

MINISTERIO DE SALUD  
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENENDEZ DE AHUACHAPAN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE CALIDAD

TEMA

**Implementación de la estrategia, Interpretación Oportuna de los Estudio Cito Histopatológico para Prevención, control y tratamiento adecuado del cáncer Cérvico Uterino en las mujeres consultantes en la unidad de control y prevención del cáncer del Hospital Nacional Francisco Menéndez, en el periodo de junio 2015 a junio 2018.**

JUNIO 2018

**Autoridades del Hospital:**

Doctor Ricardo Augusto Góchez Barraza

Director Hospitalario

**Equipo Gestor: (elaborar acuerdo del personal descrito a continuación)**

1. Dr. Rodolfo Giovanni González Castro  
Jefe de Unidad de Consulta Externa
2. Licenciada Elvira Dávila de Aguirre  
Enfermera jefa de la Clínica de Prevención y Control de Cáncer.
3. Lcda. Emma Mercedes Nájera  
Enfermera Supervisora
4. Lcda. Glenda Roxana Cuenca de Ávila  
Colaboradora técnica de UOC

✓ CONTACTO DESIGNADO PARA EL RECONOCIMIENTO

Nombre: Licenciada Elvira Dávila Ayala de Aguirre

Teléfono: 78425532 Tel 24456800

Correo Electrónico: eda.2563@gmail.com

✓ CONTACTO ALTERNO PARA EL RECONOCIMIENTO

-Dr. Rodolfo Giovanni González Castro

-Teléfono: 24456800

-Correo Electrónico: [giova\\_80@hotmail.com](mailto:giova_80@hotmail.com)

## INDICE

Subtema	Pag.
Presentación.....	1
Objetivos.....	3
a) Criterios y sub criterios de evaluación.	
1. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección.....	4
1.1 Liderazgo para promover la mejor práctica.....	4
1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica.....	5
1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.....	6
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.....	7
2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora.....	7
2.2 Recolección y Análisis de la información.....	11
3 Gestión de la mejor práctica.....	14
3.1 Planificación de la mejor práctica.....	14
3.2 Implantación de la mejor práctica.....	19
3.3 Control y seguimiento.....	22
4 Gestión del equipo de mejora.....	26
4.1 Integración del equipo de mejora.....	27
4.2 El desarrollo del equipo de mejora.....	28
5 Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica.....	29
5.1 Gestión del conocimiento de la mejor práctica.....	30
5.2 Gestión de la innovación de la mejor practica.....	31
6 Resultado de la mejor práctica.....	32
6.1 Resultado de la eficacia /eficiencia organizacional.....	34
6.2 Resultado en la orientación al ciudadano.....	36
6.3 Resultado relacionado a otras partes interesadas .....	38
6.4 Resultado financiero y de la relación costo beneficio.....	39
7 Sostenibilidad y mejora.....	41
7.1 Sostenibilidad.....	41
7.2 mejora.....	43
ANEXOS.....	45-53

## PRESENTACION

El Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán, comprometido con brindar servicios asistenciales con calidad y calidez, realiza la gestión y optimiza los recursos para satisfacer las necesidades y expectativas de la población. Para dar cumplimiento a este propósito, adoptó tomar en cuenta los principios de La Carta Iberoamericana de Calidad en La Gestión Pública; en los principios inspiradores de Servicio Público como: Acceso Universal, continuidad en la prestación de servicios, Imparcialidad, eficacia y eficiencia<sup>1</sup>. Con ello, se ha querido establecer un sistema de gestión de la calidad institucional y el principio de gratuidad de la Reforma de Salud.

El cáncer es una enfermedad que cada vez toma mayor relevancia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en el 2005 murieron de cáncer 7.6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más, si no se emprenden acciones<sup>2</sup>.

Según el diagnóstico situacional de cáncer en El Salvador 2009 a 2013, reconoce que el cáncer de cérvix o Cérvico uterino, constituye la primera causa de cáncer en las mujeres, convirtiéndose en un problema de salud pública<sup>3</sup>; es así, en el último informe de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países del continente americano con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino<sup>4</sup>.

En los 29 hospitales del MINSAL, en el período 2009 – 2013 se registró un promedio de 7,087 egresos por cáncer fallecieron en promedio 720 pacientes por año, que representa el 10 % del total de egresos por diagnósticos de cáncer.

---

<sup>1</sup> Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

<sup>2</sup> Informe OMS 2006

<sup>3</sup> Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama (pag.7, párrafo 2)

<sup>4</sup> Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama (pág. 24, párrafo 2)

En el Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán, a partir del 15 de junio del 2015, se implementó la toma de citología por el personal de enfermería dentro de la Unidad de Planificación Familiar, ya que anteriormente el procedimiento era realizado por un médico residente y la cantidad de citologías se describen en el cuadro siguiente:

Citologías realizadas por año (2018 hasta mayo)

<b>Año</b>	<b>1° vez</b>	<b>Subsecuente</b>
2015	20	1624
2016	38	1718
2017	96	2267
2018	64	1710

Además, debido a las múltiples funciones del recurso médico, la toma de citologías se descentralizo a las UCSF del SIBASI en fechas anteriores, es así, que la alta dirección identifico la necesidad de reorganizar funciones, y capacitar a personal de enfermería en dicho procedimiento, para incrementar la cantidad de toma de citologías en la Unidad de Planificación Familiar.

La importancia del desarrollo de la buena práctica es el de establecer acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación para reducir la incidencia y prevalencia, a través de la implementación de medidas preventivas, así como con la detección temprana con métodos de tamizaje, la identificación oportuna de lesiones precancerosas y la sintomatología a fin de establecer su diagnóstico a través de la obtención oportuna de resultados de la citología, para proporcionar un tratamiento adecuado de acuerdo al diagnóstico.

## OBJETIVOS

### **General.**

Contribuir a la implementación de la estrategia de interpretación oportuna de los estudios cito histopatológico en las mujeres consultantes en la unidad de control y prevención del cáncer del Hospital Nacional Francisco Menéndez, en el periodo de junio 2015 a junio 2018.

### **Específicos:**

1. Captar oportunamente a toda mujer en edad fértil con vida sexual activa, para la toma de citologías.
2. Obtener las respuestas de los estudios, Citológico e Histopatológicos realizados a las usuarias, en el menor tiempo posible
3. Establecer mecanismos de información, educación y comunicación con pertinencia cultural y otras estrategias para la prevención del cáncer cérvico uterino.
4. Mejorar la satisfacción de las usuarias con el diagnóstico y tratamiento oportuno de las afecciones de cuello uterino.

## **CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DE EVALUACION**

### **1- liderazgo y compromiso de la alta dirección.**

1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica.

1.1.1 De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor práctica.

La dirección del hospital en coordinación con la jefatura de enfermería identificó la necesidad de implementar la estrategia de gestionar la respuesta oportuna de la interpretación del estudio citológico e histopatológico como mejor práctica,

La promueve en reuniones en RIIS, con líderes comunitarios, jefaturas hospitalarias, comité de gestión y a través de perifoneo por medio de parlante en el hospital en horario de 8:00 am a 1: 00 p.m.

1.1.2 Como la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica.

El director del hospital se involucra a través del seguimiento al trabajo realizado por el equipo gestor, realizando reuniones periódicamente y en base a las necesidades surgidas en el desarrollo del proyecto, evaluando los resultados, apoyando su sostenibilidad a través de mantener un presupuesto fijo para la compra de servicios para el proyecto, gestionando apoyo técnico de las áreas involucradas como la unidad de calidad, consulta externa, unidad de prevención del cáncer.

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

El director conformó un equipo gestor de buena práctica comprometido a dar fiel cumplimiento a la integración y fortalecimiento de la gestión pública de la calidad, proporcionando al equipo;

- Facilito espacio y tiempo para realizar la Mejor Practica y la elaboración e implantación del proyecto de mejora.
- El equipo gestor de buenas prácticas tiene un tiempo dentro de sus horas laborales para realizar las reuniones correspondientes y espacio para el seguimiento de la buena práctica.

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

El director organiza la socialización en reuniones de consejo estratégico con el compromiso de ser dado a conocer en forma de cascada a todo el personal de la institución a través de memorándum. Además, se elaboró anuncio por escrito que se pasó al área de información para ser leída a través del parlante institucional en horario de 8:00 a.m. a 1:00p.m. hora en que se da la mayor concentración de demanda en la institución, la cual incluyo información general del proyecto. También se gestionó la elaboración de banner el cual ha sido colocado en un punto estratégico dentro del hospital en donde se detalla el tema del proyecto, sus participantes y las acciones que se están realizando.

## 1.2. Apoyo para el desarrollo e Implementación de la Mejor Práctica.

### 1.2.1. Como apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor práctica.

Como hospital se cuenta con un presupuesto asignado para su funcionamiento, pero por el incremento de material e insumos y medicamentos en la atención de estas pacientes, en la cual se aplicó la buena práctica, el director brindó su apoyo, utilizando fondos propios para la compra de servicios para el procesamiento de los estudios citológicos y patológicos en el año 2017. Además, gestiono la incorporación de una partida presupuestaria en el presupuesto general asignado al hospital, a partir del periodo 2018, Resolución Administrativa 13/2018 y además la reasignación de funciones del médico ginecólogo de la unidad, destinando sus 4 horas de trabajo a la atención de las pacientes en consulta de prevención del cáncer cervicouterino. De igual forma se asignó un recurso de enfermería capacitada para el tomo de citología.

