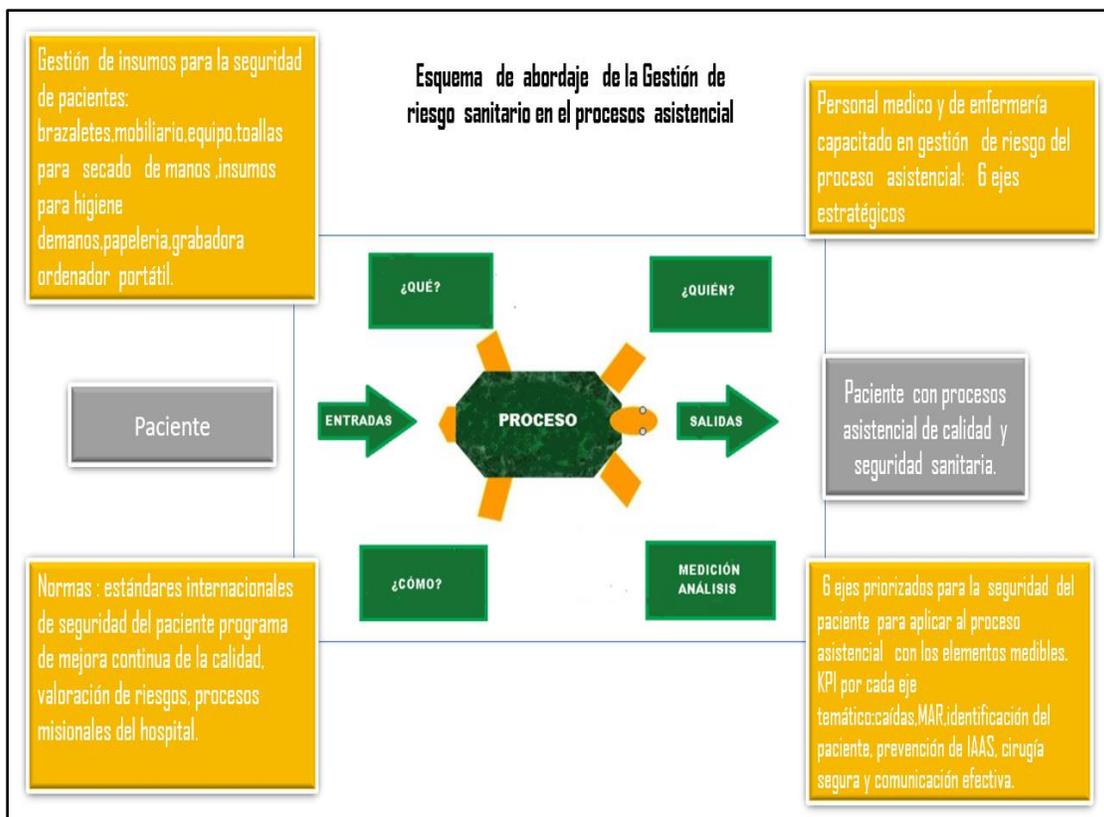
Las herramientas básicas adoptadas por la institución para la identificación de problemas desde hace una década han sido Hanlon, lluvia de ideas y Focus Group, las que fueron explicadas previamente.

Para realizar el análisis causal de las condiciones de la inseguridad del paciente se aplicaron 2 herramientas: la Espina de pescado para analizar el problema que surgió en el POAH que permitió seleccionar las causas a intervenir y seguidamente el diagrama de Tortuga, que permitió visualizar y describir todos los elementos del proceso asistencial dentro de la organización de manera precisa y detallada. El diagrama permite identificar el propietario del proceso y le muestra sus roles, y responsabilidades. Los Beneficios al utilizar esta herramienta fueron la fácil comprensión y la alineación de metas organizacionales vinculadas al proceso asistencial del paciente.

A continuación, se muestra una imagen de cómo se aplicó dichas herramientas en el proceso Misional: “gestión de la asistencia clínica del paciente” y su relación con los elementos claves que se requirieron para garantizar la seguridad de los usuarios durante el desarrollo de la actividad clínica.

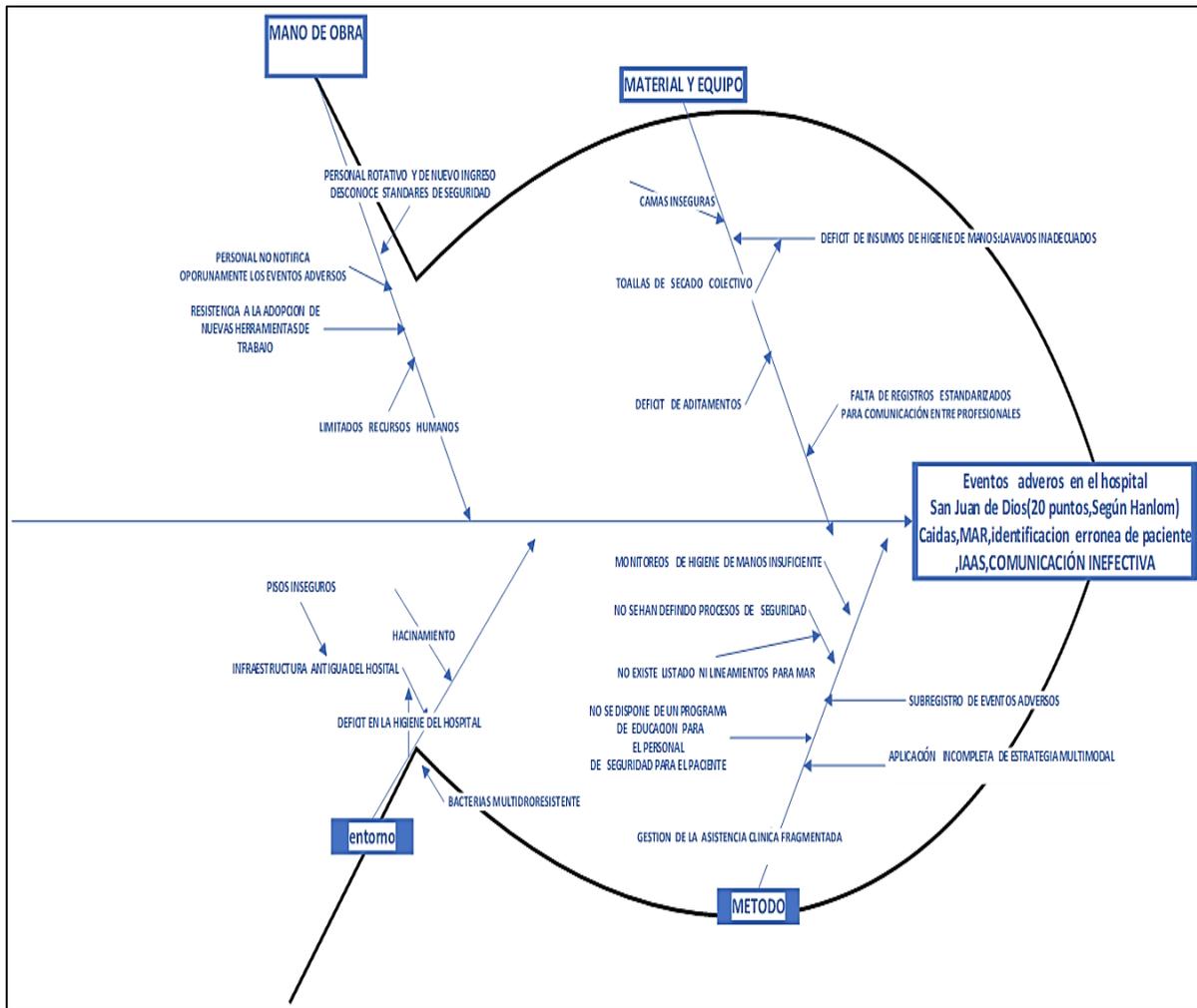
 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

**Imagen N°2. Análisis del proceso asistencial para identificar las oportunidades de mejora**



**Fuente:** Archivos de UOC.

**Imagen N°3. Análisis del problema mediante la Espina de Pescado para la selección de las áreas a intervenir.**



Como producto del análisis, el equipo selecciono las causas relacionadas al personal rotativo y de nuevo ingreso, desconocimiento de estándares de seguridad, déficit de insumos para la adherencia de la higiene de manos y prevención de caídas, falta de registros estandarizados para la comunicación entre profesionales, la no disponibilidad de un programa de educación para el personal y la falta de procesos enfocados a la seguridad del paciente. Todo lo anterior relacionado a diseñar una herramienta institucional para la prevención de los eventos adversos para el paciente.

La metodología para proyectar el impacto fue establecida tomando como fundamento los actores involucrados en el problema (profesionales y pacientes), el resultado del sistema de estándares e indicadores del programa de mejora continua de calidad MINSAL y los estándares para la acreditación

 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	<b>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</b>	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

de Hospitales de la Joint Commission International 4º edición (estándares de calidad y seguridad de paciente), las quejas que podrían presentarse por la familia o el paciente ante la presentación de eventos adversos y el impacto de la No calidad de la institución.

A continuación, se muestra un cuadro que ilustra las proyecciones de los impactos para la mejor práctica.

**Tabla N°3. Proyección de impactos.**

Agentes	Proyección de impactos
<b>Pacientes de los servicios de las 4 especialidades médicas a quienes se les provee el proceso asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover mejoras específicas en la provisión del proceso asistencial que garanticen la seguridad en el paciente hospitalizado en relación con elementos trazadores de la calidad y seguridad de los usuarios durante su estancia hospitalaria y, de esta manera, prevenir complicaciones y riesgos innecesarios, así como las secuelas posteriores al egreso, mediante 6 ejes temáticos:</li> <li>• Prevención de caídas: % de caídas de pacientes en el hospital.</li> <li>• Identificación correcta del paciente: % de pacientes identificados en forma correcta e inequívoca mediante un brazalete a su ingreso.</li> <li>• Comunicación efectiva entre el equipo de profesionales y con el usuario: % de profesionales registran notas y firmas de indicaciones en el expediente clínico y consentimiento informado correctamente registrado.</li> <li>• Higiene de manos: % de adherencia de la higiene de manos.</li> <li>• Gestión de medicamentos de riesgo: % de servicios de hospitalización que cuentan con lista de fármacos de alto riesgo (MAR) y que son identificados en los diferentes servicios.</li> <li>• Aplicación del proceso de cirugía segura: % de cirugías con la correcta aplicación del proceso.</li> </ul>
<b>Equipo de profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar y capacitar al equipo de profesionales en relación con estándares de seguridad del paciente, desarrollando la participación efectiva en el cuidado de la salud: disponer de un programa y metodología definida para gestionar el conocimiento.</li> </ul>
<b>Hospital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar e implantar un programa que contribuya a garantizar la seguridad de los procesos asistenciales: El hospital dispone de un programa de calidad y seguridad para los usuarios y cada eje estratégico definido en el programa de Seguridad, cuenta con estándares y sus Intenciones, indicadores y, criterios a medir.</li> <li>• El hospital desarrolla una metodología para la implantación del programa de seguridad.</li> <li>• Preparar a la institución para el proceso de certificación (futuro).</li> </ul>

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

## 2.2 Recolección y análisis de la información.

Las fuentes de información para sacar la línea de base y determinar las brechas fueron las siguientes: informes de supervisiones ejecutadas por la UOC, informes del comité coordinador de Prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) relacionadas al lavado de mano, resultados de ciclo PHVA de la División de enfermería, resultados de los estándares de calidad.

La metodología consistió en realizar una línea de base en relación a los eventos adversos que los pacientes presentaban en el año 2018 en el hospital, tomando en cuenta las fuentes de información enunciadas y los estándares de seguridad de la Joint Commission International, lo que permitió construir el tablero de control de KPI para identificar las brechas a reducir.

