



MINISTERIO
DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

NOMBRE DE LA MEJOR PRÁCTICA

MEJORA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA A
TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA DE AGOSTO 2020 A DICIEMBRE DEL 2022

Dr. Marcelino Humberto Mejía Canales
Director del Hospital

FECHA: AGOSTO DE 2023

Integrantes del equipo de mejora

Nombre	Cargo
Dra. Glenda Patricia Medrano	Asesora de Medicamento
Dra. Jenny Carolina Torres	Coordinadora de Consulta Externa, Servicios de Apoyo y de la Unidad Renal
Tgo. Juan Carlos Jandres	Enfermero responsable de la Unidad Renal
Licda. Delmy Aracely Fuentes	Jefe de Enfermería/ Coordinadora UOC
Licda. Dorelina Esmeralda Méndez	Enfermera de la Unidad Renal
Tec. Eva Lisseth Álvarez	Encargada de Activo Fijo / Técnico Informático
Lic. Celestino Salvador	Psicólogo

AUTORIZADO POR:



Dr. Marcelino Humberto Mejía Canales

Director del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.



Contenido

Presentación	4
Objetivos de la Mejor Práctica	5
Criterio 1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección	6
Criterio 2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	8
Criterio 3. Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada	13
Criterio 4. Gestión del equipo de mejora	23
Criterio 5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas	26
Criterio 6. Resultados de las mejores prácticas	28
Criterio 7. Sostenibilidad y mejora	36
Glosario Abreviaturas y Términos.....	41
Anexos	43

Información de la organización

Nombre: Hospital Nacional General Santa Rosa de Lima

Dirección: Barrio La Esperanza, sobre calle Ruta Militar, salida a San Miguel

Teléfono: 2792-4400

Correo electrónico: direccionhnsrl@gmail.com

Presentación

Somos un hospital de segundo nivel de atención que se ubica en la categoría IE, caracterizado por la atención de usuarios con bajo riesgo y que cuenta las especialidades básicas de: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia.

El hospital es parte de la Micro Red Santa Rosa de Lima y de Anamorós; la primera está integrada por las Unidades de Salud (US) de seis municipios: San José la Fuente, Bolívar, Pasaquina, Santa Rosa de Lima, El Sauce y Concepción de Oriente. La Micro Red de Anamorós, la integran las U/S de: Lislique, Anamorós, Nueva Esparta y Polorós. Por accesibilidad geográfica se atienden usuarios de los municipios del departamento de Morazán (Jocoro, El Divisadero, Sociedad y Corinto), lo mismo que se atienden a población de los países de Honduras y Nicaragua.

Descripción de la Mejor Práctica

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud; según datos del SIMMOW, esta enfermedad constituye la segunda causa de muerte prematura en la población salvadoreña. En los últimos cinco años esta patología ha ido en ascenso, afectando en gran medida a la persona que la padece y a su grupo familiar. Actualmente la ERC, es una de las enfermedades no transmisibles priorizadas por el Sistema Nacional de Salud, de ahí que, es necesario implementar estrategias de prevención y de oferta de tratamiento para quienes ya padecen la enfermedad. En el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, se ha observado un incremento de usuarios que son atendidos en la consulta ambulatoria y en hospitalización. Así se tiene que, en el año 2018, fueron 62 egresos con este tipo de diagnóstico y para el año 2019 se produjeron 81 egresos, de esta manera, el porcentaje de aumento supera el 30% en comparación con el año anterior. La ruta para acceder al tratamiento dialítico de los usuarios en estadio 5, eran referidos al Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel, algunos realizaban el proceso para incorporarse al tratamiento que determinara el especialista (Nefrólogo), otros, desistían iniciar el tratamiento por diferentes razones: distancia geográfica, falta de una red de apoyo familiar, burocracia en los tramites hospitalarios para incorporarlos al tratamiento alternativo y condiciones económicas limitadas. Generando con ello un deterioro progresivo de la salud y una muerte prematura.

Objetivos de la Mejor Práctica

General:

Fortalecer el continuo de atención de los usuarios con enfermedad renal crónica, mediante la coordinación con los diferentes niveles de atención en salud para la implementación de la estrategia de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, en el periodo de agosto del 2020 a diciembre del 2022.

Específicos:

- Fomentar acciones de prevención del deterioro progresivo en los usuarios que padecen enfermedad renal crónica, mediante la clasificación oportuna de los estadios de la enfermedad en la consulta externa especializada
- Disminuir los tiempos de espera desde que es indicado el tratamiento de diálisis hasta la incorporación al programa de DPCA, mediante la reducción de tramitología con el hospital de referencia
- Contribuir al acceso oportuno de tratamiento sustitutivo en usuarios con enfermedad renal crónica mediante la implementación de la estrategia de DPCA en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima
- Disminuir el número de ingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad renal crónica, mediante el apego y adherencia a la estrategia de DPCA de los usuarios que se encuentran incorporados al programa

Criterios de Evaluación

Criterio 1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección

1.1 Promover la implantación y dar a conocer la mejor práctica a toda la institución ¿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 Dirección del hospital comprometida con la calidad de atención de los usuarios, ha fomentado de manera permanente, la identificación y análisis de los problemas que aquejan al quehacer institucional, para ello, hace uso de los diferentes espacios de encuentro como, reuniones del Consejo Estratégico de Gestión, Sala Situacional y con los jefes de departamento del Hospital. La Dirección ha delegado en el equipo de mejora la responsabilidad de promover, la identificación, formulación y ejecución del proyecto. Entre los principales momentos que ha tenido participación la alta dirección del Hospital se pueden mencionar: la conformación del equipo responsable de conducir el proyecto de mejora, (ver anexo 1) la asignación de espacio físico para la UR (ver anexo 2), asignación del Talento Humano para asistir a la capacitación y la asignación de presupuesto para compra de los insumos necesarios para cumplir con los objetivos del proyecto, el otorgamiento del tiempo necesario para que el equipo pudiera realizar actividades de planificación, coordinación, ejecución y control, lo mismo que para la formación o capacitación. La Dirección del Hospital también, ha estado muy involucrada en las reuniones de avances del proyecto, entrega de resultados, monitoreo, evaluaciones y revisando la información proporcionada por el equipo de mejora.

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

La Dirección del hospital dio a conocer la mejor práctica por medios formales, tal es el caso, en reuniones con jefes de departamentos del hospital, de Consejo Estratégico de Gestión, en el grupo de Control Interno del hospital, en las cuales explicaba los beneficios y trascendencia que tendría el proyecto para los beneficiarios directos y para sus familiares. Otro espacio utilizado fue las reuniones de las Microred a las que pertenece el hospital y las reuniones de red del SIBASI La Unión. Esta práctica tuvo un punto extra en la promoción, porque para la inauguración de la Unidad Renal, se contó con la presencia del Ministro de Salud (Ver anexo N° 4), en donde pudieron participar al evento personal de salud y usuarios externos. Otro medio utilizado para la divulgación de la mejor práctica fue compartir en el grupo de WhatsApp de los jefes de departamento un video corto editado por la secretaría de comunicaciones de la presidencia. (ver

en

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid02NaBtgrdnyvYHgRNvjaCkM11QgGBvEEcGv7eXHZ1Vij5PhM8TmCWbhVniT6yxoeSGI&id=181454861876968&mibextid=qC1gEa)

1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo

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

Desde la gestación de la iniciativa de la mejor práctica, la Alta Dirección ha estado anuente a realizar las gestiones necesarias para que el proyecto avance y se obtuviera los resultados esperados. Una de sus primeras gestiones fue la selección del Talento Humano para integrar el equipo de mejora, delegando con el nombramiento la facilidad de, la búsqueda de información, coordinaciones con diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, proveedores de insumos para la terapia dialítica. La autonomía otorgada al equipo de la mejor practica favoreció el empoderamiento y permitió agilizar la toma decisiones de manera autónoma durante la ejecución del proyecto.

La Alta Dirección, permitió el fortalecimiento del equipo, autorizando un espacio físico para el desarrollo de la Estrategia de la DPCA (ver anexo 2), asignación de un presupuesto económico para la readecuación del espacio, la compra de insumos, mobiliarios y medicamento (ver anexo 3). Además de la asignación del Talento Humano responsable, se les facilitó para que asistieran a realizar una pasantía de entrenamiento en la Unidad Renal del Hospital San Juan de Dios de San Miguel. Otra de las facilidades que otorgó el director fue permitir el tiempo y los espacios para que el equipo de mejora realizara reuniones de análisis de información de la mejor práctica y los procesos de formación continua.

1.3 Reconocimiento a equipos de mejora

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

La política instaurada por el Ministerio de Salud (MINSAL) a partir del año 2015, como un mecanismo de reconocer el trabajo de excelencia en los niveles locales de la atención en salud, institucionalizando el “reconocimiento interno a las mejores prácticas”. Este tipo de iniciativa ha constituido un punto de partida para que la Alta Dirección, promueva la integración de equipos de mejora y reconociendo el trabajo realizado. En el caso puntual, durante la ejecución de esta mejor práctica, se entregó un diploma de reconocimiento individual para cada integrante y uno para el equipo que trabaja en el área de la UR, ambos diplomas se entregaron en acto público de la celebración del día del Hospital (Ver anexo 6). Otra manera de reconocer el trabajo realizado es utilizando reforzadores como felicitaciones en evaluaciones de desempeño (Ver anexo 7) y de forma verbal en reuniones de jefaturas y del Consejo Estratégico de Gestión. Otro mecanismo de reconocimiento del trabajo del equipo, esta determinado por la autorización que algunos integrantes del equipo puedan realizar procesos de formación continua tanto de las actividades operativas del cuidado renal, como de aprendizaje de formulación, ejecución y evaluación de proyecto.

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

Entre los principales incentivos considerado por la Alta Dirección es la facilidad para mantener los equipos de mejora integrado para que puedan participar en otras experiencias de mejora, se les autoriza para que puedan dar a conocer la práctica, tal es el caso de la presentación de este proyecto en el concurso interno de Reconocimiento Interno de las Mejores Prácticas del MINSAL. Se autorizó para que el equipo responsable de la UR pudiera explicar el desarrollo de la experiencia a personal de salud del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe que estaban interesados en replicar la mejor práctica.

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?

La identificación de la mejor práctica surge del análisis realizado con los jefes de departamento del hospital, utilizando la técnica de lluvia de ideas, para conocer los principales problemas que afectaban el área de hospitalización (Ver anexo 8). La coordinadora de la UOC explica el objetivo de la reunión y el procedimiento para aplicar la técnica de recolección de información e identificación de problemas, en un papelógrafo se fueron registrando los aportes de cada uno de los asistentes. Al final, se llegó al consenso de los problemas críticos, entre los cuales se pueden enlistar en la tabla 1.

Tabla 1. Principales problemas identificados con la técnica de lluvia de ideas

Problemas
<ul style="list-style-type: none">• Reingresos de usuarios frecuente con más complicaciones• Rotación frecuente de médicos generales en el servicio de medicina interna• Incremento de la Enfermedad Renal Crónica en sus diferentes estadios• Ausencia de los familiares para apoyo a los usuarios más graves, por restricción de COVID-19• Débil coordinación entre el segundo y primer nivel de atención para el seguimiento de los usuarios

Fuente: Identificación de problemas en reunión del equipo de calidad, 12 / 08 /2020

¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de problemas?

Entre los parámetros utilizados para determinar la priorización del problema se tomaron en cuenta los propuestos por la herramienta de Hanlon, los cuales se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Parámetros utilizados en la priorización del problema.

Parámetro	Descripción
Magnitud del problema	Se refiere a la cantidad de personas afectadas por el problema, teniendo en cuenta los usuarios con enfermedad renal crónica que ameritan terapia dialítica
Severidad del problema	Comprende la gravedad del problema, está determinada por la gravedad de la ERC, que puede ocasionar incapacidad temporal o permanente, altos costos económicos para el tratamiento y es causa de muerte prematura
Eficacia o vulnerabilidad	Este componente evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud, valorando los que se pueden controlar o erradicar
Factibilidad de la intervención	La factibilidad estuvo determinada, por el análisis de una serie de factores como: P= pertinencia, E= económico, R= recursos, L= legalidad, A= accesibilidad, mediante la sumatoria de estos factores =se logró obtener un puntaje que se refiere a la factibilidad de implementación de la mejor práctica

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

Para la priorización del problema se tomó a bien utilizar la herramienta de la matriz de Hanlon, la cual sirvió de base para determinar el orden de importancia de cada uno de los problemas identificados. La asignación de los puntajes en cada uno de los componentes se tomó en cuenta el valor mínimo y máximo que cada componente tiene y para obtener el puntaje total de los problemas a priorizar se utilizó la siguiente formula: Formula aplicada: $A+B \times C \times D$. A= magnitud (1-10), B= severidad (1-10) C= eficacia (0.5=no se puede controlar, 1 = se controla parcialmente y 1.5=puede controlarse) D= factibilidad (0=NO y 1=SI).

