



MINISTERIO
DE SALUD

Ministerio de Salud
Dirección Nacional De Calidad En Salud

**Postulación al Reconocimiento
Interno a las Mejores Prácticas
2019.**
5a Edición

RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRÁCTICAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SALUD (RIIS): HACIA LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO HUMANIZADO. 5ª EDICIÓN 2019



PROYECTO DE MEJORA:

INTEGRACION DE LA FAMILIA EN LOS PROCESOS DE REHABILITACION FISICA MEDIANTE “PLAN HOGAR”, ENFOCADO A LOS USUARIOS DE MEDICINA INTERNA.

**HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA
PERIODO ENERO 2018-A MARZO 2019.**

Tabla de Contenido

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN	4
1. LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN	7
1.1. LIDERAZGO PARA PROMOVER LA MEJOR PRÁCTICA	7
1.2. APOYO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA	8
1.3. RECONOCIMIENTO A EQUIPOS DE MEJORA	9
2. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	10
2.1. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	10
2.2. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	13
3. GESTIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	16
3.1. PLANIFICACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA	16
3.2. IMPLANTACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA.	19
3.3. CONTROL Y SEGUIMIENTO	22
4. GESTIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA.....	26
4.1. INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE MEJORA.	26
4.2. DESARROLLO DEL EQUIPO DE MEJORA.....	27
5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA	29
5.1. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA MEJOR PRÁCTICA.	29
5.2. GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN LA MEJOR PRACTICA	30
6. RESULTADOS DE LA MEJOR PRÁCTICA.	31
6.1. RESULTADOS EN LA EFICACIA/EFICIENCIA ORGANIZACIONAL	31
6.2. RESULTADOS EN LA ORIENTACIÓN AL CIUDADANO	33
6.3. RESULTADOS RELACIONADOS A OTRAS PARTES INTERESADAS.....	34
6.4. RESULTADOS FINANCIEROS O DE LA RELACIÓN COSTO BENEFICIO.....	35
7. SOSTENIBILIDAD Y MEJORA.....	36
7.1. SOSTENIBILIDAD.....	36
7.2. MEJORA.	38

Información General de la Organización.

- **Nombre:** Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
Dirección: Final 13 avenida sur N° 1, Santa Ana.
Tel: Fax 24359529
Email: direccionsantaana@gmail.com
Pág. Web: www.gobiernoabierto.gob.sv
Categoría de la organización: Hospital Público.
- **Categoría a la que postula:** Reconocimiento a las Mejores Prácticas MINSAL 2019.
- **Tipo de empresa:** Hospital Regional.
- **Nombre de la Mejor Práctica:** Integración de la familia en los procesos de rehabilitación física mediante “plan hogar”, enfocado a los usuarios de medicina interna del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo de enero 2018- marzo 2019
- **Nombre de los integrantes del equipo de la Mejor Práctica:**

Lcda. Laura Cecilia Ochoa de Valencia	Jefe de Unidad de Fisioterapia.
Lcda. Mirna Ayala de Escobar	Miembros del equipo de mejora de Fisioterapia.
Lcda. Luz Cardona Arteaga	
Licda. Andrea Marcela Santos.	
Dra. Sandra de Marroquín	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad del hospital (Asesor de la mejor práctica).

Nombre del Coordinador Responsable de la Estrategia:

Licda. Laura Cecilia Ochoa Coordinador del proyecto
Teléfono: 2891-5101
Correo electrónico: laura.ochoa.valencia@gmail.com

Contacto Alterno para el Reconocimiento:

Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín Jefe Unidad Organizativa de Calidad
Tel. 2891-5283 Fax 2435-9529.
Correo electrónico: unidadcalidadhospitalsantaana@gmail.com

Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana

Directora
Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Representante Legal

PRESENTACIÓN

En el año de 1991 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, dio inicio el servicio de fisioterapia, orientado al **paciente hospitalizado** de las **4 especialidades médicas**, usuarios ambulatorios y referidos de la RIIS del occidente del país.

En el transcurso del tiempo, la demanda de la atención se ha incrementado a tal grado que en el año 2016 la encuesta realizada a los pacientes con indicación de fisioterapia aplicada por la Unidad de Calidad del hospital, evidenciaba un 63% de usuarios satisfechos con el servicio. Para el año 2017, la unidad de fisioterapia recibía además, quejas del equipo de profesionales responsables de la atención del paciente, a predominio del Departamento de medicina interna, lo que representaba el 34.71% del total de todas las atenciones hospitalarias, es decir, 536 pacientes al año (44 pacientes en promedio mensual); siendo el perfil epidemiológico de atención, los Eventos Cerebro Vasculares, Pie Diabético, Patología Respiratoria Aguda y Crónica, Enfermedad Renal Crónica y el encamamiento prolongado a consecuencia de otros diagnósticos. Todo lo anterior, era el producto de la limitada capacidad instalada por recurso humano insuficiente (3 fisioterapeutas para dar cobertura a todo el hospital) que únicamente lograba atender **con atributos de oportunidad y continuidad** el 70 % mensual, es decir 31 de 44 de pacientes de medicina interna, con una demanda insatisfecha de 13-14 pacientes (promedio mensual), lo que correspondía a una brecha de 30 %.

Ante esta problemática, el equipo de mejora, busco alternativas de solución, entre las cuales se formuló una estrategia que tuviera como propósito la integración de la familia en los procesos rehabilitación física denominada, **“PLAN HOGAR”, ENFOCADO A LOS USUARIOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA**, durante el periodo de enero 2018 a marzo 2019.

Entiéndase Plan Hogar como, la enseñanza básica que recibe el paciente, el familiar y/o cuidador durante los primeros **3 días de estancia** hospitalaria a partir de la indicación médica, para manejo en el hogar en 2 modalidades, sin intervención de RIIS o integrado a RIIS y, que busca o persigue constituirse en un nuevo modelo de atención que contribuya a reducir las secuelas incapacitantes de los pacientes de medicina interna y optimice el limitado recurso humano de Fisioterapia.

Cabe hacer mención, que para el año 2018 en el que se implementó la mejor práctica, se observó un incrementó (a un más) de las solicitudes de atención de fisioterapia ante el alza de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que trae como consecuencia que el promedio de pacientes de 44(año 2017) ascienda a 52 pacientes en promedio mensual(año 2018), por lo que la brecha para el proyecto se ajustó a la capacidad instalada de la Unidad, tranzando como **meta atender el 80%** de los usuarios con atributos de calidad con una **brecha del 10%**.

La estrategia a la fecha, ha permitido, desarrollar la corresponsabilidad del paciente y familia en el proceso de rehabilitación, contribuyendo a reducir el gasto de bolsillo de la familia al no tener que desplazarse al Hospital o, unidades comunitarias de salud Familiar que cuentan con la oferta del servicio. Además, ha mejorado la satisfacción de la familia, y ha contribuido a optimizar el tan limitado recurso humano de fisioterapia en el Hospital.

De esta forma, la Mejor práctica se constituye para la organización como una opción para países en vías de desarrollo, con limitados recursos en los servicios de salud y que contribuye a mejorar y satisfacer las necesidades de los clientes externos e internos.

Objetivos de la Mejor Práctica:

Objetivo General:

Contribuir a preservar la salud y, mejorar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de medicina interna, mediante la implementación de un modelo de atención de rehabilitación física hospitalaria “Plan Hogar”, que incorpore a la familia en el proceso en forma temprana para prevenir y reducir las secuelas incapacitantes, durante el periodo de enero 2018 a marzo 2019.

Objetivos Específicos:

- a) Incrementar la atención oportuna y continua de fisioterapia en el departamento de medicina interna, de un 70% a un 80% mensual, en base a su capacidad instalada.
- b) Diseñar y estandarizar herramientas técnicas que faciliten la ejecución del PLAN HOGAR.
- c) Transferir los conocimientos y habilidades funcionales básicas de rehabilitación a la familia del usuario según su condición clínica, desarrollando la corresponsabilidad y participación efectiva en el cuidado de la salud.
- d) Incrementar el grado de satisfacción en los usuarios de un 63% a un 90%.
- e) Desarrollar un trabajo colaborativo multidisciplinario con el personal de los servicios de Medicina Interna para mejorar y, ampliar la cobertura del programa PLAN HOGAR.

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?

Para dar sustento a la mejor práctica la Alta Gerencia ha elaborado la política de calidad institucional 2014-2018, en la que se enuncia en el eje N°2, 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. Es por ello que comisiona, a la Unidad organizativa de Calidad del Hospital, como el ente responsable de capacitar, asesorar y acompañar en metodología PHVA a los equipos de mejora continua de las unidades organizativas del hospital (R.H. acuerdo 310, 2015 septiembre). Es de hacer mención que en los PAOH comprendido en el periodo 2017-2019, se han establecido estrategias dirigidas a mejorar continuamente la calidad de los servicios (PAOH 2017,2018, 2019 objetivo específico 3 y 4).

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

La alta dirección se involucra mediante la jefatura de división respectiva a la que pertenece el proyecto. De esta manera, la jefa de División de Servicios de Apoyo (como parte de la alta gerencia), tiene la responsabilidad de medir periódicamente los objetivos del Plan operativo anual de la unidad de fisioterapia (informes trimestrales) y dar seguimiento a los compromisos de la misma. Las mejores prácticas son evaluadas en conjunto con la Unidad de Calidad en forma periódica (3 veces al año) siendo esta última, la instancia responsable de capacitar y asesorar a los equipos de mejora como parte de la función asignadas por la Dirección. Los informes han sido presentados a la dirección y jefaturas en el espacio gerencial denominado Sala Situacional en el día designado a la Unidad de Calidad (libro de actas de la UOC 2018 y 2019)

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

La Dirección ha designado una comisión para la selección de la mejor práctica, conformado por miembros coordinadores de las Mejores prácticas postuladas por el Hospital al MINSAL (coordinadores de los años 2015-2018); cuya función principal es enriquecer y, evaluar los resultados de los proyectos a postular en base a parámetros establecidos, con el propósito que la Alta Dirección apoye las iniciativas de mejora (memorándum UOC-HNSJDSA -2018-0067,4 de abril 2018 y UOC-HNSJDSA-2019-0061 25 de marzo 2019, Comisión de la Mejor Practica).

La alta Dirección empodera a los equipos brindando las herramientas técnicas para la implementación y ejecución de los proyectos de mejora, con la asesoría y acompañamiento de la Unidad de Calidad Hospitalaria, quien gestiona, además, espacios para la socialización del proyecto en estrecha coordinación con la jefatura de la división de servicios de apoyo. Además, ha gestionado capacitación especializada a los miembros del equipo de fisioterapia para el mejor desempeño de las actividades en temas de Prevención de Violencia, LESSA, Primeros auxilios, Programa de salud y seguridad ocupacional, manejo de estrés laboral, Abordaje de paciente con SCA zika, Manejo de apoyo Psicoemocional; todo el equipo ha sido capacitado en ciclo PHVA y la jefatura de la Unidad, en Gestión por procesos.

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

La dirección del hospital mediante La Unidad de Calidad aprovecha el espacio normativo de la Sala situacional presentado la Mejor práctica, con la finalidad de comprometer el apoyo de las jefaturas en la implementación del proyecto y empoderando al equipo que representara al hospital. Además, hace uso de memorándum, correos electrónicos y presentaciones de los avances de los proyectos en sala situacional, a fin de informar a las jefaturas de las unidades organizativas para el apoyo respectivo (libro de actas de la Unidad de Calidad 2017 y 2018, y 2019). Desde el año 2018, la mejor práctica se promociona mediante videos (ver CD de videos) y

banner el cual se ubica en la cartelera principal del hospital, apoyada por la oficina de comunicaciones de la institución. Otro medio de socialización ha sido el reconocimiento a la mejor práctica en el día de hospital, haciéndolo del conocimiento a las jefaturas, y a los empleados de la institución (2019, 24 octubre, Imagen N°1, **Reconocimiento Institucional individual y grupal a la Mejor Práctica**).

1.2. Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica.

1.2.1. ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor práctica?