Situación real	Línea de base 2018	Situación deseada para el año 2021(junio) para la seguridad del paciente.	Brecha
El Hospital dispone de un programa de seguridad de pacientes	0	Disponer e implementar un programa institucional para la seguridad del paciente.	100%
Identificar mediante brazalete con nombre y N° de expediente a los pacientes ingresados.	82%	La institución identifica mediante brazalete al 100% de pacientes ingresados.	18%
Gestión de medicamentos de riesgo	No se dispone de lineamientos No se cuenta con un listado definido de medicamentos de alto riesgo (MAR)	Definir listado de MAR Establecer lineamientos de seguridad.	100%
Comunicación efectiva en el equipo asistencia (medico-paramédicos) mediante registro de notas en el expediente clínico.	88%	Mayor o igual al 90% de registros en el expediente clínico.	12%
Aplicación correcta de la hoja de cirugía segura	84%	100% de aplicación correcta de la hoja de cirugía segura	16%
Adherencia de Higiene de manos por parte del personal (médicos y paramédicos)	48%	Incrementar al 58%	10%
Vigilancia y prevención de caídas	1.4% (2017) eventos de caídas	<1% de eventos de caídas en los pacientes.	0.5%
El hospital dispone de un programa de educación continua para capacitar al personal	No se cuenta con un programa de capacitación continua	Diseñar un programa de educación continua de seguridad de paciente	100%

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

### 3. Gestión de la mejor práctica.

#### 3.1 Planificación de la mejor práctica.

Desde el año 2016 y a la fecha, la misión y visión del hospital San Juan de Dios de Santa Ana, hace énfasis en la gestión de la calidad en sus procesos. Es así como se puede evidenciar que a partir del año 2017 la visión de la organización expresa el anhelo de: *“Ser un Hospital destacado y reconocido por la población, por brindar servicios de salud integrales con innovación y altos estándares de calidad, fundamentados en los principios y valores institucionales”*.

De igual manera, el POAH 2020 y 2021, expresa en su misión, que:” Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios”. Y la visión de:” *Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético”*. De este modo se puede afirmar que la mejor práctica está articulada con la misión y visión de la institución.

Para implementar el programa de seguridad, la UOC presento al consejo estratégico de gestión, el modelo de desarrollo del programa, las unidades organizativas a intervenir, los ejes temáticos, el cuadro de mando de indicadores; todo lo anterior esta compilado en el documento denominado: Modelo de implementación del programa de calidad y seguridad del paciente, unidad organizativa de calidad, febrero 2018. Seguidamente se presenta una tabla que ilustra el plan de trabajo que se definió para construir la mejor practica y sus responsables en el que se resume que el año 2017 se trabajó en la elaboración del programa y su modelo de implementación y en el año 2018 se inicio su operacionalización con modificativas de mejora en la marcha.

**Tabla N° 4. Plan de trabajo de la mejor práctica.**

Fases	Actividades	Responsable	Periodo	Indicador
<b>FASE 1</b>				
Inicio de la Planeación	Conformación del equipo de mejora	Dirección-UOC: comités de Calidad.	Enero 2017	Memorándum dir.2017, enero
<b>FASE 2</b>				
Diseño del programa de calidad y seguridad	1. Revisión documental de programas de seguridad hospitalarias Revisión de indicadores nacionales (programa de mejora continua para hospitales, MINSAL 2012) e internacional (OMS y	UOC Coordinador del comité de prevención de IAAS y fármaco terapia		Documento elaborado (fuente POAH 2017)

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

	Joint Commission International)			
	2. Selección de ejes temáticos	UOC	Enero a Julio 2017	Estándares priorizados por componente del programa.
	3. Redacción de contenidos temáticos			
	4. Validación: discusión técnica por los comités de calidad	Coordinadores de comités de IAAS y farmacoterapia, división de enfermería Y UOC.		
	5. Seleccionar los estándares e indicadores del programa de seguridad.	Enfermeras facilitadoras de calidad y coordinadores de comité y jefe de UOC.		
	5. Diseño y reforzamiento de los procesos misionales en relación con seguridad del paciente: proceso de vigilancia y notificación de caídas, Identificación inequívoca del paciente.	UOC División de enfermería.	Julio a diciembre 2017.	Manual de Procesos de seguridad de pacientes de enfermería aprobados y la lista de MAR autorizada y colocadas en los servicios.
<b>FASE 3</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PERIODO DE EJECUCION</b>	<b>INDICADOR</b>
Diseñar el modelo de implementación del programa	1. Identificar las oportunidades de mejora	UOC	Septiembre 2017 a Enero 2018.	Propuesta de modelo presentado al consejo estratégico: documento.
	2. Definir los grupos prioritarios a intervenir	UOC, Coordinadores de comités de IAAS, Farmacoterapia		
	3. Definir la metodología: prototipo	UOC		
	4. Definir el sistema de control	Enfermeras facilitadoras de la calidad y división de enfermería		
<b>FASE 4</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
Implementación del programa	1. Socialización del programa a grupos prioritarios y de nuevo ingreso	UOC y división de enfermería	A partir de marzo 2018	Lista de asistencia
	2. Monitoreo del programa por objetivos	Enfermeras facilitadoras de Calidad	A partir de marzo 2018 a la fecha	Informes de los resultados de supervisiones y monitoreos Trimestral e informes a la alta gerencia.
	3. Gestión de insumos para la ejecución del programa de seguridad.	División de enfermería, unidad epidemiología y asesor de suministros	A partir del 2018	Gestión realizada
	4. Diseño de un programa de capacitación continua impreso en digital para consulta del personal.	Responsables de los ejes temáticos: Coordinador de prevención del comité de IAAS, jefe de división de enfermería, médico de sala de	A partir del año 2019.	CD que compila el programa de seguridad colocado en el 100% de los ordenadores de los servicios asistenciales.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

<b>FASE 5</b> Mejora del programa de PHVA o acciones de mejora	Realización de ciclos PHVA o acciones de reforzamiento según el estándar afectado, por parte de las unidades observadas en el desempeño.	operaciones, jefe UOC y Unidad de comunicaciones.  Unidades organizativas observadas	A partir de su implementación	N° de ciclos PHVA relacionados al programa de seguridad.
---	--	--	-------------------------------	--

Para la ejecución de la mejor práctica la alta Dirección autorizo fondos para que la UACI ejecutara el proceso de compras para los insumos necesarios para la implantación del programa. A continuación, se presenta una tabla que expone los requerimientos para el desarrollo de la mejor práctica y los costos unitarios y globales por eje temático.

**Tabla N° 5. Presupuesto de la mejor práctica.**

Eje temático:	Necesidad anual	Costos unitarios	Total, año
<b>1.Comunicación efectiva y cirugía segura</b>			
Papelería: impresiones de hojas estandarizadas para historia clínica, cirugía segura e interconsulta (formato mejorado)	10,200 hojas (mensual)*122400	0.15	\$18,360
Producción de videos	6	25	150
<b>2.Identificación inequívoca del paciente</b>			
Brazaletes anuales adulto	48000	0.05	2400
Brazaletes anuales paciente pediátrico	16800	0.05	840
<b>3.Vigilancia y prevención de caídas</b>			
Biombos elaboración por conservación y mantenimiento	36	100	3600
Sillas de rueda	100	199	19900
Sujetadores de esponja	600	1.50	900
Andaderas	55	58	3190
<b>4.Higiene de manos</b>			
Toallas de secado único	14739	1.10	16212.90
Alcohol gel 500 ml	15600	3.65	59940
Jabón galón	3000	1.17	3510
Clorhexidina de 1 litro	360	9.88	3556.8
Clorhexidina de 5 litros	720	31.75	22860
Campañas de higiene de manos Institucional	1	1447.55	1447.55
Mini campañas en lo servicios	12	140	1680
<b>5.Gestión de Fármacos de riesgo</b>			
Elaboración de afiches relacionado a eje temáticos de Medicamentos de riesgo	4 (*30):120	10	1200.
<b>Total, global</b>			<b>\$159,747.25</b>

 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	<b>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

### 3.2 Implantación de la mejor práctica

Los pasos de implementación para la mejor práctica se desarrollaron de la siguiente manera:

**Tabla N°6. Pasos de implementación de la mejor práctica.**

Pasos	Actividades	Metodología y Herramienta aplicada
1.	Diseñar un modelo metodológico de ejecución del programa	FODA y CAME (Corregir, Afrontar, Modificar y Empezar).
2.	Diseñar el sistema de control del programa	Selección de indicadores del programa de mejora continua de la calidad (MCC del MINSAL): Cuadro de mando integral
3.	Presentación al consejo estratégico para su aprobación e implementación.	Reunión expositiva
4.	Socialización del programa de seguridad a grupos prioritarios: enfermeras en año social, personal de nuevo ingreso, médicos residentes y staff	Coordinación con otros servicios: Unidad de desarrollo profesional (UDP), departamentos médicos, elaboración de afiches, viñetas, videos, maqueta (unidad de enfermería).
5	Supervisión y monitoreo de procesos, y estándares e indicadores de seguridad (6)	Listas de chequeo, observación directa, revisión de expediente clínico. Procesamiento de datos en Excel. Creación de nuevas estrategias: conformación de equipo monitores de higiene de manos y campañas de sensibilización al personal multidisciplinario sobre higiene de manos.
6	Rendición de cuentas ante el consejo de gestión estratégica	Reunión para presentar resultados: Informe de seguimiento del programa según convocatorias de la Dirección.
7	Gestión de apoyos las veces necesarias	Coordinación y solicitud de compra.
8	Realizar acciones de MCC	Ciclos PHVA.

El equipo identificó la necesidad de participación de otras áreas según la planificación de la mejor práctica y las necesidades de gestión según el tipo de actividades que la implementación requería. A continuación, se muestra una tabla que resume las necesidades de involucramiento y el mecanismo de cómo se logró la participación.

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

**Tabla N° 7. Identificación y gestión de otras áreas para el logro de objetivos.**

Eje temático	Actividad	Necesidad de apoyo de otras áreas	Mecanismo
<b>Prevención de caídas</b>	Elaboración de biombos Gestión de sillas de ruedas, andaderas y sujetadores y camas.	Dirección, Conservación y mantenimiento, UACI, Lavandería.	Memorándum de compra y/o conservación y mantenimiento.
<b>Gestión de fármacos de riesgo</b>	Elaboración de afiches de los 10 correctos y listas de MAR	Oficina de Comunicaciones para realizar el arte.	Solicitud del coordinador del comité de fármaco. Mediante memo.
<b>Higiene de manos</b>	Elaboración de afiches y ejecución de Campañas	UFI-UACI Jefes de división	Reunión del comité directivo de IAAS, y formación de equipos para la ejecución de campañas.
<b>Cirugía segura</b>	Impresión de la nueva hoja de cirugía segura.	Admón.- servicios de mimeógrafo.	Carta de solicitud de impresiones.
<b>Identificación inequívoca del paciente</b>	Gestión de compra de brazaletes (40,000)	UFI-UACI	Reunión del consejo estratégico.
<b>Comunicación efectiva</b>	Impresión de formatos estandarizados de registros clínicos que mejoren la comunicación entre profesionales ( historias clínicas y de interconsultas)	Admón.- servicios de impresiones	Solicitud a la administración.
<b>Programa educativo</b>	Grabación y CD	Oficina de comunicaciones	Reunión con la UOC y Comunicaciones.

Las limitantes identificadas y sus acciones para superarlas se describen a continuación.

**Tabla N°8. Dificultades identificadas y acciones realizadas para superar la implantación de la mejor práctica.**

Dificultades internas	Acciones para superarlas
No se han definido procesos que midan los estándares de seguridad del paciente	Diseñar procesos relacionados a la gestión de la seguridad del paciente y /o incorporar actividades que refuercen la gestión del riesgo, en los procesos ya diseñados.
Personal de nuevo ingreso y rotativo cada año por ser Hospital Escuela	Diseñar un programa de educación continua que desarrolle los 6 ejes temáticos de seguridad y ubicarlo en los ordenadores de los servicios.
El personal sanitario no tiene claro el concepto y desconoce los estándares relacionados con la seguridad del paciente.	Diseñar un cuadro de mando de los principales indicadores de seguridad del paciente, socializarlo y establecer un sistema de control por parte de la UOC para monitorear los ejes temáticos de seguridad e involucrar a los comités de IAAS, Farmacoterapia y la División de enfermería.
Resistencia al cambio y fallas en el desempeño de los procesos asistenciales relacionados con la seguridad del paciente: No se aplican los 5 momentos de la Higiene de manos, NO se aplican los 10 correctos de la administración de medicamentos, el hospital no dispone de lista de medicamentos de riesgo, deficiente registro de datos del formulario de cirugía segura-	Capacitar al personal de la importancia de la seguridad de ejes temáticos y promover ciclos PHVA como herramienta de calidad para solución de problemas. Derivar a cada jefatura los resultados de los supervisiones y monitoreos para realización de intervenciones.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

### 3.3 Control y seguimiento.

Para el control y seguimiento de la mejor práctica se tienen 6 sistemas de evaluación:

1. El POAH institucional a partir del año 2017, en el componente Actividades especiales, donde el consejo estratégico programa la entrega de informes del grado de avance de los compromisos designados al equipo de mejora. En este espacio la UOC realiza presentaciones del grado de cumplimiento del programa y se discuten los resultados.
2. El POA de la UOC el cual plasma el monitoreo y la supervisión de los 6 ejes temáticos de seguridad.
3. El plan de trabajo de los comités de prevención de IAAS.
4. El POA de la división de enfermería.
5. Las supervisiones y monitoreos efectuados por las enfermeras de calidad, prevencionistas, equipos monitores de higiene de manos.
6. El sistema SIIG eTAB (plataforma informática de estándares de Calidad-MINSAL) en el que con una periodicidad mensual los equipos referentes de los estándares de calidad de los servicios realizan la introducción de datos y la UOC analiza los resultados y los exponen en reunión de consejo estratégicos de gestión.