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

Los medios que utiliza la alta dirección para dar soporte son los siguientes:

Revisión de indicadores a través de sistemas informáticos como:

- SIMMOW: en donde se consultan el número de citologías tomadas, así como los diagnósticos atendidos según número de consultas brindadas por censo diario del médico consultante.
- SPME: (sistema de programación monitoreo y evaluación) en donde se puede evaluar las metas cumplidas según lo programado, como el número de citologías por mes y anuales.
- Etab: (sistema único de información): en donde se evalúan mensualmente los estándares de calidad en la atención ya que en el estándar 2 en un criterio evalúa la toma de citología a toda mujer en edad reproductiva y el número 3 dentro de la atención perinatal se evalúa la toma de citología en la embarazada.
- Libro de registro de la unidad: en donde se refleja en datos escritos a diario por el personal de enfermería de la unidad como la citología tomada, así como las respuestas en el seguimiento y el manejo que se les ha dado.

De todos estos nos documentamos para dar soporte a la mejor práctica.

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

1.3.1. ¿Qué políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipo que desarrollan mejores prácticas?

A mediados del 2015 el MINSAL implemento el reconocimiento interno a las mejores prácticas y a la vez invito a las regiones y hospitales a participar en estimular e incentivar a los recursos para participar en los proyectos donde la organización tomo a bien seleccionar los miembros del equipo gestor a los cuales ha motivado e incentivado a través de notas de felicitación y un diploma de reconocimiento

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

El director estimula el trabajo del cada miembro del equipo gestor a través de la entrega de un Diploma, otorgado como reconocimiento a su entrega, responsabilidad y compromiso individual en el desarrollo de la mejor practica en beneficio de la población. Además de otorgar una nota de felicitación, la que se ha colocado en el expediente laboral.

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

2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora:

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

En reunión del personal de jefes de servicio de enfermería, se analiza la información de las atenciones ofrecidas en el hospital, aplicando la metodología de calidad, de lluvia de ideas, con el objetivo de identificar la oportunidad de mejora o problemas identificados. Con la participación de las jefaturas se exponen varios problemas obteniendo como resultado los siguientes;

- ✚ Falta de Ropa
- ✚ Ausentismo del personal de enfermería
- ✚ Perdida de exámenes de laboratorio

✚ **Tiempos prolongados en entrega de resultados de citología y variabilidad de calidad de los resultados histopatológicos.**

✚ Infección del sitio Quirúrgico

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

Al tener las problemáticas de posible mejora se tomaron los siguientes parámetros para priorizar uno de ellas:

**Eficacia:** Recursos disponibles y la tecnología con que se cuenta, se priorizó utilizando este parámetro ya que es posible tener una respuesta oportuna con los recursos con los que se cuentan.

**Factibilidad** de la intervención: se considera pertinente de acuerdo a las necesidades de las usuarias y a los recursos disponibles, además los recursos humanos involucrados en el tema están conscientes de la problemática y por lo tanto tendrán buena aceptabilidad al proyecto.

**Magnitud:** refiriéndose al tamaño del problema ya que se convierte en un problema directo a las usuarias y a las familias de ellas.

**Severidad:** ya que afecta directamente la salud de las mujeres en edad fértil y que aun cuando se toma la citología su respuesta viene muy tardada y con resultados que no son compatibles con la clínica de la paciente

2.1. 3. ¿Cuáles Herramientas de Calidad Aplicaron para la priorización de problemas?

La herramienta que se utilizó fue el Método de Hanlon, en el que se clasificó los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención

<b>CRITERIO</b>	<b>MAGNITUD</b>	<b>SEVERIDAD</b>	<b>EFICACIA</b>	<b>FACTIBILIDAD</b>	<b>(A + B) C x D</b>
<b>PROBLEMA</b>	<b>A (0-10)</b>	<b>B (0-10)</b>	<b>C (0.5 - 1.5)</b>	<b>D (0 - 1)</b>	
Ropa para atención de pacientes	7	7	0.5	0.5	3.5
Ausentismo del personal de enfermería	8	8	0.9	0.5	7.2
Extravió de resultados de exámenes por parte de laboratorio Clínico	7	7	0.6	0.5	4.2
Tiempos prolongados en entrega de resultados de citología y variabilidad de calidad de los resultados histopatológicos.	9	9	1	1	18
Infección de sitio quirúrgico	5	6	0.9	0.5	4.95

En el método se evaluó cada problema planteado y bajo el consenso de los participantes se seleccionó los Tiempos prolongados en entrega de resultados de citología y variabilidad de calidad de los resultados histopatológicos, ya que se obtuvo

un puntaje de 18 como resultado mayor en la matriz de priorización por el método Hanlon y por lo tanto es este problema el más factible y sostenible para abordar.

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

Al establecer la oportunidad de mejora se tomó en cuenta los indicadores en plan operativo anual de la unidad, en el que se contempla el aumento en la toma de citologías al tener una respuesta oportuna y confiable para la toma de decisiones oportunas y así contribuir a la prevención del cáncer cérvico uterino.

El impacto que se proyecta alcanzar con la buena práctica es:

Prevenir a través de su detección temprana el desarrollo de cáncer en el cuello uterino y de esta forma preservar la mejor calidad de vida de las usuarias, así como su economía familiar.

Disminuir los costos en los servicios de salud en el manejo de las complicaciones del cáncer cérvico uterino como los días de estancia hospitalaria, a través de la detección temprana y confiable de las lesiones precancerosas en el cuello uterino.

Mejorar los tiempos de respuesta de la citología, así como la calidad del resultado de tres meses a ocho días a través de un estricto control de contra entrega de las muestras y resultados histopatológicos con el laboratorio de patología a quien se le compran los servicios, y de igual forma la coordinación del abastecimiento de insumos dentro de la unidad de prevención del cáncer entre la enfermera jefe de unidad y la unidad de adquisiciones y contrataciones internas del hospital.

Mejorar el desempeño del personal de la clínica de prevención del cáncer cérvico uterino a través de capacitación al personal de enfermería en la toma de citología e interpretación de los resultados; Al obtener la respuesta oportuna de la citología instaurar el tratamiento y manejo adecuado a la usuaria utilizando los debidos procesos y lineamientos por parte del médico y enfermería mejorando así el trabajo en equipo.

Mejorar la satisfacción de la usuaria a través del trato con calidez y repuesta oportuna de su citología y por lo tanto su tratamiento adecuado.

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

La mejor práctica se relaciona con los siguientes estándares de calidad:

Se puede evidenciar en datos registrado en el ETAB, que los estándares que se relacionan son los siguientes:

- Estándar 2, criterio 7: Toda mujer en edad fértil captada recibe atención en salud de acuerdo a normativa según necesidades identificadas; verificar citología vigente.
- Estándar #3: Toda usuaria recibe una atención integral pre concepcional, prenatal y posnatal según normativa vigente, criterio#3.
- Estándar # 29, Satisfacción del usuario.

### 2.1.6. ¿La oportunidad de mejora cómo se relaciona con la autoevaluación según la CIGP?

Tomando en cuenta los principios inspiradores de la Carta Iberoamericana de la calidad en la Gestión Pública, la mejor práctica se relaciona con: Acceso Universal, continuidad en la prestación de servicios, Imparcialidad, eficacia y eficiencia<sup>5</sup>. Con ello, se ha querido establecer un sistema de gestión de la calidad institucional y el principio de gratuidad de la Reforma de Salud.

Además, los compromisos:

- Orientaciones y estratégicas.
- Calidad Institucional.
- Compromiso social y ambiental.
- Cooperación y aliados estratégicos.
- Proyectos de mejora.
- Satisfacción del usuario.

## 2.2. Recolección y análisis de la información.

---

<sup>5</sup> Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

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

La metodología se aplicó a través de: recolectar información de revisión de expedientes clínicos en donde se constatan respuestas tardías en las citologías y además la verificar sistemas de información como el SIMMOW, SPME Y ETAB consultando datos sobre las atenciones y estándares que permitieran enlazar estas atenciones a la mujer y la calidad de atención, así mismo se realizaron entrevistas a las usuarias para conocer su opinión y en vista de los datos obtenidos se toma a bien clasificar los por prioridad y se analiza que el tiempo de espera y la confiabilidad del resultado es lo que lleva a cambiar la estrategia de la obtención de la respuesta de la citología ( anexo )

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

Para la recolección de la información se utilizaron herramientas las cuales fueron la base fundamental para obtener los datos y su respectivo análisis.

Las herramientas utilizadas fueron las siguientes:

- Para la investigación fue por medio de la Observación de los resultados de las citologías.
- Libros de registro para llevar el control de las atenciones de usuarias.
- Libro de registro de resultados obtenidos de estudios citológicos e histopatológicos, para establecer la oportunidad de las respuestas.
- Guía de entrevista al usuario para conocer las expectativas del mismo.
- Encuestas de satisfacción.
- Cuadro control de cumplimiento de estándares para el seguimiento al estándar de calidad 2 y 3, del sistema ETAB, Satisfacción del usuario (estándar 29).

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

Se utilizaron fuentes informáticas en línea como el SIMMOW, SPME, Y ETAB, y además libros de registros de consulta y atenciones diarias que el personal de enfermería lleva en la unidad, y tabulador de resultados de encuestas realizadas a las usuarias.

2.2.4. ¿Cómo determino y cuál es la brecha entre la situación actual (línea base) y la situación y proyección deseada?

Al inicio de la mejor práctica las usuarias recibían sus respuestas de citologías a los 3 meses después de haberse tomado la citología (línea base). La proyección basada en la normativa institucional es un mes.