Tabla 3. Matriz de priorización de problemas

MÉTODO HANLON						
PROBLEMA	MAGNITUD A(1-10)	SEVERIDAD B(1-10)	EFICACIA DE LA SOLUCIÓN C(0.5- 1.5)	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN D(0=NO) (1=SI)	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Reingresos de usuarios frecuente con más complicaciones	2	7	1	0.8	7.2	3
Rotación frecuente de médicos generales en el servicio de medicina	2	4	1	0.6	3.6	4
Incremento de la Enfermedad Renal crónica en sus diferentes estadios.	6	10	1	0.6	9.6	1
Ausencia de los familiares para apoyo a los usuarios más grave, por restricción del covid-19.	4	5	0.5	0.4	1.8	5

Débil coordinación entre el segundo y primer nivel de atención para el seguimiento de usuarios con ERC	4	6	1	0.8	8.0	2
--	---	---	---	-----	-----	---

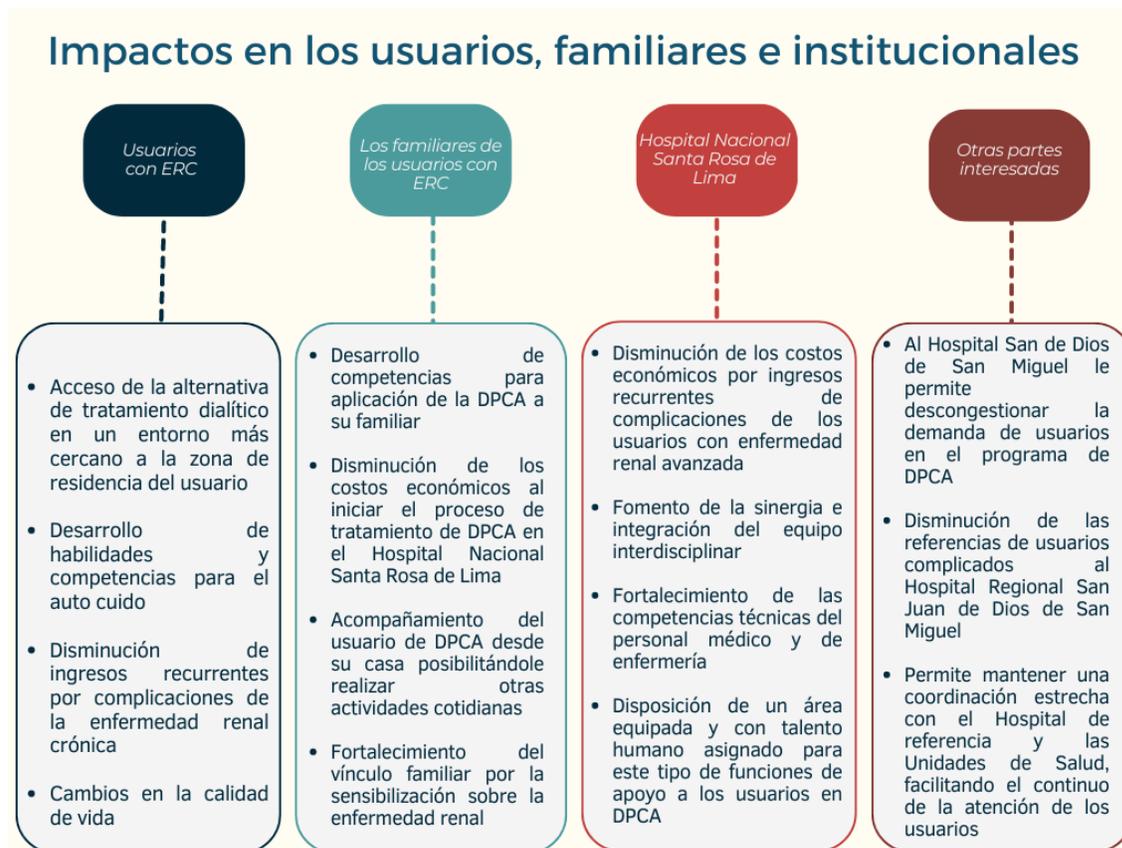
Fuente: Elaboración propia, análisis realizado en reunión celebrada el 19 de agosto del 2020.

El análisis de la causa raíz, se realizó mediante la herramienta del árbol del problema, que facilitó la estructura de un esquema práctico y participativo para identificar las causas principales y las sub-causas, colocando en las raíces del árbol las causas, en el tronco el problema principal y en la parte superior del árbol los efectos que este problema ocasionaba (Ver anexo 9). El problema seleccionado se definió como el incremento de la ERC y el poco seguimiento que estos usuarios tenían en el continuo de su atención. Entre las limitantes encontradas se pueden citar: trámites burocráticos para iniciar el tratamiento sustitutivo en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, no se disponía de talento humano capacitado en este tipo de intervenciones, poca clasificación de los usuarios de acuerdo al estadio de evolución de su enfermedad, poca motivación de los usuarios para aceptar el tratamiento dialítico, falta de seguimiento de los usuarios después del egreso hospitalario y limitado apoyo de los familiares para acompañar al usuario en su proceso de adherencia al tratamiento alternativo. Estas limitantes, contribuía a que los usuarios permanecieran por periodos de tiempo prolongados en el hospital, reingresos frecuentes por el avance prematuro de la enfermedad o por la coexistencia de otras patologías. En alguna medida, se estaba deteriorando el bienestar del usuario y de la familia, ocasionándoles mayores costos económicos y dificultades para incorporarse en las actividades cotidianas.

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

La realidad identificada a transformar con la mejor práctica se consideró los siguientes impactos:

Figura 1. Impactos en los usuarios, familiares e institucionales



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 recolección de la información en la identificación del problema, se utilizó los resultados de la evaluación de las actividades de gestión de la POA 2020, análisis del SIMMOW específicamente los datos relativos a la patología renal, análisis de resultado de la Encuesta Nacional de Enfermedades no Transmisible. Además, fue necesario realizar la aplicación de la herramienta de calidad de lluvia de ideas para identificar el problema.

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

Entre las principales herramientas de recolección de información utilizada para la mejor práctica se pueden mencionar:

- SIMMOW, información de los años 2020, 2021 y 2022.
- Matriz de Excel para el registro de los usuarios inscritos en el programa de DPCA
- Matriz de análisis de reingreso de usuarios por complicaciones con la ERC
- SIEC (Sistema Integrado de Enfermedades Crónicas)
- SIS (Sistema Integrado de Salud)

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

Para efectos de la mejor práctica a implantar, se consideró a bien, determinar cuatro brechas que están relacionadas con los objetivos específicos: clasificación de los usuarios en los diferentes estadios de evolución de la enfermedad, la incorporación oportuna al tratamiento de DPCA cuando el médico tratante lo indica, acceso de los usuarios con ERC en estadio 5 al programa de diálisis, y la disminución de ingresos hospitalarios por complicaciones de la ERC. La primera brecha, se cuantificó tomando en cuenta el número de usuarios-as con ERC que asistieron a consulta ambulatoria con medicina interna y los egresos hospitalarios. Para determinar la segunda brecha, fue necesario cuantificar los días utilizados en todo el proceso de atención desde la identificación, referencia, evaluación e integración al programa de DPCA, comparando el proceso sin intervención y actualmente con la intervención de la mejor práctica y la tercera y cuarta brecha, se utilizó el número de egresos hospitalizados con ERC en estadio 5, tomando como línea de base el año 2019.

Para efectos de una mejor comprensión se describen las brechas entre la situación inicial y la deseada en la tabla 4

Tabla 4. Brechas entre la situación inicial y la deseada

Oportunidades de mejora identificadas	Línea base: año 2019	Proyección al año 2022	Brecha
Clasificación de estadio de la ERC	90.03% de 592 usuarios entre egresos y consulta externa con diagnóstico de ERC clasificado en su estadio correspondiente	Clasificación del 100% de los usuarios en el estadio de acuerdo con el avance de la enfermedad	59 (9.97%) usuarios que no tenían un diagnóstico clasificado en el estadio de la ERC
Tiempo de espera entre indicada la diálisis hasta la incorporación al programa de DPCA.	Usuario Referido al HNSJDSM, entre la evaluación e incorporación al programa de DPCA el Promedio de espera era de 8 a 10 días	4 días de espera entre que se indica la terapia se presenta al nefrólogo se coloca el catéter y se incorpora al programa de inmediato	6 días de demora en todo el proceso entre la evaluación y la incorporación al programa de DPCA en el hospital

Acceso a la terapia DPCA para los usuarios con ERC en estadio 5	63 usuarios egresados con diagnóstico de ERC estadio 5 que no reciben tratamiento DPCA	El 50% de los usuarios incorporados en la terapia de DPCA (33 usuarios)	32 usuarios que pudieran estar en el programa de DPCA
Disminución de los egresos hospitalarios por complicaciones con la ERC	63 egresos hospitalarios por complicaciones con la ERC.	Disminuir un 35% de egresos por complicaciones con la ERC	22 egresos menos por ERC en estadio 5 por complicaciones de la ERC

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del SIMMOW y matriz de registro de la Unidad Renal

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

3.1. Planificación de las mejores prácticas

La mejor práctica se planifica desde el análisis de la información emitida por la Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador ENECA-ELS 2015. En donde se tiene que, la zona Oriental es la más afectada por la ERC, en ese año se tenía un total de 44,052 casos, este dato está por encima del número de casos de las otras zonas geográficas del país. En sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la meta número 3.4 que esta enunciada así, “para el 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante acciones de prevención y tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. El Ministerio de Salud en su Plan Estratégico Institucional 2021-2025, plantea dentro de sus prioridades institucionales sanitarias “Reducción de la mortalidad prematura y el apareamiento de nuevos casos de enfermedad renal crónica”.

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

La misión y visión del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, se enuncia de la siguiente manera: “somos una institución Hospitalaria responsable de brindar servicios integrales de salud, con eficacia, calidad y trato humanizado”; desde esta perspectiva, la mejor práctica está orientada a brindar una atención integral a los usuarios con ERC integrando en el tratamiento a los familiares y los diferentes niveles de atención en salud. La apertura de un nuevo servicio en el hospital está en sintonía con los objetivos de la institución que en su objetivo general enmarca, asegurar el acceso a los servicios de salud con un enfoque basado en derechos y en el objetivo específico tres, resalta la necesidad de contribuir al control y disminución de los factores de riesgo para evitar la descompensación de las enfermedades crónicas no transmisibles. En este sentido, la mejor práctica posibilita el acercamiento del tratamiento y el acceso oportuno a la terapia dialítica, contribuyendo de gran manera a mejorar la calidad de vida de los usuarios que padecen la ERC. Por otra parte, la implementación de la mejor práctica de DPCA, además de fortalecer el continuo de la atención responde a la capacidad de la gestión eficaz y eficiente en el uso de los recursos

institucionales, sin dejar de lado, el apego a los Lineamientos técnicos para la atención de usuarios con enfermedad renal crónica en terapia dialítica emitidos por el MINSAL.

¿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?

La elaboración del plan de trabajo estuvo determinada por las características y habilidades de cada Talento Humano del equipo gestor, quienes ofrecieron sus aportes de manera compartida y de consenso, quedando tal y como se presenta en la tabla 5.

Tabla 5. Plan de trabajo

Objetivos	General: Fortalecer el continuo de atención de los usuarios con enfermedad renal crónica, mediante la coordinación con los diferentes niveles de atención en salud para la implementación de la estrategia de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, en el periodo de agosto del 2020 a diciembre del 2022.			
	Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar acciones de prevención del deterioro progresivo en los usuarios que padecen enfermedad renal crónica, mediante la clasificación oportuna de los estadios de la enfermedad en la consulta externa especializada • Disminuir los tiempos de espera desde que es indicado el tratamiento de diálisis hasta la incorporación al programa de DPCA, mediante la reducción de tramitología con el hospital de referencia • Contribuir al acceso oportuno de tratamiento sustitutivo en usuarios con enfermedad renal crónica mediante la implementación de la estrategia de DPCA en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima • Disminuir el número de ingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad renal crónica, mediante el apego y adherencia a la estrategia de DPCA de los usuarios que se encuentran incorporados al programa 			
Fase	Actividad	Indicadores	Tiempo	Responsables
Preparación	Conformación del equipo de mejora	Equipo conformado	Agosto 2020	Dr. Marcelino Humberto Mejía
	Análisis de la información para la formulación del proyecto.	Número de documentos institucionales revisados	Agosto 2020	Equipo de mejora
	Presentación del proyecto al director y al Consejo Estratégico de Gestión para su aprobación	Aprobación del proyecto de mejora	Agosto 2020	Equipo de mejora
Planeación	Elaboración del perfil del proyecto	Perfil elaborado	Septiembre 2020	Equipo de mejora

	Coordinación con el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel para realización de pasantía	Número de coordinaciones realizadas	Septiembre 2020	Dra. Torres y Dr. Mejía Canales
	Análisis del espacio físico para el funcionamiento de UR	Espacio designado	Octubre 2020	Sr. Carlos Campos, Dr. Mejía y equipo de mejora
	Elaboración del programa de réplica de capacitación con personal médico y de enfermería	Programa elaborado	Noviembre 2020	Dra. Torres y Tgo. Jandres
Organización	Gestión para la compra de insumos y medicamento para el funcionamiento de la estrategia de DPCA	Número de solicitudes realizadas	Octubre 2020	Dra. Torres y Dra. Medrano
	Organización de grupos para asistir a la capacitación	Número de grupos organizados y convocados	Noviembre 2020	Licda. Delmy Fuentes y Dra. Torres
	Definir la ruta de atención del usuario identificado en estadio 5 para la incorporación al programa de DPCA	Ruta elaborada	Marzo 2021	Dra. Medrano Dra. Torres Licda. Fuentes
	Asignar Talento Humano Responsable de la UR	Personal designado	Abril 2021	Dr. Mejía y Licda. Fuentes
	Elaboración del perfil de los candidatos a ingresar al programa de DPCA	Perfil elaborado	Febrero 2021	Equipo de mejora
Ejecución	Realización de pasantía en el Hospital Nacional San Juan de Dios	Número de talento humano programado	Septiembre 2020	Dr. Mejía Canales (autoriza)
	Readecuación del espacio para el funcionamiento de la UR	Área construida y funcional	Diciembre 2020 - enero 2021	Sr. Campos
	Implementación de los talleres de capacitación con personal médico y de enfermería sobre la estrategia de DPCA.	Número de talento humano capacitado	Febrero - marzo 2021	Dra. Torres y Tgo. Jandres
	Ejecución del programa de entrenamiento al usuario y familia	Listado de usuarios y familiares capacitado	Mayo 2021	Talento Humano Asignado a la UR
	Implementación de los procesos de atención para aplicar la estrategia DPCA	Listado de usuarios activos en el programa de DPCA	Mayo 2021	Talento Humano asignado a la UR
	Visita domiciliar inicial para realizar la conexión segura	Número de visitas realizadas	Junio 2021	Tgo. Jandres
Evaluación y control	Evaluación de resultados de indicadores propuestos	Número de informes elaborado	Agosto 2021	Equipo de mejora
	Monitoreo de registro anecdótico de visitas domiciliarias realizadas	Informe de visitas	Junio 2021	Sr. Jandres
	Encuesta de satisfacción a los usuarios y familiares	Informe de resultados de encuesta	Junio 2021 dic. 2021	Responsable de la ODS y Lic. Salvador
	Visita domiciliar por enfermera de Unidades de Salud	Número de visitas realizadas	Año 2021 - 2022	Dra. Mejía SIBASI La Unión

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

Para la implementación del proyecto de mejora de la estrategia de DPCA, no se disponía de recurso financieros específicos. La implantación fue posible por las gestiones realizadas desde la Dirección y el equipo de mejora. Los costos de la readecuación del área de la UR, los insumos, equipos, mobiliarios y Talento Humano fue responsabilidad del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y en contrapartida el Hospital San Juan de Dios de San Miguel aportó los kits para la terapia sustitutiva, por un periodo de tiempo de dos años. En la tabla se describe las especificidades del presupuesto para la implantación de la mejor práctica.