Para este año 2021, como parte de la evaluación de los médicos residentes del departamento de medicina Interna en la ficha de evaluación del desempeño de la rotación se ha incorporado el componente de seguridad del paciente, el cual se está valorando expandirlo a otras especialidades.

Ante las desviaciones presentadas en la mejor práctica, el equipo la adopto las siguientes acciones:

**Tabla N°9. desviaciones y acciones de control adoptadas por el equipo de mejora.**

Desviaciones encontradas	Acciones que tomaron
<b>Resultados del incumplimiento de la higiene de manos en el personal de médico, para médico.</b>	Realización de campañas de higiene de manos Retroalimentación mensual a cada jefatura y a la alta dirección en relación al desempeño de las unidades. Creación de nuevas estrategias: multimodal de higiene de manos a través de observadores. Realización de ciclos PHVA y metodología aprender haciendo.
<b>Déficit en la aplicación de los 10 correctos y del conocimiento de los MAR..</b>	Reunión con la división de enfermería para presentar informes de supervisión. Derivar a todos los servicios el listado de medicamentos de alto riesgo. Diseño de material gráfico que ilustre los temas: 6 criterios correctos para la dispensación de medicamentos, 10 correctos para la admón. Medicamentos, buenas prácticas de prescripción de medicamentos y listado de medicamentos de riesgo 36.
<b>Focalización de las caídas: Incremento de caídas en el departamento de medicina interna.</b>	Realizar programa de prevención de caídas y notificación (a partir 2017) Realizar encuestas a los cuidadores. Expandir el programa a cirugía, G.O (a partir 2019).

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

<p><b>Identificación inequívoca del paciente, cumplimiento del % por parte de la unidad de emergencia.</b></p>	<p>Realización del ciclo PHVA en la Unidad de emergencia con seguimiento cuatrimestral de resultados.</p>
<p><b>Bajo desempeño en el estándar 26: comunicación efectiva entre Profesionales, interconsultas.</b></p>	<p>Diseñar un formato de la historia clínica, seguimiento e interconsultas.</p>
<p><b>Déficit en el registro de datos de la cirugía segura</b></p>	<p>Informes de Monitoreos de registro a las jefaturas de cirugía y sala de operaciones. Modificación del formato de cirugía segura. Retroinformación al personal de enfermería de sala de operaciones año 2019, personal de sala central, emergencia y ginecología. Realización de 2 talleres en el que se trataron los contenidos de aplicación de lista de cirugía, presentación de la nueva hoja de cirugía segura y las oportunidades de mejora.</p>
<p><b>Necesidad de retro informar a personal rotativo y de nuevo ingreso.</b></p>	<p>Diseñar nuevas metodologías de capacitación de los estándares de seguridad: grabación de conferencias como nueva metodología de enseñanza aprendizaje y colocarlo en los ordenadores de cada servicio. Realizar reuniones de socialización a personal de nuevos ingresos coordinados con UDP. Y realizar banner de información de los ejes de seguridad del paciente.</p>

Los Principales mecanismos de evaluación utilizados para la evaluación de resultados de la mejor práctica se enuncian a continuación:

1. Rendición de cuentas del programa de seguridad en el POAH institucional de actividades especiales, plan de trabajo del comité de IAAS, y el POA de la división de enfermería (2018-2021).
2. Sistema de control diseñado por la UOC, ejecutado por las enfermeras gestoras de calidad. En este mecanismo el equipo de mejora se programó la medición mensual de 2 objetivos en el plan de supervisión y deriva los informes a las Unidades organizativas sujetas de medición.
3. De igual manera las enfermeras prevencionistas de IAAS realizan monitoreos mensuales de la situación de la higiene de manos, potencializada por los monitores de higiene de manos (equipos comisionados para verificar la adherencia de la higiene de manos en los servicios), los cuales son derivados a la alta dirección y jefes de unidades.
4. Otro mecanismo de control son los monitoreos mediante lista de chequeos en los turnos ejecutados por las supervisoras de enfermería, que ejecutan según objetivos.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

Seguidamente se presentan una tabla que evidencia los resultados a la fecha de la mejor práctica.

**Tabla N°10. Evaluación de resultados y reducción de brecha.**

Situación	Línea de base 2018	Situación deseada 2021 para la seguridad del paciente.	Brecha	Logro junio 2021
El Hospital dispone de un programa de seguridad de pacientes	No dispone	Disponer de una Herramienta estratégica institucional	100%	100%
La institución no identifica al 100% de pacientes	82%	100%	18%	95.2%
Gestión de medicamentos de alto riesgo.	No se dispone de un listado definido de medicamentos de alto riesgo (MAR)	Definir listado Establecer criterios de seguridad	100%	Listado definido actualizado: Se han definido los criterios de seguridad
Comunicación efectiva: mejorar el registró del estándar 26 de calidad por parte de los médicos especialistas.	88%	Mayor o igual al 90%	12%	Sistema monitoreo de calidad: 93 % nota en expediente clínico. SIIG etab promedio:93.90%.
Aplicación correcta de la hoja de cirugía segura	84%	100%	16%	100% fuente sistema SIIG eTab
Adherencia de Higiene de manos por parte del personal (médicos y paramédicos)	48% Marco de autoevaluación de la higiene de manos.	Incrementar al 58%	10%	68% (a junio 2021).
Vigilancia y prevención de caídas	1.4%	<1% caídas	0.5%	0.2%
El hospital dispone de un programa de educación continua para capacitar al personal.	No se cuenta con un programa de capacitación continua	Diseñar un programa de educación continua de seguridad de paciente.	100%	100% se dispone de un programa de Estrategia multimodal de higiene de manos a través de observadores. Y Gestión del riesgo de eventos adversos seguridad de pacientes (se adjunta al presente documento un CD).

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

#### 4. Gestión del equipo de mejora

##### 4.1 Integración al equipo de mejora

Para la gestión del equipo de mejora, la organización aseguro la integración y desempeño de los miembros optimizando las competencias del talento humano. A continuación, se presenta una tabla que describe las diferentes competencias de los miembros del equipo.

**Tabla N°11. Competencias del talento humano para la integración del equipo de Mejora.**

Miembro del equipo de mejora	Función dentro de la organización.
<b>1.Coordinador del comité de prevención de IAAS</b>	Desarrolla estrategias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Facilita los resultados del proceso de vigilancia de IAAS e Higiene de manos
<b>2.Coordinador del comité de farmacoterapia</b>	Propuestas de estrategias que controlen la gestión de MAR.
<b>3.Jefatura de la División de enfermería</b>	Garantizar la calidad del cuidado y del proceso de atención. Apoyo con recursos humanos para la ejecución de la mejor practica como eje transversal para el hospital.
<b>4.Jefe de UOC y enfermeras de Calidad</b>	Asesorar, desarrollar y conducir las intervenciones para la mejora en la atención de los servicios de salud. Desarrollo del sistema de control de calidad en relación con los procesos de seguridad y estándares.

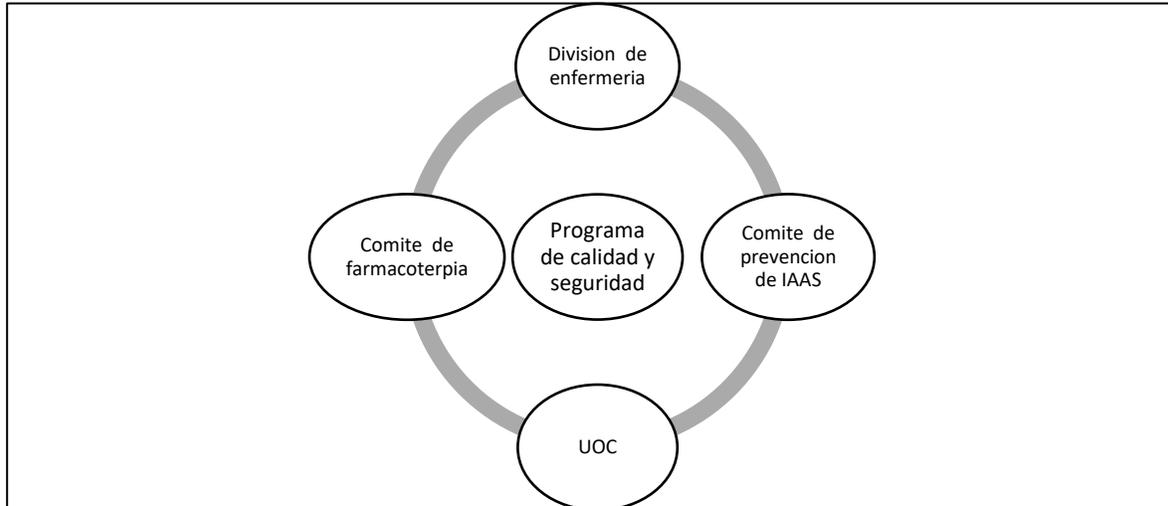
Los criterios de selección del equipo están relacionados a las funciones del manual descriptivo de cargos, calificación técnica, experiencia, competencias intrategicas tales como: Coaching, Dirección, Trabajo en equipo y liderazgo.

El equipo fue designado en el POAH 2017 y ratificado mediante un memorándum N° UOC-HNSJDDSA-0168/2019 de fecha 20 de agosto 2019; en el que alta dirección formaliza la conformación del equipo y lo da a conocer a las unidades organizativas: **“Ratificación de Equipos que impulsaran la Mejor práctica en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana”**.

El nombramiento del equipo se realizó durante una reunión de motivación por parte de la dirección en donde se hizo sentir al equipo que cuenta con el respaldo del consejo estratégico. Además, en este espacio la dirección se comprometió públicamente apoyar en los elementos necesarios para la implementación de la Mejor Práctica. En relación con la participación e integración del conocimiento de cada miembro del equipo se presenta el siguiente esquema que resume su aporte desde sus diferentes competencias

 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

**Imagen N° 4. Integración de la optimización del conocimiento de los miembros del equipo.**



#### 4.2 Desarrollo del equipo de mejora

La organización optimiza el trabajo del equipo de la siguiente manera:

**Tabla N°12 Organización del equipo de mejora por eje temático**

Equipo de mejora	Eje temático	Como optimiza el trabajo
<b>Coordinador del comité de IAAS.</b>	Prevención y control de IAAS.	Asesoría a la alta gerencia Función de supervisión y monitoreo Evaluación periódica de indicadores Hospitalarios Programas educativos ya diseñados Equipo asignado a IAAS de acuerdo con indicadores (1 enfermera por 250 camas) Participación en la red nacional de seguridad del paciente.
<b>Jefa de la División de enfermería</b>	Identificación de paciente Prevención de caídas Cirugía segura	Sistema de control de enfermería Procesos que gestionan el riesgo de paciente Incorporación del ciclo PHVA en la mejora de los procesos de la enfermería Adopción de nuevos modelos de gestión: enfermera gestora. Apertura y proactividad en actividades de la promoción de la salud Fortalecimiento de competencias en temas de seguridad de pacientes.
<b>Coordinador del comité de fármaco</b>	Gestión de fármacos de riesgo	Apertura del comité de fármaco en definir fármacos de riesgo en la institución Diseño de la lista de fármacos de riesgo e impresión de material con dicha información la cual ha sido distribuida a todos los servicios.
<b>Jefe de UOC</b>	Programa de Calidad y seguridad	Coordinación de los comités de Calidad Conocimientos en gestión de calidad en sistemas sanitarios Desarrollo e implantación de los procesos misionales Desarrollo del sistema de control de estándares de calidad y seguridad. Programa de educación continua en herramientas de Calidad a las diferentes unidades organizativas.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

El equipo ha sido capacitado en las siguientes herramientas lo que le permite tener la pericia para desarrollar las actividades de la mejor práctica: tecnología sanitaria, Herramientas de gestión de calidad, Gestión de procesos, Gestión y administración hospitalaria.