El desarrollo del proyecto no necesita de un presupuesto adicional al asignado anualmente al Hospital por el MINSAL; Sin embargo, la alta gerencia definió otros mecanismos de apoyo para su implementación, entre ellos la oficialización del Equipo del Mejora (18 de marzo 2018, MINSAL, correo electrónico).

a) Presentación y aprobación de la iniciativa de mejora en el Plan Operativo Anual de la Unidad de Fisioterapia, por parte de la jefatura de división de servicios de apoyo.

b) Acompañamiento por parte de la UOC del hospital en asesoramiento, capacitación a los miembros del equipo.

c) Monitoreo y evaluación de resultados por la jefatura de la división de servicios de apoyo (como parte de la Alta Gerencia) en conjunto con la UOC (tres evaluaciones al año, libro de actas de Jefe de División de servicios de apoyo)

d) Autorización de permisos para capacitaciones y tiempo para que el equipo realice la recopilación, análisis de datos y diseño del proyecto.

e) Autorización de ejecución de reuniones para socializar el proyecto a otras unidades organizativas que puedan beneficiarse de la mejor práctica (memorándum UOC 10 de octubre 2018, Convocatoria a socialización de proyecto de mejores prácticas con el departamento de medicina interna y Libro de actas del Depto. de medicina Interna).

De igual forma, facilita la coordinación para que el primer nivel de atención conozca la estrategia y, de seguimiento (plan hogar integrado a RIIS, Libro de Acta de la Unidad de fisioterapia, enero 2017-2018).

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

La unidad de calidad, y la jefatura de división de servicios de apoyo, son las instancias que la alta gerencia utiliza para dar soporte a la mejor práctica; quienes, en su misión, deben apoyar el desarrollo de los proyectos de mejora. En este proceso, han dado acompañamiento monitoreando, asesorando y evaluando las metas e indicadores propuestos tres veces al año, y cuyos resultados son dados a conocer en sala situacional.

Además, la UOC, entre otras funciones, ha preparado al equipo de mejora en temas de gestión por procesos, herramientas de calidad e identificación de problemas para mejorar el desempeño del proyecto; y ha contribuido en medir la calidad percibida por el usuario ante la mejor práctica, a través de encuestas de satisfacción, con el objetivo de realizar mejoras en el protocolo de Plan Hogar.

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 equipos que desarrollan mejores prácticas?

La organización cuenta con una política de Calidad institucional (2014-2018) 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, constituyéndose 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, 2019).

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



24 de octubre día del Hospital, 2019.

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

La institución ha establecido un reconocimiento individual a cada miembro del equipo, destacando su participación en el proyecto mediante la entrega de un diploma y deriva una nota al expediente de Recursos Humanos destacando su participación. (Ver imagen 1, Reconocimiento Individual y grupal a la Mejor Practica).

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 el año 2017 la Unidad de fisioterapia metodológicamente y en forma sistemática para poder realizar su plan operativo anual, genero lluvia de ideas para identificar los problemas técnicos y sentidos por sus miembros. En ese momento administrativo, se expresaron las problemáticas y se documentaron 11 oportunidades de mejora las que se presentan en la tabla N°1. Concomitantemente, se analizaron los elementos de estructura que limitan el adecuado funcionamiento de la unidad y la medición de los procesos como fuentes para identificar los problemas.

Tabla 1: Identificación de problemas, Plan Anual Operativo 2017, Unidad de Fisioterapia.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA MEDIANTE LLUVIA DE IDEAS 2017
1. Incremento en la demanda insatisfecha del Depto. de medicina interna 30%
2. Alta demanda de referencias de pacientes hospitalizados a predominio de medicina interna a la unidad de fisioterapia 34.71%.
3. Estancia hospitalaria prolongada de paciente que amerita rehabilitación de 7-15 días
4. Inoportunidad en el envío de referencia para tratamiento de rehabilitación por parte del cliente interno.
5. Quejas en la calidad de atención por parte del usuario y el personal hospitalario en el área de medicina interna hacia la unidad de fisioterapia (encuesta 2016 con 63% de satisfacción)
6. Personal de apoyo administrativo de 10 horas semanales (2 horas diarias)
7. Limitado recurso humano para brindar cobertura a la demanda de medicina interna (3 recursos para toda la demanda del hospital).
8. Deterioro y falta de mantenimiento de equipo de área de hidroterapia.
9. Incumplimiento en el protocolo de atención en el manejo del paciente que asiste a hidroterapia.
10. Carencia de equipo de electroterapia.
11. Equipo obsoleto y falta de mantenimiento.

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

Los parámetros utilizados para seleccionar la oportunidad de mejora fueron los componentes de la matriz de HANLON: magnitud del problema (cuantos son los afectados), severidad (daño producido en los usuarios), eficacia de la solución (difícil o fácil), y la factibilidad de abordar el problema por el equipo de mejora (si /no); otro de los criterios, fue el dato de la demanda insatisfecha relacionado a la Unidad asistencial que presentaba la mayor oportunidad de mejora relacionada con el incremento de solicitudes para la atención de fisioterapia (departamento de medicina Interna 34.71%).

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

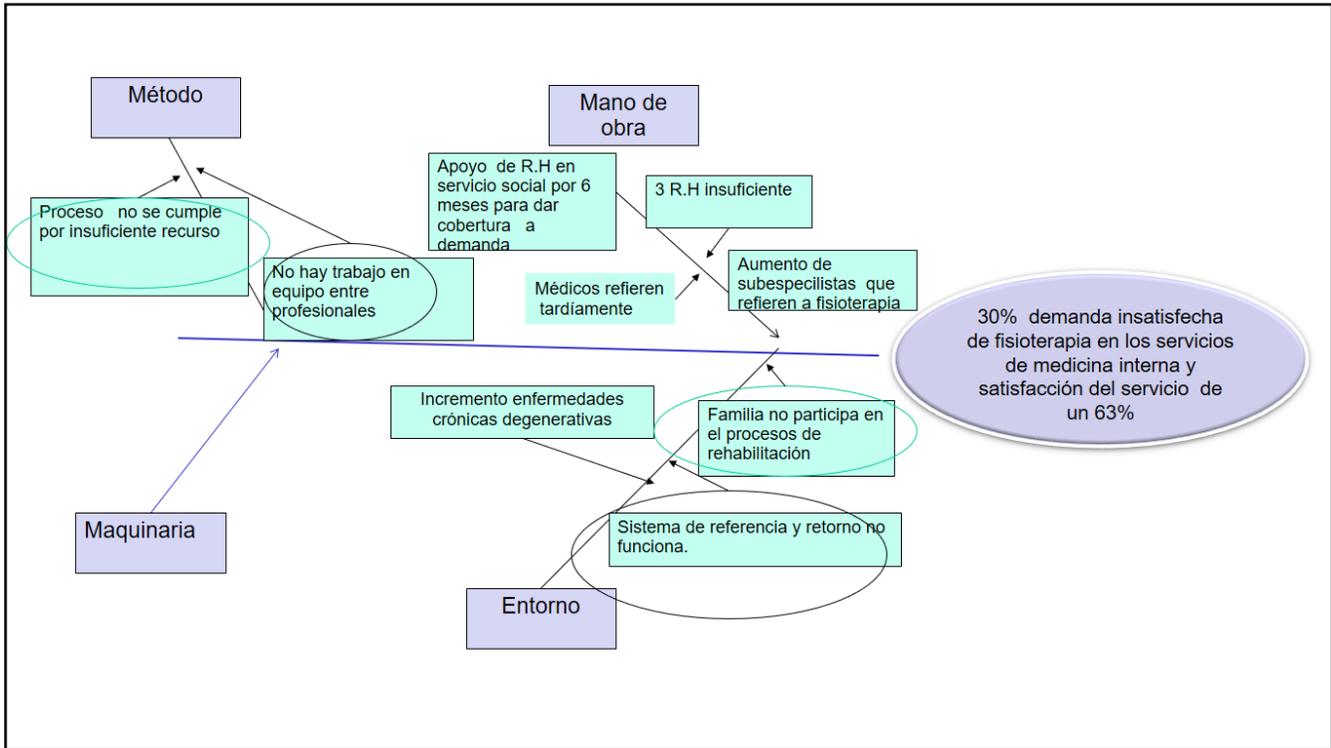
La herramienta de calidad empleada para la priorización fue la matriz de HANLON la que le permitió al equipo priorizar y, seleccionar el problema asignando un valor en base a los parámetros definidos previamente; el resultado fue la asignación de 30 puntos al problema del **Incremento en la demanda insatisfecha de pacientes de medicina interna en un 30%**, debido a que los usuarios no son atendidos con oportunidad y continuidad tal como se muestra en la Tabla N°2.

Tabla N° 2. Matriz de priorización de problemas.

Problemas	Magnitud	Severidad	Eficacia (0.5-1.5)	Factibilidad (0-1)	(A+B)C*D
Alta demanda de referencias de pacientes hospitalizados	10	10	0.5	1	10
Estancia hospitalaria prolongada de paciente que amerita rehabilitación	10	10	1	1	21
Inoportunidad en el envío de referencia para tratamiento de rehabilitación por parte del cliente interno.	8	8	1.5	1	24
Quejas en la calidad de atención por parte del usuario y el personal hospitalario en el área de medicina	8	8	16	1	16
Personal administrativo únicamente por dos horas.	4	4	4	0	0
Limitado R,H para atender la demanda	10	10	0.5	0	0
Deterioro y falta de mantenimiento de equipo	8	8	0.5	0	0
Incumplimiento en el protocolo de atención en el manejo del paciente que asiste a hidroterapia.	7	8	1	1	15
Carencia de equipo de electroterapia	8	8	0.5	0	0
Equipo obsoleto y falta de mantenimiento	8	8	0.5	0	0
Incremento en la demanda de pacientes insatisfecha de medicina interna 30%	10	10	1.5	1	30

Seguidamente se realizó un análisis mediante el diagrama de causa y efecto de ISHIKAWA combinado con lluvia de ideas para determinar las causas del problema, dando como resultado el enunciado del problema:” **La Unidad de fisioterapia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana únicamente logra atender con atributos de oportunidad y continuidad al 70% de pacientes de los servicios de medicina interna con una brecha del 10% ,teniendo como meta el 80% de pacientes ante la capacidad instalada de los recursos (3).** Y, un grado de satisfacción del servicio percibido por los usuarios de un 63% siendo la brecha de un 27% (meta de del proyecto 90%)”.

Ilustración 1. Diagrama de Causa efecto de Ishikawa, Unidad de Fisioterapia 2017.



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

La metodología para proyectar el impacto fue establecida analizando los actores involucrados en el problema priorizado: las solicitudes recibidas por departamento de medicina, el grado de satisfacción de los usuarios (63%), la participación de la familia en la terapia y los costos institucionales por tiempos prolongados de estancias hospitalarias en medicina Interna y el limitado recurso de Fisioterapia.

A continuación, se muestra un cuadro que ilustra las proyecciones de los impactos.

Tabla N°3. Proyección de impactos.

Agentes	Proyección de impactos
Pacientes de los 4 servicios de medicina interna a quienes se solicita atención de rehabilitación física	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el correcto cumplimiento del proceso de atención en forma oportuna, continua según criterio médico
Familia	<ul style="list-style-type: none"> Transferir los conocimientos y habilidades funcionales básicas de rehabilitación a la familia del usuario según su condición clínica, desarrollando la corresponsabilidad y participación efectiva en el cuidado de la salud Reducir el gasto de bolsillo de los usuarios al reducir el n° de citas al hospital para efectuar la terapia por parte del profesional.
Profesionales del Departamento de medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un trabajo colaborativo multidisciplinario con el personal de los servicios de Medicina Interna para mejorar y ampliar la cobertura del programa PLAN HOGAR.

<p>Unidad de Fisioterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención al 80% de solicitudes del departamento de medicina Interna • Mejorar el grado de satisfacción <u>del servicio de fisioterapia a un 90%</u>
<p>Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a mantener los indicadores de promedio de estancia hospitalaria del departamento de medicina Interna (7 días) lo que repercute positivamente en los costos.
<p>RIIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con la red de fisioterapia de la RIIS: del SIBASI DE SANTA ANA 6 UCSF y Hospitales (4) y UCSF de Atiquizaya, Total 11.

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

La mejor practica se enmarca en los estándares de Calidad denominados de satisfacción del sistema de gestión de la calidad-MINSAL; Es por ello que el equipo retoma el estándar 29 relacionado a la satisfacción del ciudadano con los servicios de la RIIS, tomando como referencia que para el año 2016, se tuvo una calificación del 63% de satisfacción (Encuesta UOC 2016).