<b>Año 2015</b>			<b>Proyección</b>	<b>Brecha mensual</b>	<b>Brecha</b>
<b>Línea Base</b>	<b>Atenciones</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Mujeres detectadas con lesiones precancerosas del Cérvix</b>		<b>Diagnóstico inoportuno (después del mes)</b>
<b>Tiempo desde la toma de la citología hasta la emisión de los resultados.</b>	<b>Número de pacientes atendidas en la UPF</b>	<b>Mujeres detectadas con lesiones precancerosas del Cérvix</b>	<b>Tiempo desde la toma de la citología hasta la emisión de los resultados. (según normativa)</b>	<b>Tiempo desde la toma de la citología hasta la emisión de los resultados</b>	<b>Mujeres detectadas con lesiones precancerosas del Cérvix</b>
3 meses	50	10	1 MES	2 MESES	10

### **3. gestión de la Mejor practica**

#### 3.1. Planificación de la Buena Práctica

3.1.1. ¿La mejor practica está orientada en la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La misión del hospital es la de brindar calidad de atención con calidad y calidez, además la institución está comprometida con el cumplimiento de todas las políticas y lineamientos ministeriales ya que se cumplen con los compromisos adquiridos en la carta iberoamericana, los lineamientos técnicos para la prevención y control de cáncer cérvico uterino y mama, la política de prevención y control del cáncer, los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (ORDENAR MINISTERIO ETC.) AGREGAR LA UNIDAD

3.1.2 ¿Como, la organización selecciono el equipo de mejora para el desarrollo de la mejor practica?

La alta dirección selecciono al equipo gestor de la mejor práctica, partiendo de criterio como conocimientos técnicos, capacidad para la toma de decisiones, liderazgo, habilidades de comunicación, responsabilidad y la buena disposición al trabajo. Una vez conformado es oficializado a través de una Acta.

3.1.3. ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor practica?

Los objetivos establecidos para lograr los resultados esperados con la mejor práctica son los siguientes:

### **General.**

Contribuir a la implementación de la estrategia de interpretación oportuna de los estudios cito histopatológico en las mujeres consultantes en la unidad de control y prevención del cáncer del Hospital Nacional Francisco Menéndez, en el periodo de junio 2015 a junio 2018.

### **Específicos:**

- 1- Captar oportunamente a toda mujer en edad fértil con vida sexual activa, para la toma de citologías.
- 2- Obtener las respuestas de los estudios, Citológico e Histopatológicos realizados a las usuarias, en el menor tiempo posible
- 3- Establecer mecanismos de información, educación y comunicación con pertinencia cultural y otras estrategias para la prevención del cáncer cérvico uterino.
- 4- Mejorar la satisfacción de las usuarias con el diagnóstico y tratamiento oportuno de las afecciones de cuello uterino.

3.1.4. ¿Cómo se definió el plan de trabajo, como se asignó a las responsabilidades de cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada?

El plan de trabajo se definió estableciendo las actividades a desarrollar, las responsabilidades y fechas de cumplimiento, que a continuación se describen:

#### **Equipo gestor de Mejora:**

- Enfermera Jefe de la clínica de prevención del cáncer.
- Enfermera Supervisora de la clínica de prevención del cáncer

- Medico Jefe de consulta externa.

- Técnico de la UOC

**Problema identificado:** Tiempos prolongados en entrega de resultados de citología y variabilidad de calidad de los resultados histopatológicos.

**Práctica de mejora:** Contribuir en la prevención y control del cáncer Cérvico Uterino implementando la estrategia de interpretación oportuna del estudio cito patológico para el tratamiento adecuado en las mujeres consultantes en el Hospital Nacional Francisco Menéndez. En el periodo de junio 2015 a junio 2018.

**Metas a lograr:**

1- Disminuir los tiempos de espera de las citas para citologías a 1 día.

**INDICADOR:** número de pacientes que solicita citología de primera vez /número de pacientes que se les realizó la toma de citología en el mes x 100

2- Que el 100% de resultados de estudios histopatológicas estén en el hospital en un plazo de 8 días.

**INDICADOR:** número de respuestas de citologías recibidas en 8 días/total de citologías enviadas en 8 días x 100

3- Que el 100% de usuarias estén satisfechas de la atención recibida.

**INDICADOR:** número de usuarias satisfechas con la atención recibida en la clínica CCU en el mes/ número de usuarias que recibieron atención en la CCU en el mes x 100

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	Estrategia	Actividades	Resultado esperado	Realización (días /mes es)	responsables
Contribuir a la	1- Captar oportuna mente a toda	80 % de las mujeres	Coordinación con el equipo	Socializar con jefatura	El 80 % de mujeres en edad fértil y con	Todos los	Enfermera jefa de la unidad de

<b>impleme ntación de la estrategi a de interpreta ción oportuna de los estudios cito histopato</b>	mujer en edad fértil con vida sexual activa, para la toma de citologías.	en edad fértil y con vida sexual activa que consulten en el hospital se captan para el tomo de la citología	médico y de enfermería del hospital para la captación y referencia para la toma de citología en la unidad de prevención del cáncer.	s la estrategia	vida sexual activa que consultan en el hospital francisco Menéndez se le tome citología.	días	prevención del cáncer  Médico jefe de consulta externa
<b>lógico en las mujeres consulta ntes en la unidad de control y prevenci ón del cáncer del Hospital Nacional Francisc o Menénde z, en el periodo de junio 2015 a junio</b>	2- 1- Obtener las respuestas de los estudios, Citológico e Histopatoló gicos realizados a las usuarias, en el menor tiempo posible	El 100% de las muestras enviadas su resultado sea entregado al hospital en 8 días.	Enfermera jefa de unidad lleva un registro de contra entrega semanalme nte	Recibo y entrega de resulta dos y muestr as entre enferm era jefe de unidad de preven ción del cáncer y el provee dor de servicio s.	Que el 100% delas muestras enviadas su resultado llegue al hospital en 8 días.	3 días a la sem ana (lune s, miér cole s y viern es)	Enfermera jefa de la unidad de prevención del cáncer

2018.	3- Establecer mecanismos de información, educación y comunicación con pertinencia cultural y otras estrategias para la prevención del cáncer cérvico uterino	Las personas que visitan nuestro centro hospitalario estén informadas de cómo prevenir el cáncer cervicouterino	Fortalecer intervenciones enfocadas en la promoción educación y concientización en la toma de la citología	Brindar charlas educativas Perifoneo sobre la toma de citologías y prevención del cáncer cérvico uterino	Que el 100% de las usuarias que visiten la institución estén informadas sobre la importancia de la toma de citología	Todo el tiempo	Todo el equipo
	4- Mejorar la satisfacción de las usuarias con el diagnóstico y tratamiento oportuno de las afecciones de cuello uterino.	100% de usuarias que visitan la clínica de prevención del cáncer estén satisfechas de la atención recibida.	Crear un instrumento con los puntos que permitan evaluar la satisfacción del usuario	Pasar encuestas de satisfacción a las usuarias de la clínica de prevención del cáncer cérvico uterino	Usuarias satisfechas de la atención y de los resultados de sus citologías	Todos los días laborales	Supervisor a de la unidad de prevención del cáncer  Médico Jefe de Consulta Externa

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

Al inicio no se proporcionó un presupuesto adicional para implantar la estrategia, posteriormente se realizó la gestión necesaria para optimizar el presupuesto ya asignado, el director brindo su apoyo, utilizando fondos propios para la compra de servicios para el procesamiento de los estudios citológicos y patológicos en el año 2017. Además, gestiono la incorporación de una partida presupuestaria en el presupuesto general asignado al hospital, a partir del periodo 2018, Resolución Administrativa 13/2018 (anexo 13) a fin de desarrollar de la mejor manera la práctica.

## 3.2 Implementación de la mejor practica

### 3.2.1 Como se implementó la mejor practica?

Seleccionado y priorizado el problema se coordina las siguientes actividades:

- ✓ Interpretación y análisis del problema priorizado
- ✓ Identificación de las causas raíces para intervenir aplicando el método el diagrama causa efecto.
- ✓ Se comenzó a atender toda la demanda de usuarias.
- ✓ Se programó el gasto financiero para la compra del servicio anual.
- ✓ Planificación mensual del monitoreo y evaluación de los estándares e indicadores
- ✓ Coordinación directa para referir a las usuarias con lesiones precancerosas al tercer nivel de salud. (instituto del cáncer, hospital rosales, hospital nacional de la mujer, hospital regional San Juan de dios Santa Ana)

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

Se implementó realizando la gestión con la alta dirección y coordinación entre Unidad Financiera y el proveedor de servicios, socializando las acciones con el personal de la unidad de prevención del cáncer, donde se determinó los procesos a seguir entre la toma y la respuesta de la citología:

Etapa	Actividades	Herramientas utilizadas
Planificación	Recolección de Datos cuantitativos y cualitativos de las citologías tomadas y sus resultados.	Libros de registros de la unidad, sistemas de registro y análisis de datos.
Organización	Gestión para la adquisición y compra de equipo biomédico e insumos y compra de servicio.  Gestión de incrementar horas medico consultantes y asignación de recurso de enfermería capacitada.	
Desarrollo de actividades	Análisis Exhaustivo de los 60 resultados obtenidos de muestras de estudio de citología del mes de noviembre 2016.  Realizar promoción de la salud.  Atención de la demanda espontanea oportunamente.	Libros de registro de la unidad y además las respuestas en físico de las 60 citologías enviadas en mes de noviembre 2016.  Se perifonea en parlante institucional y se da promoción en carteles y charlas.
Control y monitoreo	Aplicación de estándares de calidad.  Monitoreo de entrega y contra entrega de las citologías.  Supervisión de la producción mensual de los	Estándares de calidad.  Libro de registro entrega y contra entrega.  Sistema SPME y Estándar número 27

	procedimientos y sus resultados. Monitoreo de satisfacción de las usuarias.	Lista de chequeo de satisfacción
--	--	----------------------------------

3.2.2 ¿Como el equipo identifico y gestiono la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor practica?

