

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN
UNIDAD DE CALIDAD**

**HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIA
“JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”
RECONOCIMIENTO INTERNO A LA MEJOR PRACTICA**

**NOMBRE DE LA MEJOR PRACTICA: “CITA UNICA COMO
ESTRATEGIA PARA LA OPTIMIZACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LOS
TIEMPOS DE ESPERA PRE QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS EN EL PERIODO
MAYO 2012- JUNIO 2022”**

Director: Dr. José Enrique Rodríguez Rivera.

SEPTIEMBRE 2022



EQUIPO POSTULADOR DE LA MEJOR PRÁCTICA

Dra. Ruth Carolina Barrientos Padilla	Jefe Consulta Externa
Dra. Silvia Carolina Salinas Viaud	Jefe División Médica
Dra. Angélica Guadalupe de Rodríguez	Jefe Unidad Organizativa de la Calidad.
Lic. Jeisser Yaneth Cornejo de Valencia	Enfermera supervisora y enfermera de calidad

- **Nombre del coordinador responsable:** Dra. Angélica Guadalupe Guardado de Rodríguez (Coordinadora Unidad Organizativa de la Calidad, UOC).
Correo electrónico: angelica.guardadod@salud.gob.sv
Tel: 2594 5711



INDICE

1. Presentación	3
2. Objetivos de la mejor práctica.....	4
3. Criterios de Evaluación	5
3.1 Criterio 1.....	4
3.2 Criterio 2.....	7
3.3 Criterio 3.....	13
3.4 Criterio 4.....	24
3.5 Criterio 5.....	27
3.6 Criterio 6.....	29
3.7 Criterio 7.....	35
4. Glosario de Términos clave.....	40
5. Anexos	41

PRESENTACIÓN

Información general de la Institución

- Nombre de la empresa: Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar “José Antonio Saldaña”
- Dirección: Km 8 1/2, carretera a los Planes de Renderos, San Salvador.
- Teléfono: (503) 2594-5795 / Conmutador PBX: (503) 2594-5701.
- E-mail: hnsaldana@salud.gob.sv
- Página web: no se cuenta con página web institucional.
- Categoría de la organización: Especialidad segundo nivel de atención.
- Categoría a la que postula: Reconocimiento a las mejores prácticas MINSAL 2022.

El Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar “José Antonio Saldaña” se encuentra ubicado en el km. 8 ½ de la carretera de los planes de Renderos en el área sur de San Salvador y está considerado dentro de la red de servicios de salud como un hospital especializado de segundo nivel, comprendiendo municipios considerados dentro del cinturón de pobreza metropolitana; su área geográfica de Influencia comprenden los municipios de Panchimalco, Rosario de Mora, Santo Tomás, Santiago Texacuangos, San Marcos y Barrio San Jacinto el cual es perteneciente al Distrito N°5 de San Salvador; este hospital también forma parte de la RIIS Sur (que está compuesta de 11 Unidades comunitarias de Salud familiar básica, cinco unidades de salud familiar Intermedia, dos unidades Comunitaria de Salud Familiar Especializada y el hospital especializado de segundo nivel de atención).

El hospital Nacional Saldaña, cuenta con diferentes servicios de atención en áreas de especialización como neumología, cirugía general, ortopedia, medicina interna, ginecología y obstetricia, cardiología, pediatría, neurología pediátrica, neurocirugía, gastroenterología y oncología. Además, este centro hospitalario brinda atención especializada en servicios de broncoscopía, colposcopía, endoscopía y espirometría. Se cuenta además con servicios radiológicos especializados de Tomografía Axial Computarizada y con una moderna sala de cuidados intensivos e intermedios que sirve de complemento en la atención al usuario que se ingresa a este centro hospitalario.

Así mismo brinda servicios en todas las áreas de atención a pacientes de Bienestar Magisterial.

Dado que la oferta de servicios se ha ampliado y que es evidente el crecimiento que el hospital ha tenido en los últimos años vemos importante visibilizar aquellas mejores prácticas que el hospital está llevando a cabo, en este caso con el servicio de cirugías electivas y que además son mejores prácticas que llevan ya muchos años de implementación y han generado un beneficio importante a la población que lo requiera.

Objetivos de la mejor práctica.

Disminuir y optimizar los tiempos de espera en las evaluaciones pre-quirúrgicas correspondientes en pacientes que acuden a programación de cirugías electivas.

Objetivos específicos

1. Establecer un protocolo de atención del paciente que requiera de evaluación pre-quirúrgica que se lleve a cabo durante una jornada laboral completa de tal manera que el paciente solo invierta este tiempo previo a la ejecución de su cirugía
2. Reducir los tiempos de espera en las evaluaciones pre-quirúrgicas y programación de las cirugías.
3. Satisfacer la necesidad del usuario de optar por la ejecución de una cirugía electiva en el menor tiempo posible.

Descripción de los criterios y subcriterios de evaluación

Criterio 1: Liderazgo y compromiso de la Alta dirección.

¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implantación de la mejor práctica y empodera a los miembros del equipo para su desarrollo?

La alta dirección del hospital siempre ha estado comprometida con la satisfacción del usuario promoviendo la prestación de servicios hospitalarios con la mejor calidad y excelencia; en este contexto el Hospital Saldaña decide desde la alta dirección involucrarse y apoyar la sistematización y desarrollo del proyecto “Cita Única como estrategia para la optimización y reducción de espera pre quirúrgica en pacientes con programación de cirugías electivas” a través de las siguientes acciones concretas:

- Realiza resolución de creación, apoyo y seguimiento del equipo postulador a través de resolución emitida (Anexo 1).
- Promueve la divulgación del equipo postulador y del proyecto que ejecuta a través de memorándum que involucra las principales jefaturas del hospital; dicha información también expresa la solicitud de apoyo de otras áreas a la gestión operativa del equipo.
- Facilita el uso de recursos y espacios físicos, para las reuniones y otras actividades que el equipo considere necesarias.
- Facilita el otorgamiento de permisos para que el equipo de mejora pueda realizar las reuniones que consideren necesarias para el desarrollo de las actividades que demanda.
- Fortalecimiento de la unidad organizativa de la calidad, la cual tuvo un impase durante el año 2021 y a partir de octubre del mismo año se contrata nuevo recurso a tiempo completo ampliando de esta forma la jornada laboral que habitualmente existía. Con esta acción, la alta dirección empodera a la unidad de calidad para la realización de todas sus actividades y competencias dentro de las cuales se encuentra el apoyo, seguimiento y acompañamiento en los proyectos de mejora continua implementados en el hospital.

- Desde la alta dirección se ha aprobado el plan operativo anual (PAO) 2022 de la unidad de calidad en el cual se establece la realización del proyecto de mejores prácticas, del cual se realiza monitoreo mensual y se presenta evaluaciones de avance trimestrales a la dirección. (Anexo 2 y 3)
- A Través de resolución compartida con las jefaturas, la alta dirección ha expresado su interés en participar en la mejor práctica y a la vez ha expresado su apoyo en la divulgación de la mejor práctica y en apoyar al equipo postulador. (Anexo 1 y 4)
- Realiza reuniones con el equipo de mejora para revisar los avances en la implementación del proyecto, así como en las necesidades que el mismo equipo requiera para su avance y operativización. (Anexo 5)

¿Cómo la máxima autoridad divulga y da a conocer la mejor práctica en diferentes espacios?

La alta dirección ha estado siempre comprometida con la calidad en la gestión de atención y en los diferentes procesos que se llevan a cabo; permanentemente divulga las diferentes acciones y actividades que surgen de esto.

Con el proyecto y la creación y ratificación del equipo de mejora, la alta dirección compartió con todas las jefaturas del hospital la creación de este equipo de trabajo y le asignó las funciones y el compromiso que este debía tener para trabajar en la sistematización del proyecto. (Anexo 4)

Así mismo se aprovechan los espacios de reuniones con jefaturas y otras áreas importantes (como reuniones de comités estratégicos, reuniones semanales de presentación de turno, reuniones de carácter administrativo, etc.) para conocer los avances y promover el desarrollo de la mejor práctica con el resto de equipo de trabajo del hospital. (Anexo 6).

1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidad del equipo.

¿Cómo la alta dirección ha realizado gestiones para fortalecer al equipo de mejora?

Para la ejecución del presente proyecto se ha contado con el apoyo de la alta dirección (tanto dirección como subdirección), a pesar de los cambios que han habido en cuanto al recurso que ha sustentado dicho rol (desde que se inició el proyecto); Sin embargo durante esta gestión, la alta dirección ha fortalecido el rol del equipo de mejora, la cual se ha evidenciado mediante las siguientes acciones:

- Socializando la participación del proyecto de mejora continua con las principales jefaturas del hospital. Se informó a través de memorándum los miembros del equipo que iban a facilitar el proyecto de mejora (Anexo 4)
- Autoriza la adquisición de recursos (si fuese necesario) para la ejecución de la mejor práctica.
- Promueve la participación del equipo de mejora en las reuniones del comité estratégico, para la socialización del proceso.
- Acompaña reuniones de trabajo del equipo de mejora. (Anexo 7)
- Asignación de un recurso médico destinado a dicho proyecto, de las áreas de cirugía general, medicina interna y Neumología, (Anexo 8)

- Apoyo y coordinación de la jefatura de Consulta externa, Servicios de apoyo (laboratorio, radiología, enfermería), para la implementación del proyecto.

1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.

¿Cómo la alta dirección o jefaturas reconocen a cada miembro de sus equipos de trabajo respecto a la efectividad de los resultados alcanzados?

Uno de los principales apoyos a los equipos de trabajo de mejora continua inicia con la ratificación de la alta dirección en la participación del reconocimiento a las mejores prácticas y en el apoyo brindado desde el fortalecimiento de la unidad de calidad del hospital, instancia que por muchos años se vio poco visibilizada en su quehacer operativo.

Es así como en el transcurso del proyecto y a partir del reconocimiento y socialización de este equipo de trabajo, la dirección hace entrega de diplomas a los miembros del equipo de mejora continua y a la vez promueve la consideración de la labor de este equipo en la evaluación del desempeño realizada dos veces al año. Dichos reconocimientos son llevados a cabo durante la reunión de comité estratégico. Así mismo la unidad de calidad ha propuesto que en el día del Hospital (24 de octubre) sea un espacio idóneo para el reconocimiento del equipo de mejora. Dicha propuesta ya ha sido aceptada por la dirección del hospital (Anexo 9 y 10).

¿Qué incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo como equipo que desarrollan la mejor práctica?

Por parte de la alta dirección del hospital se ha contado con un apoyo abierto y constante en la presentación de esta mejor práctica; es importante rescatar que esta mejor práctica ya había sido presentada en el año 2017, pero cuyo proceso no continuo; sin embargo, con esta nueva gestión de dirección y subdirección, se ha proporcionado al equipo postulador todas las facilidades para sistematizar de una forma más completa y apegada a los criterios establecidos por la unidad de calidad en este año 2022. El apoyo inicia con la aprobación del plan anual operativo de la Unidad de Calidad donde se evidencia la intención de participar en la mejor práctica. (Anexo 2)

Así mismo ha habido un claro reconocimiento del equipo postulador y la divulgación de esta mejor práctica en todas las reuniones de comités estratégicos y otros espacios idóneos.

Si bien es cierto no existe un incentivo monetario para los miembros del equipo postulador, pero se reconoce por parte de la dirección y las jefaturas inmediatas de los miembros del equipo, las horas extras invertidas en la sistematización de este proceso, sobre todo porque esta mejor práctica tiene una cuenta histórica de más de nueve años de ejecución, tiempo durante el cual ha habido una gran cantidad de información que ha sido necesario recopilar y rescatar y sistematizar de acuerdo a lo solicitado en este reconocimiento.

Criterio 2: Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.

2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora.

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

Para la ejecución de este proyecto se identificaron las principales problemáticas en reuniones realizadas entre el director, Jefatura de División médica, Jefatura del Departamento de Cirugía y de consulta externa en el año 2012, teniendo como base los datos de pacientes con cirugías electivas del año 2012. Para la identificación de los problemas se utilizó la lluvia de ideas (brainstorming) el cual nos generó el mapa mental propuesto (fig.1.) y a partir del cual se realizó una identificación de los principales problemas presentados.

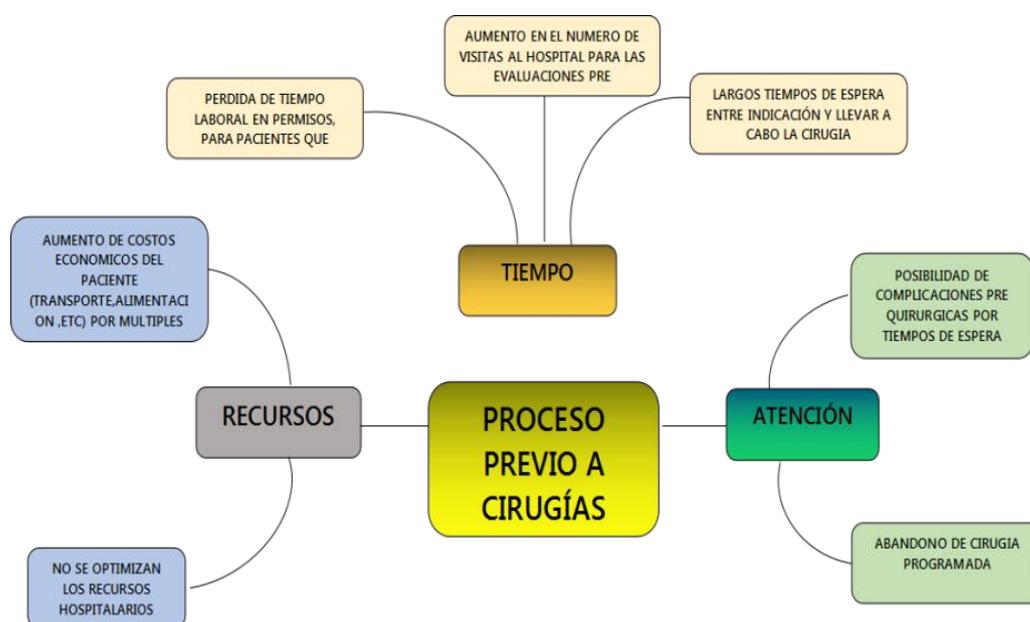


Fig. 1. Mapa mental lluvia de ideas oportunidades de mejora de cita única 2012.

En la siguiente tabla podemos observar los principales problemas identificados a través de la lluvia de ideas que se generó en la figura 1:

Tabla 1
Problemas principales identificados con la técnica de lluvia de ideas (Brainstorming)

Principales problemas identificados con la técnica de lluvia de ideas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Tiempos de espera prolongados entre diagnóstico quirúrgico y realización de cirugía. ● Altos costos económicos para los usuarios. ● Número de visitas frecuentes (más de cinco) por usuario para realización de evaluaciones pre-quirúrgicas. ● Posibilidad de complicaciones medicas previos a cirugía. ● Problemas laborales de usuarios (descuentos, falta de permisos) por visitas frecuentes para cumplimiento de evaluaciones pre-quirúrgicas. ● Riesgo de descompensación de co-morbilidades. ● Abandono de programación quirúrgica por demasiado tiempo invertido. ● Deficiencias en el proceso de atención al usuario. 	

Fuente: Elaboración propia.

¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de problemas?

Dado que este proyecto lleva 9 años en ejecución se buscó la información inicial donde se determinó que para la priorización de problemas se utilizó el método de Hanlon; dicho método sirvió para determinar el orden de importancia de cada uno de los problemas encontrados.

