



HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA



RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS 2023

NOMBRE DE LA MEJOR PRÁCTICA:

“PROGRAMA DE EDUCACION HUMANIZADO AL ALTA MEDICA EJECUTADO POR ENFERMERIA PARA
CONTRIBUIR AL AUTOUIDO DE LA SALUD DE LOS PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA, ABRIL 2021 A
JULIO 2023”

DRA. CARMEN DINORA ZULETA DE VIANA.

DIRECTORA

REPRESENTANTE LEGAL

AÑO 2023

Información General de la Organización.

Equipo Postulador de la Mejor Practica:

Licda. Ana Miriam Peñate Flores.	Supervisora Educacional de enfermería y Coordinadora del Proyecto.
Licda. Araceli de los Ángeles de Cornejo.	Enfermera supervisora, gestora del Departamento de Cirugía.
Licda. Mirna Areli Osorio Chachagua.	Enfermera jefa de Unidad 2° Cirugía Hombres.
Licda. Gilma Ivania Mancía de Portillo.	Enfermera jefa de Unidad 1° Cirugía Mujeres.
Licda. Ana Mercedes Zometa Moran.	Enfermera jefa de Unidad de 2° Cirugía Mujeres.
Licdo. Edwin Amando Ramírez López.	Enfermero Hospitalario de servicio de 1° Cirugía Hombres.
Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín.	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad y Asesor de la mejor práctica.

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

- Licda. Ana Miriam Peñate Flores.
Coordinador del proyecto
Teléfono: 2891-5017
Correo electrónico: amiriam.penate@salud.gob.sv

➤ **Contacto Alternativo para el Reconocimiento:**

- Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín.
Jefe Unidad Organizativa de Calidad
Tel. 2435-9609 y 2891-5283
Correo electrónico: sandra.villafuerte@salud.gob.sv

Contenido

PRESENTACION.....	4
OBJETIVOS DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	5
1. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección.....	6
1.1 Promover la implantación y dar a conocer la mejor práctica a toda la institución.....	6
1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.	8
1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.	8
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.....	10
2.1 identificación y selección de la oportunidad de mejora.	10
2.2 Recolección y análisis de la información	16
3. Gestión de la intervención, proyecto o practica implementada.	18
3.1 Planificación de la mejor práctica.	18
3.2 Implantación de la mejor práctica.	20
3.3 Control y seguimiento	22
4. Gestión del equipo de mejora.....	25
4.1 Integración al equipo de mejora.	25
4.2 Desarrollo del equipo de mejora.....	26
5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas.....	27
5.1 gestión del conocimiento en la mejor práctica.	27
5.2 Gestión e innovación de las mejores prácticas.	28
6. Resultados de la mejor práctica.....	28
6.1 Resultado en la Eficacia/eficiencia organizacional.	28
6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.....	30
6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.....	34
6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio.	34
7. Sostenibilidad y mejora.....	35
7.1 Sostenibilidad.	35
7.2 Mejora.....	36
Glosario	38
Anexos.....	38

PRESENTACION.

El Hospital Nacional de Santa Ana esta categorizado como Hospital Regional de segundo nivel de atención y de referencia para la zona occidental de salud, con una dotación de camas censables de 469, siendo la oferta de servicios las 4 especialidades médicas, 25 subespecialidades, 3 Unidades de cuidados intensivos para la atención de recién nacido, del paciente adulto, y pediátrico y servicios ambulatorios de mediana y algunos de alta complejidad.

Como hito, en el mes mayo 2021 la División de Enfermería invito a las jefaturas de los diferentes servicios hospitalarios y ambulatorios a identificar problema en sus áreas que pudieran ser intervenidos por equipos de mejora local. Por lo que en el primer semestre del año 2021 se realizó un taller de ciclos PHVA en coordinación con la Unidad de Calidad y la División de Enfermería donde se presentaron 19 oportunidades de mejora.

Fue así como bajo la asesoría técnica de la UOC y el liderazgo de la División de Enfermería tras identificar las oportunidades de mejora y al evidenciar los resultados de los ciclos PHVA, fue seleccionada la mejor practica para el año 2023, siendo focalizada para el presenta año las intervenciones en el departamento de cirugía en los servicios de hospitalización de 1° Cirugía Mujeres y 2° Cirugía Hombres con una dotación de camas de 25 y 31 respectivamente (56 camas en total) con un promedio mensual de 214 egresos; siendo el perfil epidemiológico de atención el trauma, la hipertrofia prostática, pie diabéticos más complicación, pancreatitis, fracturas y complicaciones por colostomía. Estas patologías requieren que al momento del alta el paciente reciba una adecuada orientación, información y educación para contribuir al continuo de la atención y de esta forma prevenir los reingresos por complicaciones, tal como lo establece la Joint Commission International, entidad No gubernamental que acredita a más de 20,000 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos de América y que actualmente colabora con más de 70 países a nivel mundial evaluando la calidad de la atención del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial desde su llegada a la organización sanitaria hasta el alta médica.