Se identificó la necesidad de contar con repuesta de estudio citológicos en forma oportuna tomando como base las 60 contestaciones del mes de noviembre del 2016, se realizó una reunión con el medico consultante y luego con la gerencia para exponer la problemática, el cual coordinó con la UFI para analizar la existencia de fondos financieros y poder realizar la compra del servicio con fondos propios, en el año 2017 y 2018 ya se apertura un rubro específico para el gasto del servicio de laboratorio y Se realizó coordinación con el departamento de enfermería y el jefe médico..

3.2.3. ¿Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de la mejor practica y que acciones realizo para superarla?

Las dificultades fueron las siguientes:

Problema o Dificultad	Solución a aplicar
Rubro específico para asignación del fondo financiero, para la compra de servicio	Coordinación con la alta dirección y UFI para la apertura de rubro presupuestario específico para la compra del servicio.
Falta de un recurso humano (enfermera)	Se gestionó con la Oficina de enfermería la asignación de un recurso para la toma de citología.
Falta de equipo biomédico e	Gestión con la alta dirección para la

insumos para incrementar la cobertura y dar continuidad al tratamiento.	compra de equipos (pistola de crio, 2 pinzas para biopsia) y del óxido Nitroso.
---	---

### 3.3. Control y Seguimiento

3.3.1. ¿Como realizo el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor practica?

El control y seguimiento se realizó a través de las reuniones periódicas del equipo y jefaturas involucradas en donde se revisaban las mediciones de los estándares de calidad, la producción, los tiempos de entrega de los resultados y la calidad de estos, el cumplimiento de los objetivos de la buena práctica y los resultados de listas de chequeo en satisfacción de las usuarias comparándolos con los datos anteriores.

3.3.2. ¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como aseguro el equipo de la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

Al analizar retrospectivamente los casos se verifica en qué aspectos no se actuó de la manera prevista y adecuada, se discute el caso con el personal involucrado para identificar las fallas y aspectos a superar; esto para que en situaciones futuras no se incurran en los mismos problemas. Se le informa a la Jefatura médica y de enfermería las inconsistencias para hacer las observaciones correspondientes al personal involucrado, A continuación, se menciona las desviaciones y adopción de medidas aplicadas:

Tabla No Desviaciones y Medidas

Desviaciones presentadas	Adopción de medidas
Retraso en la entrega de resultados de citologías	Gestión con el director para compra de servicios profesionales para lectura de citologías y análisis de muestras de patología.
Falta de cito tecnólogo en el hospital de referencia para la lectura de citología y muestras de patología.	Gestión para incluir en el presupuesto del hospital, la compra de servicios profesionales para la lectura de citologías y análisis de muestras de patología.
Falta de lámina esmeriladas	Se coordina con el laboratorio del hospital para el préstamo a través de un vale, y se realiza orden de compra. (anexo). A cargo de la enfermera jefe de la clínica
La información de la producción de lo realizado se evidencia en los sistemas informáticos, pero hay información que no está registrada	Se realizó coordinación con jefe de estadísticas para digitar la información en VIGEPES Y SISMOW
Escasez de pinzas de biopsia actualmente solo hay una.	Se gestionó la orden de compra y a la fecha ya se cuenta con tres.
Escasa existencia de espéculos (espéculos zet y bolas) para la realización de cono LEEP	Gestión de solicitud de compra.

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

A través de la coordinación con la alta dirección quien ordena a la UFI para la derivación de fondos financieros, a la UACI para realizar el proceso de compra. órdenes de compra del servicio) y esta al proveedor de servicios sobre los compromisos para la buena práctica.

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

El equipo gestor junto con el médico tratante analiza los casos (resultados de citologías) para toma de decisiones según resultados de la aplicación del proceso establecido. Con el director para justificar la importancia de la compra del servicio de laboratorio, con UFI para la derivación de fondos financieros, con UACI para realizar el proceso de compra. Todo lo anterior, con el fin de identificar debilidades en los procesos de atención de estas pacientes, así mismo a los casos que no se aplica el estándar de calidad y para verificar el apego a la aplicación y cumplimiento de la normativa en todos los casos

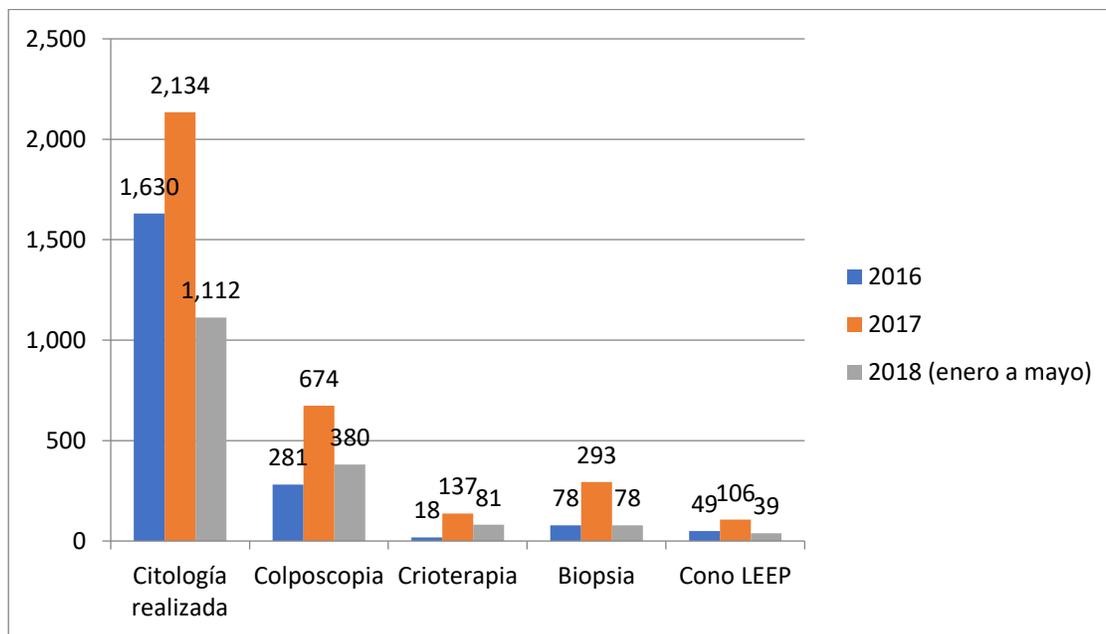
Tabla N 4: Producciones de procedimientos en el periodo de 2016 a mayo 2018, en la clínica de prevención del cáncer cérvico uterino.

No	Año	Citología realizada	Colposcopia	Crioterapia	Biopsia	Cono LEEP
1	2016	1,630	281	18	78	49

2	2017	2,134	674	137	293	106
3	2018 (enero a mayo)	1,112	380	81	78	39

Fuente: SIMMOW

GRAFICA No 2: Procedimientos realizados en el periodo de mayo 2016 a mayo 2018.



Fuente: SIMMOW

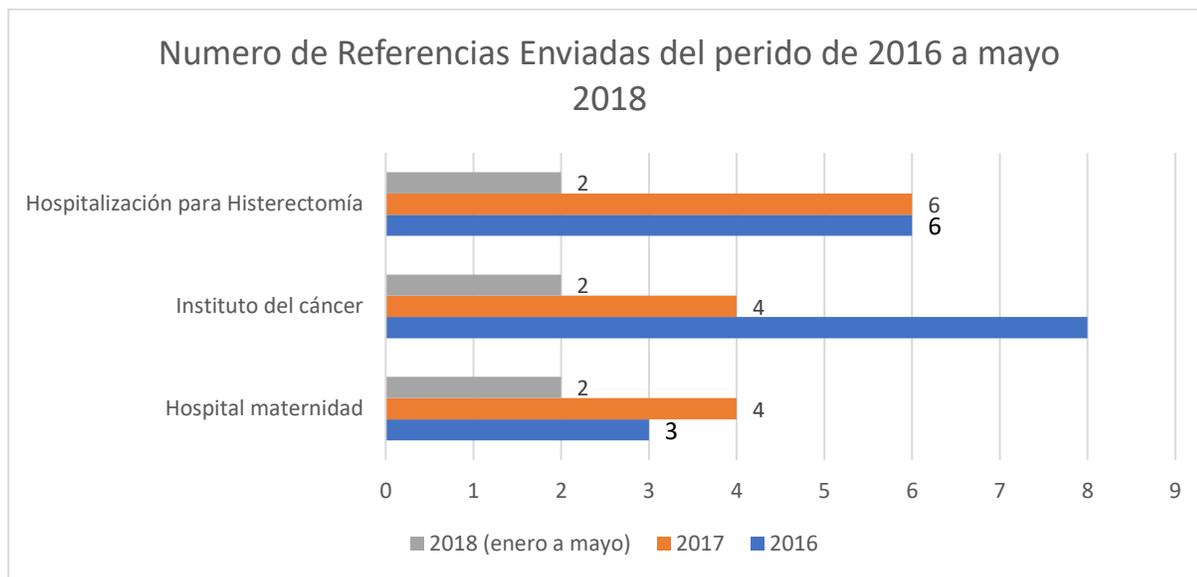
Análisis: se puede evidenciar el incremento de procedimiento de toma de citología en base a la demanda que actualmente se tiene, y detectando que las lesiones en forma temprana han obligado al incremento de la colposcopia, actuando en forma ambulatoria evitando así el ingreso hospitalario.

Tabla No 5: Casos Referidos al Tercer Nivel en el Periodo de 2016 a mayo 2018.

No	Años	Hospital maternidad	Instituto del cáncer	Hospitalización para Histerectomía
1	2016	3	8	6
2	2017	4	4	6
3	2018(enero a mayo)	2	2	2

Fuente: PAO 2018.