Este método se basa en la identificación de cuatro componentes o variables: magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución y la factibilidad del programa o de la intervención., las cuales se ponderaron y a las cuales se les aplicó la fórmula establecida en el método, como se muestra a continuación:

Tabla 2
Parámetros utilizados en la priorización de problemas según Método de Hanlon

PARÁMETROS UTILIZADOS POR EL METODO DE HANLON	
Magnitud del problema (A)	Hanlon definió este componente como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total. Para nuestro caso son el número de personas afectadas con cirugías indicadas que requerían evaluaciones pre quirúrgicas. La magnitud se evalúa a partir de la escala que puede observarse en la tabla 3
Severidad del problema (B)	Esta variable puede analizarse con datos objetivos como los indicadores de cirugías electivas realizadas. Así mismo con datos subjetivos como carga social generada por pérdida de tiempo y costos económicos en que incurre el paciente al asistir demasiadas veces al hospital para realizarse las evaluaciones pre quirúrgicas o pre operatorias. Cada factor se valora en una escala del 1 al 10 dependiendo de la severidad del problema.
Eficacia de la solución (C)	La eficacia permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. Algunos autores sugieren otorgar a este componente una escala de 0.5 a 1.5, cualificandolo de la siguiente manera: DIFÍCILES: 0, FÁCILES: 1.5-1.0
Factibilidad (D)	Hanlon describe este componente por las siglas PERLA que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la institución determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables. Un "sí" se corresponderá con 1 punto; un cero corresponderá al "no".
Puntuación de la prioridad	El puntaje total generado, analizando los parámetros indicados, se aplicó la siguiente fórmula: (A + B) C x D Donde: A= Magnitud B= Severidad C= Efectividad. D= Factibilidad.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3
Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas (método Hanlon)

UNIDAD POR 1,000,000 DE POBLACIÓN	PUNTUACIÓN
50,000 o más	10
5,000 a 49,999	8
500 a 4,999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 4.9	0

Tabla N°4
Priorización del problema según método de Hanlon.

Problema	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad	Total
Número de visitas frecuentes (más de cinco) por usuario para realización de evaluaciones pre-quirúrgicas.	8	9	1.5	1	25.5
Tiempos de espera prolongados entre diagnóstico quirúrgico y realización de cirugía.	9	10	1.5	1	28.5
Altos costos económicos para los usuarios	8	8	1.0	1	16
Posibilidad de complicaciones medicas o previos a cirugía.	4	6	1.0	1	10
Problemas laborales de usuarios (descuentos, falta de permisos) por visitas frecuentes para cumplimiento de evaluaciones pre-quirúrgicas.	3	5	0.5	0	0
Riesgo de descompensación de comorbilidades.	4	5	1.0	1	9
Abandono de programación quirúrgica por demasiado tiempo invertido.	4	6	0.5	1	5
Deficiencias en el proceso de atención al usuario.	6	5	1.0	1	11

Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizada la matriz de prioridades se puede observar que los dos principales problemas son los tiempos de espera prolongados y el número de visitas frecuentes por usuario para la realización de las evaluaciones pre quirúrgicas, lo que nos lleva a proponer la estrategia de cita única para optimizar y disminuir los tiempos de espera pre quirúrgica en los pacientes con cirugías electivas.

¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema y análisis de causa raíz?

Para el análisis de causa-raíz se aplicó la herramienta de los cinco por qué.

Esta es una herramienta de mejora continua enfocada en la calidad, que muestra todas las posibles causas que existen detrás de un problema, y se basa en la realización de preguntas que buscan explorar precisamente la causa-efecto de un problema o suceso particular iniciando con un primer por qué el cual a su vez va generando el otro por qué como consecuencia (en forma de cascada, pero relacionados entre sí), y así sucesivamente. Para nuestro caso una vez establecida la priorización de los problemas nuestro análisis tuvo como punto de partida el prolongado tiempo de espera que tienen que invertir los pacientes a quienes se les indica una cirugía hasta llegar a finalizar el proceso de intervención quirúrgico prescrito. En la siguiente tabla se expone el resultado de este análisis causal.

Tabla N°5
Metodología de los cinco por qué, aplicada a la estrategia de cita única.

Planteamiento del problema	Por qué 1	Por qué 2	Por qué 3	Por qué 4	Por qué 5
Tiempos de espera prolongados entre diagnóstico o programación quirúrgica y realización de cirugía.	Porque los pacientes esperan más de seis meses entre la indicación de la cirugía y la realización de la misma.	Porque los pacientes deben realizar muchas visitas al hospital para la realización de sus exámenes y evaluaciones pre quirúrgicas.	Porque los distintos exámenes y evaluaciones son de diferentes áreas	Porque no hay una sincronía de atención en los diferentes servicios.	Porque el sistema está diseñado de tal forma que no puede realizar diferentes procesos al mismo tiempo o en cortos períodos de tiempo.

Fuente: Elaboración propia de datos del año 2012.

¿Cómo proyectaron el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

Una vez realizado el análisis de causa efecto a través de la herramienta de los cinco por qué se estableció el impacto que generaría este proyecto, en diferentes áreas de atención y/o servicio como se indica a continuación (Tabla 6):



Tabla 6.
Proyección de Impactos para abordar la oportunidad de mejora

Agentes/Áreas de acción	Proyección de impactos
<p>Usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de tiempos de espera entre indicación quirúrgica y realización de la misma. • Atención oportuna y cercana a la problemática de salud presentada por el paciente. • Evitar complicaciones de la patología por la cual se indicó el procedimiento quirúrgico, debido al tiempo prolongado de realización del proceso. • Atención personalizada a través de procesos ágiles y óptimos. • Reducción de costos económicos por reiteradas visitas al hospital. • Restablecer y/o reanudar actividades personales que pudieron haberse suspendido en tiempos más cortos, debido a la patología que el paciente presentaba y que fue causa de indicación quirúrgica. • Evitar complicaciones por co-morbilidades en pacientes que las hubieran presentado. • Disminución de permisos laborales que puedan hacer incurrir al paciente en descuentos o problemas laborales.
<p>Familias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de costos económicos por reiteradas visitas del paciente para realización de evaluaciones pre-operatorias; esta reducción de costos impacta no solo en el usuario directamente sino también de forma indirecta en la economía familiar. • Más tiempo de permanencia en casa con sus familias. • Evitar situaciones innecesarias familiares que ponen en predicamento al paciente como por ejemplo en caso de que el paciente tenga hijos menores que requieran cuidado, o que el paciente sea la única persona que se encarga de recoger y/o ser responsable de otros miembros del hogar, etc. • Paciente resuelto de su situación clínica en el menor tiempo posible, permitiendo reanudar prontamente sus funciones y rol dentro de la familia.
<p>Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de recursos hospitalarios. • Aumenta cobertura de cirugías electivas. • Reducción de días de estancias hospitalarias por complicaciones surgidas en el largo tiempo de espera del paciente. • Promoción y fortalecimiento de trabajo en equipo. • Optimización de los servicios de apoyo. • Implementación de estrategia interhospitalaria: el hospital puede llevar a cabo la estrategia de cita única en la prestación de servicios (principalmente en evaluaciones neumológicas) a otros centros hospitalarios. Es decir que dicha estrategia es aplicable tanto de forma interna como externa, a aquellos pacientes que provienen de otros centros hospitalarios se les incluye en la estrategia para que en un solo día puedan llevar a cabo sus evaluaciones neumológicas.

Fuente: Elaboración propia

2.2 Recolección y análisis de la información?

¿Qué metodología y herramientas aplicaron para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para la identificación de problemas, causas, alternativas de solución y el desarrollo y ejecución del proyecto de mejora?

Para la identificación del problema, fue necesaria pasar la herramienta de recolección de datos de la encuesta. Se escogieron 25 usuarios que iban a ser sometidos a cirugías electivas en mayo a junio 2012, dichas encuestas se realizaron en pacientes escogidos al azar (Anexo 11). También se tomaron en cuenta 40 expedientes del año 2012 y 25 expedientes en el período de enero a abril del año 2013 en aquellos usuarios quienes serían sometidos a cirugías electivas (solo cirugía general, ortopedia y ginecología) esto para poder determinar los tiempos de espera sin la aplicación de la estrategia de cita única.

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

Para verificar la confiabilidad del análisis realizado se tomaron en cuenta algunas fuentes de información como es el informe local de sala de operaciones (ya avalado como fuente de información oficial) correspondiente al periodo de junio a diciembre de 2012 desde el cual se tomó una muestra de 40 expedientes y 25 expedientes de enero a abril del año 2013. Los datos recolectados corresponden a las cirugías electivas realizadas durante esos años (solo cirugía general, ortopedia y ginecología) para determinar el tiempo transcurrido entre la indicación de la cirugía y la ejecución de la misma de aquella época. (Anexos 12).

Es importante destacar que dado el tiempo transcurrido hasta la actualidad y que en los años 2012-2014 no se contaba con un sistema tipo SIMMOV, la información no se reflejaba completamente de forma digital en este centro hospitalario por lo que no se cuenta con información del año 2012 ni siquiera en el informe de sala de operaciones y por otro lado por el tiempo transcurrido mucha información en forma física ha sido ya descartada institucionalmente y que se pueda evidenciar en los anexos de este proyecto.

El dato expresado del año 2012 corresponde a información que se tiene de miembros del equipo postulador que inició el proyecto en aquel momento y que aún laboran en este centro hospitalario.

Del año 2013 contamos con información recabada del informe de sala de operaciones de ese año como se muestra en el anexo 12.

¿Cómo se determinó y cuál era la brecha existente entre la situación inicial (línea base) y la situación o proyección deseada?

Tabla 7.
Brechas establecidas entre situación inicial y la deseada

SITUACION REAL	LINEA BASE 2012-2013	SITUACION DESEADA PARA EL AÑO 2022	BRECHA
Tiempo de espera entre indicación quirúrgica y programación de cirugía	24 semanas para programación de cirugía	Reducir a tres semanas el tiempo de espera para programación de cirugía	21 semanas
Tiempo de espera entre indicación quirúrgica y realización de cirugía	60 semanas para llegar a la realización de cirugía	Reducir a no más de seis semanas la realización de la cirugía a partir de su indicación	54 semanas
Evaluaciones médicas pre operatorias por día	1 vez o Por semana evaluaciones pre operatorias por cirujano	Incrementar a 5 veces por semana la disponibilidad de cirujano para evaluaciones pre quirúrgicas	4 veces por semana
Falta de acompañamiento y orientación al paciente en su proceso de evaluación pre quirúrgica.	No había un acompañamiento	Hay una enfermera asignada para cita única que se encarga de acompañar y orientar al paciente Reasignación de funciones	Una enfermera acompañante cuyas funciones son exclusivas para los usuarios del proceso de cita única

Criterio 3: Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada.

3.1 Planificación de la mejor práctica.

¿El proyecto está orientado con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la Institución?

Partiendo que la misión del hospital Saldaña en el enunciado que expresa “Somos un Hospital General, que brinda servicios de salud integrales, con el paciente y su familia como Centro de nuestra atención, con el apoyo de profesionales altamente calificados a través de servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa; basándose en el trabajo en equipo con vocación, conocimiento y experiencia, a través de la innovación y educación continua” y teniendo como visión “Liderar la transformación del sistema sanitario de la Red Pública, que garantice servicios de cuidados médicos especializados, con acceso equitativo y universal; a través de la formación de profesionales en salud comprometidos con la investigación científica, el humanismo y el medio ambiente, que permita realizar promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el servicio de la comunidad, enfocados en ser el primer Hospital Verde de El Salvador”, está mejor practica concuerda perfectamente con estas premisas, e incluso por ser una mejor práctica con trayectoria y particularidad en el sistema hospitalario nacional cumple los criterios de liderazgo y de satisfacción en la atención al usuario, tal y como se nombra en la misión y visión del Hospital Nacional Saldaña.

Así mismo los objetivos de la institución que indica “Brindar asistencia sanitaria integral a la población, bajo el concepto de atención primaria en salud (APS), conformado por la redes integrales e integradas de servicios de salud, con un catálogo de prestaciones ambulatorias y de hospitalización que nos corresponde como Hospital General, con excelencia académica, optimizado los servicios asistenciales, a través de la innovación y una mejora continua de los procesos de atención médica e investigación científica, con participación ciudadana, mediante una gestión eficaz, planificada con una ejecución presupuestaria eficiente, creando espacios más saludables, previniendo, reduciendo y mitigando los impactos negativos sobre el ambiente” también toma en cuenta la mejora continua de los procesos de atención médica y la gestión eficaz planificada, que son características fundamentales que esta práctica de cita única contiene. Así mismo en los lineamientos estratégicos del POA institucional se evidencia la relación que el proceso de cita única mantiene con la atención con calidad, calidez y excelencia al usuario.

¿Cómo se definió el plan de trabajo?, ¿Cómo 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?

Tabla 8
Plan de trabajo del proceso de cita única.

Objetivos	<p>General: Disminuir y optimizar los tiempos de espera en las evaluaciones pre-quirúrgicas correspondientes en pacientes que acuden a programación de cirugías electivas.</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un proceso de evaluación pre-quirúrgica que se lleve a cabo durante una jornada laboral completa de tal manera que el paciente solo invierta este tiempo previo a la ejecución de su cirugía. 2. Reducir los tiempos de espera en las evaluaciones prequirúrgicas y programación de las cirugías. 3. Satisfacer la necesidad del usuario de optar por la ejecución de una cirugía electiva en el menor tiempo posible.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Numero de cirugías electivas programadas en menos de 4 semanas desde su indicación. • Numero de cirugías electivas realizadas en menos de 6 semanas desde su indicación. • Tiempo promedio de espera en pacientes con cirugías electivas programadas en las áreas de Cirugía general; Ginecología y Ortopedia.

Etapa	Actividad	Periodo de Evaluación	Responsable
Planificación	Identificación del problema	Mayo 2012	Dra. Silvia Carolina Salinas Dr. Raúl Roberto Castillo Durán. Dr. Angel Henríquez (primer equipo postulador)
	Priorización del problema según método de Hanlon	Julio 2012	
	Análisis de causas del problema	Agosto 2012	
	Conformación de primer equipo de mejora (seguimiento)	Julio 2012	
	Elaboración y sistematización del perfil de proyecto	Octubre 2012	
	Presentación del proyecto a alta dirección del hospital	Octubre-noviembre 2012	
Organización	Diseño de implementación del proyecto	Noviembre 2012	Dra. Silvia Carolina Salinas Dr. Luis Alonso Martínez Chávez Dr. Luis Orestes Estrada Parada
	Socialización y Coordinación con las jefaturas y áreas involucradas	Diciembre 2012	
	Socialización del proyecto con las diferentes jefaturas del hospital	Diciembre 2012	
	Definir responsables por áreas de intervención	Diciembre 2012	
Ejecución	Ejecución de prueba piloto. Solo 15% del total de pacientes sometidos a cirugía electiva durante el período mayo-diciembre 2013	Mayo 2013	Dr. Manuel Antonio Carballo (Médico cirujano inicial plan piloto 2014)
	Revisión y análisis del plan piloto	Noviembre 2013	Dra. Silvia Carolina Salinas Dr. Manuel Antonio Carballo Dr. Luis Orestes Estrada Parada
	Ejecución de proceso con todas las cirugías electivas programadas	Enero 2014 a la fecha	Dr. Manuel Antonio Carballo
Control	Evaluación de los indicadores del proceso de cita única	2019 a junio 2022	Dra. Silvia Carolina Salinas Dra. Ruth Carolina Barrientos Lic. Jeisser Cornejo Dra. Angélica Guardado de Rodríguez (Equipo postulador actual)
	Fortalecimiento del proyecto		

Fuente: Elaboración propia.

¿Se asignó presupuesto durante la planificación? ¿Como se financió el proyecto?

Para la implementación de este proyecto no se necesitó ninguna partida presupuestaria específica o adicional a la ya establecida dentro del presupuesto general institucional. Esto se considera una gran ventaja en la ejecución de dicha práctica ya que se vuelve autosostenible y puede fácilmente ser aplicado en cualquier institución hospitalaria de acuerdo a sus recursos propios.

Para el desarrollo del proyecto únicamente se realizó una reasignación de recursos y funciones a aquellos que participarían directamente en la implementación de la misma; para esto se contó con el apoyo de todas las jefaturas, división médica, consulta externa y servicios de apoyo.

Dado que el hospital tuvo una readecuación y contratación de recursos médicos y de enfermería a partir del año 2016, se aprovechó esta coyuntura para poder asignar las funciones necesarias para la ejecución del proyecto.

A pesar de ser una estrategia autosostenible con fondos propios, a continuación, se presentan los costos establecidos, incluyendo todos los rubros y áreas intervinientes para la ejecución de la misma. Para poder establecer un presupuesto promedio de ejecución, se tomaron en cuenta los datos de los pacientes vistos en cita única en el año 2019 (587 pacientes) debido a que durante el año 2020 y 2021 por la pandemia de COVID-19, la ejecución de la estrategia de cita única en el hospital fue irregular ya que este centro hospitalario se designó exclusivamente para atención de pacientes infectados por el coronavirus; en base a lo anterior, el año 2019 es el más completo con datos fidedignos a la fecha.