2.1.6. ¿La oportunidad de mejora como se relaciona con la Autoevaluación según la CIBCGP?

En relación a la Carta Iberoamericana de la Calidad en la gestión Pública autoevaluación 2017, la mejor practica surge como una opción para mejorar la pregunta N°12: **Continuidad en la prestación de servicios**, que tuvo una ponderación de 6, a esa fecha (doc. de autoevaluación de la CIBCGP, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana). Esta pregunta, está relacionada a **¿Cómo la organización asegura la prestación de sus servicios de manera regular e ininterrumpida y ¿Mediante qué mecanismos prevé las medidas necesarias para evitar o minimizar los perjuicios que pudieran ocasionarle al ciudadano las posibles suspensiones del servicio?**. Por tanto, se considera que PLAN HOGAR constituye una buena práctica para garantizar el cumplimiento de los principios inspiradores al aportar un servicio oportuno, continuo con valores agregados de Calidad que beneficie al usuario y a la familia. Según doc. de evaluación de la CIBGP de la gestión 2018, la pregunta 12, se incrementó a 7.5, por lo que la mejor practica contribuye a mejorar el proceso continuidad del servicio.

2.2. Recolección y análisis de la información.

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

Para la recolección de la información el equipo se vio en la necesidad de diseñar matrices para recolectar los datos para medir la demanda insatisfecha, **siendo la unidad de análisis las solicitudes atendidas provenientes de las áreas de hospitalización** y los tabuladores de producción relacionados al número de atenciones, **lo que le permito clasificar y conocer las demandas** de los servicios de internación y focalizar el departamento de medicina interna.

Así mismo, se desarrollaron reuniones dirigidas a evaluar las capacidades de los procesos de atención al usuario, observando que se incumplían por limitante de recurso humano (3 R.H).

Todo lo anterior dio origen al diseño de un programa al cual se le denominó PLAN HOGAR el cual compilo una serie de herramientas, determinación de criterios de inclusión y exclusión, de pacientes e indicadores para medir el programa.

Se han sostenido reuniones de análisis de la información en el desarrollo del mismo lo que ha permitido mejorar la modalidad de atención, lo anterior en conjunto con la UOC y la jefatura de la división medica en los encuentros relacionados a los ciclos PHVA.

Se ha Socializado al personal médico del área de medicina interna y de enfermería la estrategia de atención PLAN HOGAR y, se ha realizado seguimiento por parte de la unidad de fisioterapia al plan hogar en dicha área.

Finalmente se ha compartido la mejor practica a la RIIS de fisioterapia (Trabajo en red con personal de fisioterapia en RIIS, 11 prestadores de servicio de la RIIS) haciendo uso del sistema de referencia y retorno para derivar al primer nivel que cuente con oferta de fisioterapia.

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

A continuación, se presenta una tabla que presenta las herramientas que fueron diseñadas y utilizadas para la implementación de la mejor práctica, presentadas según etapas del proyecto.

Tabla N°4. De Herramientas para recolección y análisis.

Etapas	Herramientas utilizadas
<p>Planificación de la mejor practica: Etapas de la identificación de problemas, formulación de problemas y análisis de intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lluvia de ideas, ▪ matriz de Hanlon, ▪ asesorías con la alta gerencia (jefe de servicios de apoyo y jefe de unidad de calidad), ▪ evaluación de PAO de la Unidad de fisioterapia, ▪ del PHVA de la mejor práctica, ▪ matriz de riesgos y evaluación de procesos de la unidad. ▪ Encuesta de satisfacción del año 2016.
<p>Recolección de la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas de Excel. ▪ organización de la información mediante el diseño de registros de pacientes. ▪ archivos de clasificación de solicitudes por centro final.
<p>Elaboración de programa de plan hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de criterios de inclusión a plan hogar ▪ Rediseño de proceso de atención (Anexo 1) ▪ Elaboración de tarjeta de control de plan hogar para el área de medicina interna: ▪ Archivo en libros de tarjetas plan hogar. ▪ Archivo en libro de tarjeta de seguimiento plan hogar (Anexo 2). ▪ Elaboración de rota folio de charlas para pacientes y familiares. ▪ Elaboración de hoja de ejercicios de entrenamiento de plan hogar. (Anexo 2). ▪ Elaboración de tablas e instrumento de vaciado de datos de la unidad. ▪ Utilización de hojas de referencia e interconsulta del MINSAL.
<p>Herramientas durante la implementación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carta didáctica para Charlas expositivas. ▪ Taller de Socialización del programa con la RIIS, contenido: ▪ Oferta y demanda HNSJDSA. -Oferta y demanda del personal de RIIS. ▪ Capacitaciones de temática en rehabilitación a personal de RIIS. ▪ Creación de correo electrónico de la unidad de fisioterapia a nivel occidental. ▪ Mapas de atención en rehabilitación de RIIS.

<p>Etapas de análisis de la información:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabulación de datos de informe mensual de producción. ▪ Evaluación de PAO 2017 (problema: Inadecuada atención y demanda insatisfecha en la atención del paciente hospitalizado.) ▪ Tabulación de datos de pacientes de retorno a control de seguimiento plan hogar.
<p>Evaluación de resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de satisfacción ▪ Monitoreo en Excel. ▪ Gráficos en power point ▪ Presentación de informe a UOC y jefe de división médica
<p>Resultados de Ciclos de evaluación de MCC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de videos en relación al abordaje de 4 patologías: úlceras de presión, patología osteoarticular y alteraciones neurológicas y síndromes pulmonares. ▪ Hojas de información sobre ejercicios de relacionadas a patologías seleccionadas

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

Las fuentes utilizadas para diseñar, obtener y evaluar la información fueron las siguientes:

- Las solicitudes de atención de pacientes de primera vez a la unidad de fisioterapia.
- Lista de asistencia de pacientes del área de medicina interna.
- Lista de pacientes subsecuentes.
- Lista de pacientes no atendidos.
- Pacientes referidos a RIIS.
- N° de tarjetas de plan hogar (un registro donde cada fisioterapeuta evidencia los planes hogar brindados).
- N° de pacientes que regresan a su control de seguimiento (un registro donde se evidencia los pacientes que regresan para su evaluación.)
- Monitoreo y asesorías con la Unidad Organizativa de Calidad.
- Evaluación periódica de los indicadores del proyecto (3 veces al año), efectuada por la jefa de Unidad Organizativa de la Calidad.

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

La brecha fue determinada tomando como base dos insumos:

1.El número de solicitudes atendidas con oportunidad y continuidad del año 2017 de la unidad de fisioterapia proveniente del departamento de medicina Interna , que reflejaba que la unidad atendía 70 % mensual, es decir 31 de 44 de pacientes, con una demanda insatisfecha de 13-14 pacientes (promedio mensual), lo que correspondía a una brecha de 30 % ,sin embargo ante la capacidad instalada se estableció que **la meta proyecto sería atender el 80%** de las solicitudes, es decir, la brecha del proyecto se definió incrementar la atención de un 70% a un 80%,**lo que desafía a reducir la brecha de 10%.**

Cabe hacer mención que para el año 2018 en el que se dio inicio a la mejor practica se incrementaron a un más las solicitudes de atención de fisioterapia debido al alza de enfermedades crónicas no transmisibles lo que trae como consecuencia que el promedio de pacientes de 44(2017) ascienda a 52 (en promedio mensual), por lo que la brecha se mantuvo según capacidad instalada expresada en porcentajes; es importante mencionar que el indicador de rendimiento por recurso humano de fisioterapia es de 2 pacientes por hora y que los 3 recursos humanos es la oferta con la que dispone la unidad de fisioterapia para dar atención a todo el hospital y .

2. El porcentaje de satisfacción del usuario de fisioterapia que, en el año 2016, fue de 63% y que proyectando con Plan Hogar se estableció alcanzar la meta a un 90% de satisfacción con una brecha de 27%.

3. Gestión de la mejor práctica

3.1. Planificación de la mejor práctica

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

La estrategia Plan Hogar es armónica con la misión del hospital ya que expresa que nuestros servicios se brindan con un equipo humano calificado y comprometido con sus principios y valores, que gestiona y optimiza los recursos para satisfacer las necesidades y expectativas de la población y de igual manera da cumplimiento al objetivo General del plan anual de gestión 2017 del Hospital, el cual enuncia que el Hospital deberá ***Conducir los procesos para la atención de salud integral a la persona y su entorno hospitalario, de acuerdo a la capacidad instalada y resolutiva, así como al nivel de complejidad institucional.***

De igual manera, la misión del hospital destaca que los servicios serán brindados por personal capacitado y comprometidos con los usuarios, y que nuestras acciones deben de estar basadas en principios de calidad, equidad, ética y humanismo, por lo que se consideró que la mejor practica es acorde con la filosofía institucional, ya que contribuye a mejorar la calidad de atención del usuario del área de medicina interna en forma oportuna; como valor agregado se ha mejorado el ambiente laboral del personal de la unidad de fisioterapia mediante la organización y capacitación sobre el nuevo proceso de atención en pacientes hospitalizados.

3.1.2. ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de mejora para el desarrollo de la mejor práctica?

La mejor practica en el proceso de Planificación, tomo en cuenta la necesidad de involucrar a personal que cumpliera los siguientes atributos:

- a) Compromiso
- b) Experiencia
- c) Conocimientos en gestión por proceso, ciclo PHVA.
- d) Docente de Universidad en el ramo.
- e) Capacidad de trabajo en equipo
- f) Comunicación
- g) Sinergia
- h) Disposición al aprendizaje

Además, durante la ejecución, tomo en consideración a la jefatura medica del depto. Medicina Interna para aportar y potencializar la Mejor Practica ante la capacidad de conducción, toma de decisiones y la capacidad de influir positivamente en todos los profesionales.

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

Objetivo General:

- Contribuir a preservar la salud y mejorar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de medicina interna mediante la implementación de un modelo de atención de rehabilitación física hospitalaria “Plan Hogar”, que incorpore a la familia en el proceso en forma temprana para prevenir y reducir las secuelas incapacitantes, durante el periodo de enero 2018- marzo 2019.

Objetivos Específicos:

- Incrementar la atención oportuna y continua de fisioterapia en el departamento de medicina interna de un 70% a un 80% mensual.
- Diseñar y estandarizar herramientas técnicas que faciliten la ejecución del PLAN HOGAR.
- Transferir los conocimientos y habilidades funcionales básicas de rehabilitación a la familia del usuario según su condición clínica, desarrollando la corresponsabilidad y participación efectiva en el cuidado de la salud.
- Incrementar el grado de satisfacción en los usuarios de un 63% a un 90%.
- Desarrollar un trabajo colaborativo multidisciplinario con el personal de los servicios de Medicina Interna para mejorar y ampliar la cobertura del programa PLAN HOGAR

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

El proyecto se planificó en enero de 2017, con metodología participativa del equipo y tomando en consideración los informes de la UOC en relación a los resultados de la encuesta de satisfacción, la capacidad del proceso de atención (manual de procesos de la Unidad), el número de solicitudes atendidas con oportunidad y continuidad, el registro de demanda insatisfecha y los rendimientos estandarizados para los profesionales en los servicios de hospitalización; posteriormente, se presentó a la Unidad de Calidad, y jefe de división de Servicios de Apoyo para su aprobación; los responsables de las actividades se asignaron en base a sus capacidades, competencias para desarrollar el proyecto.

Seguidamente se elaboró una programación para la implantación del mismo que incluía el desarrollo de las actividades, cumplimiento y responsables de ello. A continuación, se muestra el plan de trabajo diseñado el cual fue sujeto a mejoras durante el desarrollo de la mejor práctica.