GRAFICA No 3:



Análisis: Se puede evidenciar que el número de pacientes referidas a hospitalización y al tercer nivel en 2017 y más notable 2018 (enero a mayo), ha disminuido en comparación a años anteriores, lo que evidencia que la implementación de la buenas practica al detectar oportunamente las lesiones precancerosas e intervenir en forma oportuna se disminuyen los ingresos hospitalarios. A la vez se puede evidenciar que las

usuarias se complicaron y hubo necesidad de referirlas al instituto del cáncer en el año 2016.

#### **4. Gestión del Equipo de Mejora.**

##### 4.1. Integración al equipo de mejora.

Se optimiza en trabajo del equipo gestor a través de la realización de reuniones, espacio dotación de insumos y equipos.

##### 4.1.1. ¿Como la organización aseguro la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

Para lograr la colaboración y apoyo del equipo gestor y otros recursos hospitalarios para la implantación del proyecto se realizó lo siguiente:

- La Dirección del Hospital hace la convocatoria a los profesionales involucrados a partir del mes de abril del 2018 incorporándolos al análisis de la problemática de las respuestas inoportunas de estudio histopatológico.
- La Dirección selecciona un equipo de profesionales considerando su experiencia, liderazgo, conocimientos técnicos y disposición al trabajo en equipo para conformar el equipo gestor. Se oficializa mediante memorando.
- Se facilitaron espacios a los integrantes del equipo gestor para retroalimentar, socializar e implementar metodologías de atención a personal multidisciplinario; delegando autonomía para la programación de reuniones en pro del proyecto, asegurando la asistencia del equipo gestor.
- El desempeño fue asegurado a través de las evaluaciones de la estrategia utilizada y presentaciones de logros al comité de gestión, equipo de enfermeras jefes de servicio.
- Se recibe apoyo de la asistencia técnica de la Dirección Nacional de Calidad.

4.1.2. ¿Cómo la organización aseguro la sinergia en el equipo de mejora y como esta contribuye al desarrollo de la mejor practica?

Al inicio de la mejor práctica se conformó un equipo gestor que a parte de sus capacidades para el desarrollo de la estrategia tuviera la facilidad de desarrollar buenas relaciones interpersonales en el desarrollo de la mejor práctica. Luego según la necesidad de apoyo para su ejecución se incorporó a otros integrantes en base a su capacidad de participación en las actividades de su área de conocimiento, su disposición para trabajo en equipo y aptitudes para la innovación.

Cada recurso trabajó en su área determinada, pero a la vez colaboró directamente en el proceso de atención establecido, potenciando las habilidades adquiridas. Los integrantes del equipo de mejora poseen conocimientos generales sobre investigación, y calidad en salud aplicándolos para el desarrollo de la mejor práctica. Además, desarrollan roles importantes dentro de la institución lo que permitió que se ejecutaran las actividades planeadas.

#### 4.2. El desarrollo del equipo e Mejora

Los miembros del equipo de mejora como recursos tomadores de decisiones y empoderados con la mejora continua de la calidad y con la reforma de salud analizan la importancia de tener una comunicación y puntualidad a las reuniones que se programan y en el seguimiento del proyecto de buena práctica a nivel operativo.

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

Al inicio de la mejor práctica se conformó un equipo gestor que a parte de sus capacidades para el desarrollo de la estrategia tuviera la facilidad de desarrollar buenas relaciones interpersonales en el desarrollo de la mejor práctica. Luego según la necesidad de apoyo para su ejecución se incorporó a otros integrantes en base a su

capacidad de participación en las actividades de su área de conocimiento, su disposición para trabajo en equipo y aptitudes para la innovación.

Cada recurso trabajó en su área determinada, pero a la vez colaboró directamente en el proceso de atención establecido, potenciando las habilidades adquiridas. Los integrantes del equipo de mejora poseen conocimientos generales sobre investigación, y calidad en salud aplicándolos para el desarrollo de la mejor práctica. Además, desarrollan roles importantes dentro de la institución lo que permitió que se ejecutaran las actividades planeadas.

4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de las mejores prácticas?

Se fortaleció al equipo en mejora continua de la calidad y resolución de problemas, taller de gestores y círculos de calidad, en capacitación brindada por la Secretaria Técnica de la Presidencia en coordinación con la Dirección Nacional de Calidad

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

Para asegurar la aplicación correcta de la estrategia de la mejor practica el equipo gestor se reunía periódicamente para analizar su desarrollo y resultados, para discusión y análisis, se verificó el reporte mensual del estándar 2, de los estándares de calidad del MINSAL para verificar el apego del manejo de estos casos, se entregan informes a las autoridades del hospital posteriores a las actividades desarrolladas. Anexo|

Se verifico el cumplimiento de lo programado en la buena práctica siguiente:

- 1 Se incremento las horas consulta para mayor cobertura de las usuarias (7am a11am), ya que toda usuaria que viene a respuesta de citología y requiere consulta médica es evaluada en mismo día en un 100%.
- 2 Se asigno al recurso de enfermería solo para toma de citología cérvico uterino.

- 3 La asignación de la realización de procedimientos quirúrgicos (esterilización pos parto y mini laparotomía) es realizada por un médico en el área hospitalaria.
- 4 La enfermera jefa de la clínica de prevención y control del cáncer toma citología y se encarga de recibir y analizar los resultados de las citologías cérvico uterino.
- 5 La enfermera jefa de la clínica de prevención y control del cáncer contacta vía teléfono institucional como medio directo de comunicación con las usuarias del programa.
- 6 En el Plan Anual Operativo de la clínica de prevención y control del cáncer se ha incorporado como objetivo de problema priorizado.
- 7 No existen listas de espera.

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

Se ha evaluado a través de analizar la efectividad del proyecto en la clínica de prevención y control del cáncer y del impacto que ha crecido en la comunidad., se presentan los resultados a la gerencia para darle continuidad a la buena práctica y que sirva de base a futuros proyecto de buena práctica como compromiso de la política de calidad.

### **5.1. Gestión del conocimiento en la mejor practica**

La gerencia a través de la UOC ve la importancia de la gestión del conocimiento como una práctica organizativa, puesto que los conocimientos de sus empleados son una base para generar ventajas competitivas integrado la las técnicas y tecnologías como una oportunidad de incrementar sus capacidades de creación y transferencia de conocimiento.

Como lección aprendida del proyecto de buena práctica se vio la necesidad de modificar el proceso de envío y recibo de resultado de citología. Al ver las evidencias se vio la oportunidad de abrir el servicio con innovaciones.

5.1.1. ¿Qué iniciativa realizo la organización para generar, aprendizaje a partir de la mejor practica?

Partiendo de los análisis del equipo gestor y viendo la necesidad de garantizar el empoderamiento y compromiso de los médicos, enfermeras se ha realizado lo siguiente:

- A- Capacitación de la enferma hospitalaria a nivel local
- B- Capacitación a la enfermera jefe de unidad a nivel local
- C- El medico consulta es especialista en ginecología y colposcopia.

Con una buena práctica se ha logrado la institucionalización de los componentes del proyecto. Se gestionó la incorporación de datos al VIGEPES.

Se ha proyectado un foro a nivel hospitalario, poster narrativo, colocación de banner publicitario.

5.1.2. ¿Como la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de la nueva practica?

El equipo gestor y la Dirección del hospital incorporan la estrategia hospitalaria en la agilidad de la respuesta del estudio histopatológico a través de:

- Conformación de un equipo multidisciplinario (ginecólogo y colposcopia, enfermera supervisora, laboratorio, auxiliar de servicio, UFI, UACI).
- La creación e implementación de la hoja de seguimiento de manejo de las usuarias a analizar el evento desde la fecha que llega la paciente a la clínica de prevención y control del cáncer para la toma del examen hasta el día de la cita para dar la respuesta del examen, la procedencia de la paciente, el personal que participó, tratamiento establecido, si fue referido y a donde, algunas observaciones/eventos especiales.
- Seguimiento a los casos complicados.

Entre las lecciones aprendidas se vio la importancia de empoderar al equipo gestor ya que permiten no solamente documentar el aprendizaje que emergen de las actividades,

sino que además genera conocimiento que permite replicar acciones que pueden ser exitosas y/o evitar errores en futuras intervenciones en el hospital

## 5.2 Gestión de la innovación de la mejor práctica.

Se implementó un flujograma de atención en la RIIS y se convirtió en una estrategia fundamental para el proyecto, logrando optimizar el servicio prestado ya que había más usuarias informadas de la oferta de servicio. A través de la implementación de la mejor práctica se ha logrado una coordinación efectiva con los establecimientos del Hospital de maternidad, instituto del cáncer a través de la hoja de referencia y se está cumpliendo con los estándares de calidad del MINSAL.

### 5.2.1. ¿Que considero el equipo para generar elementos de innovación en la mejor práctica??

Se aplicó los siguientes elementos innovadores:

- Se vio el parámetro que esta normado en los estándares 2 inciso 6, que versa sobre citología vigente, y estándar 3 inciso 12.
- Según los Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS Estándar básico e indicador para la atención en Planificación Familiar (PF) en el instrumento de recolección de datos estándar N.º 2 en el criterio 4. Verificación de PAP y/o resultado.
- Sensibilización y concientización al personal sobre la importancia de la buena práctica, aportando servicio de valor agregado (prontitud la respuesta y tratamiento según resultado. (anexo estándar, lineamiento, plan de educación)

### 5.2. 2. ¿Como el equipo de mejora utilizo la innovación de la mejor practica para agregar valor y mejor el desempeño organizacional?

Tomando en cuenta los elementos innovadores de los lineamientos ministeriales el equipo gestor vio la necesidad de mejorar un servicio que se le brinda a la población como un valor agregado de la organización, ya que al ejecutarlo se han incluido una

serie de pasos con las diferentes disciplinas para lograr el éxito del mismo. Se reorganizo las horas del médico ginecólogo, y se asignó otro recurso de enfermería. En el área financiera se reorganización algunos rubros presupuestar para incluir el gasto del servicio a prestar a las usuarias del departamento, se quita la existencia de lista de espera para mayor satisfacción de la usuaria.