El equipo utilizó una caja de herramientas y/o estrategias diseñadas de acuerdo con la necesidad y eje temático para el control y seguimiento del proyecto, entre estas tenemos:

- Conformación de equipos monitores para la Higiene de Manos
- Sistema integrado de información gerencial de estándares de Calidad (SIIG-eTAB)
- Rendición de cuentas en espacios de consejo estratégico de gestión
- Generación de informes de seguimiento al consejo estratégica.
- Guía de observación
- Listas de chequeo

## **5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas.**

### **5.1 Gestión del conocimiento en las mejores prácticas**

Las iniciativas realizadas por la Alta Gerencia, la UOC y el equipo de mejora para generar aprendizaje fueron las siguientes:

1. Socialización al consejo Estratégico de gestión.
2. Espacios otorgados por la UDP para socialización al personal de nuevo ingreso (médicos residentes, enfermería) en relación con el programa.
3. Utilización de mecanismos vía electrónica a los jefes de Unidades de Organizativas para la socialización del programa
4. Socialización a las jefaturas de enfermería de los servicios de áreas ambulatorias y hospitalarias.
5. Presentación de avances del programa en sala situacional.

De todo lo anterior, se muestra evidencia en el anexo 1. Fuentes de verificación de la socialización de la mejor práctica.

El equipo y la organización incorporó las experiencias y lecciones aprendidas haciendo uso de la metodología de medios audiovisuales tales como videoconferencias las cuales fueron compiladas en un dispositivo (CD, USB) y fueron distribuidos en cada ordenador de los servicios de hospitalización con la finalidad de disponer de un material accesible, oportuno para todo el personal. En las temáticas relacionadas a prevención y control de IAAS se han desarrollado campañas motivacionales y de concientización sobre higiene de manos (cada 15 días) en la que se capta al personal a ingreso y salida de la jornada laboral en el pasillo principal (ver video en CD).

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

Implementación de la estrategia de equipos conformados por personal médico y paramédico que tienen la misión de monitorizar la higiene de manos en los 5 momentos. Todo lo anterior de manera sistemática. Diseño de programas y procesos de seguridad en relación con vigilancia de CAIDAS, identificación de pacientes.

Diseño de material (afiches) relacionado a MAR. Dejando evidencia de las diferentes actividades en listas de asistencia.

### **5.2 Gestión de la innovación en las mejores prácticas**

El hospital tomó en consideración retomar los estándares de seguridad y calidad enunciados en la Joint Commission International 4ª edición con la visión de prepararse para optar a una acreditación internacional a futuro; por lo que el equipo tomó a bien diseñar e implementar procesos dirigidos a la seguridad del paciente y adoptar atributos internacionales que le permitan certificarse a mediano plazo. De igual manera se rediseñó el formulario de la Cirugía Segura tomando como referencia las recomendaciones dictadas por la OMS (ACTA 5 del comité de actividad quirúrgica de fecha 19 de junio 2017, ver anexo 2. Hoja de cirugía segura).

Así mismo, la estrategia de los Equipos Monitores de higiene de manos apoyados por alta dirección se conformaron para garantizar el sostenimiento de la mejor práctica (Memorandum N°452-2021 comité de IAAS), esta actividad ha sido efectiva, tal como se evidencia en los resultados en el Marco de autoevaluación de higiene de manos en el que participaron 24 jefaturas de personal de enfermería (12 y 13 mayo 2021) en el que se alcanzó un nivel avanzado logrando una adherencia del 67.8% en comparación de los resultados del año 2019 en el que se alcanza un nivel avanzado pero con una adherencia de 45%. Finalmente, la gestión de MAR conducida por el comité de Farmacoterapia ha establecido directrices y un sistema de control que contribuye a la gestión del conocimiento del personal y el mejor uso de estos.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

## 6. Resultados de las mejores prácticas.

### 6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

La evaluación de la reducción de la brecha identificada después de aplicar la mejor práctica se resume en la tabla N° 13, que muestra el tablero de mando con las brechas con la que se retó la mejor practica y el logro al primer semestre 2021. Además, se presentan las evaluaciones del programa en el anexo N° 4: Resultados por componente, así como en el CD que se adjunta al presente documento en relación al programa de seguridad.

**Tabla N° 13. Resultados de reducción de brechas de la Mejor práctica. KPI seleccionados.**

Variables	Línea de base 2018	Situación deseada 2021(junio) para la seguridad del paciente.	Brecha	Logro a junio2021
<b>Hospital dispone de un programa de seguridad de pacientes</b>	El hospital no dispone de un programa.	Disponer de un programa de seguridad institucional	No se dispone de un programa 100%	El hospital dispone desde el 2018 de un programa de seguridad de pacientes Y mide los objetivos periódicamente. Ver Anexo 4.
<b>Identificación inequívoca del paciente mediante brazaletes que registra nombre y número de expediente</b>	82%	La institución identifica mediante brazaletes al 100% de pacientes ingresados	18%	98 %
<b>Gestión de medicamentos de alto riesgo</b>	No se dispone de un listado definido. No se han establecido lineamientos para MAR	Definir listado y Establecer lineamientos de seguridad de MAR	100%	Listado definido y actualizado al 2021 con 36 fármacos y Se han definido lineamientos de seguridad MAR
<b>Comunicación efectiva en el equipo asistencial (médico y paramédico) mediante registro de notas en el expediente clínico (estándar 26 de calidad MINSAL).</b>	88%	Mayor o igual al 90%	12% (para el 100%)	Promedio de los 4 departamentos médicos 93.90%. <b>Fuente:</b> sistema de gestión de Calidad MINSAL SIIG-eTAB.
<b>Adherencia al instrumento de cirugía segura (según OMS).</b>	84%	100%	16%	100% sistema de gestión de calidad SIIG-eTAB.
<b>Adherencia de Higiene de manos por parte del personal (médicos y paramédicos)</b>	48%	Incrementar al 58%	10%	67.8% (mayo 2021) Nivel avanzado.
<b>Vigilancia y prevención de caídas</b>	1,4%	0.01% caídas	1.35%	0.21 % (10,011 egresos de enero a junio 2021 meses).
<b>El hospital dispone de un programa de educación continua para capacitar al personal</b>	No se cuenta con un programa de capacitación continua	Diseñar un programa de educación continua de seguridad de paciente.	100%	100%. Se dispone de 2 programas educativos Estrategia multimodal de higiene de manos y Gestión del riesgo de eventos adversos.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

Según los resultados se puede afirmar que el hospital esta mejorado la eficacia/eficiencia al implementar la mejor práctica dirigido a la seguridad del paciente, ya que al momento la institución dispone:

1. De una herramienta (programa de seguridad) que contribuye a medir el avance en la cultura de seguridad de paciente.
2. De equipos monitores que han contribuido a la adherencia de la higiene de manos en el personal.
3. De personal sanitario que ha mejorado el registro de su accionar en el expediente lo que permite mejorar la comunicación del paciente entre profesionales.
4. De una lista y lineamientos para el manejo de medicamentos de alto riesgo, conocida por el personal (ubicación y conocimiento de las precauciones de los MAR).
5. De un mecanismo para identificar al 100% de usuarios: brazalete con leyenda de número de expediente y nombre del paciente.
6. De proceso de seguridad de pacientes liderados por el personal de enfermería.
7. De un programa de capacitación en el 100% de los servicios asistenciales colocado en los ordenadores de los servicios hospitalarios.
8. Además, se ha mejorado el estándar de calidad N°26 MINSAL relacionado al registro de nota en el expediente clínico y otras disciplinas han diseñado registros para documentar su accionar (trabajo social, nutrición, fisioterapia, Comité de prevención de IAAS) y
9. El personal ha adoptado la estrategia de Higiene de manos fomentada por campañas motivacionales y equipos monitores.

Es oportuno hacer mención que durante el año 2020 ante la pandemia y pese a las restricciones en relación a reuniones presenciales, la mejor práctica se ha desarrollado y ha realizado ajustes para asegurar su sostenibilidad.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

## 6.2 Los resultados en la percepción del ciudadano

Se puede resumir la tabla N°14.

**Tabla N° 14 .Resultados en la percepción del ciudadano.**

Objetivo de seguridad	Encuestas de percepción de la satisfacción	Quejas de ODS y/o reportes RAM 2019-2021
<b>Preveniones caídas</b>	89% de satisfacción al 2021 (ver anexo 5 encuesta de percepción de programa de prevención de caídas)	1 queja Recepcionada por ODS
<b>Procesos de cirugía segura</b>	100% de confiabilidad hacia el hospital (ver anexo 5 resultados de encuesta de cirugía segura )	1 queja de cirugía en el primer trimestre del 2020, la cual fue investigada y se aplicó proceso respectivo.
<b>Reacción de medicamentos</b>		CERO reportes de RAM del listado definido.
<b>Identificación de pacientes</b>		No se han reportado quejas a las ODS Todos los pacientes presentan identificación desde el ingreso y no se han reportado errores en relación a equivocación en los procedimientos-

En la prevención de cirugía segura, se exploraron 3 condiciones en las encuestas:

Confiabilidad del acto quirúrgico, Satisfacción del trato al personal en los servicios de cirugía y recomendación del hospital a otras personas para realizarse el acto quirúrgico (Ver anexo 5 resultados de encuesta de cirugía segura).

Con relación a la prevención de caídas el enfoque al cual se orienta la encuesta comprende: Acceso a aditamentos para el paciente, explicación sobre los riesgos de presentar un evento de caídas, Orientación sobre las medidas para prevenir caídas, y si se siente satisfecho ante las medidas de prevención (Ver anexo 6. Resultados de encuesta de percepción de la satisfacción al programa de prevención de caídas)

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

En relación con el impacto que la mejor practica ha beneficiado al ciudadano, se exponen en la tabla N°15.

**Tabla N° 15 el impacto para ciudadano después de la implementación de la mejor práctica**

Componente	Indicador	Resultados para el año 2021(junio)
<b>Adherencia de higiene de manos</b>	% de adherencia a la higiene de manos	Prevención y control de IAAS: Adherencia 67.8% (marco de autoevaluación mayo 2021) 2.3% tasa de IAAS institucional
<b>Identificación del paciente</b>	% de actividades del subproceso de identificación del paciente	98% pacientes identificados, se previene la ocurrencia de errores en los diferentes momentos del continuo de la atención clínica.
<b>Comunicaciones efectivas</b>	Gestión del expediente clínico.	94% del cumplimiento de los componentes del criterio del estándar 26 de calidad lo que permite reducir los errores generados ante las fallas de comunicación entre el equipo de profesionales sanitarios (órdenes verbales y telefónicas)
<b>Prevención de caídas</b>	Porcentaje de eventos de caídas	0.21% intención del estándar: prevenir la ocurrencia de caídas mediante la evaluación previa de condiciones de salud del paciente
<b>Gestión de MAR</b>	Institución ha definido un lineamiento para la gestión de fármacos de riesgo que incluye una lista de medicamentos considerados de alto riesgo.	100% de cumplimiento. Este resultado contribuye a minimizar el riesgo de errores en la utilización de los medicamentos.
<b>Cirugía Segura</b>	% de adherencia a la lista de verificación de cirugía segura	100% de cumplimiento. Esto ha permitido reducir errores en el sitio, paciente y procedimiento.

### 6.3 Los Resultados relacionados a otras partes interesadas

Se exponen en la Tabla N° 16.

**Tabla N° 16. Resultados a otras partes interesadas.**

Parte interesada	Indicador relacionado	Resultado	Comentario
SECOMISCA Red Subregional de Farmacovigilancia	Porcentaje de notificación de sospecha de RAM en el sistema de notificación en línea NOTI-FACEDRA	100% de cumplimiento a partir del 2020	La fortaleza generada por la gestión de MAR en la Farmacovigilancia institucional ha favorecido la notificación de los medicamentos fuera de listado.
Consejo de Gestión Estratégico	Informes presentados de avances del programa	100% de cumplimiento	Logros en el POAH institucional.
Proveedores privados de fármacos e insumos médicos	Informe de falla terapéutica de insumos médicos	A partir del 2021, dos informes.	La fortaleza generada por la gestión de MAR en la Farmacovigilancia institucional se ha expandido a tecnovigilancia favoreciendo la notificación de falla terapéutica de insumos médicos.
Servicios de apoyo al Dx y tratamiento y servicios división medica	Interconsultas y solicitud de exámenes de diagnóstico para evaluación de pacientes por caídas	0.21% eventos de caídas	Se optimiza los servicios de apoyo al diagnóstico.
Dirección	N° de quejas relacionadas a fallas en el proceso asistencial (ausencia de registros médicos y paramédicos) % de cumplimiento del estándar 4 de calidad (consentimiento informado correctamente registrado)	2019: 1 2021: 2  2021: 96% promedio de cumplimiento.	Estas estuvieron relacionadas con las fallas del proceso de comunicación documentada en el expediente clínico. Se ha documentado una brecha del 4% y se están realizando acciones de mejoras

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

Los beneficios generados ante la implantación de las mejores prácticas a otras partes interesadas se enlistan a continuación:

- Réplica del proceso de prevención de caídas a la red de hospitales MINSAL : San Vicente, Neumológico y Psiquiátrico)
- Implementación de una cultura de seguridad institucional al 100% de los procesos misionales
- Concientización sobre la importancia de registros legales de la institución (consentimiento informado, registro documentado del accionar médico y paramédico).
- Disponer de un programa de capacitación mediante video conferencias y encuentros presenciales dirigidos al personal de nuevo ingreso y retroalimentación cada año al talento humano de planta.
- Fomento de la disciplina de trabajo en equipo.
- Auto cuidado relacionado a la bioseguridad del personal (higiene de manos).
- Cultura en la notificación oportuna de eventos adversos
- Preparar a un hospital para la acreditación al medir los estándares de seguridad que establece la organización Joint Commission International.
- Mejora continua de la calidad y calidez de los procesos misionales.
- Diseño de procesos dirigidos a la seguridad del paciente.