A continuación, se comparten dos tablas de gastos estimados en la ejecución del proyecto.

Tabla 9
Gastos estimados en insumos utilizados en la ejecución del proyecto

Insumo/Material/Equipo	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Fuente de financiamiento
Papel bond BASE 20	\$3.30	Una resma y media por mes	\$59.40 por año	Presupuesto institucional
Order book	\$0.90	Uno por semestre	\$1.80 por año	Presupuesto institucional
Lapiceros	\$0.12	Dos por mes	\$2.88 por año	Presupuesto institucional
Lapices	\$0.10	Dos por mes	\$2.40 por año.	Presupuesto institucional
Marcadores	\$0.90	Uno por mes	\$10.8 por año	Presupuesto institucional
Total de insumos	\$ 77.28 (por año)			

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10

Gastos estimados de Exámenes de laboratorio y Gabinete por paciente (servicios de Apoyo)

Perfil de exámenes de laboratorio pre operatorio (detalle de exámenes de laboratorio a indicar).*	Hemograma	\$ 0.65	\$4.85 por paciente	Presupuesto institucional
	Tiempo de Tromeo Rh	\$1.00		
	Tiempo de protrombina	\$1.00		
	Tiempo de Tromboplastina	\$1.00		
	Creatinina	\$0.60		
	Glucosa	\$0.60		
Exámenes radiológicos preoperatorios (Radiografía de Tórax)	\$12.00	\$12.00	\$12.00 por paciente	Presupuesto institucional
Electrocardiograma	\$ 15	\$ 15	\$ 15.00 por paciente	Presupuesto institucional
Espirometría	\$34.50	\$ 34.50	\$34.50 por paciente	Presupuesto institucional
Total exámenes (servicios de apoyo)	\$66.35 (por paciente)			
Total de gastos anuales en servicios de apoyo para cita única (en base a 587 pacientes)	\$38,947.45			

Fuente *: En base a datos obtenidos por jefatura de servicios de apoyo y Unidad Financiera.

Tabla 11

Gastos mensuales utilizados en recursos humanos que intervienen en la estrategia de Cita Única*

Disciplina	Horas diarias	Número de recursos	Costo mensual por recurso*
Cirujano General	Dos horas	1	\$302.85
Médico Internista	Dos horas	1	\$302.85
Neumólogo	Dos Horas	1	\$302.85
Ortopeda	Dos horas	1	\$302.85
Ginecólogo (a)	Dos horas	1	\$302.85
Terapeuta respiratorio	2 horas	1	\$99.60
Anestesiista	2 horas	1	\$399.43
Técnico de laboratorio clínico	2 Horas	1	\$142.40
Técnico de Rayos X	2 Horas	1	\$157.20
Técnica electrocardiograma	2 Horas	1	\$99.60
Enfermera acompañante del programa.	6 horas	1	\$318.00
Ayudante de enfermería	2 horas	1	\$91.20
Total mensual gastos recursos humanos	\$ 2,821.68		
Total de gastos de recursos humanos por paciente (Total Anual/# de pacientes por año)	\$57.68		

* Costos en base a salarios base proporcionados por recursos humanos.

Tabla 12
Total de gastos estimados por paciente promedio y por año*

RUBRO	PROMEDIO COSTOS POR AÑO ESTRATEGIA CITA UNICA	PROMEDIO DE GASTOS POR PACIENTE (EN BASE A 587 PACIENTES VISTOS EN 2019) *
Insumos	\$77.28	\$0.13
Servicios de Apoyo	\$38,947.45	\$66.35
Recursos humanos	\$33,860.16	\$57.68
TOTAL	\$72884.89	\$124.16

*De acuerdo al promedio total de pacientes vistos en 2019 (587 pacientes).

3.2 Implementación de la mejor práctica.

¿Cómo se implementó la mejor practica?

Para la implementación de la mejor práctica se procedió a la recolección, clasificación, consolidación y análisis de la información que nos condujera a la identificación del problema y sus respectivas, causas y alternativas de solución; Este proceso se realizó en cuatro etapas:



Etapa de Planificación

Para la etapa de planificación se utilizó el instrumento de recolección de datos de la encuesta a través de la cual se recolectó la información con 25 usuarios que serían sometidos a cirugías electivas durante el mes de mayo y junio del año 2012, con la finalidad de conocer la percepción de los usuarios respecto al tiempo que tendrían que invertir desde la indicación médica quirúrgica hasta el momento de la intervención y las dificultades a las que se enfrentaban con las visitas reiteradas al hospital para la realización de sus evaluaciones pre quirúrgicas, es decir sin la aplicación de la estrategia de cita única. (Anexo 11).

Es de destacar que, en ese momento, la cantidad de pacientes que se sometían a cirugías electivas o programadas era mucho inferior a los que se presentan en la actualidad.

En esta etapa además se recabaron los datos de expedientes obtenidos de algunas fuentes de información como es el informe local de sala de operaciones (ya avalado como fuente de información oficial) de los meses de junio a diciembre del año 2012 y de enero a abril del año 2013 (anexo 12); es importante aclarar que de estos datos recabados de cirugías electivas, solo podemos evidenciar y recabar los datos obtenidos en cirugías electivas del año 2013 y no se obtuvieron datos del 2012 ya que no se cuenta con información digitalizada estadísticamente de ese año que pueda obtenerse a esta fecha.



De los datos recolectados correspondientes, se estableció como criterio de inclusión solo las categorías de cirugía general, ortopedia y ginecología; no se tomaron en cuenta las categorías de cirugía de tórax debido a que estas son programadas desde los servicios de neumología con los pacientes ya ingresados, por lo que la estrategia de cita única no es aplicable; tampoco se incluyó las cirugías electivas en el área de obstetricia ya que no cumplían los criterios de cita única pues estas corresponden principalmente a cesáreas y la mayor parte de las pacientes sometidas a esta intervención ya ha tenido un proceso de evaluación previa a través de sus controles prenatales programados o en casos de emergencia obstétrica. (Anexo 13,14 y 15)

A partir de este análisis se logró identificar los tiempos de espera (sin cita única) tanto desde la indicación a la programación de la cirugía y desde la programación a la realización de la misma, tal y como se expone en el esquema del anexo 17.

Etapa de Organización

Una vez analizados los datos obtenidos en la etapa de planificación se procedió a la organización del proyecto. Es así como en esta etapa se estableció el proceso a seguir en cita única, con sus respectivas áreas de intervención, responsables y recursos participantes son sus respectivos roles. A partir de la identificación de los tiempos de espera promedio sin la aplicación de la estrategia de cita única, tal y como se evidencia en el esquema del anexo 17. Se llevaron a cabo reuniones entre el equipo postulador inicial donde se propuso la estructura de organización de la estrategia sin cita única y los recursos que podrían intervenir en la misma. (Anexo16).

Etapa de Ejecución

La ejecución del proyecto tuvo dos fases importantes: una fase llamada "Plan Piloto" y otra fase de ejecución total de la estrategia.

La fase del "plan piloto" consistió en que solo el 15% de los pacientes (55 pacientes del total) que eran sometidos a cirugías electivas fueron tomados en cuenta para aplicar la estrategia de cita única. Es así como la primera cita única se establece en el mes de mayo de 2013 (Anexo 18).

La fase de ejecución total consistió en que todos los pacientes quienes se someterían a cirugías electivas se les incluiría dentro de la estrategia de cita única; esto se llevó a cabo a partir del año 2014 a la fecha. Es importante destacar que, una vez ejecutada la estrategia, se valoraron y analizaron todas las situaciones que se experimentaron en la fase piloto e incluso se valoró los tiempos de espera iniciales en los primeros 55 pacientes del año 2013, los cuales si bien es cierto había una reducción del tiempo de espera, aún no generaba el impacto esperado

Para el año 2016 y con los datos anteriormente expuestos se evaluó nuevamente la ejecución de la estrategia y reasignar recurso humano que diera un mejor cumplimiento de los objetivos de la estrategia, principalmente en el tema del acompañamiento y orientación al usuario y atención directa incluido en este proceso.

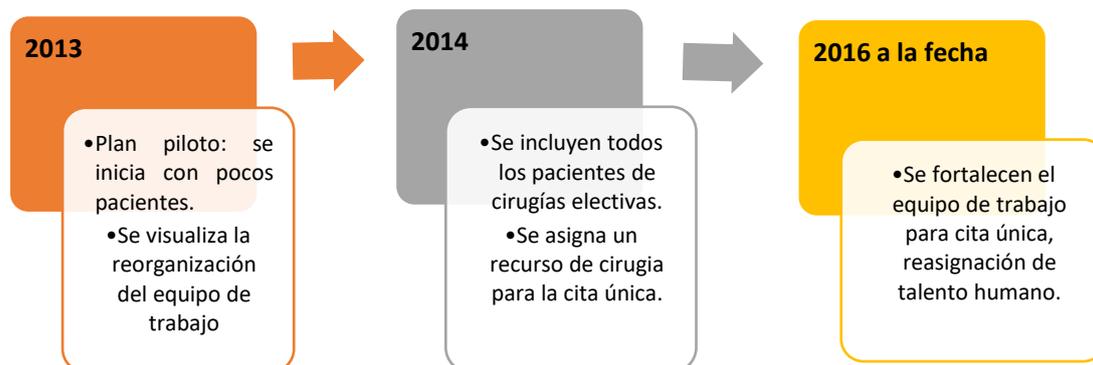


Fig. 2 Evolución de la ejecución del proceso de cita única

Etapa de Control

En esta etapa se fue analizando la ejecución del proceso de cita única; se realizaron supervisiones sobre el desarrollo del proceso de las cuales solo se tienen evidencias desde el año 2019; aquí se tuvo la oportunidad de verificar el cumplimiento de los tiempos de espera, la realización de todos los procesos, etc. (Anexo 19).

Es importante destacar que, siendo una estrategia con más de 9 años de ejecución, este ha presentado evolución y avances que han permitido mejorar el proceso principalmente en la reducción cada vez más tangible en los tiempos de espera de los pacientes. Esto significa que en aquellos pacientes en quienes inicialmente se implementó la estrategia de cita única como plan piloto, la reducción de los tiempos de espera era muy diferente a los tiempos de espera que se manejan en la actualidad. Con el fortalecimiento de la práctica se ha dado cada vez una mejor respuesta a la problemática planteada inicialmente.

Otro dato importante a destacar es que la evolución de esta estrategia tiene que ver con el alcance de la misma a otras áreas o servicios de atención tanto intra como interinstitucional.

En esta etapa también se determinaron las dificultades suscitadas y las acciones para fortalecer el proyecto.

¿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?

En la etapa de planificación del proyecto se logró identificar como se estaba desarrollando el proceso de los pacientes sometidos a cirugías electivas sin la estrategia de cita única (Anexo 17). A partir de aquí y justamente en la etapa de organización de esta práctica se determinó el proceso a seguir para la operativización de la cita única (figura 3); es de aclarar que se han fortalecido a las partes involucradas en el proceso desde la programación de la cirugía hasta la ejecución de la misma. Los participantes son los mismos que siempre han pertenecido a sus áreas de atención (laboratorio, radiología, cirugía, medicina interna, etc.); la diferencia radica en que ellos tienen conocimiento del proceso de cita única y proveen los servicios a estos pacientes sin “despacharlos” y teniendo en cuenta que sus evaluaciones

deben realizarse en un mismo día, dentro de una sola jornada; esto nos indica que el proceso de cita única también nos permite la optimización de los recursos.

Las áreas de organización involucradas establecidas son las siguientes:

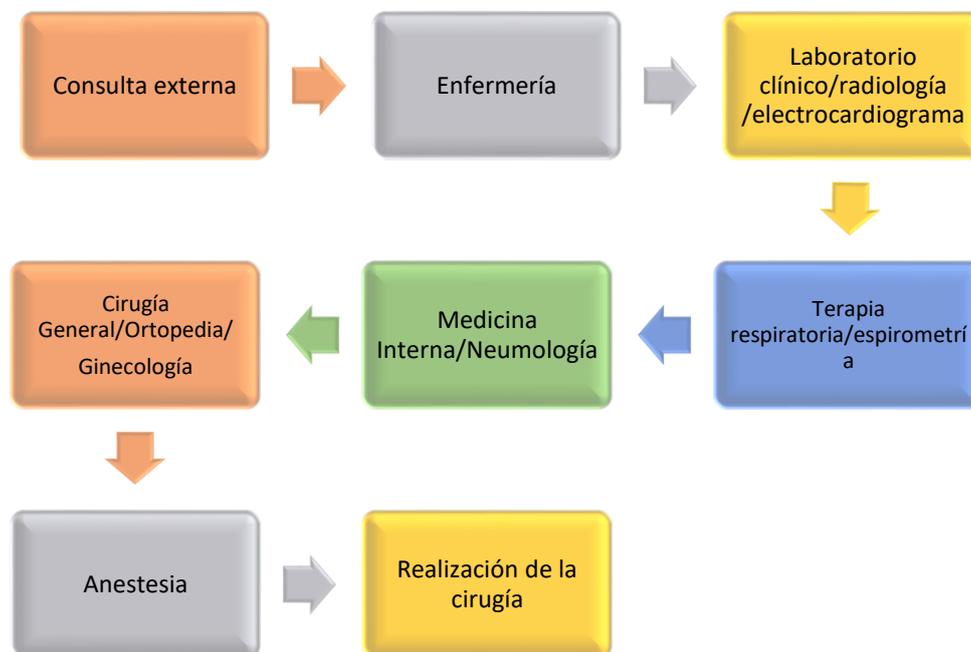


Fig. 3 Proceso de operativización de la cita única

Cada una de estas partes tiene un papel dentro de la estrategia tal y como se expone en la siguiente tabla:

Tabla 13
Roles Identificados en las partes involucradas en el proceso de cita única.

PARTE INVOLUCRADA	ROL EN LA ESTRATEGIA
Consulta Externa	Recibe los pacientes, coordina con las entidades de servicios de apoyo. De la consulta externa se En la consulta externa se lleva a cabo la consulta de Medicina Interna y Neumología Se realizaban la indicaciones pre quirúrgicas Se supervisa diariamente el adecuado flujo de pacientes de cita única para que se cumpla el proceso en el tiempo establecido.
Laboratorio Clínico	Realiza la toma de exámenes de laboratorio establecidos en la evaluación pre operatoria, en el momento en que los pacientes solicitan el servicio. Los resultados de exámenes de laboratorio se trasladan el mismo día en un promedio de 2 horas una vez tomadas las muestras.
Radiología y Electrocardiograma	Realiza la toma de exámenes de Rayos X de Tórax y electrocardiograma establecidos en la evaluación pre operatoria, en el momento en que los pacientes solicitan el servicio. Los resultados de dichos exámenes se obtienen en el momento el mismo día de su realización.
Medicina Interna	Realiza las evaluaciones preoperatorias (EPO) correspondientes, una vez realizados y obtenidos los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.

Neumología	Realiza evaluación de pacientes que lo ameriten y que puedan tener factores de riesgo. Para realizar la evaluación neumológica el paciente debe contar con un examen de espirometría.
Terapia respiratoria (espirometría)	Se les toma a todos los pacientes que ameriten evaluación de neumología
Cirugía general; Ginecología y Ortopedia	Realiza la indicación de la cirugía para que el paciente sea evaluado dentro de la estrategia de cita única Una vez el paciente ha realizado sus evaluaciones pre operatorias el médico especialista (cirujano general, Ginecólogo u ortopeda) programa la cirugía para su ejecución final.
Anestesia	Una vez programada la cirugía, el personal de anestesia realiza una última evaluación preoperatoria para confirmar la fecha de realización de la cirugía.
Enfermería	Recepción de tarjetas de pacientes con cita única. Supervisa y da seguimiento a los exámenes de laboratorio y gabinete para que los médicos que realizarán las evaluaciones pre operatorias tengan todos los insumos y exámenes correspondientes. Acompaña al paciente en todo el proceso; desde que se recibe hasta su paso por el área de servicios de apoyo (Laboratorio clínico, Radiología, Electrocardiograma).