**6. Resultado de la mejor práctica.**

La eficiencia y eficacia del proyecto se ha logrado con la optimización del recurso humano ya existente, para lo cual se reorganizo funciones por cada uno, Las mejoras en el costo se evidencian ya que ya no se ingresa la usuaria por complicaciones o detección tardía de lesiones cancerosas, si no que al detectar en forma temprana los signos de alarma se intervienen en forma ambulatoriamente sin generar un ingreso hospitalario evitando días camas ocupados o presencia de IAAS.

Ya que el costo por ingreso en Ginecología es \$ 498.00 dólares de américa según (WINSIG 2011) y el promedio de estancia hospitalaria es 3 días, el precio de citología es \$3.00, Crioterapia \$ 41.00 y de Colposcopia es \$26.32.

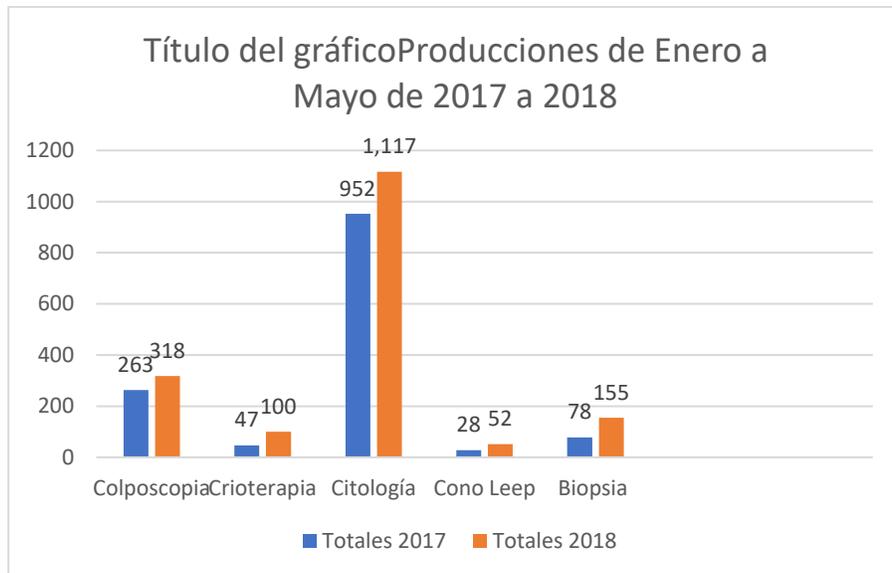
Durante el año se han incrementado las producciones en la clínica de prevención y control de cáncer cérvico uterino, reflejando en la siguiente tabla:

Tabla: No: 6- Producciones de enero a mayo 2017 a 2018

No	Descripción	Totales 2017	Totales2018
1	Colposcopia	263	318
2	Crioterapia	47	100
3	Citología	952	1,117
4	Cono Leep	28	52
5	Biopsia	78	155

Fuente: PAO 2017 y 2018

Grafico No 4: Producciones de enero a mayo 2017 a 2018



Análisis: Tomando en cuenta datos comparativos 2017 y 2018 se puede evidenciar el aumento de procedimientos durante el año

#### 6.1. Resultado de la eficacia /eficiencia organizacional.

Analizando la brecha inicial (resultado de estudio de la citología y la calidad del reporte) con la actual (respuestas y tratamiento oportunas) la reducción del tiempo de espera, ha disminuido se ha incrementado la detección de lesiones pre cancerosas.

A nivel de usuarias:

- 1- Se evita el desplazamiento de las usuarias hacia el hospital de santa Ana por respuesta de citología.
- 2- La detección oportuna de lesiones precancerosas.
- 3- El tratamiento oportuno de lesiones precancerosas.

Para la institución:

- 1- Ampliar la oferta de servicios ambulatoria.
- 2- Impulsar el funcionamiento de la Clínica de Prevención y Control del Cáncer.
- 3- Mejorar el funcionamiento de la RIIS.
- 4- Fortalecer la imagen Hospitalaria.

6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la Planificación y después de aplicar la mejor practica?

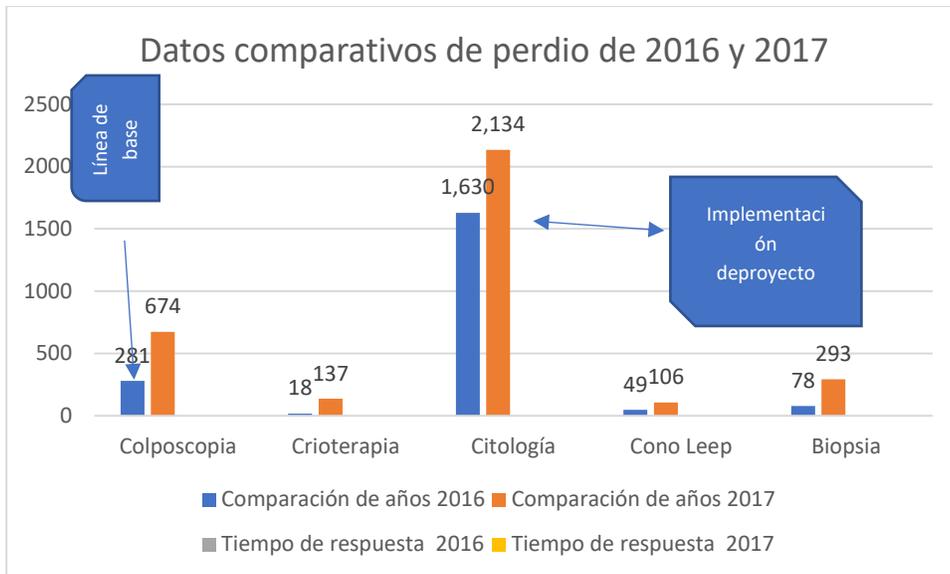
Analizando la brecha inicial (resultado de estudio de la citología y la calidad del reporte) con la actual (respuestas y tratamiento oportunos) la reducción del tiempo de espera, ha disminuido se ha incrementado la detección de lesiones precancerosas, a lo cual se presentar en la siguiente tabla:

Tabla: No 7: Tabla de comparación de Número de Procedimientos realizados y días de espera de resultado del perdido de los años 2016 y 2017.

Procedimiento	Comparación de años		Tiempo de respuesta	
	2016	2017	2016	2017
Colposcopia	281	674	2 a 4 meses	10 días
Crioterapia	18	137	2 a 4 meses	
Citología	1,630	2,134	2 a 4 meses	10 días
Cono Leep	49	106	2 a 4 meses	
Biopsia	78	293	2 a 4 meses	

Fuente: Datos estadísticos.

Grafico No 5:



Análisis: según datos estadísticos se puede evidenciar el aumento de producción en la clínica de prevención y control de cáncer, el número de citología para el 2016 fue 1,630 y para el año 2017 fue de 2,134. Del 100% tomado en el año 2017 solo se cumplió con 76.3%.

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

El objetivo importante como clínica de prevención y control de cáncer cérvico uterino es brindar atención oportuna al usuario a lo cual se han realizado acciones enfocadas a que la usuaria reciba su consulta, resultado de examen y tratamiento el cual es recibido en el mismo día que viene a su respuesta , para cual esta actividad se reorganizo las horas médicos consultante (medico ginecólogo), interviniendo la brecha en el momento oportuno, ya que antes el medico ginecólogo estaba contratado 2 horas para consulta médica y 2 horas para procedimientos (esterilizaciones quirúrgicas), pero al implementar la buena práctica se gestionó la apertura de las 4 horas en consulta médica y delegar los procedimientos a otros ginecólogos. Al incrementarse la demanda de usuarias solicitando el procedimiento de citología se coordinó con departamento de enfermería la necesidad de asignar una enfermera hospitalaria para realizar dicha función, previa capacitación a nivel local.

Mejorando a la usuaria su calidad de vida, ingresos hospitalarios y gasto innecesario. se ha fortalecido la red de comunicación con la RISS, y se han referidos al tercer nivel de atención casos clínico que nuestra institución no tiene capacidad resolutive. A nivel financiero se ha tenido gran progreso en diciembre 2016 y diciembre 2017 se pagaban las facturas de los estudios histopatológicos y de citologías con fondos propios y de enero 2018 a julio 2019 se incluyó un rubro presupuestario (06022018-REQ.098491) en el presupuesto hospitalario.

## 6.2. Resultado en la orientación al ciudadano

El resultado del usuario se evidencia que la satisfacción del mismo está satisfecha con la atención recibida. Se puede evidenciar que no hay queja en el área de ODS.

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

Para ver la efectividad del proyecto de buenas prácticas se pasó una encuesta de satisfacción del usuario con 5 preguntas cerradas las cuales estuvo a cargo del comité de calidad (comité de calidad de enfermería) para evitar manipulación de la información se coordinó con el departamento de enfermería que asignara esta actividad a dicho comité y evitar que fuera el personal del área en el mes de marzo 2017 tomando como base 4 meses previos de haber estado brindando el servicio. Y se evidencia en la evaluación del Plan Anual Operativo del área.

Tabla 8. Resultados de la Encuestas de satisfacción de la usuaria durante el periodo de mayo y junio 2018.

Aspectos a tomar en cuenta	Nivel	Porcentaje
Amabilidad del medico	Si	100%
Identificación del personal de enfermería	Si	100%
Tiempo de espera para su atención	Muy bueno	100%
	Bueno	100%

	Malo	100%
Recibió orientación al realizarle los procedimientos	Si	100%
Qué valor le da al proceso de toma de citología	Adecuado	100%
	No adecuado	100%

Fuente: resultado de encuestas.