En ese orden de ideas, el equipo de mejora identifico la mejor practica en los resultados de la encuesta de satisfacción que es administrada en forma mensual por la enfermería en diferentes servicios de la organización y, que en el mes de abril 2021 le correspondía a los servicios de cirugía ya mencionados; evidenciando que de 10 ítems explorados en el paciente en la encuesta diseñada por el comité nacional de Ética de Enfermería en la variable N° 5 definida como: ***“Le enseña u orienta sobre qué hacer en relación a su problema de salud”***, se obtuvo una ponderación del 50%. Lo anterior represento un desafío para implementar un modelo de educación y orientación al paciente y su familia en forma estandarizada al momento de preparar el alta médica por parte de enfermería ya que este representa un estándar para la acreditación de hospitales por la Joint Commission International en las dimensiones de calidad y seguridad de la atención y además constituye el 4° principio básico de enfermería que versa sobre *“contribuir a la*



restitución pronta de la salud de manera que el paciente se incorpore de una forma útil a la sociedad”, siendo ambos los fundamentos para la mejor práctica.

OBJETIVOS DE LA MEJOR PRÁCTICA.

➤ **OBJETIVO GENERAL:**

Promover el cumplimiento del procedimiento de alta médica en los servicios de cirugía, mediante la implementación de un programa educativo de alta calidad, seguridad y humanización que contribuya a desarrollar acciones de auto cuidado en el paciente y su familia.

➤ **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Diseñar y desarrollar un programa de educación para el personal de enfermería que incorpore conocimientos, destrezas técnicas y herramientas que refuercen la fase de preparación de alta médica en base a las necesidades de paciente y la familia.
2. Estandarizar la metodología de educación por parte del personal de enfermería en el paciente quirúrgicos al momento del alta médica.
3. Proporcionar conocimientos y destrezas al paciente y su familia en la fase de preparación del alta médica para que pueda realizar de manera exitosa el autocuidado de su salud y reincorporarse a las diferentes actividades.
4. Incrementar la satisfacción del usuario y la familia al egreso del hospital citando la alta calidad relacionada a la educación, orientación brindada y la humanización del servicio.

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?

Desde el año 2012 el Ministerio de salud (MINSAL) inicia la incursión en la postulación de proyectos de Reconocimiento interno a las mejores prácticas en la RIIS; por lo que, en el año 2014, la alta dirección del Hospital de Santa Ana, invito a las Unidades Organizativas a participar en la postulación, motivando a presentar iniciativas que promuevan el desarrollo de estrategias de mejora en beneficio del ciudadano; por lo que delega a la Unidad Organizativa de la Calidad Institucional(UOC), como la responsable de capacitar, asesorar y facilitar herramientas metodológicas en el marco del sistema de gestión de calidad con aplicación del ciclo PHVA, dirigido a los equipos de mejora continua (Acuerdo 310 Depto. RR.HH., septiembre 2015). Además, involucra a la jefatura de la división respectiva a la que pertenece el proyecto y que en el presente le fue asignado a la división de enfermería quien forma parte del Consejo Estratégico de Gestión; otorgándole autoridad para apoyar al equipo de mejora para diseñar y ejecutar la mejor práctica, asignarle los recursos idóneos, facilitar el tiempo para las reuniones, medir periódicamente los objetivos dando seguimiento a los compromisos adquiridos por el Consejo Estratégico de Gestión.

Las mejores prácticas son evaluadas en conjunto con la Unidad de Calidad en forma periódica (3 veces al año) siendo esta última la asesora de los equipos de mejora, como parte de la función asignada por la Dirección.

Es importante hacer mención que los avances se presentan al Consejo Estratégico de Gestión con el propósito de socializar los resultados, incentivar y apoyar al equipo y motivar a la réplica por otras unidades del hospital.

Para dar soporte a la mejor práctica la Alta Gerencia elaboro la Política de Calidad Institucional a partir del año 2014, la que fue actualizada por los coordinadores de los diferentes comités de Calidad para el periodo 2018–2023; en este documento, se enuncia en el eje N°2 que *“La gestión del conocimiento en el capital humano en temas de calidad, constituirá una rutina institucional para avanzar hacia una cultura de excelencia del servicio”*. Es de hacer mención que a partir del Plan Operativo Anual del Hospital (POAH) del año 2016 se han establecido estrategias dirigidas a mejorar continuamente la calidad de los procesos misionales. En el POAH del año 2020 en el objetivo general se encuentra plasmado el fundamento que dio origen al desarrollo de la mejor práctica a postular: *“Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, **bajo estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos y equidad, fortaleciendo el talento humano y la investigación**”* y de igual manera en el objetivo específico 1 y 3: *“Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad”* y *asegurar la implementación de la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando modelos innovadores que aseguren la satisfacción ciudadana”,* respectivamente.