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 14
Dificultades identificadas en la implantación del proceso de Cita única.

DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
Falta de acompañamiento y orientación al usuario en el proceso	Se asignó recurso de enfermería exclusivo para cita única que orienta y acompaña de forma personalizada al paciente.
Personal de enfermería insuficiente para atención de este tipo de pacientes	El hospital hizo contratación de personal en todas las áreas; se aprovechó recurso de enfermería ¹ para asignarse a este proyecto.
Coordinación efectiva entre las áreas involucrados del proceso.	Se ha ido socializando de mejor manera el involucramiento y papel de todas las áreas que participan en esta práctica
Pocos recursos de cirugía	Con la reasignación y contratación de plazas se fortaleció el departamento de cirugía.

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Control y Seguimiento.

¿Como realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica se ha realizado en diversas etapas, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 15
Control y Seguimiento del desarrollo del proceso de Cita única.

Supervisiones directas	Supervisiones dirigidas al departamento de cirugía realizadas por la división médica. Esto permitió en su momento pasar de un plan piloto al establecimiento completo de la práctica y a fortalecer el proceso
Revisión de POA por áreas de trabajo involucradas	En el POA de las diversas áreas involucradas (división médica, consulta externa, división de enfermería, departamento de cirugía) se incluye a partir del 2014 el proceso de cita única.
Reuniones con equipos de trabajo (comités estratégicos, entregas de turnos, reuniones de jefaturas)	Este tipo de actividad permite revisar y dar seguimiento a las dificultades presentadas durante el proceso, las alternativas para mejorarlas y el fortalecimiento del mismo.
Plan de trabajo de comités como Actividad quirúrgica;	Pueden incluir actividades relacionadas al proceso de cita única, los cuales son monitoreados y evaluados periódicamente.
Sistema SIMMOV, PERC; eTAB, Reportes de Unidad de Planificación	Con los sistemas estandarizados ya vigentes en la plataforma digital del ministerio de salud podemos evidenciar, la producción en cirugías electivas (la cual ha aumentado) los tiempos
Monitoreos específicos por áreas	Como por ejemplo división de enfermería; Unidad de calidad.

Fuente: Elaboración propia.

¿Qué tipo de medición de la mejora implementaron? ¿Establecieron Indicadores? ¿Cada cuanto los midieron?

Los indicadores establecidos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 16.
Indicadores del proceso de Cita Única.

INDICADORES DEL PROYECTO	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN
Numero de cirugías electivas realizadas en menos de 5 meses desde su programación. Numero de cirugías realizadas/ numero cirugías electivas programadas	Se evalúa mensualmente a través de los informes realizados por consulta externa, departamento de cirugía y división medica-quirúrgica. Se evalúa mensualmente a través de los informes de la unidad de planificación y todos los mecanismos digitales para descarga de información como SIMMOV; PERC; eTAB.
Tiempo promedio de espera en pacientes con cirugías electivas programadas en las áreas de Cirugía general; Ginecología y Ortopedia. Promedio de días de espera de pacientes/ Número de pacientes atendidos en un año	A través de los informes mensuales generados por unidad d planificación Reportes mensuales de consulta externa (se lleva registro de pacientes con cita única) , departamento de cirugía (libro de sala de operaciones, reportes de servicios de apoyo)

Fuente: Elaboración propia

¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, cómo se aseguró el equipo la adopción de medidas correctivas o acciones de mejora?

Tabla 17.
Desviaciones presentadas en el proceso de Cita Única.

DESVIACIONES PRESENTADAS	MEDIDAS CORRECTIVAS O ACCIONES DE MEJORA
Características de la enfermera acompañante: no todas los recursos de enfermería son aptos o tienen las aptitudes para realizar este proceso. Han habido varios cambios de recursos.	Se ha escogido y capacitado al recurso más idóneo para esta finalidad.
Pocos recursos de cirugía. Varios recursos de cirugía programan cirugías.	Hay más recursos de cirugía. Se capacita a recursos nuevos sobre proceso de cita única.
Equipo de laboratorio clínico con fallas técnicas	Reprogramar en el tiempo más cercano al paciente, evitar aumento en el tiempo de espera.
Pandemia paralizó el Proyecto suspensión de cirugías.	Reprogramar los pacientes lo más pronto posible una vez se retoma la normalidad.
Dificultades técnicas en el SIS (Sistema de Información Integral) que tarda en reportar exámenes.	Reporte de fallas a unidad de informática y encargado de SIS institucional, para su mejora desde el nivel central.

Fuente: Elaboración propia.

4. Gestión del equipo de mejora.

4.1 Integración al equipo de mejora.

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

Los miembros del equipo de mejora fueron gestionados a partir de criterios de selección establecidos por la dirección del hospital en conjunto con la Jefatura de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC) y jefe de la división médica. En este punto se buscaron no solo que los integrantes del equipo tuvieran alguna participación, involucramiento y/o conocimiento de la mejor práctica, sino que también se tuvieran las competencias idóneas para el desarrollo y sistematización de la misma. El nombramiento del equipo postulador se realizó a través de resolución que se compartió con todas las jefaturas del hospital (Anexo 1). Los criterios establecidos para la participación como equipo de mejora se explican en el siguiente esquema:



Fig. 4 Criterios del equipo de mejora

4.2 Desarrollo del equipo de mejora.

¿Cómo el equipo de mejora se integró al proyecto considerando las competencias, conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?

Dado que el proyecto tiene 9 años de implementación, el equipo de mejora actual no es el mismo que se postuló en esa etapa; es de aclarar que del primer equipo postulador (año 2012-2013) la mayor parte de integrantes ya no forman parte del talento humano del hospital, únicamente la Dra. Silvia Carolina Salinas está activamente dentro de este equipo. De esta manera, se propuso para el año 2022 un nuevo equipo postulador quienes participan a partir de los criterios ya establecidos para la selección del equipo de mejora, y tomando en cuenta el conocimiento, participación e involucramiento en esta mejor práctica, así mismo las habilidades y competencias personales de cada uno de los integrantes, el aporte profesional y técnico que se ha brindado al proyecto, entre otros. De esta forma el equipo postulador actual quedó conformado a partir de sus funciones dentro de la institución, de la siguiente manera:

Tabla 18
Cargos y funciones del equipo de mejora continua.

NOMBRE DEL INTEGRANTE	CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	FUNCIÓN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.
Dra. Silvia Carolina Salinas Viaud	Jefe División Médico-quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y coordinación de todas las jefaturas de medicina y cirugía. • Revisión, seguimiento y fortalecimiento de los procesos de medicina y cirugía. • Coordinación con jefatura de medicina y cirugía.
Dra. Ruth Carolina Barrientos Pineda	Jefe Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y Supervisión de los procesos de atención en consulta externa. • Supervisa la ejecución del proceso de cita única.
Dra. Angélica Guadalupe Guardado de Rodríguez	Jefe Unidad Organizativa de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y gestión de los procesos de calidad institucional. • Solicitud y seguimiento a los procesos de mejora. • Seguimiento a los proyectos de mejora continua de la calidad. • Control y seguimiento a los procesos de atención de calidad de acuerdo a estándares y otros solicitados por dirección.
Lic. Jeyser Yaneth Cornejo de Valencia	Enfermera supervisora. Enfermera encargada de calidad (área de enfermería)	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión del personal de enfermería en turnos rotatorios. • Apoyo y gestión de calidad en los procesos de enfermería. • Capacitación del talento humano

Fuente: Elaboración propia.

En base a las funciones que cada uno de los miembros del equipo realiza en la institución, se establecieron los aportes y contribuciones importantes y sustanciales para la ejecución del proyecto de cita única, como se establece en el siguiente esquema:

JEFE DIVISIÓN MÉDICA

Control del personal que ejecuta la cita única.
Impulsora del proyecto desde hace 9 años.
Miembro del primer equipo postulador.
Revisión, seguimiento y acompañamiento de los procesos de medicina y cirugía.
Conocimiento del proceso y de la evolución histórica del proyecto.

JEFE DE CONSULTA EXTERNA

Control y seguimiento de la ejecución diaria de cita única.
Garantiza los controles diarios del proceso.
Coordinación entre jefaturas y servicios de apoyo.
Resolución de problemas y propuesta de soluciones

JEFE UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD

Sistematización del proyecto
Asesoría, seguimiento a la garantía de la calidad de atención al usuario.
Capacitación, fortalecimiento y seguimiento a los procesos de formación del equipo y socialización del proyecto de mejora continua

ENFERMERA SUPERVISORA Y DE CALIDAD

Coordinación y apoyo con el equipo de enfermería que participa en la ejecución de la cita única.
Seguimiento a la satisfacción del usuario de cita única.
Apoyo para consulta externa y cirugía en resolución de problemas.

Es de destacar que el equipo de mejora llevo a cabo un proceso de fortalecimiento de las competencias principalmente en herramientas de gestión de calidad, a través de reuniones programadas en el plan de formación (incluido en el plan de trabajo) y de capacitaciones realizadas solamente al equipo postulador de la mejor práctica, las cuales fueron facilitadas por la Unidad Organizativa de la calidad. (Anexo 20)

Las capacitaciones han sido desarrolladas en temas como:

- Herramientas de calidad (Método Hanlon; Priorización de problemas: esquema de espina de pescado; métodos de los cinco por qué)
- Gestión de calidad en la atención al usuario.
- Gestión de proyectos.

¿Qué medidas de control y seguimiento aplicó el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo del proyecto?

Para el control y seguimiento del equipo de mejora se tienen diferentes acciones:

- Reuniones semanales programadas.
- Recopilación, Revisión y evaluación periódica de documentación generada (expedientes, citas, fechas de exámenes, etc.).
- Entrevistas a personal que estuvo presente en los inicios del proyecto para conocer sus experiencias, evolución y lecciones aprendidas.
- Envío de información a través de correos electrónicos.
- Reporte de actividades del equipo a la dirección del hospital.
- Utilización de redes sociales: creación de un grupo de Whats app solamente del equipo de mejora para información en tiempo real.
- Revisión de libro de control de cita única llevado en consulta externa. (Anexo 21)

- Control de reuniones con listas de asistencia.
- Resultados de supervisiones realizadas

5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

¿Qué iniciativas realizaron, la alta dirección, la Unidad de Calidad, las jefaturas y el equipo de mejora para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica?

Las iniciativas que se han realizado a partir de la ejecución del proyecto y apoyados por la unidad de calidad, la jefatura de división médica, jefatura de consulta externa y división de enfermería son las siguientes:

- Socialización del proyecto desde la división médica a las diferentes jefaturas.
- Socialización del proyecto desde la dirección a todo el comité estratégico institucional. Socialización del proyecto a todos los recursos nuevos que ingresan al hospital dentro de su proceso de inducción.
- Socialización del proyecto al recurso de enfermería con apoyo de la enfermera de calidad (y parte del equipo postulador).
- Evaluación y seguimiento del proyecto en reuniones del departamento de cirugía y consejo estratégico.
- Evaluación del proyecto a través de la jefatura de consulta externa y división médica.
- Reportes de la evolución del proyecto a la subdirección y dirección del hospital por parte de la unidad organizativa de la calidad.
- Divulgación interhospitalaria de la práctica a través de la solicitud de evaluaciones neumológicas pre quirúrgicas que solicitan otros centros hospitalarios a los cuales se les aplica la cita única; esto sirve para divulgar y para que otras instancias conozcan el proceso y sus beneficios en la atención del paciente.

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

La organización y el equipo postulador ha incorporado las experiencias y lecciones aprendidas en esta mejor práctica a través de la recopilación de información que se ha generado durante los nueve años que tiene el proyecto. A través de reuniones de la división médica y las jefaturas involucradas en la implementación del proyecto se ha ido mejorando la ejecución del mismo y se han ampliado los servicios de alcance de la cita única, incluso a otros hospitales y áreas de atención.

Las experiencias y lecciones aprendidas iniciaron desde el 2013 donde a partir de un plan piloto en el cual solo algunos pacientes quienes se iban a someter a cirugías electivas participaron en el proyecto de cita única; para el año 2014 ya todos los pacientes de cirugías electivas fueron integrados a este proceso y poco a poco, se fue aumentando la cobertura y la mejora de tiempos de espera hasta que

actualmente se ven un promedio de cinco pacientes diarios, quienes son programados ese mismo día con todas sus evaluaciones pre operatorias.

- La estrategia permite proveer este servicio de cita única a otros hospitales que requieran atención de evaluaciones preoperatorios de especialidad como Neumología. Dichos pacientes no necesitan esperar a ser reprogramados para sus evaluaciones, sino que se ingresan a la estrategia y en el mismo día de referencia se le realiza la evaluación que requiere; regresando a su centro hospitalario para continuar su proceso. (Anexo 22).
- Así mismo en este proceso también los pacientes que son referidos de otros centros hospitalarios para servicios de broncoscopía y endoscopía, y les hagan falta evaluaciones previas para realizar dichos procedimientos, se agregan a la práctica de cita única de tal manera que en el mismo día estén listos para llevarla a cabo. Se incluyen todos los pacientes de cirugías electivas. (Anexo 23)
- Se asigna un recurso de cirugía para la cita única. Se incluyen todos los pacientes de cirugías electivas.

5.2 Gestión de innovación en las mejores prácticas

¿Cómo utilizó la organización y el equipo la innovación para agregar valor y mejora en el desempeño de la institución?

La innovación de esta estrategia viene de la ejecución de la práctica misma, ya que no se tienen datos que ningún otro centro hospitalario tenga implementada esta práctica o por lo menos con el tiempo de ejecución de esta; Esto lo convierte en un diseño de gestión única y sobre todo replicable por otros centros hospitalarios e incluso con otros servicios intrahospitalarios.

La ejecución de esta práctica ha permitido incluso prestar servicios de Neumología (en el marco de la evaluación pre quirúrgica) a otros centros hospitalarios que lo solicitan. (Anexo 22)

La mejor práctica también ha generado el valor agregado a través de lo siguiente:

- Mejora en calidad de atención al usuario de cirugías electivas.
- Ahorro de costos económicos al usuario. Aunque este punto puede considerarse subjetivo, es evidente que el usuario incurre en menos gastos cuando solo invierte un día del tiempo en sus evaluaciones versus venir al centro hospitalario varias veces en un período de tiempo más extenso
- Existe un equipo médico exclusivo que presta servicio de atención para los usuarios de cita única, esto significa que los pacientes siempre tendrán un recurso médico para sus evaluaciones pre operatorias, de tal manera que no se genere ninguna extensión de los tiempos de espera promedio generados con la estrategia.
- La estrategia de cita única puede ser replicable incluso a otras áreas de atención del mismo centro hospitalario donde se ejecute, en servicios como broncoscopía, colonoscopía y endoscopía. (Anexo 23).

6. Resultados de las mejores prácticas

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

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

De acuerdo a las brechas identificadas en la tabla 6, una vez aplicada la mejor práctica se estableció lo siguiente:

Tabla 19.
Reducción de la brecha identificada en la mejor práctica.

OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS	LÍNEA BASE:	PROYECCIÓN AL 2022:	BRECHA	EVALUACIÓN DE LA BRECHA
Disminución del tiempo de espera entre indicación quirúrgica y programación de cirugía	24 semanas para programación de cirugía	Reducir a tres semanas el tiempo de espera para programación de cirugía	21 semanas	El 100% de los pacientes presentan un tiempo promedio de tres semanas entre la indicación y programación de la cirugía El 100% de los pacientes presentan un tiempo de espera entre la indicación quirúrgica y la realización de la cirugía en un promedio de cinco a seis semanas.* Las evaluaciones médicas pre operatorias se realizan de lunes a viernes.
Disminución del Tiempo de espera entre indicación quirúrgica y realización de cirugía	60 semanas para llegar a la realización de cirugía	Reducir a seis semanas la realización de la cirugía a partir de su indicación	54 semanas	Existencia de dos recursos de enfermería (enfermera y ayudante de enfermería) que se encarga de realizar el acompañamiento y orientación personalizada al paciente que se somete al proceso de cita única.
Realización de Evaluaciones médicas pre operatorias diarias	1 vez o Por semana evaluaciones pre operatorias por cirujano	Incrementar a 5 veces por semana la disponibilidad de cirujano para evaluaciones pre quirúrgicas	4 veces por semana	
Acompañamiento y orientación al paciente en su proceso de evaluación pre-quirúrgica por personal de salud.	No había ningún acompañamiento	Personal de enfermería asignado para cita única que se encarga de acompañar y orientar al paciente	Una enfermera acompañante cuyas funciones son exclusivas para los usuarios del proceso de cita única	

Fuente: Elaboración propia.