Tabla 6. Presupuesto para la implantación de la mejor práctica

Rubro	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Total	Fuente de financiamiento
Adecuación de la UR	Materiales de construcción varios	Ver en anexo 13		\$1,059.70	Fondo General del HNSRL
	Servicio de mano de obra	1	\$ 440.00 Mensual	\$ 400.00	Fondo General del HNSRL
		1	\$ 350.00 Mensual	\$700.00	Fondo General del HNSRL
	Sub- total				\$2,159.7
Medicamento e insumos	Vancomicina 0.5 sólido I.V. Frasco vial para 10 ml	30	\$ 1.040	\$ 42.00	Fondo General del HNSRL
	Ácido ascórbico 500 mg sólido oral empaque primario individual	100	\$ 6.020	\$620.00	Fondo General del HNSRL
	Vitamina D 2000 UI sólido oral empaque primario individual	100	\$ 5.090	\$ 590.00	Fondo General del HNSRL
	Acetato de Calcio 450-500 mg.	30	\$90.00	\$2,700.00	Fondo General del HNSRL
	Hierro sacarosa 20 mg/ml liquido parenteral I.V. frasco vial o ampolla 5ml	100	\$4.080	\$ 480.00	Fondo General del HNSRL
	Eritropoyetina Alfa de origen ADN Recombinante humana 4,000UI/ml Sólido liquido parenteral I.V. S.C, Frasco vial jeringa prellenada	100	\$ 2.098	\$ 298.00	Fondo General del HNSRL
	Kit para diálisis	15	\$ 560.00	\$ 8,400.0	Fondo del HNSDD
	Subtotal				\$13,130.00
Equipo e inmobiliario médico	Equipo para aire acondicionado 12,000 BTU, voltaje 220	2	\$ 375.00	\$ 750.00	Fondo General del HNSRL
	Sillón reclinable para sangrado, diálisis y cuidados cardiacos	3	\$1,116.44	\$3,349.32	Fondo General del HNSRL

	Estante de estructura de aluminio y vidrio con puerta corrediza	1	\$ 295.00	\$ 295.00	Fondo General del HNSRL
	Suministro e instalación de cortina	1	\$205.00	\$205.00	Fondo General del HNSRL
	Laringoscopio para adulto	1	\$ 398.00	\$ 398.00	Fondo General del HNSRL
	Tensiómetro aneroide de pedestal para adulto	3	\$ 215.00	\$ 645.00	Fondo General del HNSRL
	Subtotal				\$5,642.00
	COSTE TOTAL			\$ 20,931.7	

Fuente. Elaboración propia con datos de orden de compra de UACI y del PERC

Enlace Anexo 13: https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e

Enlace Anexo 3:

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e

Tabla 7. Costo de Talento Humano (Honorarios)

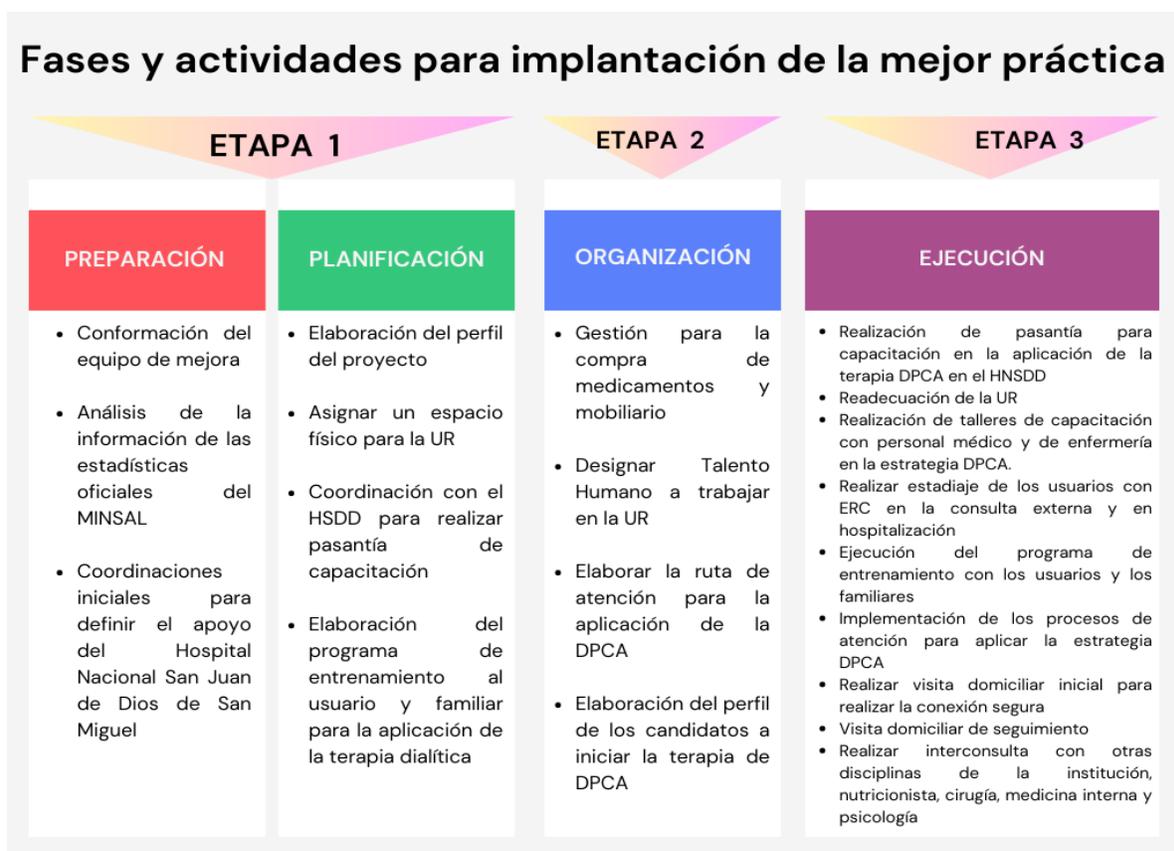
Disciplina	Horas diarias	Número de recursos	Costo mensual por recurso
Médico	2 horas	1	\$ 274.8
Enfermería	14 horas	2	\$ 3,856.2
Total			\$4,131.00

3.2 Implantación de la mejor práctica

¿Cómo se implementó la mejor práctica?

La estructura del proyecto está comprendida en tres etapas y cuatro fases, las cuales tienen una continuidad secuencial y de transversalidad. Cada una de estas fases se describen en la figura 2.

Figura 2. Fases y actividades para implantación de la mejor práctica



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

El equipo gestor identificó las necesidades de apoyo y participación de otras áreas y disciplina, haciendo la propuesta a la Dirección. Los mecanismos para involucramiento estuvieron formalizados por la autorización del director, o por la jefe de los servicios de apoyo y diagnóstico, entre los que se involucraron en la mejor práctica se detallan en la tabla 8.

Tabla 8. Participación Departamentos o Unidades involucradas en la mejor práctica.

Departamento o Unidad	Participación Directa	Participación indirecta	Aportes a la mejor práctica
Alimentación y Dietas (nutricionista)	X		Orientación y establecer plan de manejo nutricional para usuarios hospitalizados y los que se encontraban en el programa de DPCA
	X		Servir alimentos según prescripción clínica para usuarios hospitalizados con ERC estadio 5

Departamento de cirugía		X	Realización de interconsulta con algunas comorbilidades a la ERC
Enfermería	X		Asignación de recurso de enfermería para la UR, en este caso, un Tecnólogo y una licenciada en enfermería.
medicina interna	X		Realizar actividades de prevención mediante el tamizaje para definir el estadio de la ERC
Salud Mental	X		Abordaje psicoterapéutico a usuarios ingresados con ERC y del programa DPCA
Transporte	X		Transportar a usuarios a colocación del catéter peritoneal y transportar al enfermero para realizar la visita de conexión segura
ESDOMED		X	Búsqueda de expedientes clínicos para recolección de información
UACI E UFI		X	Autorización y compra de insumos, equipos médicos y mobiliario
Laboratorio Clínico	X		Realización de química sanguínea

Tabla 9. Participación de otras áreas de la organización

Dependencia	Aportes a la mejor práctica
Unidad Renal del Hospital Nacional de San Juan de Dios de San Miguel	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación para colocación de catéter • Colocación de catéter al usuario • Acogimiento del usuario cuando era necesario el cambio de modalidad dialítica. • Apoyo en interconsultas por otras complicaciones • Aportes de los kits para la aplicación de la terapia
Medicó responsable del programa de ECNT del SIBASI La Unión	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con enfermera de Unidad de Salud de su jurisdicción para visita de usuarios con DPCA. • Analizar dificultades con la aplicación de la DPCA en la comunidad
Unidades de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita domiciliar de seguimiento • Reportar alguna complicación al hospital

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

En la siguiente tabla se describen las principales dificultades identificadas y las acciones realizadas para superarla con la intencionalidad de avanzar en la implementación de la mejor práctica.

Tabla 10. Principales dificultades y acciones realizadas para superarlas.

Dificultades identificadas	Acciones realizadas para superar las dificultades
Dificultad para concretar reuniones de trabajo por las funciones propias y otras asignadas al equipo gestor	Programación de jornadas en tiempo extra para asegurar la participación de la mayoría de los miembros del equipo
Escaso presupuesto para ofertar una licitación de readecuación de la UR.	<ul style="list-style-type: none"> • Compra de insumos y material de construcción de acuerdo con la necesidad y utilización de materiales sobrante de otras construcciones. • Pago de mano de obra con fondos del hospital y apoyo del personal de mantenimiento.
Alta tasa de rechazo a la terapia sustitutiva por diferentes creencias de los usuarios y de sus familiares al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se brindaba consejería para explicar las ventajas de iniciar este tipo de tratamiento • Se coordinaba la interconsulta con psicólogo para disminuir los temores y preparar para el cambio de actitudes y adopción de un comportamiento orientado al apego del tratamiento
No disponer de recurso de la especialidad de nefrología	Se coordina con el nefrólogo del San Juan
Falta de red de apoyo familiar para el usuario	Se realiza la terapia dialítica completa dos veces semana (8 recambios por día)

3.3. Control y seguimiento

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

El control y seguimiento de la mejor práctica se realizó desde las fases de organización, ejecución y evaluación a través del monitoreo continuo, era necesario verificar los avances en la adecuación del área para funcionamiento de la UR, la capacitación del Talento Humano que sería el responsable de la atención de los usuarios en el programa DPCA; estas condiciones eran indispensables para iniciar con el programa. El otro momento del control, estaba relacionado con la evaluación de la cadena de resultados a través de indicadores de insumo, procesos, productos, efectos e impactos. Estos indicadores, tienen una periodicidad de evaluación de manera diferente, dependiendo del aporte a la mejor práctica. La evaluación y análisis de los indicadores permitió realizar acciones correctivas y de mejora en beneficio del funcionamiento de la estrategia y el logro de los objetivos planteados.

¿Qué tipo de medición de la mejora implementaron? ¿Establecieron indicadores?, ¿Cada cuánto midieron?