Tabla N°5. Planificación de la mejor práctica

Nombre de la Unidad organizativa: Unidad de Fisioterapia.					
Dependencia: División de servicios de apoyo.					
Proceso a mejorar: Atención del paciente hospitalizado.					
Problema identificado: Demanda insatisfecha en la atención del paciente hospitalizado en el área de medicina interna 30% y satisfacción del servicio de fisioterapia en un 63%.					
Meta proyecto 2018 a marzo 2019: del 70% incrementar a 80% de atención de usuarios del área de Medicina Interna y satisfacción del servicio a un 90%.					
Objetivos:					
a) Incrementar la atención de usuarios de 70-80% mediante un programa que incorpore la participación de la familia en la rehabilitación física.					
b) Mejorar la satisfacción del usuario que requiera los servicios de fisioterapia del departamento de medicina 63- 90% mediante un abordaje multidisciplinario.					
c) Diseñar el programa de Plan Hogar y estandarizar herramientas.					
d) Mejorar el trabajo en equipo con los profesionales de medicina interna.					
Cuadro de mando del proyecto Plan Hogar					
Variables	Línea de base al 2017	Brecha	Indicador	Fuente	Meta por capacidad instalada a Marzo 2019
Incrementar la atención del usuario de	70%	10%	% pacientes atendidos por la unidad de	N° de solicitudes	80%

fisioterapia			fisioterapia	atendidas	
Usuarios y familia satisfechos con el servicio	63%	27%	% de usuarios satisfechos	Resultados de la encuesta	90%
Diseñar y estandarizar herramientas técnicas que faciliten la ejecución del PLAN HOGAR	No se cuenta con un programa	Contar con un programa	Programa Institucionalizado: protocolo y proceso de atención definido.	Doc. Programa diseñado	Programa Institucionalizado
Usuarios con indicación de plan hogar.	Cero	10%	% de usuarios con indicación de plan hogar mensual	Registro de plan hogar mensual.	10% del total de usuarios.

El cuadro de indicadores se complementa con las actividades que a continuación se detallan, adjuntando responsables y tiempos.

Tabla N° 6. Actividades claves, responsable e indicadores complementarios.

Actividad	Responsable	Indicadores	Periodo de ejecución
Documentar los usuarios atendidos, no atendidos, plan hogar.	Equipo de mejora en el área de medicina interna	Número de usuarios atendidos, no atendidos y plan hogar.	A partir de Enero 2018, mensual
Registro de asistencia de fisioterapia (diario).	Licda. Andrea Santos	Número de usuarios atendidos/d	A partir de Enero 2018, mensual
Documentar y clasificar las solicitudes recibidas del área de Medicina Interna.	Licda. Laura Ochoa	Número de solicitudes de atención recibidas.	A partir de Enero 2018, mensual
Recolección de tarjetas de PLAN HOGAR mediante cuadernos, por parte de cada integrante del equipo.	Licda. Mirna Escobar	Número de tarjetas PLAN HOGAR.	A partir de Enero 2018, mensual
Revisión mensual para evaluar datos obtenidos.	Equipo de mejora	Numero de reuniones para revisión mensual	A partir de 2018, mensual
Documento revisado y actualizado del proceso de atención	Jefe de Fisioterapia Coordinadora del área.	Revisión y actualización del proceso de atención.	Junio 2018.

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

Como ya fue mencionado, la mejor práctica no requirió la asignación de un refuerzo presupuestario adicional. A continuación, se presenta una tabla que resumen los costos de PLAN HOGAR/año, desagregado por rubros principales: R.H, papelería, equipo informático y multimedia, reuniones ejecutadas para capacitación de recursos y videos, lo que da como resultados un costo de **\$1,762.59 anual**.

Tabla N°7. Presupuesto de la mejor práctica.

Requerimientos del programa	Cantidad	Precio unitario \$	Total en dólares\$
▪ Horas profesional de fisioterapia	10 horas mensual	\$5.86 hora recursos humano de fisioterapia (\$58.60)	\$703.20/año
▪ Papelería	4(año)	4.5	\$18.00
▪ Diseño de tarjetas	83	0.01	\$0.83
▪ Ordenador de escritorio	1 equipo	400	\$400
▪ Multimedia	1 equipo	300	\$300
▪ Impresiones	60 mensual	0.02	\$14.40 año
▪ Filmación de videos	4	50	\$200
▪ Rota folio	2	25	\$50
▪ Reuniones con RIIS de fisioterapia de la Región occidental	4	19.04	\$76.16
Total			\$1,762.59

3.2 Implantación de la mejor práctica.

3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor práctica?

La mejor práctica se desarrolló en 4 fases en las que se ejecutaron 13 actividades. A continuación, se presenta una tabla que describe las fases, actividades y recursos humano responsable, denotando las herramientas empleadas. Se hace la aclaración que, dentro del marco de flexibilidad del proceso de planificación, surgieron modificaciones las cuales fueron detalladas en la Tabla N°6.

Tabla N°8. Actividades desarrolladas para implementar la mejor práctica.

Actividades	Responsable	Herramientas	Fecha programada
Fase de Planificación			
Diseño del proyecto	Lcda. Laura Ochoa jefe de la Unidad de fisioterapia.	Lluvia de ideas Espina de pescado Hanlom Análisis del proceso Encuestas de satisfacción 2016.	Enero 2017
Diseño de herramientas de plan hogar y mejoras según medición de ciclo PHVA	Licda.Mirna Escobar Y Licda. Laura Ochoa.	Tarjetas Libros de registro propio de plan hogar Hojas de información al usuario Videos Correo electrónico Reingeniería del proceso.	Junio 2017- diciembre 2017.
Aprobación del proyecto por la Alta Dirección	Dra. María Eugenia Hurtado de Figueroa Jefe de división de servicios de apoyo.	Formulación y presentación expositiva del proyecto expuesta en PAO de Unidad.	Enero 2017
Oficialización del equipo de mejora	Dra. María Eugenia Hurtado	Memorándum de oficialización	9 marzo 2018.

	de Figueroa Jefe de división de servicios de apoyo.		
Presentación del proyecto a jefaturas y alta Dirección en el espacio de Sala Situacional.	Dra. Sandra de Marroquín, jefe de UOC, Lcda. Laura Ochoa.	Espacio gerencial de Sala Situacional	4 de abril 2018.
Etapa de Organización del proyecto			
Fortalecimiento de la herramientas	Lcda. Laura Ochoa.	Asesoría y retroalimentación y monitoreo de PHVA, PAO y procesos.	2018 evaluaciones trimestrales.
Capacitación al equipo	Licda. Mirna Escobar Y Licda. Laura Ochoa.	Presentación del proyecto y entrenamiento para el uso de herramientas	Enero 2018 y enero 2019 (personal de nuevo ingreso en servicio social).
Coordinación con el Departamento de medicina Interna	Dr. Ricardo Peñate jefe de Departamento de Medicina Interna y Licda. Laura Ochoa.	Carta de solicitud de apoyo para socialización a los médicos de medicina interna.	Octubre 2018
Coordinación y capacitación con la RED de fisioterapia de la RIIS de occidente.	Jefe de división de servicios de apoyo, jefe de calidad y jefe de fisioterapia	Convocatoria a los SIBASI para socialización de PLAN HOGAR	Año 2017 y Enero 2018
Etapa de Ejecución			
Implementación del proyecto : incorporación a paciente al programa	Equipo de Mejora (Todos)	Aplicación de criterios de inclusión y evaluación técnica de fisioterapia (registro de HX CLINICA)	Enero 2018 a la fecha.
Diseño de nuevas herramientas que fortalezcan la transmisión de conocimientos a los pacientes y a la familia.	Equipo de mejora	Diseño de hojas de información Tarjetas Mejoramiento del modelo	Año 2018- primer trimestre 2019.
Etapa de Control y evaluación			
Evaluación del proyecto	Dra. María Eugenia Hurtado de Figueroa Jefe de división de servicios de apoyo y jefe de UOC.	Presentación: informe elaborado	Evaluaciones trimestrales 2018 y 2019

Presentación del proyecto a comisión de calidad institucional para su evaluación y mejora.	Dra. Sandra de Marroquín (jefe de UOC) y equipo de mejora	Ponencia a la comisión de calidad	Febrero 2019.
Incorporación de mejoras según ciclo de MCC, CICLOS PHVA cortos.	Lcda. Laura Ochoa y equipo de mejora.	Plan de mejora	Evaluaciones trimestrales 2018 y 2019.
Aplicación de encuesta de satisfacción segunda medición	Unidad de Calidad en coordinación con Comunicaciones.	Encuesta	Marzo 2019
Evaluación cada 6 meses por equipo de mejora en marcha y corrección de situaciones encontradas.	Equipo de mejora	Informe y presentación.	Junio y diciembre 2018 y Marzo 2019

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

La mejor practica identificó la participación de otros actores analizando el rol de ellos en el nuevo modelo de atención, Plan Hogar y, tomado en cuenta, además, los indicadores y fuentes de información. Seguidamente se presenta una tabla que resume la participación y apoyos requeridos.

Tabla N° 9. Participación de actores, solicitud de apoyo y mecanismo.

Participación de otros actores	Solicitud de apoyo	Mecanismo
Alta Gerencia	Apoyo del proyecto, respuesta a la gestión de necesidades, autorización de tiempos.	Reunión y presentación del proyecto.
Unidad Organizativa de Calidad	Acompañamiento, asesoría y monitoreo.	Reuniones a libre demanda de asesoría y talleres de capacitación.
Departamento de medicina Interna	Trabajo colaborativo entre profesionales	Reunión para socialización del programa
Administración	Impresiones de material	Solicitud
Oficina de comunicaciones	Realización de videos y banner.	Solicitud, trabajo en equipo, socialización del programa.
RIIS	Continuidad de atención	Sistema de referencia y retorno.

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

Las limitantes que se presentaron iban dirigidos al recurso humano, recurso tiempo, actitud (resistencia al cambio), conocimientos por parte de los ejecutores de Plan Hogar, la participación de la familia, el personal de enfermería y el personal médico del Dpto. de medicina Interna.

A continuación, se presenta una tabla resumen de las limitantes identificadas y las acciones para superarlas.

Tabla N° 10. Limitantes identificadas y acciones para superarlos.

Limitantes	Tipo	Mecanismo de superación
Unidad de Fisioterapia	Desconocimiento del personal en el registro de datos. Poca disponibilidad de tiempo para realizar el nuevo diseño de modelo de atención Actitud por parte del personal para la ejecución del plan de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación de la documentación para el correcto registro de datos. ▪ Asignación de tiempo administrativo 2 horas semanales. ▪ Socialización sobre la importancia del manejo adecuado del plan de mejora.
Familiar	Poca colaboración por parte del familiar o cuidador, en el aprendizaje del Plan de Mejora destinado en el usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concientización de la importancia sobre el buen manejo del Plan Hogar. ▪ Apoyo mediante hoja de información y orientación de la terapia física (ver anexo 2). ▪ Videos.
Personal de enfermería	Desconocimiento del Plan de Mejora.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialización del proyecto sobre el manejo del proceso de atención.
Cliente interno de medicina Interna.	Envío tardío de referencias hacia la unidad de pacientes de Medicina Interna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión con Jefatura de Medicina Interna.
RIIS de Fisioterapia	Comunicación efectiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones en número de 4(libro de actas de la Unidad de fisioterapia).

3.3 Control y seguimiento

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

El sistema de control se ejecutó a través de reuniones para verificar el grado de cumplimiento de las actividades propuestas (libro de actas y convocatorias de la división de servicios de apoyo 2018-2019), ya que, la mejor practica se encuentra planificada en el POA de la unidad de fisioterapia 2017-2019; lo anterior requiere de presentación de avances a la UOC y jefe de división de servicios de apoyo, en reuniones de evaluación conjunta con otras iniciativas de mejora. Seguidamente, se describen las principales actividades y se ilustra matrices (EXCEL, tabla N° 11), diseñadas por el equipo para evidenciar el seguimiento y control.

Principales actividades de control y seguimiento:

- Reuniones con fisioterapeutas de la RIIS de occidente sobre el nuevo proceso de atención con presencia de la UOC y la jefatura de división de servicios de apoyo.
- Compilación en modalidad física y digital por parte de cada integrante del equipo de mejora.

- Validación del nuevo modelo de proyecto de mejora, por parte de la jefatura de la Unidad
- Revisiones del proyecto de mejora para actualizar documentación.
- Presentación de avances tres veces al año a la UOC y a la jefa de división de servicios de apoyo.
- Presentación a las jefaturas en sala situacional.
- Análisis de resultados mensual haciendo uso del sistema informático de fisioterapia.
- Supervisiones de la UOC en los servicios a la unidad
- Encuesta de satisfacción del usuario con indicación de plan hogar. (año 2019, febrero y marzo)

A continuación, se muestran los registros en Excel que evidencia como el equipo de mejora registra el control mensual de las solicitudes, incorporación de plan Hogar, demanda insatisfecha y su relación con la reducción de brecha.