Según lo planteado, con la estrategia de cita única se han superado las brechas establecidas, es decir que las metas planteadas han sido logradas al 100% a lo largo de los 9 años de implementación de la mejor práctica; esto significa que el proyecto se ha superado a sí mismo, se vuelve autosostenible (con los propios recursos institucionales) y replicable por otros centros hospitalarios.

Para poder establecer la reducción de los tiempos de espera, se establecieron dos momentos: el primer momento es el tiempo de espera entre la indicación de la cirugía y la programación de la misma, -proceso en el cual interviene directamente la estrategia de cita única- y un segundo momento donde se contempla el tiempo de espera desde la indicación de la cirugía y la realización de la misma que es la finalización de todo el proceso y en el cual también se contempla una incidencia directa de la mejor práctica, ya que la reducción de los tiempos de espera no es solo en la programación de la cirugía sino incluso hasta la realización de la misma.

Para poder corroborar la superación de la brecha y poder establecer la comparación de los tiempos de espera se llevó a cabo un análisis de datos a partir del año 2013 tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Las variables analizadas son el tiempo de espera entre la indicación y la programación de la cirugía y el tiempo de espera entre la indicación de la cirugía y la realización del procedimiento.
- b) Se tomaron en cuenta los datos de cirugías electivas realizadas a partir de año 2013, año donde se inició la ejecución de la cita única, solamente se tomó en cuenta el 15% de los pacientes sometidos a cirugías electivas generales, ortopedia y ginecología. Total de pacientes de la población total :55.
- c) Para el año 2014 los datos obtenidos a esta fecha son incompletos ya que solo se tuvo acceso a los datos del primer trimestre de ese año haciendo una población de 139 pacientes. (Anexo 24).
- d) Para el año 2015 también solo se cuenta con datos incompletos comprendidos entre los meses de abril a diciembre. El total de estos pacientes es de 491 pacientes (Anexo 25).
- e) A partir del año 2016 ya se tienen datos más completos obtenidos del informe de sala de operaciones y del SIMMOV.

Tabla 20.

Tiempos de espera por año entre indicación y programación de cirugías electivas realizadas.

AÑO	NÚMERO DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS (EN PROCESO DE CITA ÚNICA)	TIEMPO DE ESPERA SIN CITA ÚNICA (SEMANAS)	TIEMPO DE ESPERA PROMEDIO CON CITA ÚNICA (SEMANAS)**
2013	55 *		9
2014	139 cirugías realizadas (enero-marzo) **datos incompletos (revisión de expedientes)		8
2015	491 pacientes**Datos incompletos		8
2016	1906	El 100% de las cirugías electivas se realizan bajo la estrategia de cita única	4.0
2017	1684		4.0
2018	1634		3-3.5
2019	1763		2-3
2020	304		2-3
2021	804		2
2022	573		1.5-2

*Fuente: Informe de Sala de Operaciones año 2013. Número de pacientes que participaron en el plan piloto de cita única (15% del total de pacientes que se sometieron a cirugías electivas entre Abril y Diciembre 2013).

**Fuentes: Informe de sala de operaciones y registros de expedientes clínicos.

Tabla 21.

Tiempos de espera por año entre indicación y realización de cirugías electivas realizadas

AÑO	NÚMERO DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS (EN PROCESO DE CITA ÚNICA)	TIEMPO DE ESPERA SIN CITA ÚNICA (SEMANAS)	TIEMPO DE ESPERA PROMEDIO CON CITA ÚNICA (SEMANAS)**
2013	736	37 semanas	6.5
2014	139 pacientes *datos incompletos		14
2015	491 pacientes*Datos incompletos		12
2016	1906	El 100% de las cirugías electivas se realizan bajo la estrategia de cita única.	7.0
2017	1684		6.0
2018	1634		5.0
2019	1763		5.0
2020	304		5.0
2021	804		5.0
2022	573		5.0

*Fuente: Informe de Sala de Operaciones año 2013. Número de pacientes que participaron en el plan piloto de cita única (15% del total de pacientes que se sometieron a cirugías electivas entre Abril y Diciembre 2013).

**Fuentes: Informe de sala de operaciones y registros de expedientes clínicos que se lograron identificar.

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

La eficacia y eficiencia organizacional se ha visto mejorada en los siguientes aspectos:

- a) Creación de una estrategia institucional que ha permitido la reducción de los tiempos de espera entre la indicación de una cirugía electiva y la realización del procedimiento quirúrgico.
- b) Se ha mejorado la calidad de atención a usuario, permitiendo que tenga mejor acceso a la realización de cirugías electivas.
- c) Fortalecimiento del equipo de salud multidisciplinario que participa en el proceso de cita única.
- d) Atención y acompañamiento personalizado para los pacientes que participan en esta práctica.
- e) La estrategia de cita única se ha replicado intrainstitucionalmente en otras áreas de atención como Broncoscopía, Colonoscopia y Endoscopia.
- f) Fortalecimiento del talento humano. Esto significa que las horas utilizadas por los recursos que participan en el proceso de cita única son bien utilizadas de acuerdo a la programación que se tiene, incluyendo la mejor práctica. Esto es importante porque el recurso humano a pesar de tener otras asignaciones siempre atiende este tipo de pacientes para no perder los beneficios del proyecto en el usuario.



Fig. 6 Acompañamiento de pacientes con cita única.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

¿Cuáles son los resultados en la percepción al ciudadano?

La percepción del ciudadano la podemos dividir en dos grandes momentos: en primer lugar para el año 2012 se realizó una encuesta de satisfacción a 25 pacientes escogidos al azar y quienes iban a ser sometidos a cirugías electivas; esta encuesta tenía como objetivo conocer la percepción del usuario en el marco de los tiempos de espera y sus desventajas, así como el sondeo de la posibilidad de implementar una estrategia contraria a la que se estaba ejecutando en aquel momento; esta encuesta sirvió entonces de punto de partida para iniciar con la propuesta del proyecto de cita única (Anexo 11). Las principales variables incluidas en la encuesta y sus respectivos resultados arrojados por la encuesta de ese año 2012 se exponen en las gráficas correspondientes (Anexos 26).

En segundo lugar, para la percepción de los usuarios quienes ya participan del proceso de cita única en la actualidad, se utiliza otra encuesta de satisfacción la cual contempla otro tipo de variables (Tabla 20) Dichas variables están más enfocadas en la ejecución misma del proceso de cita única y en los beneficios que dicha estrategia aporta tanto de forma individual como en otros aspectos del usuario; se han realizado un total de 50 encuestas en el período comprendido entre el año 2019 y Junio 2022; estas encuestas se realizaron tanto de forma física como vía telefónica; antes de esta fecha no se cuenta con datos y evidencias físicas estadísticamente comprobadas. (Anexo 27).

Tabla 22
Principales variables incluidas en la encuesta de satisfacción actual.

Conocimiento del proceso de cita única
Disminución de los tiempos de espera pre quirúrgica
Impacto económico de los usuarios con la ejecución de cita única.
Recomendación del proceso a otros usuarios
Valoración general del proceso

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de esta encuesta de ciudadanos que se realizaron en el período del 2019 a 2022: se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 23.
Resultados de percepción del usuario con proceso de cita única (año 2019-2022)

Encuestas de Percepción	Quejas reportadas por Oficina por el Derecho a la Salud (ODS) y Trabajo social (desde año 2014)*
100% de las encuestas de satisfacción se han mostrado a favor del proceso de cita única y han mostrado su satisfacción sobre esta estrategia.	0% (no hay reporte de quejas de usuarios desde 2014 a la fecha sobre el proceso de cita única)

* Datos obtenidos de libros de reportes de quejas de trabajo social desde el año 2014.

Uno de los aspectos a destacar además de la satisfacción del usuario y que se identificó en las encuestas es que para el 100% de los encuestados la estrategia de cita única solo es conocida por ellos en este centro hospitalario; es decir que para los encuestados solo el Hospital Saldaña ofrece este tipo de servicio, lo cual genera un plus en la atención al usuario; esto a su vez motiva a los pacientes a recomendar a otros consultar en este centro hospitalario, en el caso que fueran sometidos a cirugías de tipo electivo ya que se presenta esta ventaja.

Otro de los aspectos que vale la pena destacar y que fueron evidenciados en la encuesta es que el 100% de los encuestados manifestó un ahorro económico personal/familiar que esta estrategia le proporcionaba, dando incluso datos cuantitativos aproximados (personales) en este resultado. (Anexo 28).

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas

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

Los resultados a otras partes interesadas en el proceso de cita única se determinan en los siguientes niveles:

a) **Otras Instituciones Hospitalarias:** Con el establecimiento de relaciones de cooperación y apoyo entre el hospital Saldaña y otros Hospitales de la red nacional como el Hospital Nacional de Suchitoto y Hospital Nacional de Nueva concepción (anexo 22), con estas relaciones. usuarios de estos hospitales que requieren evaluaciones neumológicas pre operatorias se incluyen dentro del proceso de cita única de tal manera que cuando el paciente viene con la referencia de otro centro hospitalario, se le realizan de una vez las evaluaciones requeridas y/o necesarias el mismo día; es decir que el paciente no necesita “venir a sacar cita” para luego venir a realizarse la evaluación. Es así como el proceso de cita única también tiene alcances a nivel interhospitalario teniendo entonces un impacto positivo no solo en los usuarios sino en el mismo proceso pre quirúrgico del otro centro hospitalario ya que acorta los tiempos de espera del usuario de una forma indirecta.

b) **Oficina por el Derecho a la Salud (ODS):** En la oficina por el derecho a la salud no se evidencian quejas recibidas principalmente en los tiempos de espera de pacientes sometidos a cirugías electivas ni tampoco durante el proceso de cita única.

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

Los beneficios generados a otras partes interesadas ante la implementación de la mejor práctica se enumeran en el siguiente cuadro:

- Fácil replicabilidad de la estrategia en otros centros hospitalarios.
- Replicabilidad adaptativa de la estrategia en otros servicios especializados brindados por la institución (broncoscopia, colonoscopia, endoscopia). Esto significa que la estrategia puede ampliarse a otros servicios intra hospitalarios. (Anexo 23)
- Autosostenibilidad: Implementación de la estrategia con los recursos del presupuesto institucional.
- Disminución de tiempos de espera indirectos en otros centros hospitalarios: al brindar servicio de cita única a otros centros hospitalarios, también su tiempo de espera pre quirúrgica local disminuye. Hay un impacto indirecto en los tiempos de espera de otros centros hospitalarios que acceden a esta estrategia.
- Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria. Esto es debido a que al realizar las cirugías electivas en menor tiempo, se evitan complicaciones generadas por las patologías de base.
- Disminución del número de pacientes que abandonan cirugías, debido a que los tiempos de espera reducidos les favorecen.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo-beneficio.

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

La mejor práctica de “Cita Única” no genera un beneficio financiero directo a la organización, ya que con los mismos recursos del presupuesto institucional, y bajo las adecuaciones y la realización de una reingeniería del recurso humano, se lleva a cabo la ejecución de esta estrategia.

Los beneficios financieros pueden reflejarse indirectamente en tres áreas principales:

- a) Optimización de los recursos, tanto humanos como de servicios de apoyo.
- b) Reducción de la estancia hospitalaria al realizar cirugías electivas con menor riesgo de complicación.
- c) Mejora la atención del usuario. Ahorra costos económicos en los usuarios ya que evita múltiples visitas al centro hospitalario, lo que generaría gastos que se suman con el número de visitas realizadas. El usuario solo invierte un día de su tiempo para programarse su cirugía.

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

El costo beneficio que se establece con la implementación de la estrategia de cita única es en la

- a) Reducción del número de suspensión de cirugías. (Anexo 29 y 30)
- b) Optimización del uso de la cama hospitalaria.
- c) Promoción de cirugías ambulatorias.
- d) Se evitan complicaciones pre y post quirúrgicas en el usuario.

7. Sostenibilidad

7.1 Sostenibilidad.

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

Los posibles riesgos identificados que podrían alterar y/o afectar la estrategia de cita única son los siguientes:

- a) Situaciones medioambientales, desastres, pandemias, etc., que en algún momento puedan interrumpir el proceso. Esta situación ya fue comprobada con la pandemia del Covid-19 que paralizó todos los procesos de consulta externa en el hospital entre marzo de 2020 y diciembre 2021; durante el año 2020 la cita única no fue implementada, mientras que en 2021 fue implementada de forma irregular y parcial con eventuales pausas y retomas.
- b) Equipos de laboratorio dañados que no permitan proveer los servicios de apoyo en laboratorio clínico y radiología a los pacientes en el mismo día de su cita única.
- c) Falta y/o escasez de insumos para laboratorio o gabinete.
- d) Escasez de personal médico y/o de servicios de apoyo que pueda generar atrasos en el desenvolvimiento del proceso diario de cita única.

- e) Recarga de procesos quirúrgicos de otros hospitales. Por ejemplo, cuando un hospital no cuente con servicios de cirugías electivas y envíe a este centro hospitalario la cantidad de cirugías electivas no procesadas por ellos y que puede provocar alargar de forma temporal los tiempos de espera debido al aumento de demanda.

¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la iniciativa implementada?

Tabla 24
Estrategias de sostenibilidad en la ejecución de la mejor practica de cita única.

Riesgo Identificado	Estrategia de sostenibilidad
Situaciones medioambientales (pandemia, desastres, etc.)	Reprogramar en los tiempos más cercanos el proceso de cita única. Retomar inmediatamente se superen las dificultades presentadas.
Equipos de laboratorio y gabinete dañados.	Otorgar citas lo más cercanas posibles para realización de exámenes de tal manera que no afecten los tiempos de espera.
Escasez de insumos para realización de exámenes de laboratorio	
Escasez de personal médico y/o de servicios de apoyo.	Gestionar con jefatura de servicios de apoyo la atención de personal para cita única.
Adición de procesos quirúrgicos electivos de otros hospitales.	Retomar los procesos tanto los correspondientes al Hospital Saldaña como de otros centros hospitalarios en forma conjunta para que el beneficio sea integral y universal.
No continuidad de la estrategia por nuevas autoridades.	Promover la estrategia de cita única con los nuevos recursos y evidenciar las ventajas y los aportes a la calidad de atención que ofrece a los usuarios de cirugías electivas.

Fuente: Elaboración propia.

Dado que es un proyecto con más de 9 años de implementación, su sostenibilidad y estandarización está comprobada.

Es así que en este apartado se enumeraran las estrategias que han servido para la sostenibilidad del proyecto y que incluso este pueda servir para otros centros hospitalarios y se replique de forma interna y externa:

- a) Claridad del proceso a ejecutar. Es de suma importancia que en este tipo de estrategias se tenga mucha claridad en todos los pasos a seguir y las áreas involucradas, para que no se vuelva una estrategia "improvisada", con poca sostenibilidad en el tiempo.
- b) Conformación de un equipo multidisciplinario con sus respectivas funciones dentro del proceso.
- c) Coordinación efectiva entre las diferentes áreas involucradas en el proceso.
- d) Reasignación de recursos humanos para dar respuesta a la mejor práctica. Esto lo podemos ejemplificar en el caso del recurso de cirugía general asignado exclusivamente para cita única; reasignación de recursos de enfermería para acompañamiento y orientación al usuario; servicios de apoyo designados para cubrir demanda de pacientes en esta estrategia, entre otros.