Para la medición de la mejor práctica se construyeron una serie de indicadores denominados como cadena de resultados: Indicadores de insumo, procesos, productos, efectos e impactos a los cuales se le asignaron porcentajes de cumplimiento de acuerdo con la capacidad instalada de la institución y las posibilidades de resolución de los recursos involucrados en el proyecto. Los periodos de evaluación fueron variables, para efecto de una mejor comprensión se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 11. Cadena de resultados según indicadores del proyecto

Tipo de indicador	Indicador	Periodicidad de evaluación	Aportes al proyecto
Insumo	Readecuación del espacio físico de la UR	Una vez	Indispensable para el inicio del programa de DPCA
	Asignación de Talento Humano médico y enfermería	Una vez	Responsable del entrenamiento y aplicación de la terapia dialítica
	Coordinaciones realizadas para obtener los kits de la terapia	Frecuentes según necesidad	Necesarios para iniciar con el funcionamiento de la mejor práctica
Proceso	Ejecución del plan de capacitación	Una vez	Adquisición de las competencias técnica para la aplicación de la DPCA
	Porcentaje de usuarios con ERC estadio 5 derivados al programa	Análisis mensual	Contribuye al funcionamiento del programa
	Número de riesgos identificados para la continuidad del proyecto	Cada trimestre	Necesario para realizar actividades de mejora
	Ejecución de actividades para realizar estadiaje de los usuarios con ERC	Trimestral	Permite la identificación oportuna para la prevención y para el inicio de la terapia sustituta
Producto/ Resultado	Porcentaje de profesionales que se han capacitado en la estrategia de DPCA	Una vez	Necesario para el apoyo en la continuidad de la estrategia de DPCA
	Porcentaje de usuarios con ERC que tienen clasificación del estadio de la enfermedad	Cada trimestre	Mecanismo de evaluación de algunas acciones de prevención y de identificación oportuna
	Porcentaje de usuarios que ingresan al programa de DPCA	Cada trimestre	Parámetro de medición de acceso al servicio de la DPCA
	Porcentaje de usuarios que abandonan la terapia	Mensual	Parámetro de evaluación de la efectividad del programa
	Porcentaje de visitas domiciliarias de conexión segura	Mensual	Mecanismo de evaluación del continuo para la aplicación de la DPCA en el hogar
Efecto	Porcentaje de usuarios del programa de DPCA que perciben mejorías en su condición de salud	Trimestral	Importante para conocer las expectativas de los usuarios
	Disminución del tiempo de espera para iniciar el tratamiento de DPCA	Trimestral	Es importante para facilitar el acceso a tratamiento sustitutivo de manera oportuna

	Porcentaje de disminución del número de egreso por ERC	Semestral	Para realizar un análisis costo beneficio en términos económicos
	Disminución del gasto económico de bolsillo para los familiares de los usuarios por el acercamiento de la DPCA en el HN.SRL	Anual	Sirve como un elemento de referencia y de justificación de la estrategia
	Porcentaje de usuarios del programa de DPCA satisfecho con la atención recibida	Semestral	Conocer la percepción del usuario con relación a la atención recibida
Impacto	Porcentaje de usuarios con ERC que perciben mejorías en sus condiciones de vida después de iniciado en el programa	Semestral	Conocer las valoraciones de los usuarios de su condición de salud
	Porcentaje de usuarios que luego de estar con la DPCA, tienen autonomía para realizar algunas actividades	Semestral	Identificar el nivel de autonomía como un elemento funcional de los usuarios con ERC estadio 5

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

Entre algunas desviaciones encontradas durante la implementación de la mejor práctica se enlistan en la tabla 12.

Tabla 12. Desviaciones encontradas y sus respectivas soluciones

Desviaciones	Medidas de solución
Dificultades para comunicarse el usuario al teléfono fijo institucional	Asignación de un teléfono móvil al coordinador de la UR.
Dificultades con el transporte para la visita domiciliar	El Recurso de enfermería asume la responsabilidad de manejo de la unidad de transporte institucional
Incapacidad del personal de enfermería, permisos personales y/o asignación de otras funciones fuera de la institución hospitalaria	Se gestionó con la jefe de enfermería la capacitación especializada de dos Talento Humanos más de los que ya estaban capacitado
Complicaciones de los usuarios por infecciones en el sitio donde está colocado el catéter	Se coordina con el médico nefrólogo del Hospital San Juan de Dios para el cambio de catéter, de terapia y/o ingreso hospitalario, hasta que estuviera en condiciones de retornar a la estrategia de DPCA
Dificultades con las visitas de seguimiento del personal de enfermería de las Unidades de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinaciones con la Dra. Mejía responsable del programa de ECNT del SIBASI La Unión. • Se enviaba al SIBASI, el listado de usuarios que estaban aplicándose la terapia sustitutiva en la casa.
Dificultad de adecuación de un espacio físico en el hogar para aplicación de la terapia	El Programa les ha proporcionado carpas que asemeja el espacio físico para aplicar la terapia

Criterio 4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración del equipo de mejora

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

La conformación del equipo de mejora se realizó de acuerdo con los criterios de selección establecidos previamente en reunión del director con jefe de UOC y jefe de Planificación. En alguna medida, la selección de las personas a integrar el equipo de mejora estuvo determinada por las características personales del Talento Humano y por las competencias profesionales que aportarían en beneficio del desarrollo de la mejor práctica. El perfil de los integrantes se puede sintetizar en los siguientes criterios.

Figura 3 Perfil de los integrantes del equipo de mejora



Para lograr la efectividad en el desempeño, la Dirección hospitalaria generó sensibilización y motivación para que los miembros del equipo pudieran estar comprometidos con la mejor práctica, Otro recurso útil para asegurar el desempeño de los miembros, fue el plan de trabajo, el cual se revisaba en reuniones del equipo y en estas, se tomaban nuevos compromisos para avanzar en la implementación de la mejor práctica. Los mecanismos de nombramiento utilizados están, los formales para la designación del Talento Humano que estaría al frente de la UR (Ver anexo 10), se realizó una solicitud donde se especificaban

algunas características y en el caso del equipo gestor se realizó a través de resolución de nombramiento (Ver anexo 1).

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?

Una vez realizado el análisis de las causas, efectos del problema y la selección de la alternativa de intervención, se reconoció que no se contaba con las competencias técnicas profesionales para ejecutar la mejor práctica. En este sentido, fue necesario la coordinación para que dos médicos y dos talentos de enfermería realizaran una pasantía en la Unidad Renal del Hospital San Juan de Dios San Miguel, (Ver anexo 5). Por otro lado, se tomó en cuenta la experiencia y competencias de otros profesionales que tenían dominio en la aplicación de herramientas de metodología de proyecto. A continuación, se presenta algunas responsabilidades asignadas en la implementación de la mejor práctica.

Tabla 13. Aportes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica

Nombre del miembro del equipo	Competencias	Responsabilidades dentro de la buena práctica
Dra. Jenny Carolina Torres Aparicio	<ul style="list-style-type: none"> • Médico General • Máster en Administración de los servicios en salud • Formación la aplicación de DPCA • Referente de ECNT 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con la empresa PISA los dializales • Evaluación inicial del usuario al ingresar al programa • Coordinar la colocación del catéter peritoneal con nefrólogo del HNSJDSM. • Manejo de complicaciones de los usuarios o su respectiva referencia • Análisis de la información de la UR
Tgo. Juan Carlos Jandres Calderón	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnólogo en enfermería • Formación en la aplicación de la DPCA • Diplomado en enfermería y nefrología 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de insumos al HNSJDSM previa autorización por la Dirección • Asegurar el abastecimiento y funcionamiento de la UR • Entrenamiento a los usuarios y familiares • Visita domiciliar para la primera conexión segura • Registro de información • Consejería para aceptación de la DPCA
Licda. Dorelina Esmeralda Méndez	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciada en enfermería • Formación en la aplicación de la DPCA • 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la conexión segura en la UR • Actividades del cuidado de enfermería • Vigilancia del proceso de diálisis en la UR • Manejo o reporte de complicaciones de los usuarios mientras se están dializando
Licda. Delmy Aracely Fuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciada en enfermería • Diplomado en Gestión Hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora de la mejor práctica. • Análisis de la información • Elaboración de informe final de postulación

	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de calidad de atención al ciudadano 	
Dra. Glenda Patricia Medrano	<ul style="list-style-type: none"> • Médico General • Máster en Administración de los servicios en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesora de la compra de insumos de medicamentos • Análisis de los indicadores planteados • Elaboración de informe final de postulación
Tec. Eva Lisseth Álvarez Salmerón	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico Ingeniería en Sistemas y Redes Informáticas • Curso de Formación en Seguridad y Salud Ocupacional • Diplomado de Administración de Servidores DEBIAN I y II 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión técnica del documento • Asesoría de ofimática • Escaneo de anexos
Lic. Celestino Salvador Bonilla	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciado en psicología • Máster en Docencia Universitaria • Máster en Políticas de prevención de la violencia juvenil en cultura de paz • Diplomado en Formulación, Ejecución y Gestión de Proyecto de Cooperación Internacional • Diplomado en sistematización de experiencias educativas y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de aplicar las herramientas de calidad para el análisis del problema • Análisis del avance del proyecto • Realización de las interconsultas psicológicas • Elaboración de informe final de postulación

En el análisis de la ejecución de la mejor práctica se pudo identificar algunas limitantes en las competencias profesionales de algunos recursos, siendo necesario la gestión de capacitación continua. En este caso, se autorizó para que dos profesionales de enfermería asistieran a estudiar el Diplomado de Enfermería en Nefrología realizado en febrero-mayo 2023, en el Hospital Rosales y el HNSJDMS, pendiente de graduación para el mes de agosto (ver anexo 15-a) y se autorizó para que el psicólogo participara en cursar el diplomado de Formulación, Ejecución y Gestión de Proyecto de Cooperación Internacional patrocinado por el INSAFOR y desarrollado por la Universidad Francisco Gavidia, de enero a marzo del 2023, (ver anexo 15-b).

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

La efectividad del equipo para el desarrollo de la mejor práctica estuvo determinada por la realización de reuniones de seguimiento con el equipo gestor del proyecto, con una agenda definida, evaluando el cumplimiento de compromisos anteriores, avances o retrasos en la ejecución de las actividades contempladas en el plan de trabajo. El control y seguimiento fue efectivo por las siguientes actividades.

- Reuniones continuas en la fase de preparación, planificación y organización
- Análisis de información emitida por el coordinador de la UR

- Informe de visitas domiciliarias de conexión segura
- Informes de revisión de los Sistema de Información con una periodicidad semestral

Criterio 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?

La generación de aprendizaje es un elemento clave en todo proyecto de intervención, pues permite aprender de la experiencia y compartir con otros, para que esta sea utilizada o inclusive mejorada. En este sentido, con la implantación de la mejor práctica, se realizaron las siguientes iniciativas.

Tabla 14. Iniciativas implementadas para generar aprendizaje como resultado de la mejor práctica

Áreas involucradas	Acciones implementadas	Aprendizajes promovidos
Dirección	Retomar como punto de agenda en el Consejo Estratégico los avances del proyecto (Ver anexo 17-a y 17-b)	La importancia de la gestión y coordinación con los diferentes niveles de atención en salud para facilitar el continuo de la atención y acercamiento de los servicios de salud a los usuarios
UOC	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en reuniones de Consejo Estratégico de Gestión y de Micro-Red • Reforzar conocimiento con jefes de departamento sobre metodología de proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del desarrollo de la estrategia DPCA en las reuniones de Micro-Red y las de SIBASI (Ver en https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e y https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e) • Hay que destacar la necesidad de la mejora continua de los servicios que se ofertan, teniendo como parámetro la medición de indicadores y de procesos
Coordinador de la UR	Elaboración del programa de capacitación y entrenamiento para usuarios y familiares	Enfatizar en la importancia de contar con programas educativos para otras patologías como pie diabético que faciliten el auto cuidado y la adherencia al tratamiento.

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

Este tipo de experiencia se piensa utilizar de base para la apertura de otros servicios como la

implementación de los cuidados paliativos en la institución, retomando principalmente aquellos elementos de éxito. Entre las lecciones aprendidas se pueden recuperar las siguientes.

- La capacidad de gestión permitió generar la oferta de un nuevo servicio a los usuarios el tratamiento sustitutivo de DPCA
- La coordinación continua con los diferentes niveles de atención en salud facilitó para implementación de la estrategia de DPCA
- Asignación de un Talento Humano coordinador del área contribuyó a la sostenibilidad y funcionamiento de la estrategia
- Elaboración de una ruta de atención definida permitió el acceso oportuno de los usuarios con ERC estadio 5 a su tratamiento sustitutivo (Ver anexo 19)
- Disponer de un programa de educación y entrenamiento estructurado facilitó realizar los procesos de entrenamiento de los usuarios y familiares de manera sistemática y situado de acuerdo con las características individuales de los destinatarios del programa. (Ver en https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e)
- Coordinación con las diferentes disciplinas para resolver de manera inmediata las necesidades de los usuarios inscritos en el programa

5.2. Gestión de la 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 falta de un servicio de tratamiento sustitutivo para ERC en estadio 5 en el hospital, significaba muchas dificultades para que los usuarios pudiesen asistir a un hospital de referencia a iniciar tratamiento, los trámites eran engorrosos y tardíos para incorporarse al programa y la capacidad de brindar entrenamiento a los usuarios y familiares era limitado por la sobredemanda, por lo tanto, el entrenamiento consistía en dos sesiones. Por otro lado, la coordinación con los diferentes niveles de atención en salud era muy limitada, afectando en gran medida el continuo de la atención de los usuarios. Con la apertura del servicio de la DPCA en el hospital a través de una intervención de mejor práctica se ha logrado sistematizar una estrategia de tratamiento que permite el acceso oportuno, personalizado y continuo que contribuye a garantizar el derecho a la salud.

Tomando en cuenta que, el servicio a ofertar era nuevo en la institución y no se disponía de un área adecuada, ni Talento Humano especializado. Partiendo de estas condiciones, fue necesario la adopción de mecanismos de creatividad y de innovación para la implementación de la estrategia DPCA, entre estos elementos se pueden destacar.

- La clasificación de los usuarios en el estadio de evolución de la ERC, como insumo para ofertar la

estrategia de DPCA

- La readecuación de un espacio físico específico para la aplicación de la DPCA
- La gestión orientada a resolver problemas de acceso y acercamiento de servicios de salud a usuarios con ERC
- El apego a los Lineamientos Técnicos para aplicación de la DPCA en pacientes con ERC
- La coordinación permanente con nefrología del HNSJDSM para el manejo de las complicaciones de los usuarios con ERC
- La comunicación continua y personalizada con los usuarios que se encuentran en el programa de DPCA
- La integración y complementariedad del equipo responsable de trabajar en la UR.