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

Entre los beneficios financieros que ha obtenido la organización con la ejecución de las mejores prácticas podemos mencionar la gestión del riesgo mediante el programa de seguridad, el cual ha permitido:

1. Mantener el indicador global del hospital de promedio de estancia hospitalaria en 5.8 (a junio 2021) ya que los eventos adversos generan prolongación de estancia hospitalaria lo que da como resultado incremento de costo hospitalario al redireccionar los elementos de estructura hacia el usuario.
2. El componente de prevención de caídas (específicamente) ha permitido hacer eficiente los recursos de servicios de apoyo y el recurso nuclear médico y enfermería, ya que al presentarse estos eventos se disparan recursos para valorar la gravedad y el tratamiento.
3. Al tener un programa con metas e indicadores en los procesos de seguridad permitirá al hospital establecer los indicadores desde la perspectiva financiera a futuro.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

En relación con la metodología aplicada para el cálculo del costo beneficio y su respectivo análisis, en los hospitales en El Salvador, al momento no se disponen de un sistema de costos que nos permitiría conocer los indicadores de costos beneficios de nuestros proyectos y programas; al momento no existe presupuesto por resultados como metodología estandarizada. Sin embargo, podemos afirmar que el costo/beneficio al implantar el programa de mejora de seguridad en el hospital se traduce en los siguientes aspectos:

**Reducción de los costos directos:** Al mejorar la utilización de los recursos; en este rubro se incluyen los costos de todos los insumos consumidos que generarían la presentación de un evento adverso si no se gestionara el riesgo, nos referimos al tratamiento, los medicamentos, los estudios necesarios para el diagnóstico, las consultas médicas, etc.

**Reducción de costos indirectos:** Esto sería el salario que se deja de percibir ante la presentación de un evento adverso que no permitirá acudir al trabajo, el valor monetario del tiempo que un familiar ocupa en cuidar al enfermo, en general son los costos asociados a perdidas en productividad.

Y los beneficios directos que al implantar el programa le permite a la Alta dirección optimizar el presupuesto por cada rubro, ya que, si no hay acciones a reducir el riesgo de eventos adversos la institución derivaría sus recursos de estructura (abastecimiento, recurso humano, equipo etc.) a tratar los eventos adversos para reducir el impacto de mortalidad del usuario.

Por ejemplo, de no presentarse quejas, no hay demandas económicas, lo que se traduce en satisfacción al usuario al gestionar el riesgo.

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

## 7. Sostenibilidad y mejora.

### 7.1 Sostenibilidad

Entre los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada podemos mencionar:

1. Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos para la higiene de manos y brazaletes de identificación.
2. Personal de nuevo ingreso (Por ser hospital escuela).
3. Fallas en el sistema de informática para mantener los programas en los ordenadores de los servicios de hospitalización.
4. Fallas en el sistema de vigilancia de eventos adversos.
5. Decremento en los logros alcanzados por cada eje de seguridad.

Ante dichos riesgos, las estrategias que ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la iniciativa implementada, se presentan en la tabla N°17.

**Tabla N°17. Riesgos y afrontamientos para garantizar la sostenibilidad.**

Riesgos	Afrontamiento de riesgos
<b>Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos para la higiene de manos y brazaletes.</b>	Disponer de una Política de calidad institucional y programa de seguridad del paciente y colocar en tema en el POAH del hospital.
<b>Personal de nuevo ingreso (Por ser hospital escuela).</b>	Incorporar la temática de seguridad en los planes de estudio de los médicos residentes y diseñar un manual de inducción a personal de enfermería. Mantener en los ordenadores en las salas de internación la disponibilidad del programa para el personal.
<b>Fallas en el sistema informática en los equipos donde se colocó el programa de seguridad</b>	Mantenimientos preventivos de los equipos – Utilizar aplicaciones en Google Drive gestionado por la Unidad de comunicaciones y /o UDP para garantizar el acceso al programa.
<b>Fallas en sistema de vigilancia de eventos adversos.</b>	Mantener un sistema de vigilancia activa y pasiva en IAAS. Mantener la estrategia de equipos monitoreo de higiene de manos. Colocar en el plan de trabajo del comité de farmacoterapia el fortalecimiento de la Farmacovigilancia asignando referentes por departamento. Autoevaluación de los procesos de vigilancia de caídas y correcta identificación del paciente
<b>Decremento en los logros alcanzados por cada eje de seguridad.</b>	Mantener el sistema de supervisión y monitoreo por parte de las enfermeras de la UOC, IAAS y supervisoras de enfermería y remitir informe a las unidades organizativas y realizar evaluaciones periódicas de ciclo PHVA que están relacionados con los estándares de seguridad.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

A continuación, se describen los indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa teniendo como punto de partida colocar la temática de seguridad en el POAH del hospital.

**Tabla N°18. Indicadores, roles y responsabilidades que ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa.**

Indicador	Mecanismo	Responsable
<b>• IAAS</b>		
% de adherencia de higiene manos	Autoevaluación de higiene de manos (anual) Monitoreos de Higiene de manos (mensual).	Comité directivo de prevención y control de IAAS en coordinación con las jefaturas de la división médica y de enfermería.
<b>• Prevención de Caídas</b>		
% de cumplimiento del proceso de vigilancia y prevención de caídas	Autoevaluación del proceso Monitoreos en los servicios(mensual)	4 enfermeras gestoras de los centros finales (4).
<b>• Aplicación de cirugía segura</b>		
% de cumplimiento del proceso de cirugía segura.	Supervisión y monitoreo de la aplicación en el bloque quirúrgico,	Enfermeras gestoras de calidad y gestora de sala de operaciones.
<b>• Identificación del paciente</b>		
% de cumplimiento del proceso de identificación del paciente.	Autoevaluación del proceso Monitoreos en los servicios(mensual)	4 Enfermeras gestoras de los centros finales y Enfermeras gestoras de la Unidad de calidad.
<b>• Gestión de MAR</b>		
Sistema de control por la Unidad de farmacia para garantizar el almacenamiento, existencias según normativas y regulación de la prescripción	Supervisión y Monitoreos en los servicios(mensual)	Farmacia y Unidad de suministros médicos y Unidad de Calidad-
<b>• Comunicación efectiva</b>		
% de expedientes (físico o electrónico cuando este implementado en el hospital )que documentan la evaluación y registros médicos por parte de todo el equipo médico y paramédico	Monitoreo de expedientes electrónico o físico.	Jefes de Unidades asistenciales y Unidad de Calidad

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
	UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA	

## 7.2 Mejora

Entre las estrategias que ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada se enuncian a continuación:

- Socialización y sensibilización a todo el capital humano haciendo uso de tecnología y encuentros de capacitación.
- Mantener los equipos monitores de lavado de mano
- Mantener el tema de seguridad en el POAH institucional.
- Actualizar y evaluar el programa de Seguridad de conformidad con el tiempo definido por la alta dirección en el POAH y las necesidades de incrementar los estándares de seguridad dirigido al paciente.
- Visibilizar la estrategia mediante banner y carteleras.
- Incorporar el tema en los planes de evaluación de médicos residentes ya que actualmente se encuentra como parte de la evaluación del departamento de Medicina Interna.
- Incorporar en el manual de inducción a personal de nuevo ingreso la temática de seguridad de paciente

Los indicadores y mecanismos de seguimiento que ha considerado el equipo para asegurar que el proyecto o iniciativa implementada mejore continuamente se presentan en la tabla N° 19. Indicadores y mecanismos de seguimiento que utiliza el equipo.

**Tabla N° 19. Indicadores y mecanismos de seguimiento que utiliza el equipo para MCC.**

Indicador	Mecanismo de seguimiento	Responsable
<b>% de adherencia de adherencia de higiene manos</b>	Autoevaluación de higiene de manos (anual) Monitoreos de Higiene de manos(mensual)	Comité directivo de prevención y control de IAAS en coordinación con las jefaturas de la división médica y de enfermería
<b>N° de informes de avance del programa de seguridad del paciente a la Alta Gerencia</b>	Elaboración de informes de Supervisiones y monitoreo del grado de cumplimiento.	Unidad de Calidad y comités de prevención de IAAS y farmacoterapia
<b>N° de ciclos PHVA implementados relacionados a los ejes de seguridad.</b>	Evaluación de los planes de mejora 3 veces al año.	Jefes de unidades organizativas y de divisiones.
<b>Programa de seguridad actualizado cada 3 años</b>	Talleres de actualización liderados por el equipo de mejora	Dirección y UOC

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

## GLOSARIO

NO	TERMINO	CONCEPTO
1	<b>Aditamento</b>	Dispositivos que se añaden a la asistencia clínica para completar el tratamiento
2	<b>Consejo estratégico de gestión</b>	Órgano presidido por el director, para apoyar y participar en el diseño, planificación, implementación, control y evaluación de las Políticas, Estrategias y Programas de la institución.
3	<b>Diagrama de tortuga</b>	Es una herramienta visual que se puede utilizar para describir todos los elementos de cualquier proceso dentro de una organización de una manera muy precisa y detallada.
4	<b>Espina de pescado</b>	Es un diagrama de causa-efecto que se puede utilizar para identificar la/las causa/s potenciales (o reales) de un problema de rendimiento.
5	<b>Evento adverso</b>	Sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente. Estos eventos no se encuentran relacionados con la enfermedad de fondo.
6	<b>SIG eTAB</b>	Plataforma informática que incorpora elementos de análisis para la toma de decisiones. Es un sistema integrado de información Gerencial mediante el cual se monitorea y evaluar la gestión de la calidad en RIIS.
7	<b>Focus group</b>	Los grupos focales es una técnica de investigación cualitativa.
8	<b>F. O. D. A.</b>	Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenaza. Estos se aplican con el fin de analizar una organización tanto a nivel interno como externo.
9	<b>Hanlon</b>	Es un método que evalúa la posibilidad de enfrentarse o no a un problema que puede surgir en una organización. Los criterios son: magnitud gravedad del problema, eficacia de la solución posible, capacidad real para modificar la situación del problema y factibilidad de la solución.
10	<b>Joint Comission International</b>	Organización independiente sin fines de lucro que apoya la calidad y la seguridad a través de la acreditación de organizaciones de atención de salud y la certificación de servicios de atención de salud. Tiene un gran reconocimiento internacional, además al ser un modelo

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

		específicamente sanitario, define de forma precisa en qué consiste la atención óptima al paciente y qué procesos de atención debe implantar la organización para garantizarla.
11	<b>K. P. I.</b>	Indicador clave o medidor de desempeño o indicador clave de rendimiento, es una medida del nivel del rendimiento de un proceso. El valor del indicador está directamente relacionado con un objetivo fijado previo y normalmente se expresa en valores porcentuales.
12	<b>Lluvia de ideas</b>	Es una de las principales herramientas para potenciar la creatividad.
13	<b>MAR</b>	Medicamentos con riesgo muy elevado de causar daños graves e incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización
14	<b>M. C. C.</b>	Mejora continua de la Calidad.
15	<b>MINSAL</b>	El Ministerio de Salud (MINSAL) de El Salvador.
16	<b>P. H. V. A.</b>	Ciclo de Mejora Continua de la calidad: Planificar, Hacer, Verificar y actuar.
17	<b>P. O. A.H</b>	Plan Operativo Anual Hospital, es un documento oficial donde se plasma la planificación estratégica de una empresa orientada al futuro.
18	<b>POLITICA DE CALIDAD</b>	Es la línea de acción de la organización para la mejora de sus procesos internos.
19	<b>UDP</b>	Unidad de Desarrollo Profesional (UDP) tiene como función principal coordinar y evaluar las actividades de educación permanente de los recursos humanos del Hospital y del desarrollo de los programas.
20	<b>U. O. C</b>	La Unidad Organizativa de la Calidad es la encargada de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con el Programa de Calidad de los Servicios Hospitalarios y estará subordinada a la Dirección del Hospital.