Tabla N° 11. Registro de Monitoreo de atenciones.

Año 2018								META proyecto	80.00%
Meses	Solicitudes	Plan Hogar	Plan Hogar Integrado a RIIS	Total Plan Hogar	%	Demanda Insatisfecha	Demanda Insatisfecha %	Global de Atenciones	Resultado Brecha
Enero	85	2		2	2.35%	16	18.82%	81.18%	1.18%
Febrero	33	1		1	3.03%	6	18.18%	81.82%	1.82%
Marzo	48	3		3	6.25%	9	18.75%	81.25%	1.25%
Abril	35	2	3	5	14.28%	6	17.14%	82.86%	2.86%
Mayo	57	3	7	10	17.54%	11	19.30%	80.70%	0.70%
Junio	87	2	7	9	10.34%	3	3.45%	96.55%	16.55%
Julio	46	6	5	11	23.91%	7	15.22%	84.78%	4.78%
Agosto	34	3	4	7	20.58%	7	20.59%	79.41%	-0.59%
Septiembre	112	4	6	10	8.92%	15	13.39%	86.61%	6.61%
Octubre	39	5	7	12	30.76%	7	17.95%	82.05%	2.05%
Noviembre	69	3	6	9	13.04%	9	13.04%	86.96%	6.96%
Diciembre	11	2	2	4	36.36%	0	0.00%	100.00%	20.00%
Total	656	36	47	83	15.61%	96	15%	85.35%	

Enero a marzo 2019.

Año 2019									Meta 80%
Meses	Solicitudes	Plan Hogar	Plan Hogar integrado a RIIS	Total, Plan Hogar	%	Demanda Insatisfecha	%	Global de Atenciones	Resultado Brecha
Enero	67	8	2	10	15%	11	16.00%	84%	4%
Febrero	47	8	5	13	28%	3	6.38%	94%	14.00%
Marzo	53	6	5	11	21.00%	11	21%	79%	-1%
Total	167	22	12	34		25			

Fuente: Registros de Unidad de Fisioterapia HNSJDSA 2018-2019(enero a marzo).

Como se puede observar, las tablas describen las variables principales: solicitudes, número de pacientes que cumplen criterios para la modalidad de PLAN HOGAR y las producciones globales de atención alcanzadas(indicación de terapia convencional y plan hogar), tomando como punto de partida la meta del proyecto como es el atender el 80% de las solicitudes en **forma oportuna y continua**; asignando en escala de colores el mes en que se cumple la meta (80%) en verde, y en rosa cuando el indicador meta no puede lograrse (-0.59% 2018 y -1% en el 2019 (mes de marzo).

3.3.2. ¿Ante la desviación presentada en la práctica como se aseguró el equipo de la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

Tomando en cuenta los actores involucrados en el nuevo proceso de atención, se enuncian las desviaciones presentadas y la adopción de medidas para reducir el riesgo que se presenten nuevamente.

Tabla N°. 12. Adopción de medidas ante desviaciones encontradas.

Elemento	Hallazgos	Adopción de medidas
Unidad de Fisioterapia	Desconocimiento del personal nuevo en servicio social para el registro de datos.	Retroalimentación sobre la documentación para el correcto registro de datos.
	Actitud por parte del personal para la ejecución del plan de mejora.	Concientización sobre la importancia del manejo adecuado del programa.
	Desorganización de la información	Diseños de matrices en Excel Elaboración de registros para plan hogar Clasificación de la información: solicitudes y referencias.
Familiar	Poca colaboración por parte del familiar o cuidador, en el aprendizaje del Plan de Mejora destinado en el usuario.	Orientación con rotafolio, hojas de orientación del cómo realizar la terapia y videos(ver CD).
Personal de enfermería	Desconocimiento del Plan de Mejora.	Reforzar conocimientos sobre el manejo del proceso de atención.
Cliente interno de medicina interna	Envió tardío de referencias hacia la unidad de pacientes de Medicina Interna.	Retroalimentación de la estrategia a los profesionales

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

La mejor practica se presentó en sala situacional para dar a conocer a la alta gerencia avances, limitantes y necesidades de apoyo. En este espacio se generan compromisos para apoyar el desarrollo del proyecto.

Así mismo la Unidad de fisioterapia con el apoyo de la UOC compromete a otras unidades de la institución para apoyar la promoción de la mejor práctica, tal es el caso del departamento de medicina interna, el departamento de enfermería y la unidad de comunicaciones del hospital.

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

Los mecanismos para dar seguimiento y evaluar la implantación de la mejor práctica se enuncian a continuación:

1. Evaluaciones mensuales por parte del jefe de Fisioterapia en relación a las solicitudes recibidas y atendidas.
2. Evaluaciones bimensuales a la jefatura de división de servicios de apoyo del cuadro de indicadores del proyecto (ver tabla de indicadores)
3. Evaluación ante la comisión de calidad de todo el contenido del proyecto y las herramientas
4. Evaluación en conjunto con la Unidad de Calidad en forma trimestral del cuadro de indicadores.

A continuación, se muestra un cuadro que ilustra las reducciones de la brecha en los indicadores claves, definidos para el nuevo modelo PLAN Hogar.

Tabla N° 13. Cuadro de Mando de principales indicadores del Plan Hogar.

Cuadro de mando de resultados del proyecto Plan Hogar					
VARIABLES	LÍNEA DE BASE AL 2017	BRECHA	INDICADOR	META POR CAPACIDAD INSTALADA A MARZO 2019	RESULTADOS A MARZO 2019.
Usuarios y familia satisfechos con el servicio	63%	27%	% de usuarios satisfechos	90%.	100% según encuesta de satisfacción del mes de marzo 2019. Ver testimonio de paciente en video (se adjunta en CD)
Incrementar la atención del usuario de fisioterapia	70%	10%	% pacientes atendidos por la unidad de fisioterapia	80%	85.35% (promedio enero a Marzo 2019)

Diseñar y estandarizar herramientas técnicas que faciliten la ejecución del PLAN HOGAR	No se cuenta con un programa	Contar con un programa	Programa Institucionalizado: protocolo y proceso de atención definido.	Programa Institucionalizado	Programa oficializado.
Pacientes que cumplen criterios para plan hogar se	Cero	10%	% de usuarios con indicación de plan hogar mensual	10% del total de usuarios.	20.35% promedio de Enero a marzo 2019.

4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración al equipo de mejora.

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

La selección del equipo, fue en base a funciones a desarrollar durante todo el proyecto, las cuales desde el inicio fueron divididas equitativamente por el jefe de la unidad de fisioterapia.

Los miembros del equipo fueron oficializados mediante memorándum remitido por parte de la dirección en fecha **04 de abril 2018** y el día **25 de marzo de 2019** se autorizó como proyecto a participar en el reconocimiento interno de las mejores prácticas del año 2019.

Cada uno de los miembros del equipo tienen distintas asignaciones dentro del proyecto en función de sus habilidades, conocimientos y características intrategicas (responsabilidad, experiencia en el área por parte de cada integrante y, formación en proceso y ciclo MCC). Quedando conformado por las fisioterapeutas de la unidad (3 R.H).

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

La dirección delega a la UOC para mantener programas de educación continua a todos los miembros del equipo en las siguientes temáticas:

- Gestión por procesos
- Competencias directivas
- Taller de ciclo PHVA
- Identificación de problemas
- Construcción de indicadores
- Herramientas de calidad
- Metodología AMFE
- Participación en evaluación de Carta Iberoamericana de gestión pública.
- Evaluaciones de PAO bimensual
- Evaluaciones de procesos de la Unidad
- Evaluaciones de matriz de valoración de riesgos.
- Además, se realizan evaluaciones de ciclos PHVA con otras unidades para la cohesión motivación y empoderamiento de la mejor práctica.
- El equipo de mejora desarrolla programas de educación continua cada semana de temas especializados que fortalecen las competencias especializadas.
- Es importante destacar que la motivación y experiencia de los 4 equipos de mejora que han postulado a la mejor practica (2015-2018 MINSAL) constituyen un modelo a seguir por el equipo de mejora ya que se cuenta con el apoyo y experiencia de los coordinadores para mejorar el desempeño de la mejor práctica.

4. 2 Desarrollo del equipo de mejora.

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

La jefatura de la unidad asignó funciones según capacidades y habilidades y características propias del equipo. Seguidamente se presenta un cuadro que ilustra la selección de cada miembro del equipo para las funciones dentro del proyecto.

Tabla N° 14. Asignación de funciones según competencias.

Miembro del equipo	Características	Función en el marco del proyecto
Coordinador de la mejor practica	Liderazgo Toma de decisiones Formación en procesos Ciclo PHVA	Formulación Conducción Control: supervisión y monitoreo Presentación a la alta dirección
Licda. Mirna de Escobar	Docencia Experiencia Toma de decisiones Formación en herramientas de calidad	Diseño de herramientas, tarjetas y rota folio Capacitación
Licda. Luz Cardona	Trabajo en equipo Innovación Formación en herramientas de calidad	Diseño de herramientas: ejercicios para la familia.
Lcda. Andrea Santos	Trabajo en equipo Innovación	Monitoreo y control: herramientas.

4.2.2 ¿Como el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?

La Unidad de calidad presenta un plan anual de capacitación de fortalecimiento de ciclos PHVA, el cual es derivado a la Unidad de desarrollo profesional institucional; en este, se programan talleres de entrenamiento dando prioridad a los equipos de mejora.

En el taller se planifican las temáticas tales como:

- Caja de Herramientas gerenciales
- Definición de problemas
- Hanlon
- Ishikawa
- Lluvia de ideas
- Tablero de mando
- AMFE de procesos
- Construcción de plan de mejora.

Al final se otorga un certificado de participación y aprobación, con nota mayor a o igual a 8.

La UOC ha realizado acompañamiento al equipo de mejor práctica evaluando el grado de compromiso con la institución por parte de los miembros. Todo lo anterior constituyó el marco referencial para la selección del equipo de mejora. A continuación, se muestra un cuadro que resume las características evaluadas por la UOC para cada miembro del equipo.

Tabla N° 15. Herramienta para evaluación del desempeño individual del equipo de mejora.

Atributo		Excelente (9-10)	Muy bueno (8-7)	Buena (6-5)	Necesita mejorar 5-0
Formación en herramientas de calidad					
Responsabilidad					
Trabajo en equipo					
Conocimiento del proyecto de mejora					
Comunicación efectiva					
Proactivo					
Propuestas de mejora					
Disponibilidad para aprender					
Apertura al cambio					

Fuente: UOC, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

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

En un inicio, el equipo de mejora desarrollo reuniones de forma semanal y en conjunto con la UOC (3 veces al año). En estos encuentros se compartieron conocimientos, experiencias en cuanto al proyecto a desarrollar. Posteriormente dadas las tareas individualizadas, se programaban espacios para poder discutir y analizar los avances (mensual por el equipo).

A continuación, se presenta una tabla resumen de las principales actividades, responsables y fechas de cumplimiento, que expresa el cumplimiento por cada responsable de la actividad asignada.

Tabla N° 16. Mecanismo de control de cumplimiento de actividades del proyecto

Intervención Propuesta	Mecanismo	Responsable	Fecha de Cumplimiento	Grado de Cumplimiento
Elaboración, implementación, y evaluaciones del proyecto Plan Hogar	Presentación en POA 2017-2018	Jefatura de la Unidad de fisioterapia.	2017 y 2018 a la fecha.	Realizado
Creación de modelo de atención Plan Hogar.	Modificación del proceso de atención y diseño de herramientas	Equipo de mejora	2018.	Realizado
Documento del modelo revisado y sus mejoras.	Presentación del modelo a jefe de división de servicios de apoyo.	Jefe del área de Fisioterapia y jefe de división de servicios de apoyo	2017 y 2018.	Realizado
Ejecución de Plan Hogar conforme criterios de inclusión y exclusión.	Registro de los pacientes que cumplen criterios.	Equipo de mejora	2018 a la fecha.	Realizado
Monitoreo de ejecución de modelo de atención	Registros de datos en base Excel.	Equipo de mejora.	2018 a la fecha.	Realizado

5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

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

La transferencia del conocimiento ha sido dirigida a jefes de unidades organizativas y Alta Gerencia en sala situacional y en los talleres de evaluación de ciclos PHVA con las jefaturas de servicios de apoyo del hospital.