- e) Promoción y fortalecimiento de la estrategia con las diferentes áreas involucradas en la estrategia. Esto nos permite fortalecer el compromiso de todas las áreas participantes en el mantenimiento y buenos resultados de la estrategia.
- f) Promoción de la estrategia con la alta dirección. Esto es de suma importancia para la sostenibilidad del proyecto, ya que la alta dirección cambia de acuerdo a los eventos político-electorales que se dan quinquenalmente en el país; siendo así el equipo que implementa la estrategia promueve su ejecución y permanencia sea cual sea las autoridades que dirigen la institución.
- g) Control interno diario. La jefatura de consulta externa realiza un control diario de los pacientes citados en el proceso de “Cita Única” de tal manera que se ejecute el proceso como se ha establecido y que de haber situaciones eventuales y/o puntuales que puedan desviar y/o alterar el proceso, puedan resolverse en el tiempo más inmediato posible, de tal manera que el proceso se afecte lo menos posible.
- h) Evaluación periódica de la mejor práctica; esto permite revisar las diferentes desviaciones, riesgos, y oportunidades de mejora de todo el proceso. Así mismo nos permite valorar la replicabilidad tanto interna como externa (otros centros hospitalarios).

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

Los indicadores establecidos para la implementación de la mejor práctica además de los planteados en la tabla N°16 se han incluido dos indicadores nuevos que tienen que ver con los beneficios generados por la mejor práctica a otros centros hospitalarios y con la replicabilidad de dicha estrategia con otro tipo de servicios hospitalarios.

Partiendo de lo anterior las responsabilidades y/o roles que la organización ha implantado para la sostenibilidad de la mejor practica se desarrollan son las siguientes:

Tabla 25
Indicadores, Roles y responsabilidades para asegurar la continuidad de la Iniciativa.

Indicador	Mecanismo de información y Control	Responsable
% de cirugías electivas dentro del proceso de Cita Única	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y análisis de reportes mensuales presentados en SIMMOV, Libro de registros de cita única de consulta externa, Libro de Sala de Operaciones. Supervisión del proceso a implementar. Informe de supervisiones y análisis. 	<p>Jefe División médico-quirúrgica. Jefatura de Consulta Externa. Unidad de Planificación. Jefe Unidad de Calidad</p>

Tiempo promedio desde indicación hasta la realización de la cirugía electiva en pacientes que se participan en el proceso de cita única	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y Análisis de los datos de pacientes que se encuentran en Libro de registros de cita única. Libro de Sala de Operaciones. 	Jefe División médico-quirúrgica. Jefatura de Consulta Externa. ESDOMED Unidad de Planificación. Jefatura del departamento de Cirugía. Jefe de Sala de Operaciones.
Numero de Citas únicas realizadas por Neumología para otros centros hospitalarios*	Revisión y evaluación de libro de registros de cita única en consulta externa. Revisión de censos y referencias obtenidas de otros centros hospitalarios.	Jefatura de Consulta Externa.
Número de citas únicas otorgadas a pacientes quienes se les realiza otros procedimientos como endoscopia y broncoscopia. (internos y externos) *	Revisión de libros de cita única para endoscopia y broncoscopia.	Jefatura de División Médico-quirúrgica. Jefatura de Departamento de Neumología. Medico Gastroenterólogo encargado. Jefatura de Departamento de Cirugía.
Tiempo promedio desde indicación hasta programación de cirugía electiva en pacientes que se participan en el proceso de cita única	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y Análisis de los datos de pacientes que se encuentran en el Libro de registros de cita única, Reporte de consulta externa, Censo de pacientes diarios vistos en cita única. Monitoreo de los tiempos generados. Monitoreo de los tiempos generados. 	Jefe División médico-quirúrgica. Jefatura de Consulta Externa. ESDOMED Unidad de Planificación. Jefatura del departamento de Cirugía.

Fuente: Elaboración propia. **Nuevos indicadores.

7.2 Mejora

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

Para asegurar la mejora continua de la práctica de "Cita Única", la organización ha definido las siguientes estrategias:

- 1) Promover las innovaciones y adaptaciones de la estrategia a otros servicios hospitalarios
- 2) Promover la implementación de la estrategia con otros centros hospitalarios.
- 3) Elaborar un programa de pasantías para aquellas instituciones interesadas en replicar la estrategia
- 4) Incluir la socialización de la estrategia en el programa de inducción de nuevos recursos al inicio de cada año.

- 5) Mantener la apertura de atención en la estrategia de cita única a otros centros hospitalarios (referidos) que requieran de algún servicio que provea nuestra institución (Neumología, broncoscopia y endoscopia).
- 6) Mantener el proceso de desarrollo y ejecución del 100% de cirugías electivas bajo la estrategia de cita única.
- 7) Socialización de la estrategia con todos los recursos humanos del hospital, a través de los programas de capacitación que se planifican a través de la UDP.
- 8) Evaluar la satisfacción del usuario en por lo menos % de percepción de la estrategia de cita única
- 9) Seguimiento, evaluación y apoyo de la estrategia por unidad de calidad en coordinación con la división médica de tal manera que se promueva la mejora continua del proceso.
- 10) Mantener al recurso de enfermería asignado a la estrategia de cita única. Evitar la rotación de estos recursos.

¿Qué mecanismos de seguimiento ha considerado o está utilizando el equipo para asegurar que el proyecto o iniciativa implementado mejore continuamente?

Los mecanismos de seguimiento para asegurar que la estrategia mejore continuamente serían los siguientes:

Tabla 26.
Mecanismos de seguimiento para la mejora continua de la práctica.

Mecanismos de seguimiento	Instrumentos de verificación	Responsables
Supervisiones para monitoreo, evaluación y control de la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de chequeo. • Actas de supervisiones. • Reportes de Supervisión. 	División Medica-quirúrgica; Jefatura consulta externa; Unidad de Calidad
Elaboración de informes mensuales sobre los indicadores principales de la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes mensuales a la subdirección y dirección. 	División médica quirúrgica; Jefatura de departamento de cirugía; Jefatura de Consulta externa.
Evaluación trimestral de la estrategia desde el POA institucional.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de evaluación trimestral del POA institucional. 	División médico-quirúrgica; Sub dirección y dirección.
Socialización mensual de la ejecución, problemáticas, avances, etc. de la estrategia en el comité estratégico institucional.	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de asistencia. • Presentaciones de la estrategia. 	División médica quirúrgica; Jefatura de departamento de cirugía; Jefatura de Consulta externa
Revisión y actualización anual del programa de cita única.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de revisión y actualización del documento. • Listas de asistencia de reuniones. 	Unidad de Calidad; Jefatura División Médico-quirúrgica; Jefatura de consulta externa.



GLOSARIO

POA: Plan Anual Operativo.

BRAINSTORMING: Técnica creativa grupal que es conocida también como lluvia de ideas.

SIMMOV: Sistema de Información de morbilidad y mortalidad vía web.

SIS: Sistema Integrado de Salud.

RIIS: Redes Integrales e integradas de servicios de salud.

EPO: Evaluación pre operatoria.

MINSAL: Ministerio de Salud Pública y asistencia social.

PERC: Producción, eficiencia, recursos y costos.

ODS: Oficina por el derecho a la salud.

BRONCOSCOPIA: Prueba diagnóstica para visualizar la vía respiratoria y recoger muestras de secreciones respiratorias, tejido bronquial o pulmonar o ganglios del mediastino.

COLONOSCOPIA: Es un procedimiento para visualizar el interior del colon y el recto.

ENDOSCOPIA: Procedimiento para visualizar el interior del esófago, estómago y duodeno.

UDP: Unidad de desarrollo profesional.

UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.



ANEXOS

ANEXO 1



HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA

RESOLUCIÓN No. 24-2022

HOY SE EXPIDIÓ LA RESOLUCIÓN No. 24 QUE DICE:

La Dirección de este Centro Hospitalario RESUELVE: Conformar a partir de esta fecha el equipo postulador de mejora continua en el proyecto "CITA UNICA COMO ESTRATEGIA PARA LA OPTIMIZACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PRE QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON PROGRAMACIÓN DE CIRUGIAS ELECTIVAS", quienes tendrán a cargo la función de sistematizar, dar seguimiento a dicho proyecto y representar a este centro hospitalario con su participación en el proceso de reconocimiento a las mejores practicas, promovido por la Unidad de Calidad del Ministerio de Salud. Dicho equipo postulador estará integrado por:

Dra. Angelica Guadalupe Guardado de Rodríguez	Coordinadora de la Unidad Organizativa de la Calidad
Dra. Silvia Carolina Salinas Viaud	Jefe División Medico Quirúrgico
Dra. Ruth Carolina Barrientos Padilla	Jefe Unidad de Consulta Externa
Dr. René Alberto Argueta Quevedo	Jefe Departamento de Cirugía General
Licda. Jeisser Yaneth Cornejo de Valencia	Enfermera supervisora

En base a lo anterior, se incita a los miembros mencionados asumir las responsabilidades señaladas. HAGASE SABER.

Los Planes de Renderos, a los catorce días del mes de marzo del año dos mil veintidos.



Dr. José Enrique Rodríguez Rivera
Director.

c.c. Subdirectora
c.c. Auditor Interno



GUIA DE POSTULACIÓN
RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS EN EL
SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
1a EDICIÓN, AÑO 2022
HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

ANEXO 4



HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA

MEMORANDUM

N°2022-3000-359

PARA: **DRA. SILVIA CAROLINA SALINAS**
JEFE DIVISIÓN MÉDICO QUIRURGICO

LIC. MARIA EMILIA MELENDEZ DE AVILA
JEFE UNIDAD DE ENFERMERÍA

LIC. CARLOS VLADIMIR CASTILLO
JEFE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

DRA. DELMY VIRGINIA GRANADOS CASTROS
JEFE UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL

LIC. JOSE ORLANDO PEÑA PINEDA
JEFE UNIDAD DE ESTADISTICA Y DOCUMENTOS MEDICOS, EN
FUNCIONES

DE: **DR. JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ RIVERA**
DIRECTOR.

FECHA: **28 DE MARZO DE 2022**



Reciba un saludo cordial, deseándole éxitos en sus actividades profesionales.

A través de la presente solicito que se le apoye al equipo postulador que estará sistematizado y participando en el reconocimiento a las mejores practicas de este año 2022, con el proyecto "CITA UNICA COMO ESTRATEGIA PARA LA OPTIMIZACIÓN Y DISMINUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PRE QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON PROGRAMACIÓN DE CIRUGIAS ELECTIVAS", dicho apoyo consiste en otorgar los permisos necesarios para el trabajo operativo del equipo, así como conceder espacios físicos para la realización de reuniones, y apoyo administrativo para la ejecución de sus actividades Sin otro motivo en particular me suscribo.

Atentamente,

DIOS UNIÓN LIBERTAD

c.c Subdirección

Km. 8½, Carretera a Los Planes de Renderos, San Salvador, El Salvador. C.A. Teléfonos (503) 2594-5795; 2594-5796;
E-mail: mfamiliar@salud.gob.sv

ANEXO 5

HOSPITAL NACIONAL GENRAL DE NEUMOLOGÍA Y
MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)

LISTADO DE ASISTENCIA



FECHA: 12 Mayo 2022 EQUIPO POSTULADOR DEL PROYECTO DE MCC 2022

Nº	NOMBRE	FIRMA	UNIDAD	TELÉFONO
1	Silvia Cecilia Salas		Div. Md. Gc	2694 5799
2	José Enrique Domínguez Rivera		Director	71303945
3	Ruth Carolina Borreríos Padilla		Consulta Externa	78600300
4	Angelica Guardado de Rodriguez		Jefe UOC	70696910
5	Jesús yaniel Contreras de Saldaña		D.V. de Enfermería	74441746

ANEXO 6


HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)
LISTADO DE ASISTENCIA


HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)
LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA: 18-Abril-2022
 REUNION CON EQUIPO DE MEJORA CONTINUA 2022
 Comité Estratégico.

FECHA: 18-abril-2022
 REUNION CON EQUIPO DE MEJORA CONTINUA 2022
 Comité Estratégico

Nº	NOMBRE	SEXO		FIRMA	UNIDAD/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO
		F	M				
1	René Alberto Arqueza	✓			Div. Medicina	rene.arqueza@salud.gob.ec	7115-9361
2	Ruth Carolina Borreríos	✓			Div. Medicina	rcborrios@guanoil.com	78600300
3	Rubén Emilio León	✓			UOC	ruben.leon@salud.gob.ec	78579572
4	Carla Marivale Aparicio C	✓			Neumología	carla.aparicio@salud.gob.ec	77872818
5	Luis Enrique Castillo P.		✓		Div. Medicina	luis.castillo@salud.gob.ec	72055890
6	Silvia Cecilia Salas	✓			Div. Medicina	silvia.salas@salud.gob.ec	2694 5799
7	Ivón Santana		✓		Div. Medicina	ivan.santana@salud.gob.ec	74423665
8	Blanca Patricia Valencia		✓		Div. Medicina	blanca.valencia@salud.gob.ec	70568327

Nº	NOMBRE	SEXO		FIRMA	UNIDAD/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO
		F	M				
9	Angelica Guardado de Rodriguez	✓			UOC	angelica.guardado@salud.gob.ec	70696910
10	Juan Saldaña		✓		Div. Md. Gc	juan.saldaña@salud.gob.ec	7499-6210
11	Luis Enrique León	✓			Div. Serv. Subespecialidad	leone@salud.gob.ec	77872818
12	Rosa María (González) Jorda		✓		Div. de Neumología	rosa.jorda@salud.gob.ec	71006541

ANEXO 7

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y
MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)



LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA: 01-Junio-2022 EQUIPO POSTULADOR DEL PROYECTO DE MCC 2022

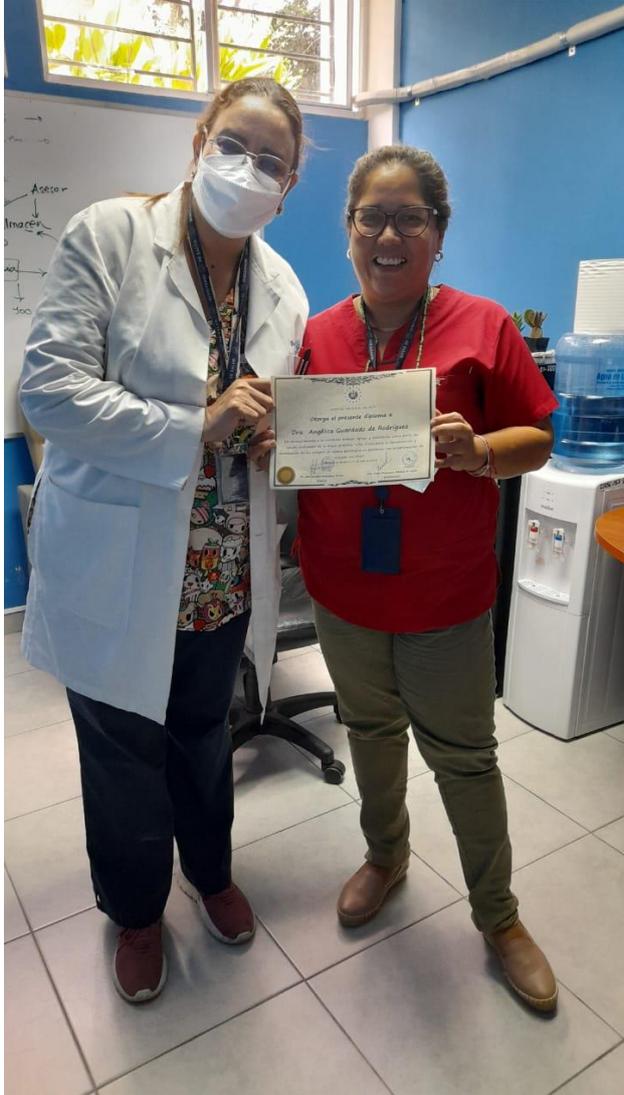
Nº	NOMBRE	FIRMA	UNIDAD	TELÉFONO
1	Roth Carolina Basientos Padillo	<i>[Handwritten Signature]</i>	Consulta Ext.	78600300
2	Silva-Castina Solino	<i>[Handwritten Signature]</i>	Dr. Med. G.	28945799
3	José Iván Bascián Ruiz	<i>[Handwritten Signature]</i>	Diagnos.	71905045
4	Angelia Guardado de Rodríguez	<i>[Handwritten Signature]</i>	Jef. UOC	70696910
5	Jesica Yaneth Cruz G.	<i>[Handwritten Signature]</i>	D.U. de Exp.	74441786