Criterio 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?

En la práctica de mejora, fueron identificadas cuatro brechas, de acuerdo con los objetivos planteados. Para mejor comprensión, se presentarán los resultados de cada una de las brechas en la siguiente tabla.

Tabla 15. Reducción de brecha de las brechas identificadas

Oportunidades de Mejora	Línea de Base: año 2019	Proyección: año 2022	Brecha	Evaluación de Brecha
Clasificación de estadio de la ERC	90.03% de 592 usuarios entre egresos y consulta externa con diagnóstico de ERC clasificado en su estadio correspondiente	Clasificación del 100% de los usuarios en el estadio de acuerdo con el avance de la enfermedad.	59 (9.97%) usuarios que no tenían un diagnóstico clasificado en el estadio de la ERC.	El logro obtenido es del 99.97%. Todavía 2 usuarios aparecen con un diagnóstico de ERC no específico. Equivale a una brecha a superar del 0.3%.
Tiempo de espera entre indicada la diálisis hasta la incorporación al programa de DPCA	Usuario Referido al HNSJDSM, entre la evaluación y la incorporación al programa de DPCA. Con promedio de 8 a 10 días	4 días de espera entre que se indica la terapia se presenta al nefrólogo se coloca el catéter y se incorpora al programa de inmediato	6 días de demora en todo el proceso entre la evaluación y la incorporación al programa de DPCA en el hospital	Actualmente el tiempo utilizado en todo el proceso es de 2 días, se presenta al nefrólogo y el día siguiente es incorporado al programa. Superando la brecha establecida

Acceso a la terapia DPCA para los usuarios con ERC en estadio 5	63 usuarios egresados con diagnóstico de ERC estadio 5 que no reciben tratamiento DPCA	El 50% de los usuarios incorporados en la terapia de DPCA (32 usuarios)	32 usuarios que pudieran estar en el programa de DPCA	Fueron 30 usuarios que estuvieron activos en el Programa, con un porcentaje de cumplimiento del 93.75%, quedando pendiente de cumplir un 7.25% para superar la brecha.
Disminución de los egresos hospitalarios por complicaciones con la ERC	63 egresos hospitalarios por complicaciones con la ERC.	Disminuir un 35% de egresos por complicaciones con la ERC	22 egresos menos por complicaciones con la ERC en estadio 5	Se logró una reducción de 36 egresos menos en comparación con el año 2019. Significa que el porcentaje de cumplimiento supero lo proyectado

Fuente. Elaboración propia con datos del SIMMOW y Matriz de registro de usuarios en la estrategia DPCA.

Con el primer año de implementación de la mejor práctica, se logró avanzar en la especificidad del diagnóstico y la clasificación del estadio de la ERC. Así se tiene que, cuando, se comenzaron a realizar acciones para disminuir este tipo de brecha se tenían 59 usuarios que no tenían un estadio de la enfermedad definido. Esta situación complicaba la identificación oportuna para que los usuarios pudieran iniciar el tratamiento de DPCA. Se ha continuado trabajando para disminuir la brecha, en la siguiente tabla se presentan datos comparativos de los cuatro años anteriores y se observa el aumento de una clasificación de las etapas de la enfermedad renal.

Tabla 16. clasificación de la ERC según consultas y egresos hospitalario por año.

Estadio de la ERC	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Etapa 1	3	4	5	10
Etapa 2	22	11	23	39
Etapa 3	188	90	182	228
Etapa 4	120	53	117	156
Etapa 5	200	143	142	255
ERC no especificada	59	36	5	2

Fuente. Elaboración propia según datos del SIMMOW

Se observa en la tabla una tendencia a la disminución de usuarios con un diagnóstico de la ERC inespecífico teniendo para el año 2022, solamente dos usuarios que no han sido clasificado adecuadamente, pero se puede rescatar que el efecto de la mejor práctica es muy significativo.

La brecha de demora del tiempo para incorporar al usuario al programa de DPCA, está determinada por el tiempo transcurrido, desde que se indica el tratamiento de terapia dialítica, evaluación por el especialista e incorporación al programa de DPCA. La brecha se mide comparando los días utilizados para iniciar el tratamiento dialítico en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, y el tiempo utilizado actualmente en la UR en el Hospital Santa Rosa de Lima. La agilización de los tramites, se

presenta el caso a nefrología, se les asigna el día para colocación del catéter peritoneal, ya con el catéter implantado, el usuario es incorporado de manera inmediata al programa de DPCA. Con esta dinámica de coordinación se ha logrado reducir los tiempos de trámites para el usuario y con ello se disminuye el gasto económico de bolsillo.

La tercera brecha determinada por el número de usuarios con ERC estadio 5 que necesitaban de la estrategia de DPCA versus los usuarios incorporados al programa, ha ido en aumento de manera progresiva. En la tabla 18, se muestra la disminución de la brecha identificada.

Tabla 18. Aumento de usuarios incorporados al programa DPCA

Género	Año 2021	Año 2022
Masculino	7	12
Femenino	6	5
Total	13	17

Fuente. Elaboración propia con datos Matriz de registro de usuarios en la estrategia DPCA del HNSRL

Se observa en la tabla un incremento significativo de usuarios que se incorporan al programa de DPCA, disminuyendo la brecha establecida, reconociendo que es un servicio nuevo y que los usuarios de manera progresiva han confiado en la UR para iniciar su tratamiento.

En relación con la disminución de egresos por complicaciones de la ERC estadio 5, se logró tener incidencia, pues ha existido una baja en el año 2021 en comparación con el año 2019, que fue el que se utilizó de línea de base para implementar la mejor práctica. En la tabla 19 se presenta el cumplimiento de lo proyectado.

Tabla 19. Disminución de egresos con diagnóstico de ERC estadio 5

Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
63	43	35	55

Fuente. Elaboración propia con datos del SIMMOW.

Es de hacer notar que, en el año 2022, se ha realizado una mayor divulgación de la mejor práctica lo que ha significado que los usuarios busquen la atención del hospital cuando lo necesitan y otros de los elementos que se relacionan con el incremento usuarios es la búsqueda activa de casos de ERC en la consulta externa, pero se puede visualizar que aun con esta masificación de acciones el número de egresos hospitalarios no supera a los registrados en el año 2019.

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

Entre los principales aspectos de eficacia y eficiencia de la institución se pueden enlistar los siguientes:

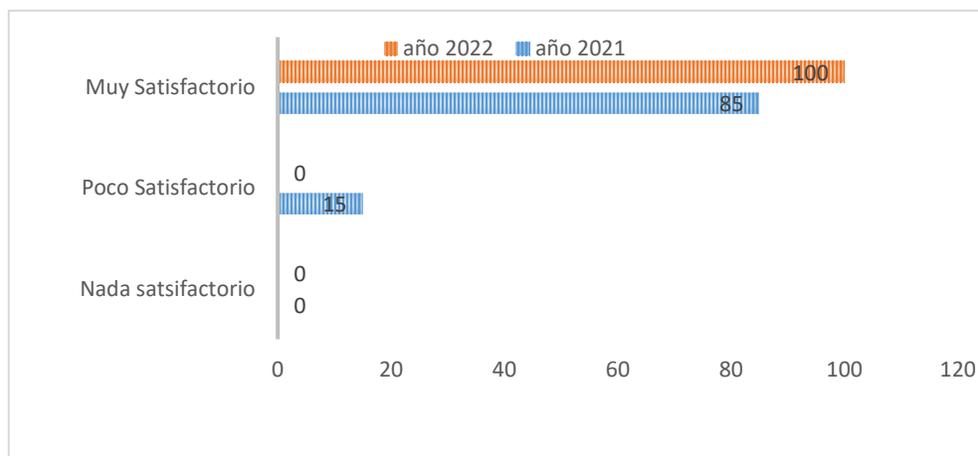
- Realización de un diagnóstico oportuno, clasificando al usuario en el estadio o etapa de la enfermedad renal para ofrecer un tratamiento sustitutivo
- Oferta de servicio de DPCA cercano al lugar de residencia del usuario
- Agilizar los trámites para que el usuario se inicie en el programa
- Brindar un entrenamiento personalizado y situado de acuerdo a las características personales de los usuarios y familiares
- Ofrecer alternativas a los usuarios que presentan dificultades para adecuar las condiciones físicas de sus viviendas que pueden estar asistiendo a la UR hasta resolver el problema
- Apego a los lineamientos técnicos de aplicación de la DPCA ha facilitado el funcionamiento de la Unidad
- Fortalecer el continuo de la atención de los usuarios con ERC estadio 5 mediante la coordinación constante con los diferentes niveles de atención en salud

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Para conocer la percepción del ciudadano beneficiarios de la mejor práctica se implementó una encuesta de satisfacción, la cual fue construida por el equipo responsable del proyecto. La población por investigar eran los mismos usuarios de la DPCA y sus acompañantes o familiares. Cabe mencionar que, se diseñaron dos tipos de instrumentos, el primero para usuarios que contenía 8 ítems y el segundo era para familiares el cual contenía 9 ítems, ambos con tres alternativas de respuesta tipo Likert y que buscaba explorar variables como: trato de personal en la UR, tiempo percibido para incorporarse al programa, satisfacción con el entrenamiento y en la de los familiares se les agregó otra variable relacionada con el costo económico de bolsillo que significaba para asistir a recibir su tratamiento de DPCA en la fase de entrenamiento. Se aplicaron 15 encuestas en el año 2021 y 20 en el año 2022 a usuarios y familiares que estaban incorporados al programa; los resultados se presentan en porcentaje en los siguientes gráficos.

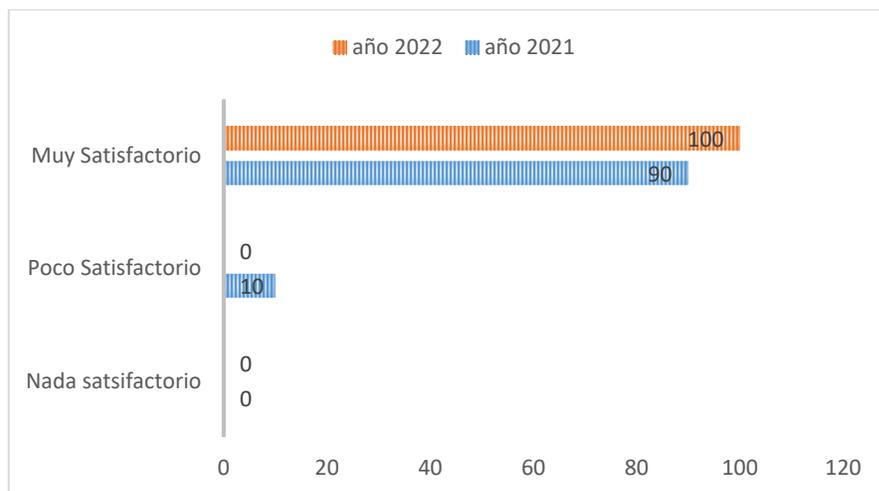
Gráfico 1. Usuarios satisfechos con el personal que les atendió por primera vez en la UR.



Fuente. Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en los años 2021 y 2022.

La primera valoración de un servicio de salud es importante para que los usuarios decidan quedarse en un programa, de ahí que se les preguntó a los usuarios cómo se habían sentido con la atención por primera vez en la UR. Los resultados reflejan que, la mayoría de los usuarios en el año 2021 el 95% estaban muy satisfechos con esta primera atención y para el año 2022 esta satisfacción positiva es del 100%. El proceso de inducción es trascendental para la aceptación y adherencia al tratamiento y en este caso fue muy satisfactorio para los usuarios y familiares.

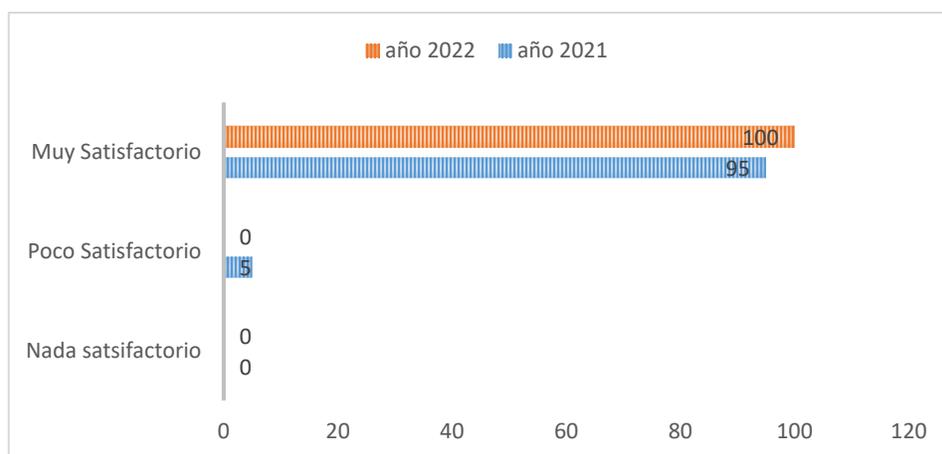
Gráfico 2. Satisfacción global con la atención recibida en la UR



Fuente. Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en los años 2021 y 2022.

El nivel de satisfacción global con el proceso de atención en el programa de DPCA ha sido aceptable, pues la mayoría se ubica en la categoría de muy satisfactorio, el 90% para el año 2021 y para el año 2022 fue de 100%, estos datos son relevantes porque son el reflejo que las acciones del mejor práctica han calado de manera positiva en la percepción de los usuarios.