Otros espacios de gestión del conocimiento han sido en la socialización con las fisioterapeutas de le RIIS de occidente y con el Staff del departamento de medicina Interna. En todos ellos se ha producido un feed back al equipo y, a los actores a quienes se ha socializado la mejor práctica; se han aportado ideas que fueron tomadas en cuenta por el equipo responsable de la mejor práctica.

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

A continuación, se presenta un esquema que resume las innovaciones generadas en la mejor práctica y la explicación del mismo.

Ilustración N° 2. Modelo de atención Plan Hogar.



El equipo de trabajo incorporo una nueva modalidad asistencial en el paciente hospitalizado de medicina interna lo que ha implicado: reingeniería del proceso de atención del año 2013 (ver anexo 1), creación de herramientas al personal de fisioterapia, diseño de herramientas dirigida a la familia, capacitación a la RIIS e incorporación de todo el equipo multidisciplinario en forma colaborativa (medico, enfermera de medicina Interna, personal de fisioterapia y familia).

Se han diseñado herramientas de registro de datos para el mejor control estadístico (referencias recibidas por parte del cliente interno, referencias derivadas por parte del equipo de mejora a la RIIS, tarjetas de plan hogar, número de seguimientos etc.).

Dentro de los mayores logros se pueden identificar la concientización del equipo de trabajo en llevar un mejor registro de la documentación completa del proceso de atención, la capacidad de análisis y evaluación para la mejora continua, además de fortalecer el orden durante el proceso de atención con el paciente.

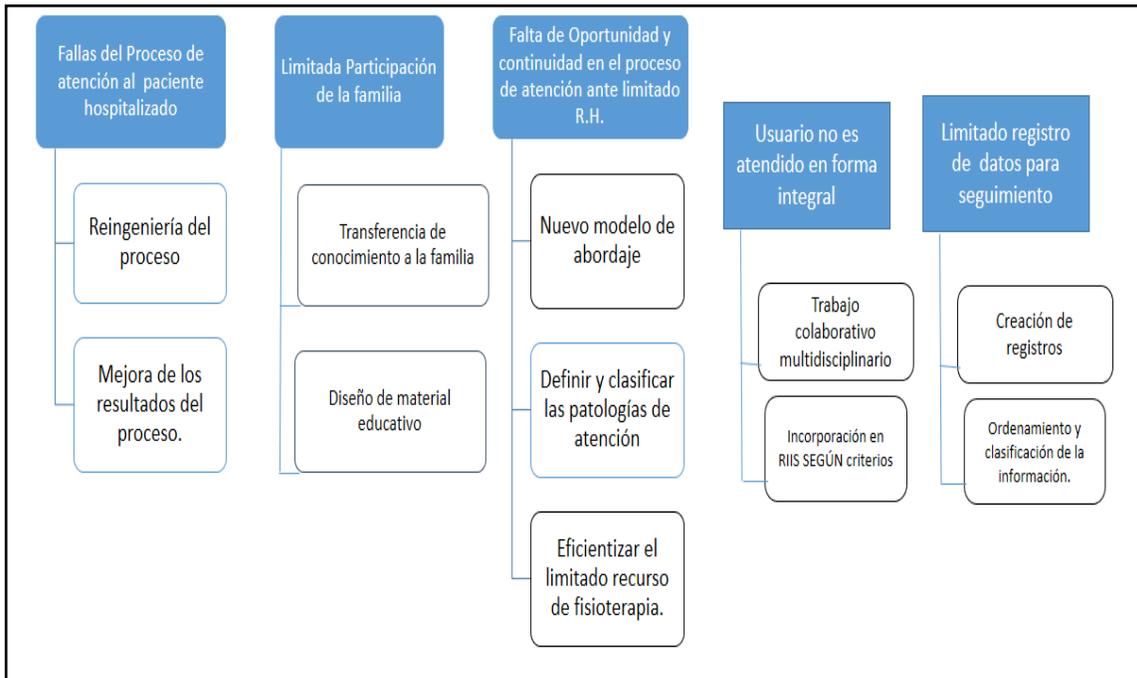
Un legado importante es el documento de la sistematización de la mejor práctica, el cual constituye un nuevo diseño de atención PLAN HOGAR para cualquier organización que desee replicarlo en distintas áreas del hospital.

5.2 Gestión de la innovación en la mejor practica

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

A continuación, se presenta una imagen que ilustra los principales elementos que generaron innovación.

Ilustración N° 3. Elementos claves que generaron innovación en la mejor práctica.



Principalmente los elementos claves de la innovación y que se enmarcan en las dimensiones de eficiencia, oportunidad, calidad y oportuna del servicio son:

- La oportuna intervención de fisioterapia en el paciente de Medicina Interna, demuestra que se puede contribuir de una manera viable en la rehabilitación del mismo, provocando esto una mejor interrelación entre paciente y familiar o cuidador, favoreciendo que el paciente pueda incorporarse en sus actividades de la vida diaria.
- Se brinda un tipo de tratamiento más completo e integral, de esta forma, el paciente puede recibir una mejor orientación sobre el avance de su recuperación mientras se encuentra en estancia hospitalaria.
- Al ser dado de alta el paciente que lleva enseñanza de Plan Hogar no solo es beneficiado con la educación de tratamiento fisioterapéutico a seguir en casa, sino también esto contribuye a una mejor comodidad, reducción gasto económico y mejora en el vínculo paciente - familiar.

d) Actitudinal y profesionalmente, el recurso humano incorpora como equipo de trabajo las habilidades de cada miembro (para este proyecto) lo que dio como resultado, el aprendizaje de como optimizar la calidad de atención, ejecución adecuada del nuevo diseño (plan hogar), y más profesionalismo para analizar las necesidades inmediatas del paciente con el menor gasto de tiempo y recursos.

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

Entre los valores agregados que aporta la mejor práctica podemos mencionar:

- Se ha mejorado el proceso convencional de atención de fisioterapia, logrando una capacidad del proceso en un 80% (según capacidad instalada del recurso) .
- Se ha optimizado el limitado recurso humano de la Unidad, **ya que permite que, al participar la familia en el proceso de rehabilitación, los pacientes que no aplican a Plan Hogar puedan ser atendidos por lo fisioterapeutas, contribuyendo a la eficiencia institucional.**
- Se aporta al Hospital un modelo de atención innovador que permite la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de la salud del paciente.
- Se cumple los objetivos del sistema de referencia, en función de brindar continuidad de atención en la RIIS.
- Se cuenta con bases de datos por pacientes definiendo variables mínimas para el seguimiento de su estado de rehabilitación.

6. Resultados de la mejor práctica.

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional

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

Como se ya se mencionó, la brecha fue determinada tomando como base dos insumos:

El número de solicitudes atendidas con oportunidad y continuidad del año 2017 de la unidad de fisioterapia derivadas de los servicios de medicina Interna, que reflejaba que la unidad atendía el 70 % mensual,(31 de 44 de pacientes), con una demanda insatisfecha de 13-14 pacientes (promedio mensual), lo que correspondía a una brecha de 30 % ,sin embargo ante la capacidad instalada se estableció que **la meta proyecto sería atender el 80%** de las solicitudes ,es decir la brecha del proyecto se definió incrementar la atención de un 70% a un 80%, siendo la brecha a reducir de un 10%

Con base a las consideraciones anteriores se presenta un cuadro que refleja los resultados obtenidos de enero a diciembre 2018 a enero - marzo 2019.

Tabla N°17. Resultados de indicadores claves.

Indicador	Línea de base al 2017	Proyección de la meta 2018	Brecha	Logro de Meta a marzo 2019
% pacientes atendidos por la unidad de fisioterapia	70%	80%	10%	85.3%
% de usuarios satisfechos	63%	90%	27%	100%
Programa Institucionalizado: protocolo y proceso de atención definido.	No se cuenta con un programa	Programa institucionalizado	Contar con un programa	Programa Institucionalizado
% de usuarios con indicación de plan hogar mensual	Cero	10%	10%	20.35%

Grafico N°1 Comparación: Solicitud, Plan Hogar, demanda Insatisfecha, comportamiento 2018 y 2019.

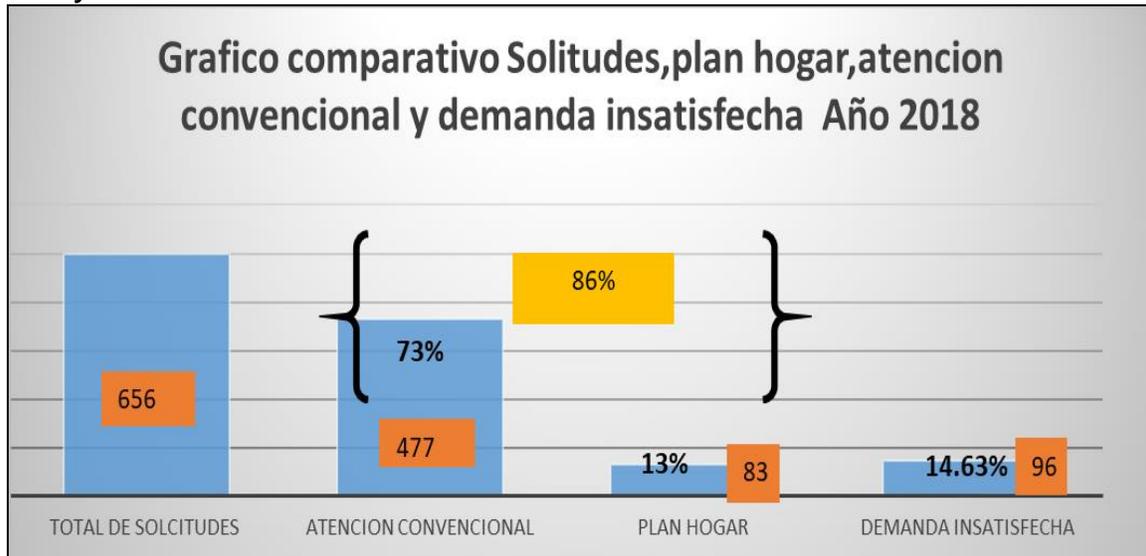
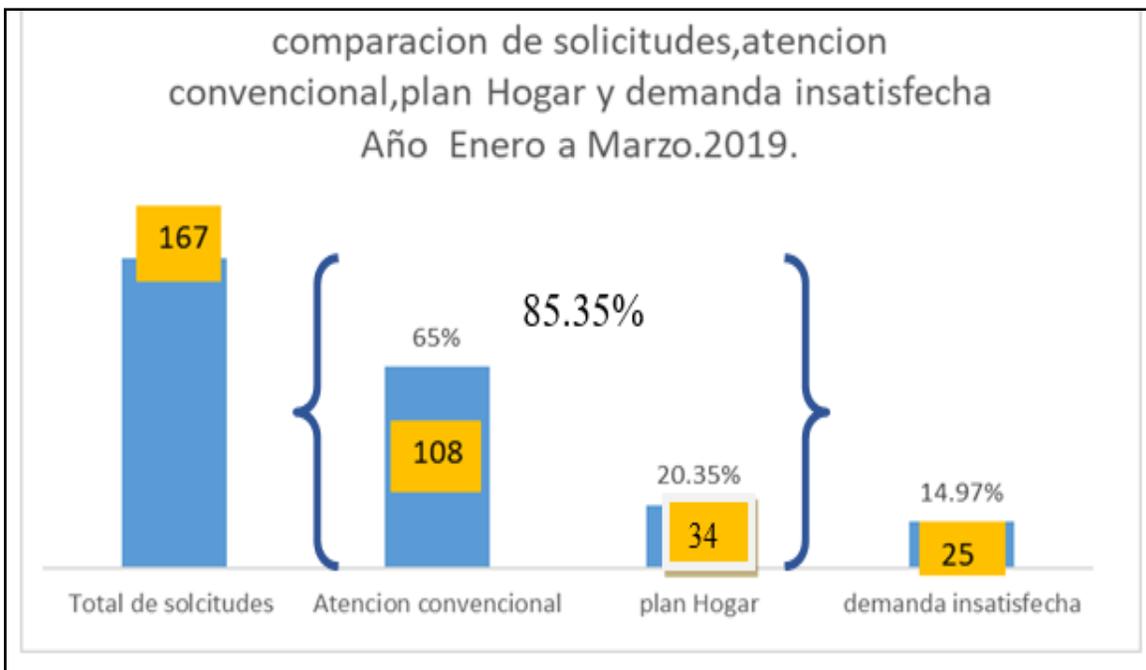


Grafico N° 2



Como se puede **observar la brecha de atención se redujo a cero, en ambos periodos 2018 y 2019 (enero a marzo)** brindado una atención por arriba de la meta proyectada (80%).