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
	<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>	

## ANEXOS

### ANEXO- 1. Algunas Fuentes de verificación de la socialización de la mejor práctica y establecimiento de objetivos en el POAH del

#### **Información, aprobación y socialización del programa de garantía de calidad de cuidados para la seguridad de los usuarios.**

Coordinadores de comités..... Memorándum 0156 año 2018 (UOC)

División Médica.....Memorándum 0157 año 2018 (UOC)

División Servicios de apoyo..... Memorándum 0158 año 2018 (UOC)

División administrativa..... Memorándum 0159 año 2018 (UOC)

En fecha 25 julio UOC compartió el programa de seguridad vía correo electrónico a la alta gerencia y jefaturas de las Unidades Organizativas

#### **Socialización del programa**

Equipo UOC..... Acta N° 27 en fecha 17/04/2018

Servicios de apoyo..... Acta N° 29 en fecha 19/04/2018

Médicos residentes MI..... Acta N° 12 en fecha 04/02/2019

Departamento de enfermería..... Acta N° 13 en fecha 06/02/2019

Médicos residentes de G.O..... Acta N° 14 en fecha 08/02/2019

Departamento de enfermería..... Acta N° 17 en fecha 13/02/2019

Médicos residentes de Pediatría..... Acta N° 19 en fecha 20/02/2019

Unidad de emergencia..... Acta N° 20 en fecha 20/02/2019

#### **Se incluyó en la PAO institucional**

#### **Año 2019**

#### **Objetivo N°4 Fortalecer la aplicación de la política institucional de calidad del hospital**

**4.2 resultado esperado:** Reducir el riesgo de los pacientes frente a eventos adversos durante los procesos asistenciales

**4.2.1** Socialización del programa de seguridad de pacientes del hospital al personal

**4.2.2.** Control del programa de seguridad de pacientes del hospital

#### **Año 2020 y 2021**

#### **Objetivo N°2: Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos**

**2.3 Resultados esperados:** Gestionar los riesgos de seguridad de los pacientes en el ambiente hospitalario.

**2.3.1.** Seguimiento de los resultados de la implementación del programa de garantía de calidad de cuidados para la seguridad de los usuarios y de la evaluación de los incidentes y eventos adversos.



 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

**Anexo 4. Resultados de los monitoreos del programa 2019-2021 (enero a junio) estándares e intenciones responsable de la supervisión y monitoreo UOC.**

OBJETIVO N°1 GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS										
No	CRITERIO	2019			2020			2021(junio)		
		SI	NO	PC	SI	NO	PC	SI	NO	PC
1	El hospital ha definido un proceso para identificar a los pacientes.	X			X			X		
2	El proceso es conocido por todo el equipo de profesionales que asiste al usuario.			X	X			X		
3	<b>El personal sanitario identifica a los pacientes en los siguientes momentos:</b>			X			X	X		
	a- Antes un procedimiento									
	b- Administrar un medicamento									
	c- Trasfundir hemo componentes									
	d- Antes de toma de muestras de laboratorio y exámenes de gabinete.									
	e- Antes de iniciar su atención medica ambulatoria y hospitalaria.									
	<b>CRITERIOS CUMPLIDOS</b>	<b>1</b>			<b>2</b>			<b>3</b>		
	<b>CRITERIOS NO CUMPLIDOS O PC</b>			<b>2</b>	<b>0</b>			<b>1</b>	<b>0</b>	
	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>33%</b>		<b>67%</b>	<b>67%</b>			<b>33%</b>	<b>100%</b>	

\*Pc (parcialmente cumplidos).

OBJETIVO 2. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE RIESGO										
No	CRITERIO	2019			2020			2021		
		SI	NO	PC	SI	NO	PC	SI	NO	PC
1	El comité de farmacoterapia ha establecido lineamientos institucionales para la gestión de fármacos de riesgo		X			X		X		
2	La institución cuenta con una lista de medicamentos considerados de alto riesgo (fue actualizada 2021).	X			X			X		
3	La unidad de farmacia monitorea periódicamente en los servicios la disposición de medicamentos de riesgo y son analizados para la implementación de planes de mejora.			X			X	X		
4	Se desarrollan programas de información y/orientación sobre medicamentos de Alto riesgo dirigido a los pacientes a los cuales son prescritos, siendo informados sobre los posibles errores		X			X				X
	<b>CRITERIOS CUMPLIDOS</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>3</b>		
	<b>CRITERIOS NO CUMPLIDOS</b>		<b>2</b>			<b>2</b>				<b>1</b>
	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>50%</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>		<b>25%</b>

UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

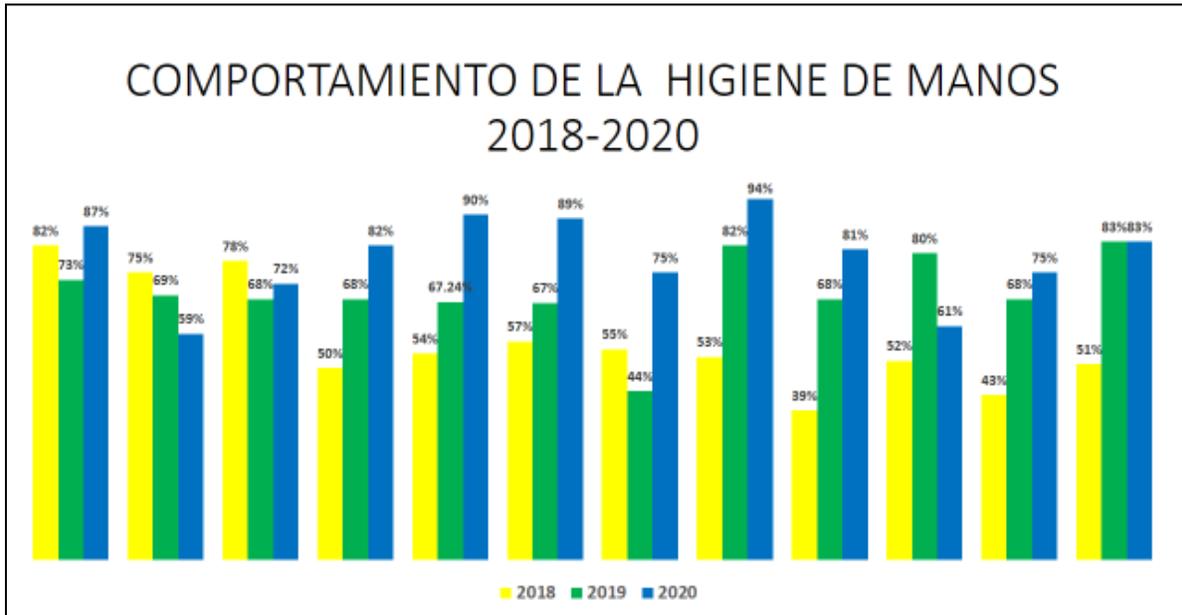
OBJETIVO N°3 COMUNICACIÓN AFECTIVA DURANTE LA ASISTENCIA										
No	CRITERIO	2019			2020			2021		
		SI	NO	pc	SI	NO	PC	SI	NO	PC
1	Las Unidades organizativas dan cumplimiento a los procesos y estándares establecidos por el MINSAL, relacionados a documentar en el expediente clínico la opinión del especialista, avalar el plan de manejo médico registrando nombre, firma y sello del responsable del paciente en las indicaciones médicas.	X			X			X		
2	Se da cumplimiento a los procesos de solicitud de interconsultas denotando el rol del equipo en presentar oportunamente al paciente y sus problemas médicos.			x			x	X		
3	Se desarrollan procesos de orientación, información y educación al paciente y la familia y se deja constancia en expediente clínico por parte del equipo de profesionales, en los diferentes servicios.			x			x	X		
4	Enfermería deja evidencia registrada en el expediente clínico sobre las acciones que le son indicadas por el médico.	X			X			X		
5	Se deja por escrito el nombre del profesional a quien se le entrega información solicitada de los servicios de apoyo		x			x				x
6	El personal médico informa de inmediato a enfermería en relación a los cambios de indicaciones médicas y los deja por escrito ambos profesionales.			x			x			X
7	En los servicios de apoyo (UTI, UCIP, DIALISIS, Servicio de recuperación) se implementará un registro de situaciones y/o coordinaciones por paciente, estableciendo el nombre del profesional que comunica la condición del paciente o el plan médico	X			X			X		
8	Todo paciente que amerita un procedimiento por indicación médica se le solicita consentimiento informado el cual se registra con letra legible, nombre, firma y sello del personal responsable del proceso de solicitud.			x			x	X		
	Criterios cumplidos	3			3			6		1
	Criterios no cumplidos o pc		1	4	0	0	4	0		
	Porcentaje de cumplimiento	37%	13%	50%	43%		57%	86%		14%

OBJETIVO 4 GARANTIZAR LA CIRUGÍA SEGURA										
No	CRITERIO	2019			2020			2021		
		SI	NO	PC	SI	NO	PC	SI	NO	PC
1	La organización ha diseñado e implementado un proceso para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto.	X			X			X		
2	El comité quirúrgico monitorea periódicamente el cumplimiento		X			X				x
3	Se ha diseñado, adecuado un instrumento: lista de chequeo para tal fin.	X			X			X		
	Criterios cumplidos	2			2			2		
	Criterios no cumplidos o pc		1			1				1
	Porcentaje de cumplimiento	67%	33%		67%	33%		67%		33%

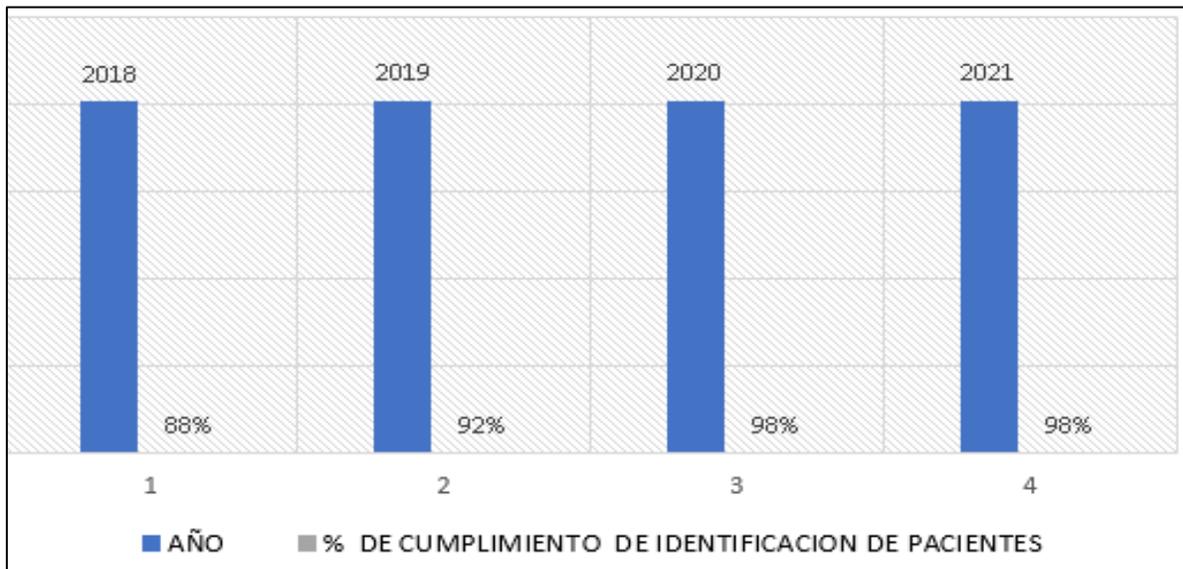
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

OBJETIVO N°5 REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA										
No	CRITERIO	2019			2020			2021		
		SI	NO	PC	SI	NO	PC	SI	NO	PC
1	El hospital implementa un sistema de vigilancia de IAAS	X			X			X		
2	El hospital ha diseñado e implementa procesos de vigilancia de IAAS	X			X			X		
3	La institución ha adoptado la guía de higiene de manos de la OMS	X			X			X		
4	Los equipos de profesionales aplican la técnica correcta de lavado de manos durante los 5 momentos			x			x			x
5	El personal sanitario conoce la guía adoptada por el hospital	X			X			X		
6	Existe un comité de prevención de infecciones, con programación y agendas definidas	X			X			X		
7	Se Discuten Los Resultados De Vigilancia De IAAS En Forma Mensual (debido a pandemia hubo restricción)	X					x	X		
8	Se cuentan con lineamientos para prevenir o reducir las IAAS relacionadas a las principales fuentes de infección	X			X			X		
	Criterios cumplidos	7			6			8		
	Criterios no cumplidos o pc	0		1	0		2	0		
	Porcentaje de cumplimiento	87.5%		12.5	75%		25%	100%		