Gráfico 3. Satisfacción percibida por los familiares en la atención recibida en la UR

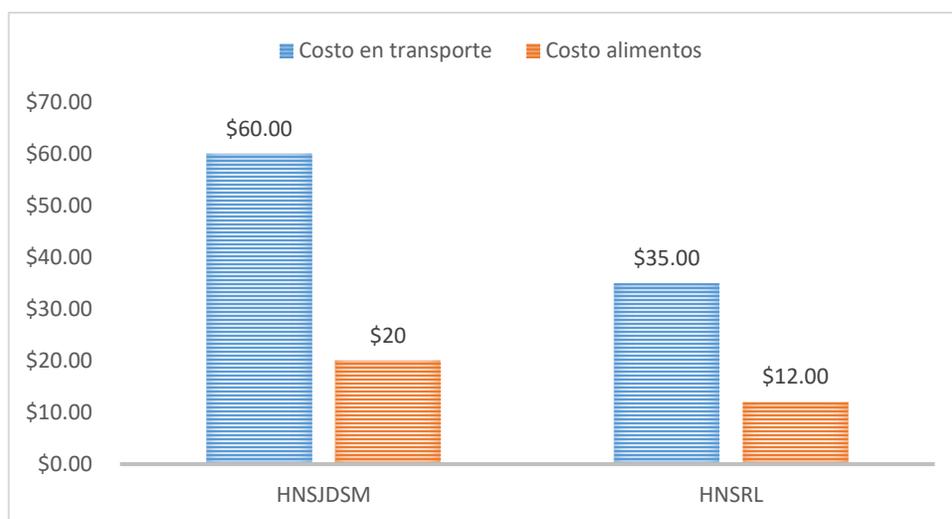


Fuente. Elaboración propia con datos de la encuesta aplicada en los años 2021 y 2022.

Los familiares que acompañan al usuario al proceso de inducción o entrenamiento para la aplicación de la DPCA califican de muy satisfactorio en porcentajes altos de 95% para el año 2021 y de 100% para el año 2022, significa que no solo los usuarios se sienten satisfecho con el programa, sino que también, los familiares perciben este beneficio que redundo en una valoración positiva.

Otro de los resultados percibidos por los usuarios es la disminución del gasto económico de bolsillo utilizado en transporte y alimentación, comparando entre lo que gastaban cuando recibían el entrenamiento en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, y lo que gastan actualmente que se realiza el proceso de atención en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima. Este cálculo se realizó de acuerdo con datos recolectados en la encuesta aplicada a los familiares que acompañan a los usuarios en la UR. Los datos graficados equivalen a un gasto diario, el cual se puede multiplicar por los días de asistencia al entrenamiento o mientras se habilita un espacio físico en la casa del usuario. Es necesario mencionar que, las dificultades con la aplicación de la DPCA son manejado en la UR del hospital y solo si existen complicaciones como, infección en sitio del catéter o si la terapia peritoneal no está funcionando, se refiere al HNSJDSM. En el gráfico 4 se presentan los resultados.

Gráfico 4. Costo promedio en transporte y alimentos para asistir al entrenamiento en la estrategia DPCA



Fuente. Encuesta aplicada a los familiares de los usuarios.

Se puede observar de forma evidente la disminución del gasto de bolsillo utilizado para el pago de transporte y de alimentos al recibir el entrenamiento para la aplicación de la DPCA en un hospital más cercano al lugar de residencia, es de hacer notar que la mayoría de estos usuarios por las complicaciones de su salud, les toca que pagar transporte privado ya que la mayoría no cuenta con vehículo propio. La reducción del gasto es notable, ya que es de aproximadamente de \$25.00 en transporte y de \$ 8.00 en alimentos.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.

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

Con la implementación de la mejor práctica se han logrado resultados importantes que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 20. Resultados a otras partes interesadas como impacto de la mejor práctica

Partes Interesadas	Resultados
La Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la oferta de servicio • Reducción de número de ingresos por complicaciones de la ERC • Cumplimiento con los objetivos institucionales
Servicio de Medicina Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de ingresos por complicaciones renales • Mantener una comunicación estrecha con la Unidad Renal para el continuo del usuario
Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel	<ul style="list-style-type: none"> • Descongestión de la Unidad Renal • Disminución del número de referencias recibidas relacionadas con ERC estadio 5 • Disminución de atención de pacientes con ERC por complicaciones

Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del costo económico de bolsillo para transportarse a recibir el entrenamiento para aplicación de la DPCA • Comunicación accesible con personal de la UR cuando se presenta una complicación del usuario en su tratamiento • Satisfacción con el servicio recibido en la UR.
Primer Nivel de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con un mayor número de pacientes con ERF con tratamiento sustitutivo • Seguimiento de pacientes en DPCA en las comunidades

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

- Fortalecimiento de las habilidades del personal médico de Medicina Interna para especificar diagnóstico de ERC
- Disminución de gasto en transporte para trasladar a usuarios con ERC referidos al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel
- Talento Humano con nuevas habilidades y competencias
- Involucramiento de las diferentes Unidades y departamento del hospital
- Capacidad de gestión y coordinación permanente con los diferentes niveles de atención en Salud para resolver las necesidades de tratamiento al usuario

6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio

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

Con la implantación de la mejor práctica se logró reducir el número de ingresos hospitalarios por complicaciones con la ERC. Significa entonces, que, al reducir los ingresos, se reduce el costo económico relacionado con la atención de este tipo de patología. El costo del día cama ocupada para la especialidad de medicina interna es de \$ 273.32, es necesario mencionar que, el costo de día estancia es variable según la producción del servicio, por lo tanto, para obtener ese dato se tomó como parámetro los últimos cuatro años, se sumaron los costos de día estancia de cada año y se dividió entre cuatro para obtener un promedio.

Tabla 21- Número de egreso costo por día estancia hospitalaria en años

Año	Numero de egresos por ERC	Promedio día estancia Hospitalaria	Costo por día estancia hospitalaria	Costo total	Ahorro institucional
2019	63	3	\$273.32	\$51,755.76	
2020	43	3.6	\$273.32	\$42,390.43	\$9,365.33
2021	35	3.2	\$273.32	\$30,782.08	\$20,973.68
2022	55	3.2	\$273.32	\$48,195.84	\$3,559.92
Total, de ahorro institucional					\$33,898.93

Fuente. PERC y SIMMOW

Se observa una tendencia a la disminución del número de ingresos en los últimos tres años, situación que implica, una reducción de días camas ocupada, representando un ahorro institucional de \$33,898.93. La ejecución de la mejor práctica ha permitido la identificación oportuna de los usuarios en estadio 5 de la ERC para incorporarlos al programa de DPCA y con ello disminuyendo las posibilidades de complicaciones de la salud y de esta manera se logra una mejor calidad de vida en los usuarios.

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

La implementación de la estrategia DPCA, permitió que los usuarios con ERC en estadio 5, se mantuvieran estables por más tiempo. La relación costos beneficio, fue calculado utilizando datos del PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) del hospital, tomando como parámetro el costo día cama ocupada del servicio de hospitalización de medicina interna que equivale a \$273.32, con la disminución de egresos por complicaciones de la patología de ERC estadio 5 se determinó el promedio de días estancia menos el cual se traduce un ahorro institucional significativo. Si se hace la relación del costo invertido en la mejor practica que asciende a un total de \$ 20,931.70 versus los beneficios obtenidos por la estrategia implementada que significo un ahorro institucional de \$33,898.93; implicó una diferencia de \$ 12, 967.23 de costo beneficio

Criterio 7. Sostenibilidad y mejora

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?

Después de haber realizado el análisis de los principales riesgos que puedan limitar las posibilidades de continuidad y de sostenibilidad en el tiempo de la mejor práctica de mejora, se propusieron las oportunidades de mejora necesarias a implementar para mitigar los riesgos que vulneren la posibilidad de sostenibilidad de la estrategia.

Tabla 22- Riesgos y oportunidades de mejora para garantizar la sostenibilidad de la mejor práctica

Riesgo Identificado	Oportunidades de Mejora	Actividad	Medios de verificación	Responsable
Desabastecimientos de insumos y medicamentos, los Kits para aplicación de la terapia DPCA	Incluir en el presupuesto anual de compra de medicamentos los Kits de diálisis y los medicamentos necesarios para esta patología	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de cantidades requeridas de kits de diálisis por año • Autorización de compra de kits de diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de medicamentos e insumos • Solicitud de compra autorizada 	<p>Dra. Medrano (asesora de medicamentos)</p> <p>Dr. Mejía (director)</p>
Cambio de los responsables de la UR.	Involucrar a otros Talentos como médicos y	• Identificación de los talentos humanos para	• Listado de posibles candidatos	Licda. Fuentes (jefe de enfermera).

	enfermeras en la realización del entrenamiento a los usuarios y familiares y conocer los procesos administrativos	formación en DPCA. • Realizar proceso de inducción y formación	• Plan de capacitación. • Listado de asistencia y fotografías	Dra. Torres (jefe de servicios de apoyo y diagnóstico)
Desmotivación de los usuarios para continuar con el tratamiento de diálisis	Implementar un programa de educación continua sobre los factores de riesgo y protectores frente a la ERC con usuarios y familiares	• Elaboración del plan de educación continua. • Ejecución del plan de educación continua	• Plan elaborado • Calendarios de desarrollo de las jornadas. • Lista de asistencia • Fotografías	Lic. Salvador (Psicólogo) Tgo. Jandres (enfermero de la UR) Dra. Torres
Limitada derivación de usuarios con ERC en estadio 5 a la UR	Implementar procesos de socialización de la estrategia con el personal destacado en las diferentes áreas del hospital debido a la rotación del personal	• Elaborar el plan de socialización • Realizar distribución de los grupos de participante • Ejecución del plan	• Plan elaborado • Convocatorias realizadas • Informe de socialización	Lic. Salvador (Psicólogo) Tgo. Jandres (enfermero de la UR) Dra. Torres

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

Entre las principales estrategias intervención propuesta por el equipo de mejora, se agrupan de acuerdo con el tipo de riesgo identificado y se presentan en la tabla 23.

Tabla 23- Riesgos y estrategias de intervención para asegurar la sostenibilidad del proyecto.

Riesgo Identificado	Estrategias
Desabastecimientos de insumos y medicamentos, los Kits para aplicación de la terapia DPCA	Incluir en la estimación de necesidades los suministros como los kits para aplicación de la diálisis.
Cambio de los responsables de la UR	Implementar un proceso de formación a través de la realización de pasantías en la UR, para el conocimiento de la estrategia por otros Talentos Humanos que en la actualidad no están asignados al área.
Desmotivación de los usuarios para continuar con el tratamiento de diálisis	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un programa de educación continua con temáticas variadas de motivación personal, eficacia, auto cuidado y adherencia al tratamiento. • Involucrar a Talento Humano como Trabajadora Social, Educadora para la Salud y Psicólogo en estos procesos de educación y de entrenamiento al usuario y los familiares
Limitada derivación de usuarios con ERC en estadio 5 a la UR	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los procesos de socialización de la estrategia de DPCA con todo el Talento Humano asignado en las diferentes áreas del hospital • Incluir en el proceso de inducción, la ruta de atención del usuario con ERC estadio 5, para los nuevos Talentos que se incorporan al hospital • Incluir en análisis de Sala situacional indicadores construidos para el funcionamiento de la Unidad Renal.

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

Tabla 24- Indicadores, roles y responsabilidades establecidos para evaluar la mejora en el continuo del tiempo.

Indicador	Roles	Responsabilidades	Responsable
Porcentaje de usuarios con ERC estadio 5 derivados al programa	Contribuye al funcionamiento del programa	<ul style="list-style-type: none"> Aportar insumos para la sostenibilidad del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Médico Internista. Enfermera jefa de hospitalización de medicina interna
Porcentaje de usuarios con ERC con diagnóstico específico según estadio de la enfermedad	Permite la identificación oportuna para la prevención y para el inicio de la terapia sustituta	<ul style="list-style-type: none"> Indicar exámenes de gabinete para el estadiaje Análisis de datos en el SIMMOW de manera frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> Médico internista Médico responsable de la UR
Porcentaje de profesionales que se han capacitado en la estrategia de DPCA	Contribuye a la calidad técnica y humanizada para la aplicación de la DPCA	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de necesidades de capacitación Programar procesos de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> Médico responsable de la UR Enfermera jefe y responsable de la División médica
Porcentaje de usuarios que ingresan al programa de DPCA.	Conoce el funcionamiento de la UR, con información actualizada	<ul style="list-style-type: none"> Realizar análisis con diferentes datos de interés epidemiológico y de gestión organizacional 	Médico y enfermero responsable de la UR
Porcentaje de visitas domiciliarias de conexión segura	Mecanismo de evaluación continua y aseguramiento de la calidad técnica de la DPCA por el usuario o el familiar	<ul style="list-style-type: none"> Programación de las visitas Asignación de transporte Elaboración de informe de visitas 	<p>Enfermero de UR</p> <p>Jefe de Transporte</p> <p>Enfermero de UR</p>
Porcentaje de disminución del número de egreso por ERC	Permite identificar la efectividad y el impacto de la estrategia DPCA	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de información en el SIMMOW. Elaboración de informe con sus respectivas recomendaciones 	Médico coordinadora de Planificación
Porcentaje de usuarios del programa de DPCA satisfecho con la atención recibida	Conocer desde la percepción del ciudadano la aceptación de la calidad de los servicios que ofrece la UR	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de encuesta de satisfacción a los usuarios de la UR Elaborar informe de análisis de encuesta 	<p>Coordinador de la ODS</p> <p>Psicólogo responsable de la Unidad de Salud Mental</p>

7.1 Mejora

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

La organización hospitalaria tiene entre sus principales prioridades la mejora continua de la calidad, y con ello difundir la practica implantada rescatando los aspectos de eficientización de los recursos y la eficacia de la intervención con un impacto positivo en la ciudadanía y en la gestión institucional. En este sentido, se ha proyectado realizar las siguientes estrategias en aras de continuar perfeccionando y ampliando la intervención:

- Gestionar la asignación de más horas semanales del Talento Médico asignado para mejorar la calidad de evaluación y abordaje del usuario con ERC que asiste a la UR
- Incluir en las visitas domiciliarias de conexión segura a personal médico, Trabajadora social y psicólogo, para una evaluación de las condiciones ambientales del entorno familiar y otros factores de riesgo
- Gestionar con otras instituciones cooperantes para contribuir con transporte u otros materiales necesarios para condicionar el espacio físico donde el usuario se aplica la diálisis en su vivienda.
- Establecer un mecanismo de coordinación adecuado para que todo usuario con ERC en estadio 3 puedan recibir consejería sobre la enfermedad, nutrición y la importancia del auto cuidado
- Presentación de informes de análisis del funcionamiento de la UR, cada 3 meses ante el Consejo Estratégico de Gestión
- Emisión de informe de evaluación de indicadores de la UR a la coordinadora de la UOC
- Incorporar a personal de la Unidad de Cuidados Paliativos para que puedan realizar intervenciones oportunas en los usuarios incorporados al programa de la DPCA y con aquellos que no aceptan el tratamiento alternativo de diálisis
- Continuar promoviendo en las reuniones de micro-red de Santa Rosa de Lima y Anamorós la importancia de que los usuarios continúen realizándose la terapia en su lugar de vivienda y frente a cualquier eventualidad o complicación sean referido de inmediato al hospital.