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

Entre los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados podemos destacar:

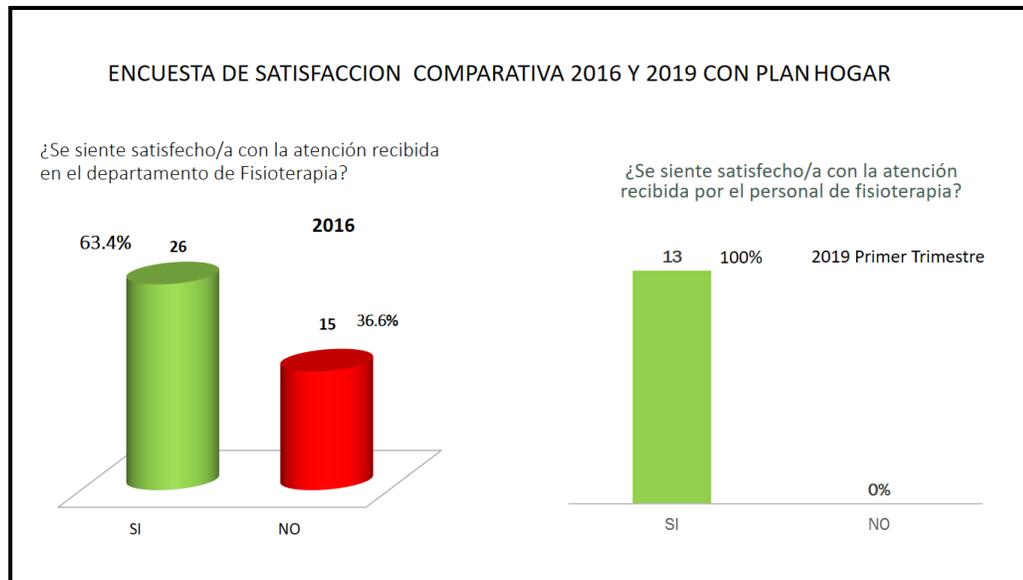
- a) Se incrementó la atención del usuario de un 70 % a un 85% mensual (meta 80%).
- b) El resultado de la evaluación de la capacidad del nuevo proceso de atención del paciente es de un 80%.
- c) El grado de satisfacción del paciente con el plan Hogar es del 100% (datos de encuesta, Unidad de Calidad Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y testimonio del paciente en CD).
- d) Se cuenta con un MODELO de atención Plan Hogar que define criterios, proceso, patologías, herramientas de información para la trasferencia de conocimientos.
- e) Se cuenta con la participación de los médicos del departamento de medicina Interna y de las enfermeras de 4 servicios.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

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

Los resultados de la encuesta de satisfacción a marzo del 2019 reflejan que la expectativa en relación a la meta trazada para el proyecto fue superada, obteniendo resultados del 100% (meta proyecto 90%); seguidamente se muestra un gráfico comparativo de la satisfacción del proceso de atención del paciente hospitalizado antes de la mejor practica y después de un año de la ejecución de la mejor práctica.

Gráfico N° 3. Resultados de encuesta de satisfacción.



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

Tabla N° 18. Impacto al ciudadano en la mejor práctica.

Agentes	Proyección de impactos	Resultados
Pacientes de los 4 servicios de medicina interna a quienes se solicita atención de rehabilitación física	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el correcto cumplimiento del proceso de atención en forma oportuna, continua según criterio médico 	85%(meta 80%)
Familia	<ul style="list-style-type: none"> Transferir los conocimientos y habilidades funcionales básicas de rehabilitación a la familia del usuario según su condición clínica, desarrollando la corresponsabilidad y participación efectiva en el cuidado de la salud Reducir el gasto de bolsillo de los usuarios al reducir el n° de citas al hospital para efectuar la terapia por parte del profesional. 	<p>100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Ver videos (anexo CD) testimonio de paciente.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.

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

Entre los resultados a otras partes interesadas que ha generado la mejor práctica se puede mencionar:

Tabla N°19.Resultados a partes interesadas.

% de familias satisfechas con Plan Hogar	100%(fuente: encuesta de percepción de la satisfacción del usuario y familia)
Estandarización del rendimiento de los profesionales de fisioterapia en la atención de hospitalización	Dos atenciones por hora (antes no se tenía definido)
% de resultados de la capacidad del proceso de fisioterapia ejecutado por el personal.	85%
% de personal de medicina interna participando con Plan Hogar	80%
N° de UCSF que cuentan con servicio de fisioterapia de la RED de occidente que participan en plan hogar mediante el sistema de referencia (UCSF y Hospitales, capacitadas)	11/21 (52 %)

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

Los beneficios generados a otras partes interesadas se enlistan a continuación:

Tabla N°20. Beneficios a otras partes interesadas.

PARTES INTERESADAS	BENEFICIOS
1. SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA	Contribución a mantener los índices de estancia hospitalaria en norma (7 días) Abordaje colaborativo del paciente. Mejora la satisfacción de la familia
2. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO(7 UNIDADES DE SERVICIOS DE APOYO)	Aprendizaje de aplicación de ciclos PHVA Fuente de motivación ante los resultados de la mejor practica
3. FAMILIA	Desarrollo de corresponsabilidad Reducción del gasto de bolsillo a no acudir a diario a la terapia (ver testimonio y tabla de costos).
4. AL HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> Se contribuye a la reducción de costos al reducir la incidencia de IAAS por estancias prolongadas Se reduce la incidencia de úlceras de decúbito por encamamiento prolongado Se cuenta con prácticas innovadoras constituyéndose en bench marketing para otros hospitales. Se trabaja en RIIS.

6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

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

A continuación, se presenta una tabla que ilustra el costo y beneficio institucional de la mejor práctica relacionado a las principales patologías del modelo, dirigido o enfocado al costo día cama ocupada de la medicina interna, comparando la intervención (con plan hogar) y sin la intervención.

Tabla N°21 beneficio financiero del proyecto por patología a nivel institucional.

Condición	Costos día cama ocupada de medicina interna	Total días de estancia <u>sin</u> intervención año 2017	costos institucionales por patología <u>sin</u> intervención	Total, días de estancias <u>con</u> intervención 2019	costos institucionales por patología <u>con</u> intervención	Ahorro Institucional.
<i>Síndrome osteoraticular.</i>	\$104.	15	\$1560	7	\$728	\$832
<i>Patologías respiratorias EPOC y neumonías</i>	\$104	7	\$728	5	\$520	\$208
<i>Úlceras de decúbito</i>	\$104	10	\$1040	7	\$728	\$312
<i>Síndromes neurológicos</i>	\$104	15	\$1560	7	\$728	\$832

Fuente: Sistema PERC, Enero –Julio 2019 Hospital nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

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

Los costos beneficios por ser una empresa sanitaria de rentabilidad social se centran en el usuario, haciendo énfasis **en el gasto de bolsillo** que representa para la familia el acudir al hospital a un promedio de 10 sesiones de fisioterapia en pacientes con afecciones de ulcera de decúbito, (por ejemplo); ó 7 días de sesiones en afecciones respiratoria (EPOC O neumonías). Es de hacer mención que se estandariza a 2 dólares el transporte, sin embargo, puede llegar hasta generar un gasto de bolsillo de hasta 30-40 dólares el transporte según área geográfica y según condición clínica del paciente.

El profesional de fisioterapia orienta y enseña a la familia para que la terapia continúe en el hogar contribuyendo además a mantener los índices ocupacionales dentro de norma (7 días) y reduciendo las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Tabla N° 22. Costo beneficio del proyecto.

Paciente con indicación de fisioterapia	N° de sesiones en promedio	Costo promedio de sesión	Gasto de bolsillo a la familia día Transporte en bus \$2.00	Total Gasto \$	Ahorro a la familia \$
<i>Síndromes neurológicas y Síndrome osteoraticular</i>	15	\$11.	\$30	\$195.	\$30
<i>Ulceras de decúbito</i>	10	\$10.91	\$20	\$129.10	\$20
<i>Afecciones respiratorias</i>	7	\$9.34	\$14	\$79.38	\$14

Fuente: Sistema PERC, Enero –Julio 2019 Hospital nacional San Juna de Dios de Santa Ana.

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad.

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

Tabla N°23. Riesgos y estrategias de sostenibilidad

Elementos	Riesgos	Estrategias de sostenibilidad
Sostenibilidad del programa Plan Hogar	Abandono de la mejor práctica	<ul style="list-style-type: none"> Mantener el modelo de atención en la Plan anual operativo de la unidad. Mantener los Ciclos cortos de evaluación de PHVA Medir el desempeño de la ejecución de Plan de Mejora a través de encuestas de satisfacción. Incorporación de nuevas herramientas según evaluación de PHVA. Autoevaluación de proceso de atención.
Profesionales de Unidad de	<ul style="list-style-type: none"> Personal de nuevo ingreso 	Socialización y retroalimentación mensual del modelo de PLAN HOGAR con el personal de la

Fisioterapia de nuevo ingreso o servicio social	<p>desconoce el proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el personal capacitado no adopte modalidad de trabajo. 	Unidad de Fisioterapia.
Equipo Multidisciplinario del Departamento de Medicina Interna de nuevo ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del proceso a personal de nuevo ingreso. • Limitado trabajo colaborativo o integrado. 	<p>Elaborar programa de capacitación para equipo multidisciplinario sobre Plan de Mejora para el Departamento de Medicina Interna y socializar con el personal de nuevo ingreso.</p> <p>Gestionar espacios de retroalimentación con médicos de staff y personal de enfermería.</p>
-Usuario -Familia -Cuidador	-No aceptación de corresponsabilidad por parte de la familia.	<p>-Programación de charlas educativas a pacientes y familiares sobre Plan de Mejora para el Departamento de Medicina Interna.</p> <p>Facilitar videos para asegurar la comprensión de la transferencia del conocimiento.</p>

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

Tal como se explicó en la tabla N° 23, las estrategias propuestas están relacionadas a los riesgos que durante el desarrollo de la mejor practica se han presentado y ante los cuales el equipo ha visualizado que se pueden prevenir su apareamiento con la voluntad y el apoyo de la Alta dirección y del jefe de la división de servicios de apoyo, jefe de departamento de medicina Interna y el interés de las jefaturas de las Unidades asistenciales a expandir el programa.

Entre las estrategias más importantes que el equipo ha considerado, se señalan:

- Mantener el tema en la PAO de la unidad.
- Ciclos cortos de evaluación de PHVA
- Medir el desempeño de la ejecución de Plan de Mejora a través de encuestas de satisfacción.
- Incorporación de nuevas herramientas según evaluación de PHVA.
- Autoevaluación de proceso de atención
- Socialización y retroalimentación mensual del modelo de PLAN HOGAR con el personal de la Unidad de Fisioterapia.
- Elaborar programa de capacitación para equipo multidisciplinario sobre Plan de Mejora para el Departamento de Medicina Interna y socializar con el personal de nuevo ingreso
- Gestionar espacios de retroalimentación con médicos de staff y personal de enfermería
- Programación de charlas educativas a pacientes y familiares sobre Plan de Mejora para el Departamento de Medicina Interna.
- Facilitar videos para asegurar la comprensión de la transferencia del conocimiento.

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

Seguidamente, se presenta una tabla que muestra los principales indicadores y los responsables de medición.