OBJETIVO N°6 REDUCIR EL RIESGO DE DAÑOS DE PACIENTES POR CAIDAS										
No	CRITERIO	2019			2020			2021		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	La institución cuenta con un proceso de caídas	X			X			X		
2	La institución tiene definidos instrumentos de evaluación de riesgo de caídas	X			X			X		
3	El personal médico y de enfermería identifica al ingreso y a diario el riesgo de caídas.	X			X			X		
4	Se coloca en el expediente clínico del paciente la escala de evaluación de riesgos de caídas.	X			X			X		
5	Se evidencia en supervisiones y monitoreo en los servicios la aplicación de los métodos de prevención de caídas.	X			X			X		
6	Se monitorean la incidencia de caídas mensualmente evaluando las medidas implementadas	X			X			X		
7	Se diseñan planes de mejora en las unidades para prevenir el riesgo de caídas.	X			X			X		
	Criterios cumplidos	7			7			7		
	Criterios no cumplidos	0			0			0		
	Porcentaje de cumplimiento	100%			100%			100%		



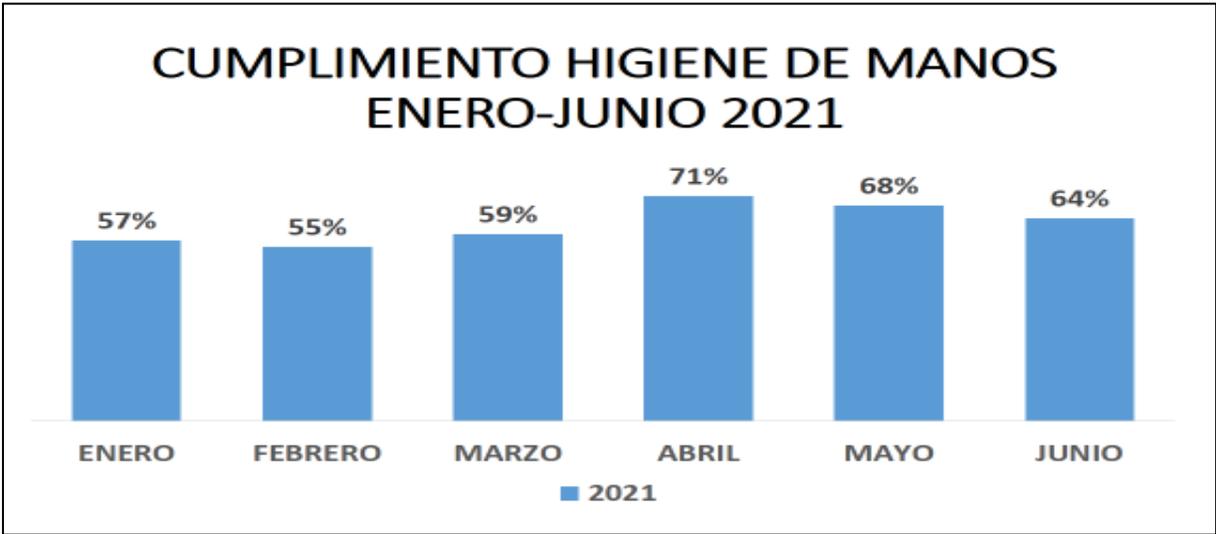
**Resultados de monitoreo de identificación de pacientes mediante brazalete años 2018, 2019, 2020 y enero a junio 2021.**



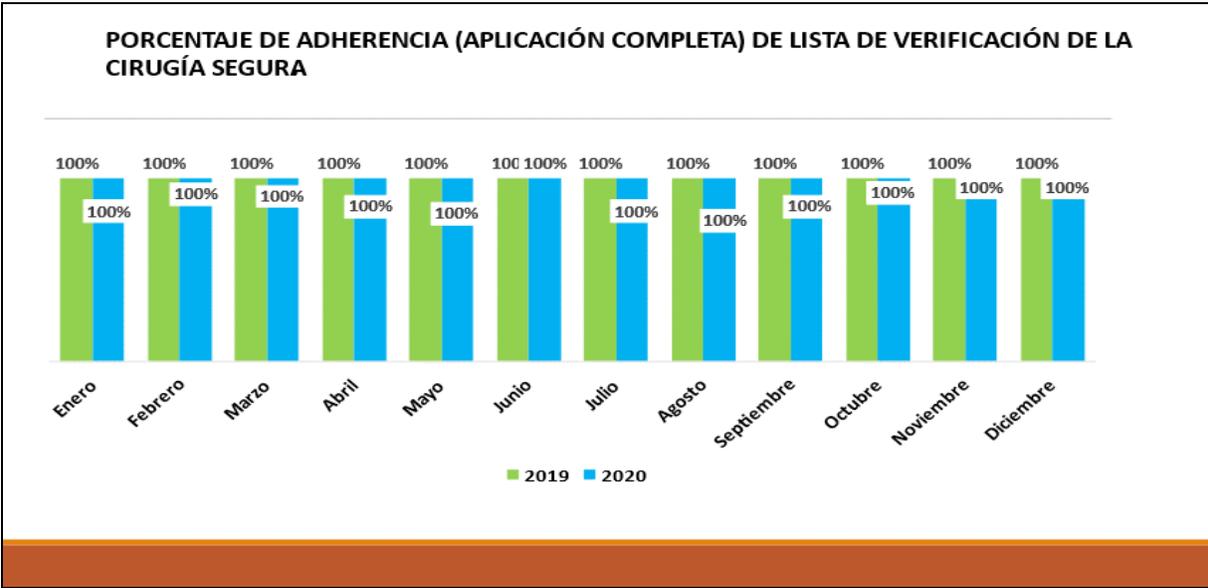
**Registros de UOC:** Informes de cumplimiento de seguridad de pacientes.

**Fuentes:** Monitoreos de UOC.

 <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		



**Fuente:** Monitoreo de UOC. Se hace la aclaración que el dato en el tablero de KPI se relaciona a la medición que la Unidad de epidemiología realiza en el marco de la higiene de manos.



**Fuente:** SIIG eTAB SISTEMA DE ESTANDARES DE CALIDAD MINSAL.



MINISTERIO DE SALUD

### GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION



UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

#### PORCENTAJE DE ADHERENCIA (APLICACIÓN COMPLETA) DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA

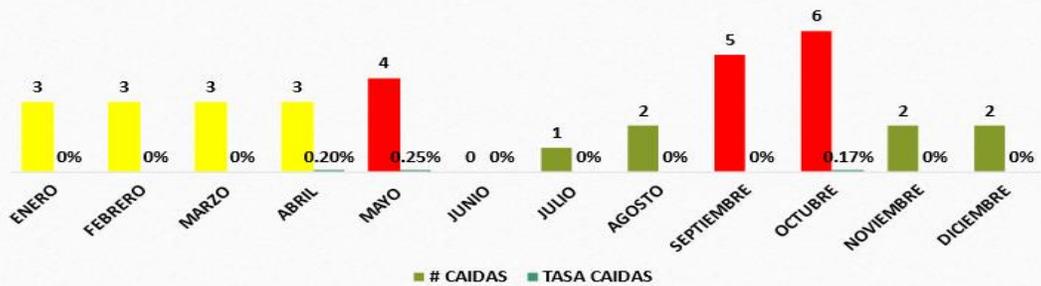


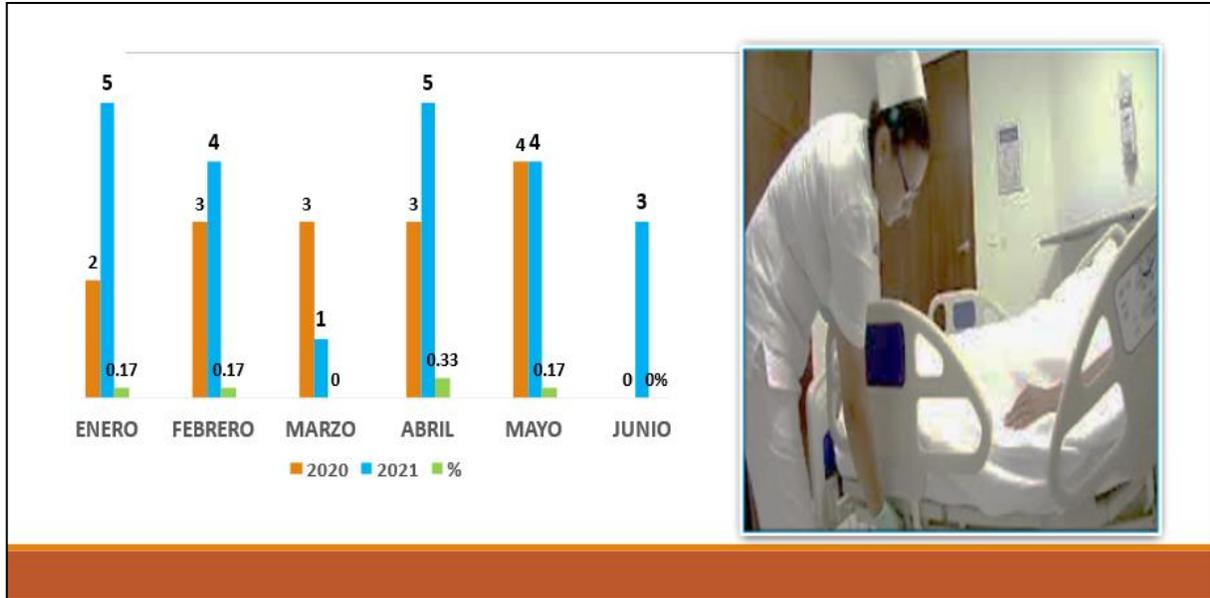
#### COMPORTAMIENTO DE CAÍDAS DE ENERO A DICIEMBRE 2019.



Fuente: SIIG eTAB SISTEMA DE ESTANDARES DE CALIDAD MINSAN

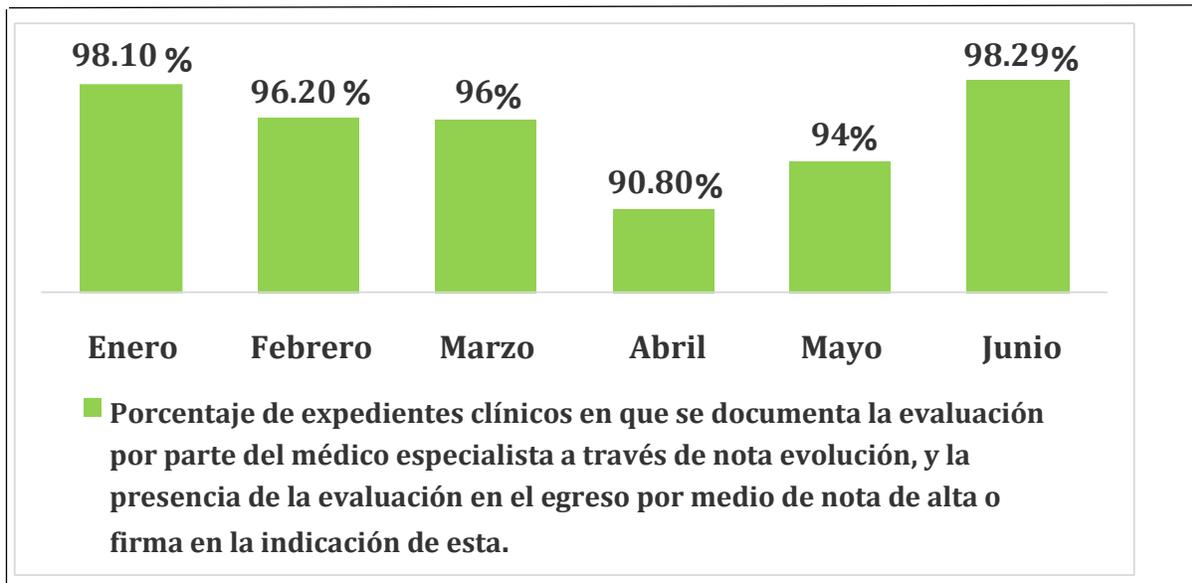
#### COMPORTAMIENTO DE CAÍDAS DE ENERO A DICIEMBRE 2020





Fuente: División de Enfermería.