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

Para una mejor lectura de los mecanismos de seguimiento, se ha considerado a bien, incluir en la siguiente tabla los indicadores y los responsables de realizar el respectivo seguimiento.

Tabla 25- Mecanismos de seguimiento para asegurar la mejora continua del proyecto

Indicador	Mecanismo de seguimiento	Responsable
Porcentaje de abastecimiento de medicamentos e insumos	Monitoreo mensual del abastecimiento	Médico asesora de medicamentos
Porcentaje de egresos con ERC estadio 5 derivados entre porcentaje de usuarios derivados al programa	Comparación de datos de egresos con ERC en estadio 5 y el número de usuarios que han sido referidos al programa, Evaluación mensual, utilizando como fuente de información el SIMMOW y el SIEC	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera jefa de hospitalización de medicina interna • Médico responsable de la UR
Porcentaje de usuarios con ERC con diagnostico específico según estadio de la enfermedad	Evaluación trimestral, fuente el SIMMOW y el SIS para verificar la indicación de exámenes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora de la UOC • Médico responsable de la UR
Porcentaje de usuarios que ingresan al programa de DPCA	Evaluación mensual, se utiliza la matriz de registro de usuarios al programa de DPCA	Médico y enfermero responsable de la UR
Porcentaje de visitas domiciliarias de conexión segura	Evaluación mensual, análisis del reporte diario de visitas realizadas	Enfermero de UR
Porcentaje de usuarios del programa de DPCA satisfecho con la atención recibida	Evaluación semestral de las encuestas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora de la UOC
Informe de análisis de evaluación de indicadores presentado a la UOC y al Consejo Estratégico de Gestión	Presentación en reuniones de Consejo Estratégico de Gestión, actas de reuniones	<ul style="list-style-type: none"> • Médico responsable de la UR

Glosario Abreviaturas y Términos

ABREVIATURAS

1. **DPCA:** Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
2. **ERC:** Enfermedad Renal Crónica
3. **ESDOMED:** Estadísticas y Documentos Médicos
4. **ECNT:** Enfermedades crónicas no transmisibles
5. **ENECA-ELS:** Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta en El Salvador
6. **HNSJDSM:** Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel
7. **HNSR:** Hospital Nacional Santa Rosa de Lima
8. **MINSAL:** Ministerio de Salud
9. **POA:** Programación Anual Operativa
10. **SIBASI:** Sistema Básico de Salud Integral
11. **SIEC:** Sistema de Información para Pacientes con Enfermedades Renales Crónicas.
12. **SIS:** Sistema Integrado de Salud
13. **SIMMOW:** Sistema de Morbi mortalidad en Línea
14. **SNIS:** Sistema Nacional Integrado de Salud
15. **UFI:** Unidad Financiera Institucional
16. **UCP:** Unidad de Compras Publicas
17. **UR:** Unidad Renal
18. **UOC:** Unidad Organizativa de la Calidad

TERMINOS

DPCA: Es una modalidad de diálisis peritoneal que se realiza de forma manual, es continua y ambulatoria. Durante la DPCA, se coloca un líquido llamado dializador dentro del abdomen a través de un catéter, y este saca los desechos, químicos y líquido adicional de la sangre a través del peritoneo los intercambios se hacen manualmente durante el día. La diálisis peritoneal continua ambulatoria es continua porque el proceso de diálisis no se detiene, y ambulatoria porque no necesita estar junto a una máquina para el tratamiento.

ERC: Llamamos enfermedad renal a la condición en la que los riñones pierden la capacidad de llevar a cabo sus funciones básicas. La enfermedad renal puede ser aguda, cuando se produce una pérdida repentina y rápida de la función renal, o crónica, cuando esta pérdida es lenta, progresiva e irreversible.

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL: Las cinco etapas de la ERC se refieren al grado de funcionamiento de los riñones. La enfermedad renal puede empeorar con el tiempo. En las primeras etapas (de la 1 a la 3), los riñones aún son capaces de depurar los desechos de la sangre. En las últimas etapas (la 4 y la 5), a los riñones les cuesta más trabajo depurar la sangre y podrían dejar de funcionar por completo. En cada etapa de la ERC,

el objetivo es tomar medidas para retrasar el daño renal y mantener el funcionamiento de los riñones el mayor tiempo posible.

Anexos

Anexo 1: Acta de conformación de Equipo de Mejora



HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

RESOLUCIÓN.

ESTE DÍA SE PROCEDE A ELABORAR RESOLUCIÓN QUE DICE:

La Dirección del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima RESUELVE: la integración del equipo de mejora para implementación del proyecto denominado **“fortalecimiento del continuo de atención de los usuarios con Enfermedad Renal Crónica a través de la estrategia de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima”**. Este equipo tendrá la responsabilidad de realizar el diagnóstico inicial, diseño, formulación, seguimiento y sistematización de los resultados para presentarlo en convocatorias de reconocimientos a las mejores prácticas realizadas por el Ministerio de Salud. Dicho lo anterior, el equipo queda conformado por los siguientes talentos humanos.

Dra. Glenda Patricia Medrano	Asesora de medicamento/ coordinadora UOC
Dra. Jenny Carolina Torres	Coordinadora de Consulta externa, servicios de apoyo
Tnlgo. Juan Carlos Jandres	Enfermero responsable del servicio de Hospitalización de medicina interna y cirugía general
Licda. Delmy Aracely Fuentes	jefe de enfermería
Licda. Dorelina Esmeralda Méndez	Enfermera de Consulta Externa
Tec. Eva Lisseth Álvarez	Colaboradora del área de Informática
Lic. Celestino Salvador	Coordinador de la Unidad de Salud Mental

De acuerdo con la presente resolución, se motiva a cada uno de estos talentos citados asumir el compromiso y responsabilidad con la asignación. HAGASE SABER.

Santa Rosa de lima, a los diez días del mes de agosto del año 2020


Dr. Marcelino Humberto Mejía Canales
Director del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima



Anexo 2: Acta de asignación de espacio físico para la UR, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 3: Orden de compra de Insumos, Mobiliario y Equipo

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 4: Fotografía de visita de Ministro de Salud y Vice-Ministra de Salud a la Inauguración de UR



Anexo 5: Informe de Pasantía realizada, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 6: Diploma de Reconocimiento Individual y Colectivo para personal de UR



Fuente: Archivo personal, celebración del día del Hospital 24/10/2022

Anexo 7: Nota de felicitación en la Evaluación de desempeño para personal de UR, ver enlace https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 8: Acta de reunión en la cual se realizó la técnica de lluvia de ideas, ver enlace https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

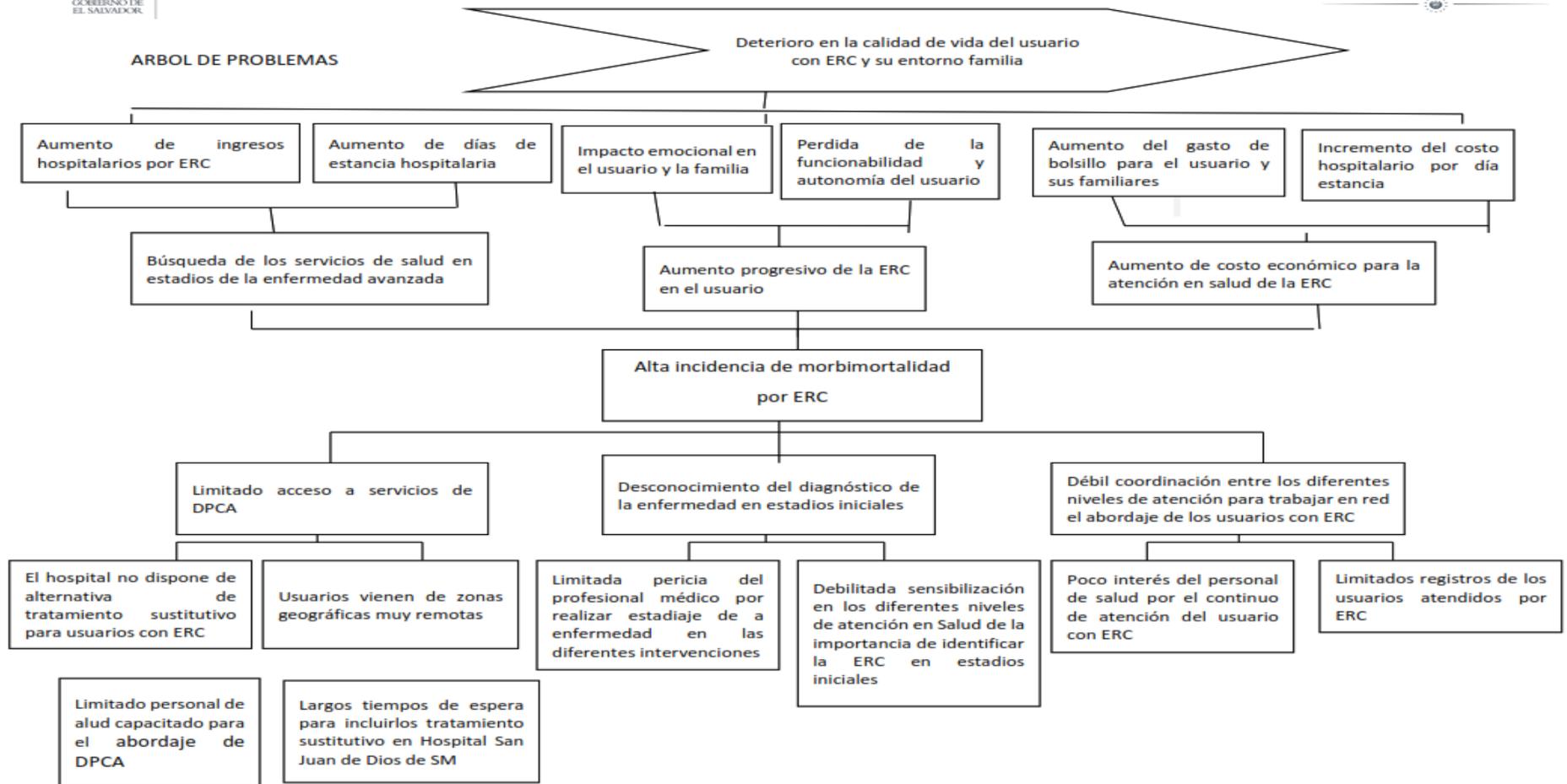
Anexo 9: Árbol de Problemas de ERC



MINISTERIO DE SALUD



ARBOL DE PROBLEMAS



Anexo 10: Nota de asignación de talento humano para la UR



MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
SANTA ROSA DE LIMA

Santa Rosa de Lima, 10 de agosto de 2020

Dr. Marcelino Humberto Mejía Canales.

Director.

HNSRL.

Me complace notificarle que se le ha asignado a dos profesionales de Enfermería para el funcionamiento de la Unidad Renal; además serán pilares importantes en el logro de los objetivos del Proyecto de Mejora del Continuo de atención de los usuarios con Enfermedad Renal Crónica, a través de la estrategia de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Esta decisión se hizo luego de una cuidadosa evaluación de los factores relevantes del mismo, además se evaluó el perfil profesional y personal de los profesionales asignados. Espero que esta asignación permita alcanzar el éxito deseado.

Los profesionales asignados son:

1. Tnlgo. Juan Carlos Jandres Calderón
2. Licda. Dorelina Méndez de Álvarez.

Estoy comprometida a ofrecer capacitaciones técnicas administrativas.

Sin más sobre el particular.

Atentamente.