Tabla N° 24. Indicadores que aseguren la continuidad de la mejor práctica y responsables

Variables	Indicador	Responsable
N° de solicitudes a la unidad de fisioterapia derivadas de medicina Interna	% de solicitudes atendidas del departamento de medicina interna.	Unidad de Fisioterapia
Pacientes que cumplen criterios para Plan Hogar	% de solicitudes que cumplen con criterios de inclusión para Plan Hogar.	Unidad de Fisioterapia
Referencias a RIIS de Plan Hogar.	% de pacientes referidos con Plan Hogar integrado a RIIS, clasificados por SIBASI.	Unidad de Fisioterapia
Pacientes que finalizan tratamiento de Plan Hogar.	% de pacientes con seguimiento y Alta de Plan Hogar	Unidad de Fisioterapia
Demanda insatisfecha mensual.	% de pacientes no atendidos	Unidad de Fisioterapia
Satisfacción del usuario	% de pacientes satisfechos	Unidad Organizativa de la Calidad
Replica de plan hogar	N° de unidades hospitalarias que replican el programa	Jefe de división médica y de apoyo y equipo de mejora.

7.2 Mejora.

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

A continuación, se presenta un cuadro con estrategias programadas al interior de la institución y al exterior del hospital.

Tabla N°25. Estrategias programadas para la sostenibilidad.

a) Intra-mural.	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos cortos de evaluación de PHVA con evaluación cuatrimestral por el jefe de división de servicios de apoyo. • Mantener el tema en la PAO de la unidad de fisioterapia. • Monitoreo trimestral por la UOC del Hospital. • Medir el desempeño de la ejecución de Plan de Mejora a través de encuestas de satisfacción por la UOC y Unidad de comunicaciones del Hospital (cada seis meses). • Incorporación de nuevas herramientas según evaluación de PHVA. • Socialización y retroalimentación trimestral de Programa en Sala situacional y /o consejo Estratégico de Gestión. • Elaborar programa de capacitación para equipo multidisciplinario en las áreas de expansión del programa. • Replica en otras Unidades del hospital. • Supervisión trimestral por la UOC.
b) Extramural	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar los resultados de la mejor práctica al nivel central MINSAL cada tres meses. • Elaborar programa de capacitación para equipo multidisciplinario en las áreas de expansión del programa (hospitales de la Región occidental). • Contar con un mapa actualizado de unidades prestadoras de servicios de rehabilitación y oferta actualizada. • Fortalecer el trabajo en red con fisioterapeutas de RIIS. • Socializar la estrategia con el director Regional para el apoyo de las Unidades de fisioterapia en la zona occidental.

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

Tabla N° 26. Indicadores y mecanismos de seguimiento por el equipo.

Indicadores	Mecanismos de Seguimiento	Responsables
% de solicitudes que cumplen con criterios de inclusión para Plan Hogar.	Evaluación diaria de pacientes que aplican a plan hogar.	Profesional de fisioterapia asignado en los servicios.
% de pacientes referidos con Plan Hogar integrado a RIIS.	Registro diario de pacientes que ameritan ser referidos a RIIS a la alta médica. Evaluación mensual de las referencias derivadas a la RIIS	Equipo de mejora.
% de pacientes con seguimiento de Plan Hogar	Registro de pacientes que asisten a control de seguimiento	Licda.Cardona.
% de pacientes no atendidos	<ul style="list-style-type: none"> • Registro diario de pacientes no atendidos. • Evaluación de indicadores de demanda insatisfecha mensual. 	Profesional destacado en el departamento de medicina Interna. Equipo de mejora.
% de pacientes satisfechos con plan Hogar.	Encuesta a familia o cuidadores cada 6 meses	Unidad Organizativa de la Calidad y Unidad de comunicaciones.
N° de autoevaluaciones del proceso /año	Autoevaluación	Jefe de unidad de fisioterapia.

GLOSARIO

CICGP	Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública
Ciclo PHVA	También conocido como ciclo Deming. En español sería PHVA Planificar-Hacer-Verificar-Actuar
Continuidad	Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
Eficacia	Capacidad para producir el efecto deseado o de ir bien para determinada cosa
Eficiencia	Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.
Estadística	Ciencia que se encarga de recopilar, organizar, procesar, analizar e interpretar datos con el fin de deducir las características de una población objetivo.
Herramientas técnicas:	Es un conjunto de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado.
LESSA	Lenguaje de señas salvadoreña.
ISHIKAWA	Diagrama de causa y efecto, que por su estructura ha venido a llamarse también: diagrama de espina de pez, que consiste en una representación gráfica sencilla en la que puede verse de manera relacional una especie de espina central, que es una línea en el plano horizontal, representando el problema a analizar, que se escribe a su derecha.
Matriz de HANLON:	Es un instrumento que clasifica 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. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.
MCC	Mejora Continua de la Calidad
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
Normas ISO	Norma para acreditar
Obsolencia	Es cuando un producto o equipo tiene una vigencia o tiene un tiempo programado para que siga funcionando bien.
Oportunidad	Atributo en la atención del usuario, posibilidad que tiene el usuario de obtener el servicio que requiere sin que se presten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.
PAO	Plan Anual Operativo
POAH	Plan Operativo anual hospitalario
Plan Hogar	Es la enseñanza de conocimientos y habilidades funcionales básicas de rehabilitación (ejercicios terapéuticos, medios físicos y postura del paciente) que el fisioterapeuta proporciona al familiar, cuidador o al paciente mismo, durante los primeros 3 días de estancia hospitalaria,

	y posteriormente para manejo en el hogar.
Plan Hogar Integrado a RISS	Paciente referido, atendido a RIIS y alta de la unidad de fisioterapia.
R.H	Recursos Humanos
RIIS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones
UFI	Unidad Financiera Institucional
UOC	Unidad Organizativa de la Calidad

ANEXOS

Anexo 1. Proceso de atención de Fisioterapia modificado.

		Nombre de la Unidad Organizativa: Unidad de Fisioterapia.	Revisión: (3) Fecha: Junio 2018
PROCESO 1: ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA A PACIENTE HOSPITALIZADO.			
<p>Objetivo: Brindar una atención oportuna, eficaz y eficiente, al paciente hospitalizado con indicación de rehabilitación a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida.</p> <p>Alcance: Pacientes que requieran los servicios de fisioterapia, ingresados en hospitalización, seguimiento hasta alta por fisioterapia y registro de documentación.</p> <p>Inicia: Desde la recepción de la solicitud por el medico</p> <p>Finaliza: Entrega de documentación al Alta.</p> <p>Responsable: Jefatura y Personal de Fisioterapia.</p>			
RESPONSABLE	N.º	ACTIVIDAD	
Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa	1	Recepción referencia, revisa y analiza la solicitud.	
Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa	2	Procede a realizar la evaluación del caso: clínico, físico.	
Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa	3	Establece plan de rehabilitación y Tratamiento según patología (frecuencia y modalidades del tratamiento), evalúa si cumple con criterios para entrenamiento de plan hogar. Paciente cumple con criterios: Si: Da enseñanza en plan Hogar y continuar con paso 4 No: continúa con actividad 8	
Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa	4	Orienta y entrena familia o cuidador y/o paciente si la condición lo permite. Corroborar el aprendizaje, utiliza herramientas para facilitar su comprensión. Retroalimenta de ser necesario.	
Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa	5	Mantiene comunicación con el equipo responsable del paciente	
Medico de staff de paciente	6	Indica Alta e informa al fisioterapeuta para la continuidad de la asistencia.	

<p>Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa</p>	<p>7</p>	<p>Si paciente se encuentra en modalidad plan hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de citas. • Seguimiento de plan hogar (controles mensuales, máximo 3 meses). • Alta de la unidad de fisioterapia. <p>Modalidad plan hogar integrado a RIIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referencia de terapia a primer nivel de atención. Alta de la unidad de fisioterapia. Y registra datos en matriz de pacientes de Plan Hogar.
<p>Fisioterapeuta Asignada a la Unidad Organizativa</p>	<p>8</p>	<p>Aplica terapia convencional según manual de rehabilitación. El día del Alta: se coordina con médico responsable del paciente para su continuidad de rehabilitación, mediante el sistema de referencia (si lo amerita en UCSF de su AGI que cuente con el servicio).</p>
<p>META: 80 % de pacientes hospitalizados que reciben atención de fisioterapia en base a proceso establecido.</p>		
<p>Indicadores del Proceso:</p> <p>% de pacientes con plan Hogar % de usuarios y/o familia satisfechos con la modalidad plan Hogar* % de demanda insatisfecha % de pacientes con terapia convencional. N° de pacientes referidos a la RIIS.</p>		<p>Prioridad de medición: mensual. *Cada 6 meses .</p>

**Anexo 2. Diseño de Herramientas
Tríptico para afecciones respiratorias.**



Tarjeta de control de seguimiento.

FISIOTERAPIA PLAN HOGAR

PLAN HOGAR:
Propio _____ Combinado _____ Referencia _____

NOMBRE: _____
Exp.: _____ EDAD: _____
SERVICIO: _____ TELÉFONO: _____
DIAGNÓSTICO: _____
FECHA DE ENVÍO: _____
ESTABLECIMIENTO DE ENVÍO: _____
FECHA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO: _____
HNSJDSA: _____
CONDICIÓN DE REFERENCIA Y/O ALTA: _____
FTA: _____

**PLAN DE ENTRENAMIENTO DE PACIENTES PLAN HOGAR
ENCAMAMIENTO PROLONGADO, AFECCIONES NEUROLÓGICAS.**

Nombre:

1. Revise la piel del paciente para prevenir zonas de presión o úlceras (cabeza, orejas, codos, espalda, nalgas, cadera, tobillos y talones).
2. Motive e integre en la medida posible al paciente en actividades de la vida diaria (peinarse, cepillarse los dientes, etc.)
3. Aplique hielo en las piernas y brazos del paciente por 5 minutos y secarla.
4. Hidrate la piel 1 vez al día todos los días con la crema humectante de su preferencia.

5. Realice los ejercicios que se le enseñaron durante la estancia hospitalaria:

**Realice cada
movimiento de 5 a 10
veces diariamente una
vez al día**

BRAZOS

- Levantar el brazo con el codo estirado tomándolo de la mano.
- Abra y cierre el brazo con el codo estirado tomándolo de la mano.
- Doble y estire el codo.
- Doble y estire la muñeca.
- Abra y cierre los dedos de la mano.

PIERNAS

- Levante y baje la pierna estirada tomándolo del pie.
- Doble y estire la rodilla.
- Doble y estire el pie.

6. Siente al paciente en una silla 2 a 3 veces al día por 2 horas.

VUELVA AL CONTROL DE SEGUIMIENTO CON FISIOTERAPIA EN 1 MES PARA VERIFICAR EL AVANCE DE SU FAMILIAR O RECIBIR NUEVA ORIENTACIÓN.

Recomendaciones:

PLAN DE ENTRENAMIENTO DE PACIENTES PLAN HOGAR
DOLOR ARTICULAR.

Nombre:

1) Motive e integre en la medida posible al paciente en actividades de la vida diaria (peinarse, cepillarse los dientes, etc.)

2) Realice el baño diario con agua tibia. **PROHIBIDO UTILIZAR AGUA FRÍA.**

PERÍODO SIN DOLOR	
3) Realice los ejercicios que se le enseñaron durante la estancia hospitalaria:	
Realice cada movimiento de 5 a 10 veces diariamente una vez al día.	BRAZOS <ul style="list-style-type: none">• Levantar el brazo con el codo estirado.• Abra y cierre el brazo con el codo estirado.• Doble y estire el codo.• Doble y estire la muñeca.• Abra y cierre los dedos de la mano.
	PIERNAS <ul style="list-style-type: none">• Levante y baje la pierna estirada.• Doble y estire la rodilla.• Doble y estire el pie.

CRISIS DE DOLOR	
NO REALIZAR EJERCICIOS EN ESTA ETAPA, DEBE MANTENERSE EN REPOSO.	a) Coloque la compresa caliente casera durante 15 minutos. b) Coloque el ungüento (metilo, cofal, vick, aceite de niño, etc.) o crema de su preferencia para disminuir dolor.

VUELVA AL CONTROL DE SEGUIMIENTO CON FISIOTERAPIA EN 1 MES PARA VERIFICAR EL AVANCE DE SU FAMILIAR O RECIBIR NUEVA ORIENTACIÓN.