Análisis: Durante el periodo encuestado se pasaron 20 encuestas de satisfacción al usuario y todas manifestaron estar satisfechas en un 100%, lo que motiva a seguir con la implantación de la buena práctica y gestionar otras posibles intervenciones a nivel hospitalario.

6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor practica?

El impacto que ha generado la buena práctica radica en la disminución del tiempo de espera que se tiene para que venga la respuesta y el otorgamiento del tratamiento oportuno, el evitar la lista espera para recibir su consulta, evitando que la usuaria tome el riesgo de trasladarse varias veces al hospital. Estabilidad emocional, evitara el traslado a otros hospitales (hospital de referencia) para que reciba su tratamiento, familias productivas ya que las mujeres son la base del hogar en el área rural son jefes de los hogares que aportan la canasta básica al mismo. También es favorable al detectar a tiempo la lesión precancerosa y recibir su tratamiento oportuno a referirla ya con grado avanzados de lesiones cancerosas.

6.3. Resultados relacionados a otras partes interesadas:

Se ha tenido beneficios a nivel interno con los empleados:

- 1- Optimización de los recursos humanos y materiales.
- 2- Personal de salud empoderado con el proyecto.
- 3- Gerente apoyan la funcionabilidad del proyecto.
- 4- Personal operativo empoderado del proyecto.

- 5- Personal multidisciplinario colaborando la funcionabilidad del proyecto (UOC, UFI, UCYM, UFI, ODS, Asesor de insumos y otros).

En el medio ambiente:

- 1- Contaminación por diésel porque ya no se mandan las muestras de parte del hospital (transporte terrestre)
- 2- Exposición de fluidos corporales al medio (canceres invasivos y productos peligrosos de cirugías)

6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionada con la mejora practica?

Los indicadores son:

- ❖ Comunicación efectiva al RIIS
- ❖ Empresa proveedora del servicio (Laboratorio de Ríos)
- ❖ A nivel de la comunidad con promotores de salud.
- ❖ Médicos ginecólogos indican citología como requisito preoperatorio a cirugías ginecológicas.

6.3.3. ¿Qué beneficio ha generado la implementación de la mejor practica a otras partes?

Actualmente ser aplicados beneficios en otras áreas (ginecología, consulta externa) como un proyecto innovador el cual servirá de base para futuros proyecto ejecutar a en la institución. En forma general los beneficios son:

- ❖ Optimización del tiempo del personal.
- ❖ Ahorro financiero en el núcleo familiar
- ❖ Reducción de riesgo fisiológico, familiar y desplazamiento
- ❖ Personal de salud empoderado con el proyecto
- ❖ Reducción de incremento de morbilidad y mortalidad de las usuarias.
- ❖ Mejor vida útil de los equipos.

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

Los resultados financieros son evidentes por la disminución de ingresos hospitalarios y optimización del costo presupuestario, ya que todo ingreso es presupuestado en base a una meta física anual.

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

Si bien el incremento de la cobertura de toma y la respuesta de citología en el hospital pudiese representar un aumento del gasto en insumos, gasto de pago de servicio, papelería, gel, costo de mantenimiento preventivo y correctivo de los aparatos de colposcopia, crio, costo del óxido nitroso, el beneficio a la RIIS se traduce en una disminución de costos por atención de una posible complicación ginecológicas no identificado oportunamente, que trae por consecuencias ingresos hospitalarios con días estancia prolongados, costo de exámenes e gabinete e ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos de otros hospitales. Quimioterapia y otros Pudiendo observar los costos hospitalarios asignado a este servicio.

Tabla N0: 9 Costos por procedimientos

Descripción	Costo
Precio de días de estancia en Ginecología	\$485.20
Costo de citología	\$ 2.51
Costo de Crioterapia	\$ 41.00
Costo de Colposcopia	\$26.32
Costo de Biopsia	\$ 30.00
Ultrasonografía	\$ 16.57

Fuente: WINSIG

6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implementación de la mejora de la práctica?

El costo beneficio se evidencia hacia la usuaria con recibir su respuesta y tratamiento oportuno de su estudio de citología este beneficio también le ayuda a evitar el desplazamiento varias veces al hospital, incorporación a su vida útil en el hogar, no generando el ingreso hospitalario a nivel cultural ha mejorado su entorno social y hacia institución disminución de ingreso, impacto a nivel de la comunidad del servicio que se está brindando ya que se ha extendido a todo el AGI.

## **7. Sostenibilidad y Mejora.**

### 7.1. Sostenibilidad.

La estrategia de sostenibilidad del proyecto es evidente ya que los recursos médicos y de enfermera son recurso pagados por ley de salario y el gasto financiero se apertura un renglón en el presupuesto de la institución.

Sostenibilidad del proyecto se ha realizado las siguientes estrategias.

- Incluir el gasto en un rubro de presupuesto anual
- Memorándum y acta de compromiso.
- Mantener la relación de trabajo y comunicación efectiva entre el primero, segundo y tercer nivel, para asegurar la adecuada atención de la usuaria.

- Mantener al día la existencia de los insumos para evitar la suspensión del servicio.
- Gestionar oportunamente la necesidad de insumos al nivel correspondiente

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

Durante la ejecución e implementación del proyecto se visualizaron riesgos que pudieron limitar su sostenibilidad tales como:

- ✓ Cumplimiento de la vida útil del equipo biomédico o desperfectos.
- ✓ Incremento de la demanda de usuarias
- ✓ Limitada existencia de insumos y/o dificultad en la resolución de la gestión
- ✓ Cambio en la reorganización de hospitales
- ✓ Cambio de los lineamientos ministeriales (que la citología sea tomada solo por personal médico)

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

Entre las estrategias previstas para garantizar la sostenibilidad, la estandarización y la mejora del proyecto están:

- ✓ Incorporación de gasto del servicio en un rubro presupuestario
- ✓ Plan de mantenimiento correctivo y preventivo anual ejecutado
- ✓ Mantenimiento de la vida útil del equipo como cuidados generales al equipo biomédico según utilidad.
- ✓ Mantener la relación de trabajo y comunicación efectiva entre el primero, segundo y tercer nivel, para asegurar la adecuada atención.
- ✓ Mantener al día la existencia de los insumos para evitar la suspensión del servicio

- ✓ Gestionar oportunamente la necesidad de insumos al nivel correspondiente

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

Los indicadores que el equipo de gestión ha estableció para evaluar el desempeño y asegurar la continuidad es:

- ✓ Cumplimiento del Lineamiento técnico para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama
- ✓ Porcentaje de referencias enviadas al tercer nivel
- ✓ Porcentaje de usuarias en lista de espera
- ✓ Porcentaje de usuarias con respuesta de citologías tiempo promedio de 10 días
- ✓ Porcentaje de usuarias con resultado positivo con lesione precancerosas
- ✓ Porcentaje de usuarias satisfecha por atención recibida.

## 7.2. Mejora

Con el fin de asegurar el cumplimiento y sostenibilidad de la práctica se estableció un plan de implementación donde van las actividades a realizar durante la ejecución del proyecto

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

Entre las grandes estrategias que se han programado para asegurar la mejora continua de la calidad en la ejecución del proyecto:

- 1- Dar control y seguimiento al 100% de las usuarias inscritas el programa de toma de citología y colposcopia.

- 2- Referencia oportuna a las usuarias a las que se les detecta una condición médica de riesgo a establecimiento de mayor complejidad para asegurar el continuo en la atención oportuna de la usuaria.
- 3- Colocar en agenda el seguimiento al proyecto en las reuniones a nivel hospitalaria y en la RIIS.
- 4- Educación continua en temas de calidad para los miembros del equipo.
- 5- Continuar expandiendo la estrategia de seguimiento de las usuarias a nivel de la comunidad.
- 6- Dar continuidad a usuarias faltistas.
- 7- Continuar autoevaluando la ejecución del proyecto.

7.2.2. ¿Qué indicadores y Mecanismos de seguimiento ha implementado el equipo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

Es necesario dar el seguimiento el equipo ha planteado y replantear nuevos indicadores complementarios para el análisis de la mejora continua de la práctica entre los cuales tenemos:

<b>INDICADOR</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Cumplimiento del Lineamiento técnico para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama	Monitoreo mensual del cumplimiento	Enero a diciembre 2016-2018	Equipo gestor
Porcentaje de referencias enviadas al tercer nivel	Evaluación mensual del sistema referencia, retorno e interconsulta	Enero a diciembre 2016-2018	Equipo gestor
Porcentaje de usuarias en lista de espera	Monitoreo mensual del cumplimiento al	Enero a diciembre	Equipo gestor

	agendamiento de usuarias	2016-2018	
Porcentaje de usuarias con respuesta de citologías tiempo promedio de 10 días	Monitoreo mensual del cumplimiento de respuesta	Enero a diciembre 2016-2018	Equipo gestor
Porcentaje de usuarias con resultado positivo con lesiones precancerosas	Monitoreo mensual de usuarias con resultados positivas	Enero a diciembre 2016-2018	Equipo gestor
Porcentaje de usuarias satisfecha por atención recibida.	Evaluación mensual de las satisfacciones	Enero a diciembre 2016-2018	Equipo gestor

Fuente. Indicadores del proyecto

# ANEXOS



ACTA N° 1

Lugar: Directoría Hospitalaria HOSFRAN  
 Hora y fecha: 20/06/18 9:30am  
 Nombre de quien dirige la reunión: Dr. Augusto Gómez Barreto.  
 Participantes: Dra. Arcelia Pineda (subdirectora)  
Dr. Rodrigo Giovanni González Castro (Jefe Unidad de Planificación)  
Dr. Leocadio Serrano (Epidemiología y control de calidad)  
Licda. Ruth Zepente  
Licda. Emma Najera  
Licda. Elvira Delgado de Aguilar  
Licda. Glenda Cuenca.  
 Ausentes: \_\_\_\_\_

Puntos de Agenda ( Bienvenida, presentación y aprobación de agenda, revisión de cumplimiento de acuerdos de acta anterior ):

- ① se da a conocer y se conforma el equipo de trabajo ~~se elige~~ el tema.
- ② como se daría a conocer a las direcciones hospitalarias y a las personas que van a implementar.
- ③ De firmar el Administrador de contrato.