ANEXO 8

ANEXO 9



ANEXO 10



ANEXO 11

Unidad de Planificación Institucional HNJAS

HERRAMIENTA DE SONDEO PARA LA IMPLEMENTACION DE PROYECTO CITA UNICA

Nombre de paciente: Juanita Mondago
 Edad: 87 a m Sexo: F M Servicio: Co. Grial Reg: 12943-11
 Fecha: 23/5/12

Tipo de cirugía a realizar: Cura de hernia inguinal
 Numero de visitas al hospital para completar todos los requisitos preoperatorios: 6
 Cual de todos los requisitos fue el más difícil de realizar acompañar
 Porque Por dificultad para bajar al consultorio
 Le han suspendido su cirugía: si no ¿Porque?
 Cuales inconvenientes tuvo ud. para poder asistir a realizar los requisitos en diferentes visitas hospitalaras:
Dificultad por acceder familiar que lo acompañe a consulta y después por venir por vivir en zona rural lo que aumenta dificultad de trabajo
 Que opina de realizar todos los requisitos pre-operatorios en una sola visita al hospital, aunque se llevara 8 horas para realizarlas.
 Excelente
 Muy Bueno
 Bueno
 No me parece conveniente

Que sugeriría para facilitar la realización de los requisitos pre-quirurgicos:
que se realicen en un consultorio en el mismo día

Unidad de Planificación Institucional HNJAS

HERRAMIENTA DE SONDEO PARA LA IMPLEMENTACION DE PROYECTO CITA UNICA

Nombre de paciente: Maria Teófilo Vargas de Albro
 Edad: 83 a m Sexo: F M Servicio: Co. Grial Reg: 13874-11
 Fecha: 19/5/12

Tipo de cirugía a realizar: Colostomía
 Numero de visitas al hospital para completar todos los requisitos preoperatorios: 6
 Cual de todos los requisitos fue el más difícil de realizar Exámenes de medio intestino
 Porque Por requerir un tipo de preparación de tipo dieta
 Le han suspendido su cirugía: si no ¿Porque?
 Cuales inconvenientes tuvo ud. para poder asistir a realizar los requisitos en diferentes visitas hospitalaras:
Dificultad por obtener datos por parte de familia que lo acompañe
 Que opina de realizar todos los requisitos pre-operatorios en una sola visita al hospital, aunque se llevara 8 horas para realizarlas.
 Excelente
 Muy Bueno
 Bueno
 No me parece conveniente

Que sugeriría para facilitar la realización de los requisitos pre-quirurgicos:
venir en una sola vez con familia toda

Unidad de Planificación Institucional HNJAS

HERRAMIENTA DE SONDEO PARA LA IMPLEMENTACION DE PROYECTO CITA UNICA

Nombre de paciente: José Balderrama Guerrero
 Edad: 78 a m Sexo: F M Servicio: Co. Grial Reg: 10959-10
 Fecha: 3/5/12

Tipo de cirugía a realizar: Cura de hernia inguinal de 1.5 cm
 Numero de visitas al hospital para completar todos los requisitos preoperatorios: 13
 Cual de todos los requisitos fue el más difícil de realizar Exámenes paracetamol
 Porque Por HTA descompensada
 Le han suspendido su cirugía: si no ¿Porque? No HTA
 Cuales inconvenientes tuvo ud. para poder asistir a realizar los requisitos en diferentes visitas hospitalaras:
Por dificultad de hora para acompañar a consultas por trabajo
 Que opina de realizar todos los requisitos pre-operatorios en una sola visita al hospital, aunque se llevara 8 horas para realizarlas.
 Excelente
 Muy Bueno
 Bueno
 No me parece conveniente

Que sugeriría para facilitar la realización de los requisitos pre-quirurgicos:
Que sean en un solo día en el hospital



GUIA DE POSTULACIÓN
 RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS EN EL
 SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
 1a EDICIÓN, AÑO 2022
 HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

ANEXO 12

HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA
 CONSOLIDADO MENSUAL DE CIRUGIAS ELECTIVAS, EMERGENCIA Y AMBULATORIAS EN SALA DE OPERACIONES
 AÑO 2013

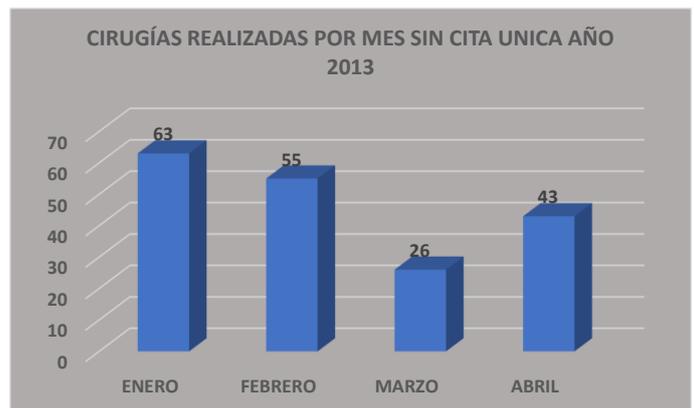
MESES	CIRUGIA DE TORAX			CIRUGIA GENERAL			ORTOPEDIA			GINECOLOGIA			OBSTETRICIA			SUMATORIAS MENSUALES			OBSERVACIONES
	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	EMERGENCIA	AMBULATORIAS	AMBULATORIAS	
ENE 2013	2	0	0	42	11	4	5	1	4	16	8	12	10	41		75	61	20	85% APROVECHAM.
FEBRERO	2	0	0	33	9	5	11	1	4	11	8	11	4	51	0	61	69	20	72% APROVECHAM.
MARZO	3	0	0	13	10	9	4	1	2	9	13	1	11	43	0	40	67	12	50% APROVECHAM.
ABRIL	0	0	0	23	16	2	8	1	5	12	9	16	12	48	0	55	74	23	63% APROVECHAM.
MAYO	3	0	0	29	10	12	12	0	0	20	4	0	5	41	0	69	55	12	82% APROVECHAM.
JUNIO	2	1		17	17	8	9	1	3	14	9	10	8	47	0	50	75	21	65% aprovecham.
JULIO	2	0	0	34	22	6	0	2	3	18	14	6	3	64	0	57	102	15	61% aprovecham.
AGOSTO	1	0	0	22	19	5	4	3	4	13	12	7	8	47	0	48	81	16	66% aprovecham.
SEPT	2	0		14	15		4	5		6	3		2	58		28	81	0	33% aprovecham.
OCT	1	0	0	26	15	6	11	1	2	12	7	1	9	62	0	59	85	9	64% APROVECHAN.
NOV	3	0	0	33	38	9	6	1	4	14	8	7	7	41	0	63	88	20	75% APROVECHAM.
DIC	1	0	0	29	35	7	7	0	1	14	9	5	4	43	0	55	87	13	80% APROVECHA. GRAL
TOTALES	22	1	0	315	217	73	81	17	32	159	104	76	83	586	0	660	925	181	

U. PLANIFIC. T.M.-2013.

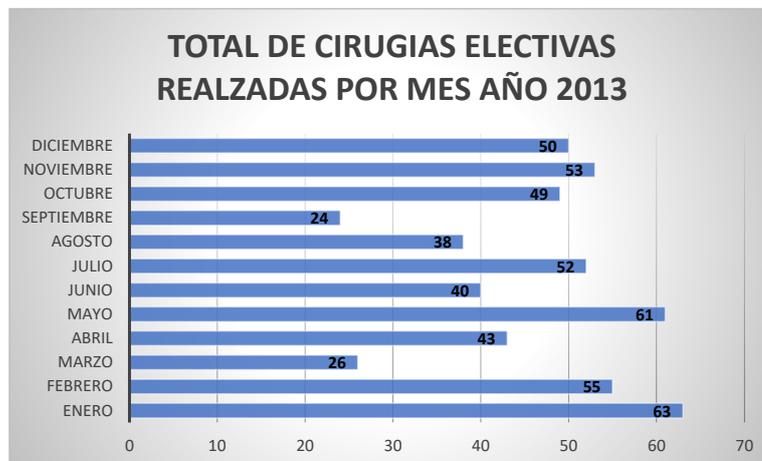
ANEXO 13



ANEXO 14

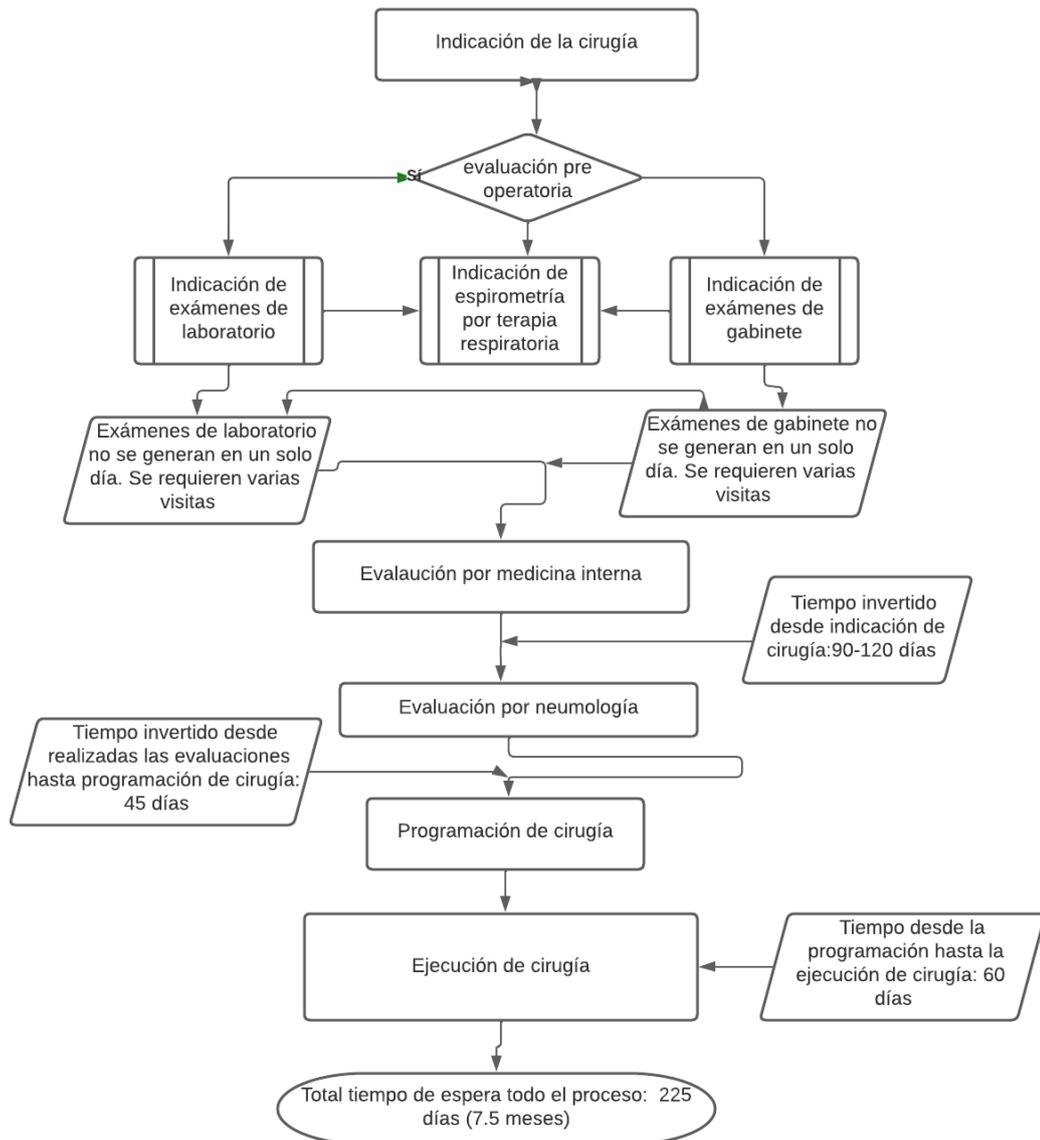


ANEXO 15



ANEXO 17

Proceso de atención sin cita única



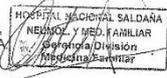
GUIA DE POSTULACIÓN
RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS EN EL
SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
1a EDICIÓN, AÑO 2022
HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

ANEXO 18

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"
 E-Mails: hospitalnac_jas@yahoo.com – udi_hnjas@yahoo.com

MEMORANDUM

PARA : DRA. SILVIA CAROLINA SALINAS, JEFE DIVISION MÉDICA.
 DE : DR. LUIS ORESTES PARADA ESTRADA, MEDICO JEFE DE CONSULTA EXTERNA
 FECHA : 27 DE JUNIO DE 2013



Reciba un atento y cordial saludo, deseándole éxito en el desempeño de sus funciones.
 Tengo a bien expresarle que el día 29 de mayo del corriente a la paciente Ventura Vega, registro 4932-13 se efectuó la primera práctica de CITA UNICA, la cual recibió colaboración por todas las áreas involucradas, resultando por ello factible poder mantenerla para todos los pacientes. Habiendo finalizado a las 12 md. Con el paciente programado para la cirugía (cura de hernia inguinal) para el día 14 de Junio 2013.
 Claro está que había el interés personal en cada instancia porque el "experimento" saliera bien, lo que aumento el trabajo individual de cada uno de nosotros.
 Es preciso continuar el proceso aumentando la cantidad, frecuencia, variando los días y principalmente involucrando a mayor personal.
 Además le informa que la paciente ya fue operada, con buen resultado.

Atentamente,

c.c. Unidad de Planificación.
 Km. 8½ Carretera Los Planes de Renderos, San Salvador, El Salvador. C.A.
 Tel. 2201-2100, Fax: 2280-8209

*EM
270813
14:40*

ANEXO 19

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"
 E-Mails: hospitalnac_jas@yahoo.com – udi_hnjas@yahoo.com



HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DIVISIÓN MÉDICO - QUIRÚRGICA			
ÁREA SUPERVISADA: CONSULTA EXTERNA, PROCESO "CITA ÚNICA"	FECHA: 25 de Septiembre 2019		
RESPONSABLE: Dra. Carolina Barrientos			
LIBRO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS			
	SI	NO	OBSERVACIONES
Actualizado:	X		
Ordenado:	X		
Datos Completos de Pacientes:	X		
SUPERVISIÓN DEL PROCESO POR JEFAURA			
Cronograma de Supervisión:	X		
Cumplimiento de Supervisión:	X		
Contempla Evaluación de Todos los Pasos del Proceso:	X		
PLAN CONTINGENCIAL			
Cuenta con Plan Contingencial de Cobertura:	X		
Cumplimiento a Plan de Cobertura:	X		
GESTIÓN DE LA JEFAURA			
Reuniones de Administrativas con Jefaturas Involucradas:	X		
Análisis Mensual de Datos:	X		
Seguimiento a Compromisos:	X		
ATENCIÓN AL USUARIO			
Orientación al Paciente:	X		
Acompañamiento por Enfermería Durante Proceso:	X		
OTROS			
Libro de Programación de Cirugías Actualizado:	X		

Km. 8½ Carretera Los Planes de Renderos, San Salvador, El Salvador. C.A.
 Tel. 2201-2100, Fax: 2280-8209

ANEXOS 20

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"
 UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)

LISTADO DE ASISTENCIA

FECHA: 6 de Julio 2022

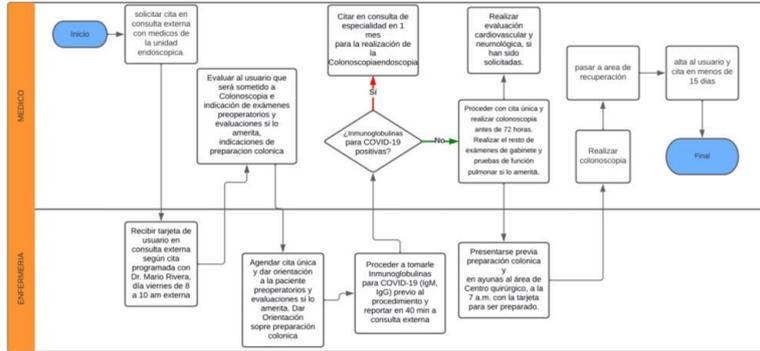
Nº	NOMBRE	FIRMA	UNIDAD	TELÉFONO
	Silvia Carolina Salinas	<i>[Firma]</i>	Div. Méd. Co.	2594-5299
	Ruth Carolina Barrientos	<i>[Firma]</i>	Div. Méd. Co.	7118-4566
	Angela Guzmán de Rodríguez	<i>[Firma]</i>	UOC	70696910
	Ruth Carolina Barrientos P.	<i>[Firma]</i>	Div. Méd. Co.	78600300
	Deisy Yamila Cerezo	<i>[Firma]</i>	Div. Méd. Co.	24241246