**Resultados de estándar de Calidad 26 MINSAL .Enero a junio 2021.Comunicacion efectiva de los profesionales.**



 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	<b>GUIA DE POSTULACIÓN          RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS          2021, 6ª EDICION</b>	
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA		

**Resultado MAR: Lista de medicamentos de alto Riesgo: 36 fármacos (año 2021), antes 27 (año 2018).**

Listado de medicamentos de Alto Riesgo 2021-2023			
N	Código	Descripción	U.M
1	00208020	Levofloxacino 500 mg Sólido Oral Empaque primario individual	CTO
2	00400005	Anfotericina B 50 mg, Sólido Parenteral IV Frasco Vial, protegido de la luz	C/U
3	00704040	Verapamilo Clorhidrato 2.5 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Frasco vial o Ampolla 2 mL, protegida de la luz	C/U
4	00708010	Digoxina 0.25 mg Sólido Oral Empaque primario individual	CTO
5	00708015	Digoxina 0.25 mg/mL, Líquido Parenteral I.V. Ampolla 2 mL.	C/U
6	00709020	Dobutamina (Clorhidrato) 12.5 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Frasco vial 20 mL	C/U
7	00709025	Dopamina Clorhidrato 40 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Frasco vial 5 mL	C/U
8	00710010	Amiodarona Clorhidrato 50 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Ampolla 3 mL, protegida de la luz	C/U
9	00711005	Efedrina Sulfato 25 mg/mL Líquido Parenteral I.M. - I.V. - S.C. Ampolla 1 mL, protegida de la luz	C/U
10	00711020	Norepinefrina (Bitartrato) 1 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Frasco vial o ampolla 4 mL, protegida de la luz	C/U
11	00901010	Ácido Tranexámico 500 mg Líquido Parenteral ampolla o frasco vial de 5 ml	C/U
12	00902005	Enoxaparina Sódica 20 mg (2,000 UI Antifactor Xa) Líquido Parenteral S.C. Jeringa prellenada 0.2 mL	C/U
13	00902015	Enoxaparina Sódica 60 mg (6,000 UI Antifactor Xa) Líquido Parenteral S.C. Jeringa prellenada 0.6 mL	C/U
14	00903005	Heparina (Sódica) 5,000 U.I./mL Líquido Parenteral I.V. - S.C. Frasco vial 5 mL	C/U
15	00904005	Warfarina Sódica 5 mg Sólido Oral Empaque primario individual o frasco, protegido de la luz	CTO
16	01002005	Hidroxiquina Sulfato 400 mg Sólido Oral Empaque primario individual, protegido de la luz	CTO
17	01300015	Fentanil (Citrato) 0.05 mg/mL Líquido Parenteral I.M. - I.V. Ampolla 2 mL, protegida de la luz	C/U
18	01400010	Ketamina (Clorhidrato) 50 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Frasco vial 10 mL, protegido de la luz	C/U
19	01400015	Propofol 10 mg/ml Líquido Parenteral I.V. Ampolla o frasco vial de 20 ml	C/U
20	01601006	Cisatracurio (Besilato) 2 mg/mL Líquido Parenteral I.V. Ampolla 2.5 mL, protegida de la luz	C/U
21	02203020	Midazolam (Clorhidrato) 5 mg/mL Líquido Parenteral I.M. - I.V. Ampolla 3 mL	C/U
22	02301005	Glibenclamida 5 mg Sólido Oral Empaque primario individual	CTO
23	02301010	Insulina Humana Cristalina ADN Recombinante 100 U.I./ml Líquido Parenteral I.V. - S.C. Frasco vial 10 mL, protegido de la luz	C/U
24	02301020	Insulina Humana Iofana NPH - ADN Recombinante 100 U.I./ml Suspensión Inyectable SC Frasco vial 10 mL, protegido de la luz	C/U
25	02301030	Metformina Clorhidrato 850 mg Sólido Oral Empaque Primario Individual	CTO
26	02303010	Levotiroxina Sódica 0.1 mg (100mcg) Sólido Oral Empaque primario individual, protegido de la luz	CTO
27	02800055	Dextrosa 50%, Líquido Parenteral IV Bolsa o Frasco, 50 mL	C/U
28	02800090	Potasio Cloruro 2mEq/ mL (0.15 g/mL) Líquido Parenteral IV Ampolla 10 mL	C/U
29	02800125	Cloruro de Sodio 20%, Líquido Parenteral IV Ampolla 10 mL	C/U
30	03300010	Ergonovina Maleato 0.2 mg/mL Solución inyectable I.M. Ampolla 1 mL, protegida de la luz	C/U
31	03400070	Oligoelementos Incluye al menos Zinc, Cobre, Manganeseo, Cromo, Molibdeno, preferiblemente con Selenio, Líquido Parenteral Frasco vial o Ampolla (10 - 20) mL	C/U
32	03400090	Solución de aminoácidos cristalinos sin electrolitos (8.5 a 10)% Líquido Parenteral Frasco o bolsa, 500 mL, protegido de la luz	C/U
33	03400095	Lípidos 20% (TCM 50% y TCL 50%) Emulsión para nutrición parenteral Frasco 500 mL	C/U
34	10403020	Medio de contraste yodado al (30 - 50)% no ionizado, frasco vial (30 - 50)ml	C/U
35	10403050	Sulfato de bario, uso humano, envase de (300-460)g	C/U
36	10404070	Medio de contraste no iónico al 68%, en jeringa pre-llenada de (100-125) ml (320mg/ml), según marca y modelo, empaque individual estéril	C/U



MINISTERIO DE SALUD

# GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION



UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA



Comité de Farmacoterapeutica

## Taller de creación de lineamientos de medicamentos de alto riesgo, lista actualizada. al 9 de febrero 2021.

 <p>MINISTERIO DE SALUD LABORATORIO NACIONAL</p> <p>Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana HNSJDSA Comité Farmacoterapéutico Hospital Nacional San Juan De Dios De Santa Ana Unidad Organizativa de la Calidad Comité de Farmacoterapia Institucional Asesoría de Suministros Médicos</p> <p>Lineamientos de Manejo de Medicamentos de Alto Riesgo</p> <p>2021</p> <p>1</p>	 <p>MINISTERIO DE SALUD LABORATORIO NACIONAL</p> <p>Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana HNSJDSA Comité Farmacoterapéutico</p> <p>Dirección y coordinación: Dra. Emma Patricia Cortez Alfaro Asesor de Suministros Médicos HNSJDSA Coordinador de Comité Farmacoterapéutico</p> <p>Equipo técnico: Dra. Emma Patricia Cortez Alfaro Asesor de Suministros Médicos HNSJDSA Licda. Cecilia Molina Jefa de Farmacia, <u>Secretaria</u> de Comité Farmacoterapéutico Licda. Sonia Margarita Batres Colaborador Técnico Suministros Médicos Dr. Carlos Ernesto Torres Colaborador Técnico Suministros Médicos Licda. Yanira Portillo de Hernández Dr. Wilfredo Parada Jefe de Unidad de Cuidados Pediátricos Dr. Miguel Arévalo Jefe Departamento de Medicina Interna Dra. Suzanne Bonilla Referente del Departamento de Ginecología y Obstetricia Dra. <del>Ingrosol</del> Dueñas Referente de Unidad de Emergencia Dr. Douglas Álvarez Referente unidad de Consulta Externa Dr. German Arévalo Referente de Departamento de Cirugía Dra. Elizabeth Cuellar Jefa de Epidemiología</p> <p>2</p>
---	--

 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

**Anexo 5. Resultados de encuesta de satisfacción del ciudadano.**

**Objetivo:**

- Conocer la satisfacción de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional San Juan de Dios.

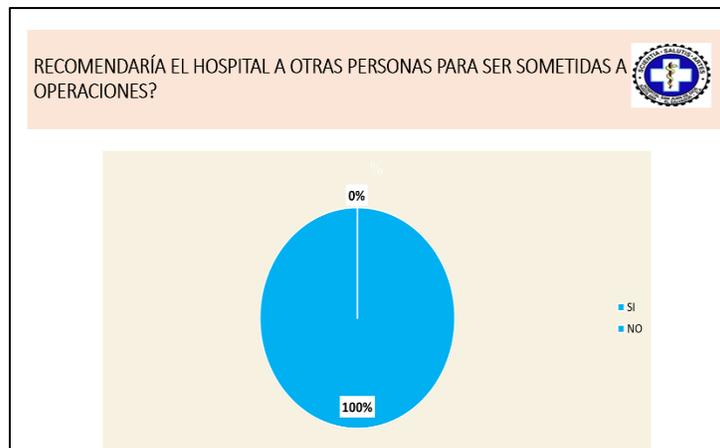
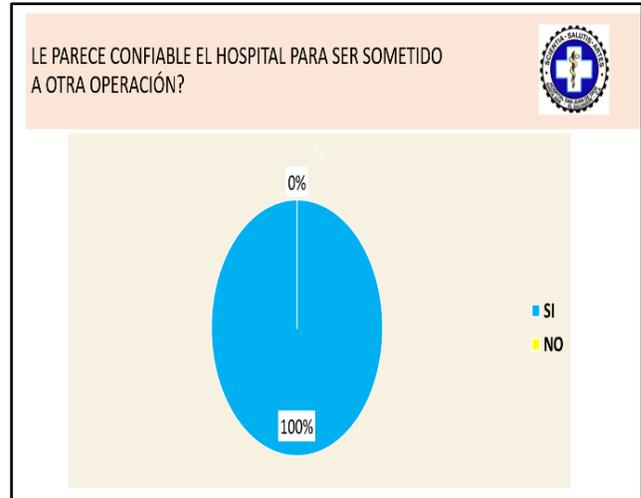
**Muestra:** 50 encuestas via telefónica y digital aplicadas.  
**Periodo:** Enero a junio 2021, usuarios sometidos a cirugías.

**Departamentos:**

◊ **G-O y Cirugía:** 50 usuarios.

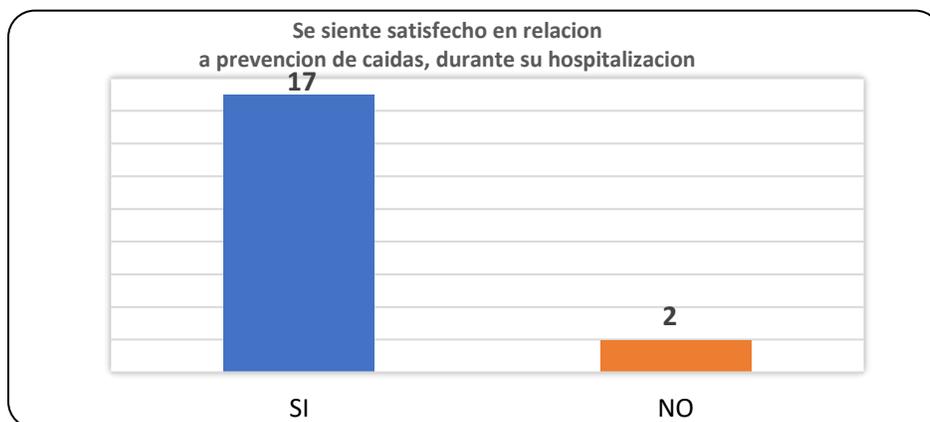




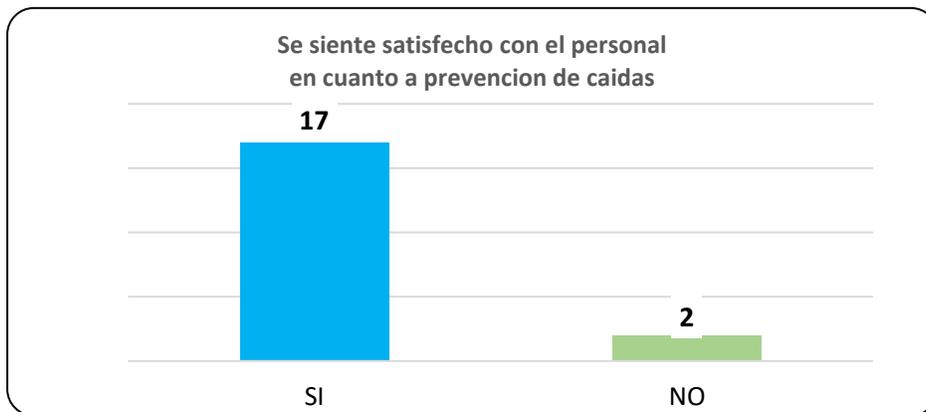


 <p>MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>GUIA DE POSTULACIÓN RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS 2021, 6ª EDICION</p>	
<p>UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA</p>		

**Anexo 6. Resultados de Encuesta de percepción de la satisfacción programa de prevención de caídas.**



**Fuente:** Encuesta año 2020. Departamento de Medicina Interna.



**Fuente:** Encuesta de percepción de la satisfacción al usuario Medicina Interna. Primer trimestre 2021. Al preguntar al usuario sobre cómo percibe su satisfacción con el equipo multidisciplinario que lo atiende, en relación con prevención de caídas, solamente 2 respondieron no sentirse satisfechos, lo que equivale a un 10% del total de encuestados.