Desarrollo (desarrollo de cada uno de los puntos de agenda):

① Dr. Gómez da a conocer a los involucrados que se conforma el equipo de trabajo de la práctica que estarán Dr. González Castro, Licda. Emma Najera, Licda. Elvira de Aguilar, Licda. Glenda Cuenca. y se realiza el Acta de conformación por parte del Hospital eligiendo el tema: Implementación de la estrategia integrada de atención de los servicios Hospitalarios para prevención, control y tratamiento asociado del Cáncer Cervical uterino en la mujer consultante en la unidad de control y prevención del Cáncer del HOSFRAN en el periodo de Junio 2015 a Junio 2018.



2) Se dará a conocer a los Departamentos en Reunión de Gestión para promover la vacunación en ciudades para todo el personal, además a las personas que visitan por medio de una copia informativa parlan tenida por la Intendencia al menos 3 veces al día.

3) Se Determina como Administrador de Contrato a la Licda. *Olivia Davila de Aguirre*.

Acuerdos:

Hora de

Finalización: *10:30 am*

Firma de los participantes:

*Radolito*



Dr. Radolito Giovanni Gonzalez Castro  
DOCTOR EN MEDICINA  
J. V. P. M. No. 12855



Hospital Nacional "Francisco Menéndez" - Cantón Ashapuco, calle al Zacamil,  
Contiguo a Residencial Suncuán, Ahuachapán  
Conmutador 2445-6800 Dirección Tel. y Fax 2443-1570  
[www.salud.gob.s](http://www.salud.gob.s)





Francisco Menéndez  
**Hospital**  
Ahuachapán



En el Auditorium del Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán, a las nueve horas con treinta minutos del día veinte de junio del dos mil dieciocho, siendo este el día y la hora señalados por la Dirección del Hospital, para la juramentación de los miembros del Equipo Encargado del Proceso de Postulación al Reconocimiento Interno de Mejoras Practicas, del Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán, el cual queda integrado por los diferentes servicios hospitalarios y administrativos convocados para tal efecto; y con la asistencia de estos se procede a elegir a los miembros del EQUIPO quedando de la siguiente manera: Licda. Elvira Dávila de Aguirre, Jefe del Área de Clínica de Prevención del Cáncer, Dr. Lucio Isai Sermeño, Jefe de Unidad de Planificación Hospitalaria y U.O.C.; Dr. Rodolfo Giovanni González Castro, Jefe de la Unidad de Consulta Externa; Licda. Enma Mercedes Nájera, Enfermera Supervisora.; Licda. Glenda Roxana Cuenca de Ávila, Colaboradora Técnica en Planificación Hospitalaria. Inmediatamente el Señor Director del Hospital Dr. Ricardo Augusto Góchez Barraza, procedió a tomar la protesta a los miembros que conforman el Equipo Encargado del Proceso de Postulación al Reconocimiento Interno de Mejoras Practicas, interrogándolos de la siguiente manera: ¿PROTESTÁIS POR VUESTRA PALABRA DE HONOR CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES EMANADAS DE ESTE HOSPITAL, NORMAS, REGLAMENTOS Y DEMÁS LEYES QUE RIGEN LA CONVIVENCIA HOSPITALARIA, ATENIÉNDOSE AL TEXTO DE LAS MISMAS, PARA EL CARGO

QUE FUERON ELEGIDOS?, respondiendo estos, “SI PROTESTAMOS”, a lo cual el Director del Hospital LES DIJO: ”SI ASÍ LO HICIEREIS QUE DIOS LA PATRIA Y LA INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTAN OS LO PREMIE SI NO QUE ELLA OS LO DEMANDE”. Quedáis investidos de vuestros cargos. Y no habiendo más que hacer constar, para dar fe del acto firmamos la presente acta.



Dr. Ricardo Augusto Góchez Barraza  
Director Hospital



Licda. Elyra Dávila de Aguirre



Dr. Lucio Isai Sermeño



Dr. Rodolfo Giovanni González Castro

Dr. Rodolfo Giovanni González Castro  
DOCTOR EN MEDICINA  
J. V. P. M. No. 12855

Licda. Enma Mercedes Nájera



Licda. Glenda Roxana Cuenca de Avila

Glenda Roxana Cuenca de Avila  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
LVPE No. 2755



## CUÑA INFORMATIVA SOBRE LAS BUENAS PRACTICAS

A TODO EL PERSONAL Y PACIENTES, SE LES INFORMA QUE EN LA CLINICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER, UBICADO EN EL AREA DE PLANIFICACION FAMILIAR, SE ESTA IMPLEMENTANDO LA BUENA PRACTICA SOBRE LA TOMA DE LA CITOLOGIA Y RESPUESTA OPORTUNA DE LA MISMA, PARA DETECTAR A TIEMPO LESIONES PRECANCEROSAS EN LAS MUJERES QUE LO SOLICITAN



MEMORANDUM 96 /2018 DIR.

PARA: Jefaturas Hospitalarias

DE: Dr. Ricardo Augusto Góchez Barraza  
Director del Hospital Nacional "Francisco Menéndez"



ASUNTO: Dar a conocer sobre "PROYECTO DE BUENAS PRÁCTICAS"

FECHA: 31 de agosto de 2018

Reciban un cordial y afectuoso saludo, deseándoles muchísimas bendiciones tanto personales como laborales.

El motivo de la presente es informarles, que en la "Clínica de prevención y control del Cáncer ubicada en el área de Planificación Familiar", se está llevando a cabo la implementación de buenas prácticas sobre el tema "Contribuir en la prevención y control del cáncer cérvico uterino, implementando la estrategia de interpretación oportuna del estudio cito patológico, para el tratamiento oportuno en las mujeres consultantes en el Hospital Nacional "Francisco Menéndez", en el periodo de junio 2015 a junio 2018", por lo que se les solicita darlo a conocer al personal bajo su cargo.

Sin otro al particular.

Atentamente.

Memorandum 96/2018 DIR

Asunto: Dar a conocer sobre "Proyecto de Buenas Prácticas"

10/8/18.

LISTADO DE JEFATURAS		
N°	Nombre del Jefes de departamento	Firma de Entregado
1	Licda. Olga Cecilia Pacas	Recibido por [Firma] 07/09/18
2	Licda. Marta Lilia Contreras Castaneda.	[Firma] 7/09/18
3	Dra. Eugenia Maria Pineda de Mendoza.	Recibido [Firma] 07/09/18
4	Licda. Ana Adilia Garcia de Velásquez.	[Firma] 07/09/18
5	Licda. Ana Victoria Molina.	[Firma] 6/9/18
6	Ing. Jorge Arturo Torrente Chicas.	[Firma] 6/09/18
7	Ing. Marcos Ovidio Méndez Caishpal.	Por. [Firma] 06/09/18
8	Sr. Erick Alexander Rojas Lemus.	[Firma] 07-09-18
9	Licda. Ana Luz López de Merino.	[Firma] 07-09-18 11:20am.
10	Ing. Adolfo Ernesto Lemus Perdomo.	[Firma] 07/09/2018 9:30
11	Dr. Jaime Alberto Posada Díaz.	[Firma] 10-09-18.
12	Lic. Miriam Arely García de Herrera.	[Firma] 07/09/18 11:47am.
13	Sr. José Roberto Calderón Méndez.	[Firma] 07-09-2018. 11.30am.
14	Sr. Juan José Arevalo Bolaño.	[Firma] 7/09/18 10:13am
15	Dr. Jose Adalberto Magana Cáceres.	[Firma] 12/9/18
16	Dra. Iliana Elizabeth Osegueda de Muñoz.	[Firma]
17	Dra. Metzi Briseyda Funes Recinos.	[Firma] 06/09/18
18	Dr. José Alexander Sandoval Rivas.	[Firma] 10/9/18
19	Dr. Mauricio Antonio Hernández Torrente.	[Firma] 07/09/18
20	Licda. Yesenia Carolina Cortez de Torrente.	[Firma] 7-9-18
21	Licda. Carlota Elizabeth Ticas de Méndez.	[Firma] 07/09/18
22	Dr. Lucio Isai Sermeño Hernández.	[Firma] 07/09/18
23	Licda. Miriam Elena Cuellar de Vanega.	Por lic. Cuellar a cargo Raquel.
24	Dr. Rodolfo Giovanni González Castro.	Por. [Firma]



[Firma]

HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MENENDEZ DE AHUACHAPAN  
DEPARTAMENTO DE: ENFERMERÍA  
CLINICA DE PREVENCION Y CONTROL DE CANCER CERVICO  
UTERINO Y DE MAMA

Encuesta: Dirigida a usuarias de la Clínica de Prevención y Control de  
Cáncer Cérvico-uterino.

Objetivo: recolectar información necesaria para evaluar el grado de  
satisfacción de las usuarias según atención recibida.

### Preguntas

1-) El Médico la atendió con amabilidad  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

2-) Se identificó con usted la enfermera que la atendió  
Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

3-) Cómo considera el tiempo de espera para su atención  
bueno \_\_\_\_\_ muy bueno \_\_\_\_\_ malo \_\_\_\_\_

4-) Le orientaron acerca del procedimiento de citología  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

5-) Qué valor le da al proceso de toma y respuesta de citología  
Malo \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ muy bueno \_\_\_\_\_