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"
LISTA DE ASISTENCIA
 NOMBRE DEL EVENTO: Equipo Postulados de mejores prácticas Dra. Guardado
 LUGAR: UOC
 FECHA: 13-03-22

Nº	NOMBRE COMPLETO	M	F	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO INSTITUCIONAL	TELÉFONO	FIRMA
1	Angela Guzmán de Rodríguez		X	Jefe UOC	UOC	angelaguzman@hospitalnac.jas.gob.sv	70696910	<i>[Firma]</i>
2	Ruth Carolina Barrientos		X	Jefe COEX	Div. Méd.	ruthcbarrientos@hospitalnac.jas.gob.sv	78600300	<i>[Firma]</i>
3	Deisy Yamila Cerezo		X	Eje. Operativa Exp.	Div. Méd.	deisy@hospitalnac.jas.gob.sv	24241246	<i>[Firma]</i>
4	Carolina Salinas		X	Jefa UOC	Div. Méd.	carolinasalinas@hospitalnac.jas.gob.sv	25945299	<i>[Firma]</i>
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
PARTICIPANTES		MUJERES		HOMBRES				

ANEXO 23

Flujograma de procedimiento de Colonoscopia hospitalaria consulta externa

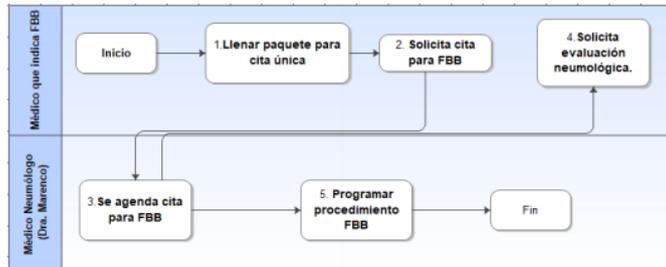


PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA POR MEDIO DE CITA ÚNICA

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	REGISTRO/NORMATIVA
1	Médico que indica procedimiento de FBB.	Llenar paquete para cita única	Se procede a llenar papelería para cita única	Expediente físico
2	Médico que indica procedimiento de FBB.	Solicita cita para FBB	Al solicitar la cita se debe proporcionar los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> Expediente Nombre Diagnóstico Quien lo indica. Se solicitará al número 2565-0201 (conmutador) en horarios de 7:00 a.m. a 10:45 a.m.	Order book de cita única.
3	Dra. Marengo.	Se agenda cita	Se procede a agendar cita según prioridad o severidad del caso clínico.	Order book de cita única. / expediente físico
4	Médico que indica procedimiento de FBB.	Solicita evaluación neumológica.	Si el paciente amerita el paciente evaluación neumológica y cardiovascular se solicita.	Expediente físico
5	Dra. Marengo	Programar FBB	Se procede a programar procedimiento. Nota: en caso de que no pasa evaluación Cardiovascular o neumológica, se debe gestionar otro procedimiento.	Order book de cita única. / expediente físico



PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA POR MEDIO DE CITA ÚNICA





GUIA DE POSTULACIÓN
 RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS EN EL
 SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
 1a EDICIÓN, AÑO 2022
 HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

ANEXO 24

DETALLE DE QUIRÓFANOS

CONSOLIDADO CIRUGÍAS * 1er. Trimestre AÑO 2014 *

INSTITUCIÓN: *Hospital Nacional "Dr. José A. Saldaña"*

A EVALUAR:	CIRUGIA DE GRAL.		CIRUGIA DE TÓRAX		ORTOPEDIA		GINECOLOGIA		OBSTETRICIA		SUMATORIA ANUAL		OBSERVACIÓN
	ELECTIVAS	EMERG.	ELECTIVAS	EMERGENC	ELECTIVAS	EMERGENC	ELECTIVAS	EMERGENC	ELECTIVAS	EMERGENC	ELECTIVAS	EMERGENC	
TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	112	0	12	0	34	0	56	0	19	0	233	0	
No. DE CIRUGÍAS RELIZADAS	74	88	9	0	18	10	47	25	44	87	192	210	
No. CIRUGIAS AMBULAT. PROGRAM.	3	0	0	0	10	0	16	0	0	0	0	0	
No. DE CIRUGÍAS AMBULATORIAS Realizadas.	6	0	0	0	2	0	7	0	0	0	15	0	
No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	6	0	3	0	4	0	9	0	0	0	22	0	
No. USUARIOS A QUIENES SE LES APLICÓ LISTA CIRUGIA SEGURA	24	32	3	0	8	3	16	8	18	28	69	71	
No. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
No. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
No. PERSONAS QUE CUMPLEN CON EL USO RACIONAL DE VESTIMENTA.	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	0	
No. DE QUEJAS EN SALA DE OPERACIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
No. DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS EN SALA DE OP.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

/Tjmr-U. PLANIF.

F. _____
DR. Ruy Del Cid, Jefe de Sala de Operaciones.

ANEXO 25

HOSPITAL NACIONAL "DR JOSE ANTONIO SALDAÑA"

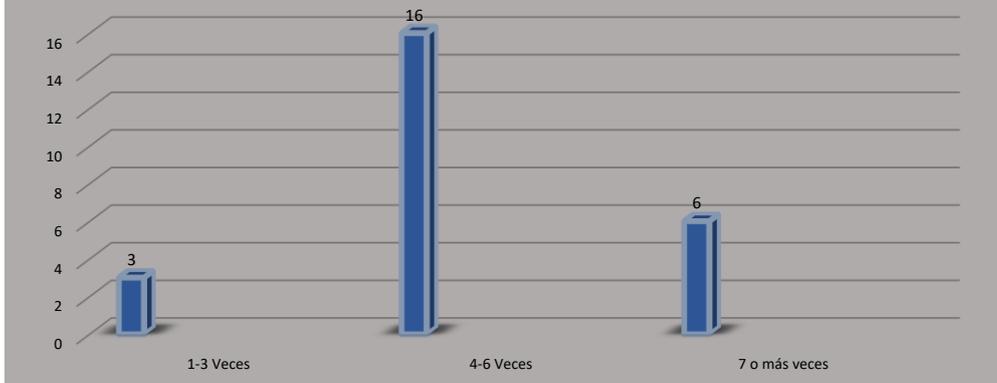
DETALLE MENSUAL USO DE QUIROFANOS- INDICADORES SALDA DE OPERACIONES

AÑO 2015

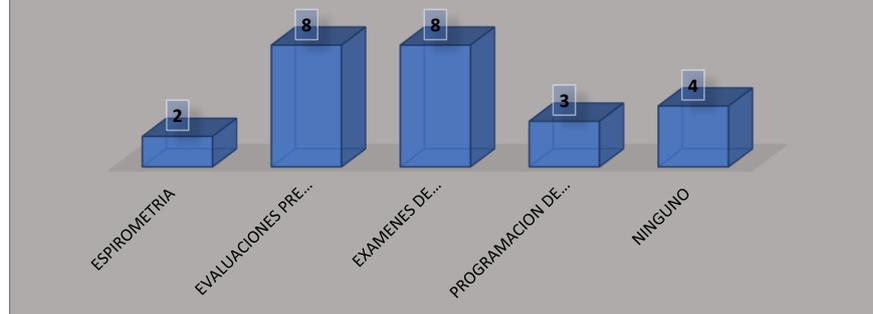
MES	CIRUGIAS GENERAL	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA
ABRIL	18	8	20
MAYO	6	2	4
JUNIO	46	2	19
JULIO	52	12	16
AGOSTO	35	5	7
SEPTIEMBRE	42	17	11
OCTUBRE	47	14	14
NOVIEMBRE	30	8	8
DICIEMBRE	30	12	6
TOTAL DE CIRUGÍAS	306	80	105
TOTAL DE CIRUGIAS CITA UNICA			491

ANEXO 26

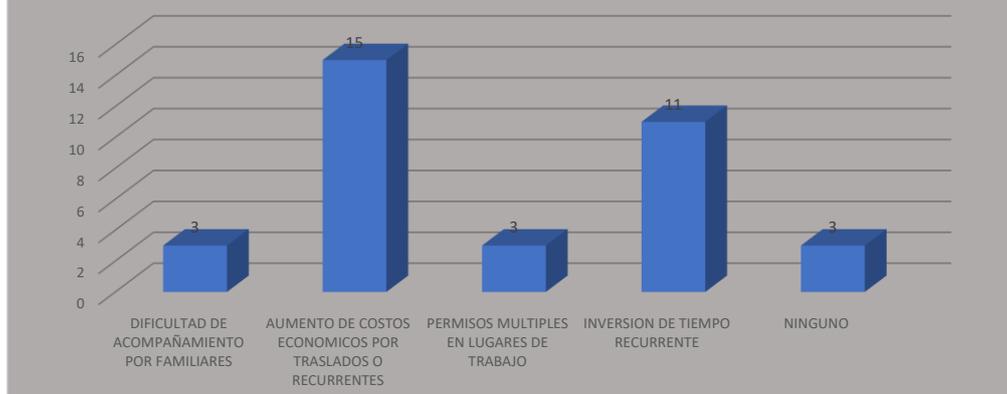
NUMERO DE VISITAS AL HOSPITAL PARA COMPLETAR LOS REQUISITOS PREOPERATORIOS SIN CITA UNICA (LINEA BASE ENCUESTAS 2012)



¿CUALES DE TODOS LOS REQUISITOS FUE EL MAS DIFICIL DE REALIZAR?



¿CÚALES INCONVENIENTES TUVO USTED PARA PODER ASISTIR A REALIZAR LOS REQUISITOS EN DIFERENTES VISITAS HOSPITALARIAS?




GUIA DE POSTULACIÓN
RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRACTICAS EN EL
SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
1a EDICIÓN, AÑO 2022
HOSPITAL NACIONAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR "JOSÉ ANTONIO SALDAÑA"

ANEXO 27



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL SERVICIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE CITA ÚNICA PARA PACIENTES CON CIRUGÍAS ELECTIVAS INDICADAS

NUMERO DE ENCUESTA: 9
 NUMERO DE EXPEDIENTE/REGISTRO: 5918-16 FECHA: 12-7-19
 SEXO: MASCULINO FEMENINO: EDAD: 69 (AÑOS)
 LUGAR DE PROCEDENCIA/RESIDENCIA: URBANO RURAL

INDICACIONES: La siguiente encuesta tiene como objetivo valorar la satisfacción del usuario que es sometido al proceso de cita única previo a la realización de un procedimiento quirúrgico electivo.

N°	ITEMS	SI	NO
1	¿Se le ha explicado en qué consiste el proceso de cita única?:	✓	
2	¿Considera que el proceso de cita única es beneficioso para el usuario?	✓	
3	¿Considera que con el proceso de cita única le ahorra tiempo en la realización de su cirugía?:	✓	
4	¿Considera que con el proceso de cita única le ahorra costos económicos al solo asistir una vez para todas sus evaluaciones pre-operatorias?:	✓	
5	¿Le fue programada su cirugía el mismo día de sus evaluaciones pre-operatorias?:	<u>29-6-19</u> <u>31-7-19</u>	
6	¿Conoce usted de otros centros hospitalarios que realicen este tipo de procesos?:		✓
7	¿Fue acompañado durante el proceso de cita única por personal de enfermería u otro personal de salud?:	✓	
8	¿Recomendaría usted este tipo de procesos de cita única, a otros usuarios que quieran someterse a una cirugía electiva	✓	

1. ¿Cuanto considera ha sido el costo económico ahorrado por usted con este proceso de cita única?: \$ 75 dólares

10. Indique el procedimiento quirúrgico al cual será sometido: Cura de Hernia umbilical Dr. Carballo

11. ¿Cómo califica la atención recibida por parte de todo el personal que le ha atendido en todo el proceso de cita única?: EXCELENTE BUENA MALA

12. Observaciones/Comentarios: El tiempo de programación de cirugía estuvo mas que excelente



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL SERVICIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE CITA ÚNICA PARA PACIENTES CON CIRUGÍAS ELECTIVAS INDICADAS

Dr. celestino per vido

NUMERO DE ENCUESTA: 7
 NUMERO DE EXPEDIENTE/REGISTRO: 1573-21 FECHA: 20-04-21
 SEXO: MASCULINO FEMENINO: EDAD: 50 (AÑOS)
 LUGAR DE PROCEDENCIA/RESIDENCIA: URBANO RURAL

INDICACIONES: La siguiente encuesta tiene como objetivo valorar la satisfacción del usuario que es sometido al proceso de cita única previo a la realización de un procedimiento quirúrgico electivo.

N°	ITEMS	SI	NO
1	¿Se le ha explicado en qué consiste el proceso de cita única?:	✓	
2	¿Considera que el proceso de cita única es beneficioso para el usuario?	✓	
3	¿Considera que con el proceso de cita única le ahorra tiempo en la realización de su cirugía?:	✓	
4	¿Considera que con el proceso de cita única le ahorra costos económicos al solo asistir una vez para todas sus evaluaciones pre-operatorias?:	✓	
5	¿Le fue programada su cirugía el mismo día de sus evaluaciones pre-operatorias?:	<u>Cita</u> <u>20-04-21</u>	
6	¿Conoce usted de otros centros hospitalarios que realicen este tipo de procesos?:		✓
7	¿Fue acompañado durante el proceso de cita única por personal de enfermería u otro personal de salud?:	✓	
8	¿Recomendaría usted este tipo de procesos de cita única, a otros usuarios que quieran someterse a una cirugía electiva	✓	

1. ¿Cuanto considera ha sido el costo económico ahorrado por usted con este proceso de cita única?: \$ 100

10. Indique el procedimiento quirúrgico al cual será sometido: Colectostomia por video Dr. Arciniega

11. ¿Cómo califica la atención recibida por parte de todo el personal que le ha atendido en todo el proceso de cita única?: EXCELENTE BUENA MALA

12. Observaciones/Comentarios: qu se sigan mejorando este tipo de proceso para el unico del patient.

ANEXO 28

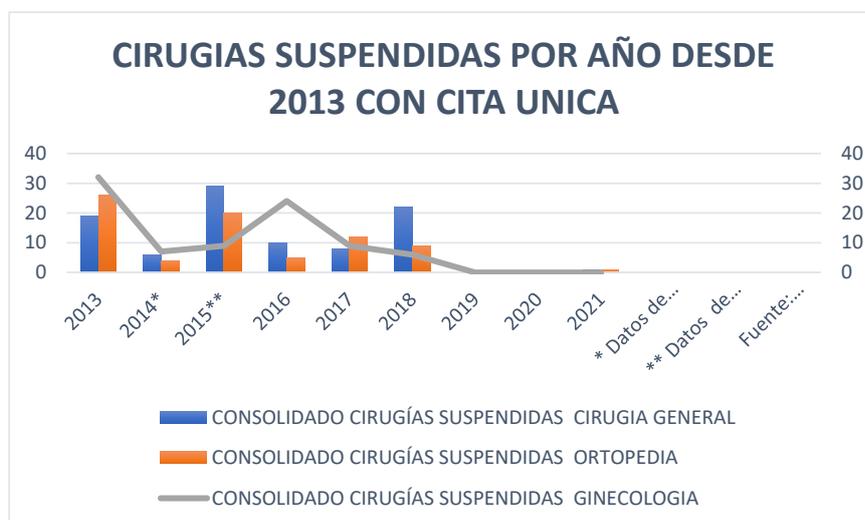


ANEXO 29

CONSOLIDADO CIRUGÍAS SUSPENDIDAS			
AÑO	CIRUGIA GENERAL	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA
2013	19	26	32
2014*	6	4	7
2015**	29	20	9
2016	10	5	24
2017	8	12	9
2018	22	9	6
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	1	1	0

* Datos de primer trimestre del año.
 ** Datos de Abril a Diciembre
 Fuente: Informe de Sala de Operaciones correspondientes.

ANEXO 30





ANEXO 31

IMÁGENES DE PROCESO DE CITA UNICA