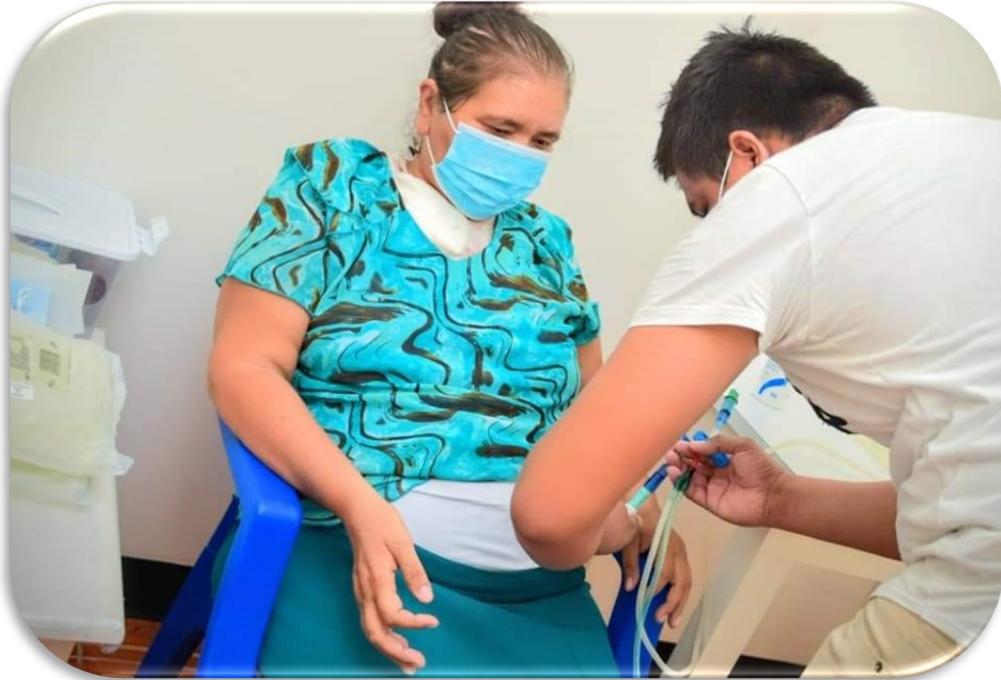
Licda. Delmy Aracely Fuentes Bonilla

Jefe del Departamento de Enfermería.



Anexo 11A: Informe de visita domiciliar realizada para la conexión segura, ver enlace https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 11B: Fotografías de visita domiciliar realizada para la conexión segura



Fuente: Archivo personal, visita domiciliar Colonia Umaña, Santa Rosa de Lima, 05/04/2022

Anexo12: Encuesta de satisfacción de usuario



MINISTERIO DE SALUD



Mejora del continuo de atención de los usuarios con enfermedad renal crónica mediante la coordinación con los diferentes niveles de salud para la implementación de la estrategia de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.

Encuesta de satisfacción a familiares de usuarios de los servicios de DPCA en la Unidad Renal.

N.º de encuesta: 15

Datos generales.

Parentesco: Hijo/a Hermano/a Esposo/a Nieto/a Otro/a

Lugar de residencia: Urbano Rural

Municipio de procedencia Aramoros

Indicaciones: a continuación, se le presentan una serie de comentarios relacionados con los servicios en la aplicación de la diálisis en la Unidad Renal de este hospital. Valore de la siguiente manera 1 equivale a nada satisfactorio, 2 poco satisfactorio y 3 muy satisfactorio.

Nº	Ítems	1	2	3
1	Se ha sentido bien atendido con el personal que le atendió por primera vez en la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Le han explicado en que consiste el tratamiento de la diálisis para su familiar			<input checked="" type="checkbox"/>
3	El entrenamiento recibido para la aplicación de la diálisis a su familiar en su casa lo valora			<input checked="" type="checkbox"/>
4	La comunicación que tiene el enfermero con usted después de salir del entrenamiento en la Unidad Renal lo valora			<input checked="" type="checkbox"/>
5	Le resuelven las necesidades de atención a las complicaciones de su familiar el personal de la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
6	Cómo valora la satisfacción de su familiar con el tratamiento que recibe en esta Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
7	Ha observado cambios en la salud de su familiar luego de haber iniciado las diálisis en esta Unidad			<input checked="" type="checkbox"/>
8	En conjunto, está satisfecho con la atención recibida en la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
9	Queremos conocer el gasto económico que usted tiene para asistir a este tipo de tratamiento.	c)		
	A) Su gasto es de \$ 5:00 a \$ 10:00 B) Su gasto es de \$ 15:00 a \$ 20: 00 <u>C) Su gasto es de \$ 25:00 a \$ 30:00</u> D) Su gasto es de \$ 35:00 y más			

Anexo12: Encuesta de satisfacción de usuario



MINISTERIO DE SALUD



Mejora del continuo de atención de los usuarios con enfermedad renal crónica mediante la coordinación con los diferentes niveles de salud para la implementación de la estrategia de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.

Encuesta de satisfacción de los servicios de DPCA en la Unidad Renal.

N.º de encuesta: 15

Datos generales.

Sexo: Masculino _____ Femenino

Lugar de residencia: Urbano Rural _____

Indicaciones: a continuación, se le presentan una serie de comentarios relacionados con los servicios en la aplicación de la diálisis en la Unidad Renal de este hospital. Valore de la siguiente manera 1 equivale a nada satisfactorio, 2 poco satisfactorio y 3 muy satisfactorio.

Nº	Ítems	1	2	3
1	Se ha sentido bien atendido con el personal que le atendió por primera vez en la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Se siente satisfecho con el tiempo que demora entre indicado el tratamiento y la incorporación al programa en la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
3	El entrenamiento recibido para la aplicación de la diálisis en su casa lo valora			<input checked="" type="checkbox"/>
4	La comunicación que tiene el enfermero con usted después de salir del entrenamiento en la Unidad Renal lo valora			<input checked="" type="checkbox"/>
5	Cómo considera la explicación del enfermero en la visita a su casa para la primera conexión segura.			<input checked="" type="checkbox"/>
6	La relación que establece con el médico en la Unidad Renal es			<input checked="" type="checkbox"/>
7	En conjunto, está satisfecho con la atención recibida en la Unidad Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
8	En qué aspectos creé usted que debería mejorar la Unidad Renal.			
	Comentarios:			

Anexo 13: Ordenes de Compras de materiales de construcción, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 14: Solicitud de Kit para aplicación de PDCA

Listado de paciente en terapia Dialítica en Maquina

FECHA:

12/07/21

Dra. Jenny Torres

N°	N° de Registro	DUI	Nombre	Apellido	Dirección	Municipio	DPTO.	Punto de Referencia	# de teléfono	Nombre de contacto	Parentesco	# Teléfono	1.5% (6000 ml)	4.5% (6000 ml)	Mascarilla	Frasco de Exsept 1C/60 bolsas	Micropore 1 C/120 Bolsas
1	260740	02984787-7	Agustina	Romero vanegas	Canton Cerro Pelon , Caserio Paso las Flores	Pasaquina	La Union	vecino de Fredis Vanegas	61794635	Gladis Vanessa Romero	Hija	7129-4893	12	30	30	1	1
1	272680	4122197	Sonia Marisol	Gomez Vasquez	Barrio San Sebastian calle principal Los alvarenga	Jocoro	Morazan	Carretera ruta militar	7493-2243	Adonis Nahun calderon Gomez	Hijo	6058-8910	12	30	30	1	1

Anexo 15 A: Diplomado de Enfermería en Nefrología



MINISTERIO DE SALUD

N.º 2023-9400-347

MEMORÁNDUM

PARA: Directores/as Hospitales Nacionales

DE: Msp. Ludys Mabel Soto de Zepeda
Jefe de Unidad Nacional de Enfermería

A TRAVÉS DE: Doctora Carmen Guadalupe Melara de García
Coordinadora Nacional de Hospitales

FECHA: 03 de julio de 2023

ASUNTO: Clausura Diplomado de Enfermería en Nefrología



Saludos cordiales.

Con el objetivo de fortalecer las competencias de los profesionales de Enfermería que laboran en la Red Nacionales de Hospitales, la Unidad Nacional de Enfermería, se encuentra en la finalización del desarrollando el Diplomado de Enfermería en modalidad presencial, con la duración de 160 horas y la participación de 44 profesionales de Enfermería, en el periodo del 03 de febrero al 16 de junio del año 2023.

Por lo anterior se solicita autorizar al personal de Enfermería que finalizo el Diplomado para presentarse a la clausura, el día 25 de agosto 2023, en horario de 7:30 am a 3:30 pm, en las estaciones del aula #4 del Instituto Especializado Hospital El Salvador, avenida de la revolución #222.

Para coordinación y seguimiento de dicha actividad puede contactarse al correo institucional tania.portillo@salud.gob.sv, ya que se ha asignado a Licda. Tania Elizabeth Portillo como referente de la Unidad Nacional de Enfermería.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

Anexo: Estado de participantes.

Cc: Jefaturas de Enfermería

Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador. C.A. MINSAL-Unidad Nacional de Enfermería
Teléfono (503) 2591-7693, Conmutador PBX (503) 2591-7000
www.salud.gob.sv

LMSZ/TEPC/macg



MINISTERIO DE SALUD

N.º 2023-9400-347

28	Hospital Nacional de Santa Ana	Jorge Rigoberto Carcamo Zarpate
29		Yesenia Arely Henríquez Villalobos
30	Hospital Nacional de Jiquilisco	Alda Nuvia Roque Vásquez
31		Edelmira Amparo Reyes Lopez
32	Hospital Nacional Santa Rosa de Lima	Juan Carlos Jandres Calderón
33		Marvin Fidel Pereira Chicas
34	Hospital Nacional de La Unión	Erika Vanessa Herrera Diaz
35		Yaritza Leonor Herrera Escobar

Calle Arce #827, San Salvador, El Salvador. C.A. MINSAL-Unidad Nacional de Enfermería
Teléfono (503) 2591-7693, Conmutador PBX (503) 2591-7000
www.salud.gob.sv

LMSZ/TEPC/macg



Anexo16: Acta de consejo Estratégico de gestión presentando avance del proyecto, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 17A: Acta de socialización del proyecto en la micro red Santa Rosa de Lima, ver enlace

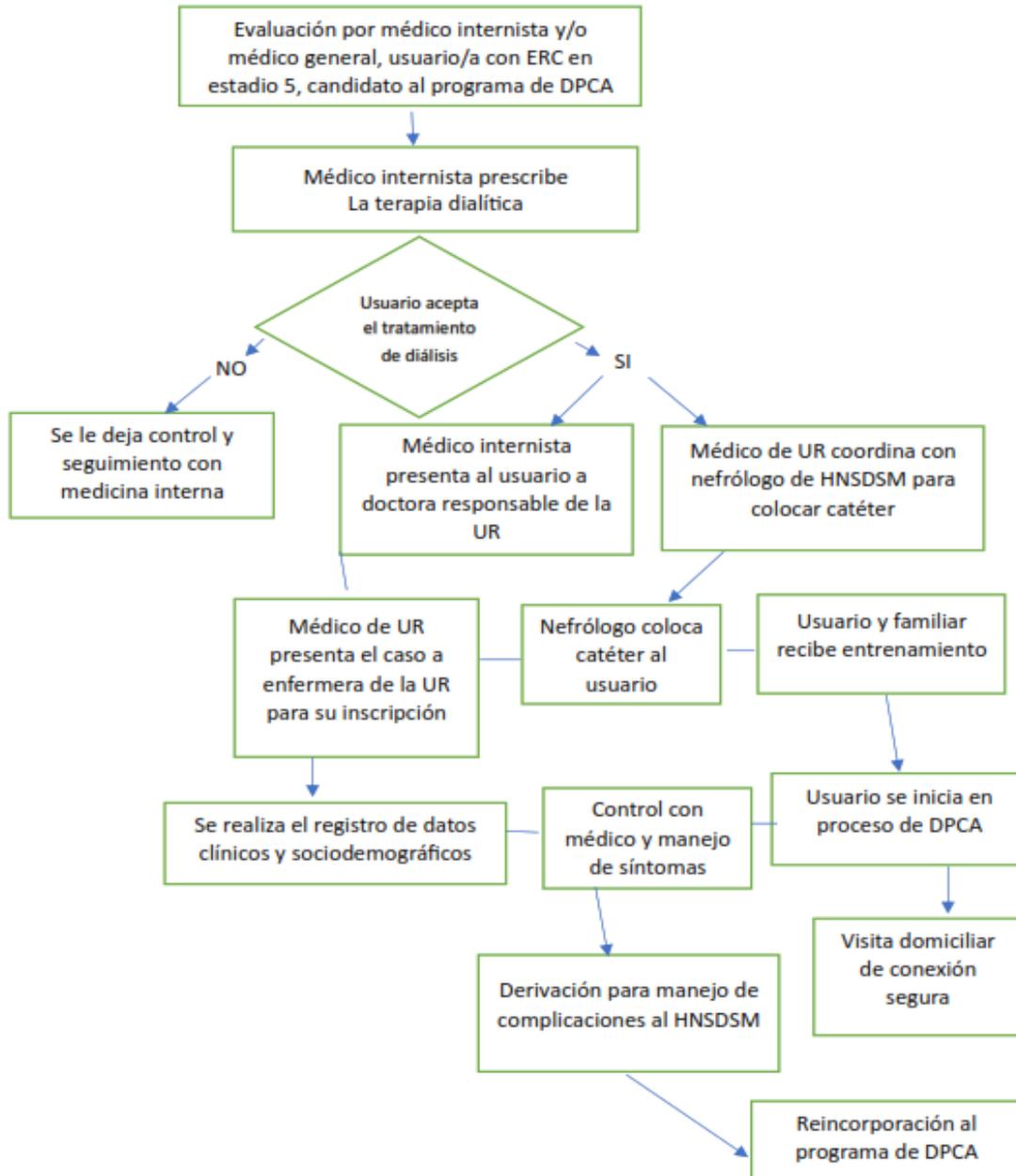
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 17B: Acta de socialización del proyecto en el SIBASI LA Unión, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 18: Ruta de atención

FLUJOGRAMA 1. Ruta de atención para aplicación de DPCA a usuarios con ERC.



Anexo 19: Programa de capacitación para el usuario y familiar sobre la aplicación del a DPCA, ver enlace

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1MLHvwqxP_VtBBRAPr7pr-i5DINJbRt7e

Anexo 20: Pacientes en tratamiento de DPCA