Es importante mencionar que la alta dirección mediante el consejo Estratégico de gestión participa en la selección de la mejor práctica, cuya función es apoyar las iniciativas de mejora y evaluar los resultados con el propósito de expandir las mejores prácticas a todos los servicios.

¿Cómo la máxima autoridad divulga y da a conocer las mejores prácticas en diferentes espacios?

Entre los mecanismos que la alta gerencia ha sistematizado desde el año 2015 y que se encuentran vigentes para dar a conocer la mejor práctica, podemos mencionar, las reuniones gerenciales del consejo estratégico de gestión, instancia administrativa en donde se ventilan y toman decisiones los jefes de división, las Unidades asesoras y la Dirección. En estos espacios, el equipo de Mejora es respaldado y se compromete el consejo con la mejor práctica. De igual manera hace uso de memorándum dirigido a todas las jefaturas, comunicación vía electrónica y banner del equipo de mejora colocado en el pasillo principal del hospital, para que todo el talento humano de la institución y los usuarios conozcan el proyecto. A partir del año 2022 se ha hecho uso de la aplicación WhatsApp de mensajería móvil para comunicar al 100% de jefaturas del hospital la postulación de la mejor practica en el chat denominado hospital de Santa Ana y de igual manera en el chat del consejo de gestión estratégico.

1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.

La alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidad de los equipos postuladores brindándoles las herramientas técnicas para la formulación de los proyectos de mejora, con la asesoría y acompañamiento de la UOC. Además, ha gestionado capacitación especializada a los miembros del equipo de la División de Enfermería para el mejor desarrollo de las actividades, lo que le da la autonomía y confianza que la alta dirección le brinda para la ejecución de los proyectos; lo anterior motiva y anima en la realización de estos. El apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica por parte de la alta Gerencia es identificado en varias etapas:

- a) Planificación del proyecto, revisión y aprobación.
- b) Acompañamiento por parte de la UOC del hospital, quien asesora, capacita y monitorea tres veces al año, acompañando en el proceso de evaluación a la jefatura de la división de enfermería.
- c) La alta dirección apoya el desarrollo de la implantación de la mejor práctica, mediante el fortalecimiento de los conocimientos al equipo gestor en ciclo PHVA, gestión procesos y capacitación especializada.

Un actor clave ha sido la Unidad de Calidad, la cual en su misión debe apoyar el desarrollo de los proyectos de mejora; en este proceso ha dado acompañamiento en la propuesta de indicadores basados en los estándares de acreditación para hospitales propuestos por la Joint Commission International en la 6° edición. Así mismo ha participado en la ejecución del modelo educativo para pacientes de alta médica dotando de conocimientos al personal de enfermería de los servicios de cirugía, con una asesoría permanente durante el proyecto y la enseñanza de nuevas metodologías de análisis de procesos (AMFE) que fue una de las herramientas de calidad utilizada para realizar la mejor práctica 2023.

1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.

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

La organización tiene dos modalidades definidas de incentivos desde el año 2016, el otorgamiento de una placa de reconocimiento grupal la cual es entregada en el espacio de reunión del Consejo Estratégico de Gestión en la que el director reconoce públicamente la labor del equipo el día 24 octubre (día del hospital). Además, se brinda un diploma de reconocimiento individual a cada miembro, destacando su participación en el proyecto. De igual manera se realiza una nota de felicitación que se anexa al expediente personal, resaltando el aporte de cada miembro y el reconocimiento público haciendo uso del WhatsApp institucional y del Consejo Estratégico de Gestión mediante un Banner, ubicado en el pasillo principal del hospital contiguo a los marcadores del personal con la finalidad de informar al hospital que la alta dirección apoya al equipo postulante y le considera un ganador.

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

El hospital cuenta con una Política de Incentivos no Financieros denominada “Reconociendo tu desempeño”, en la que se establecen las categorías que optan al premio de Calidad, documento que data del año 2015, actualizado y vigente a la fecha, lo que constituye la base normativa para premiar el esfuerzo del equipo de la mejor práctica.

**Imagen N.º 1. Reconociendo el desempeño del Equipo de Mejora del proyecto,
24 de octubre 2022.**



Estado de la salud de los pacientes de los servicios de cirugía

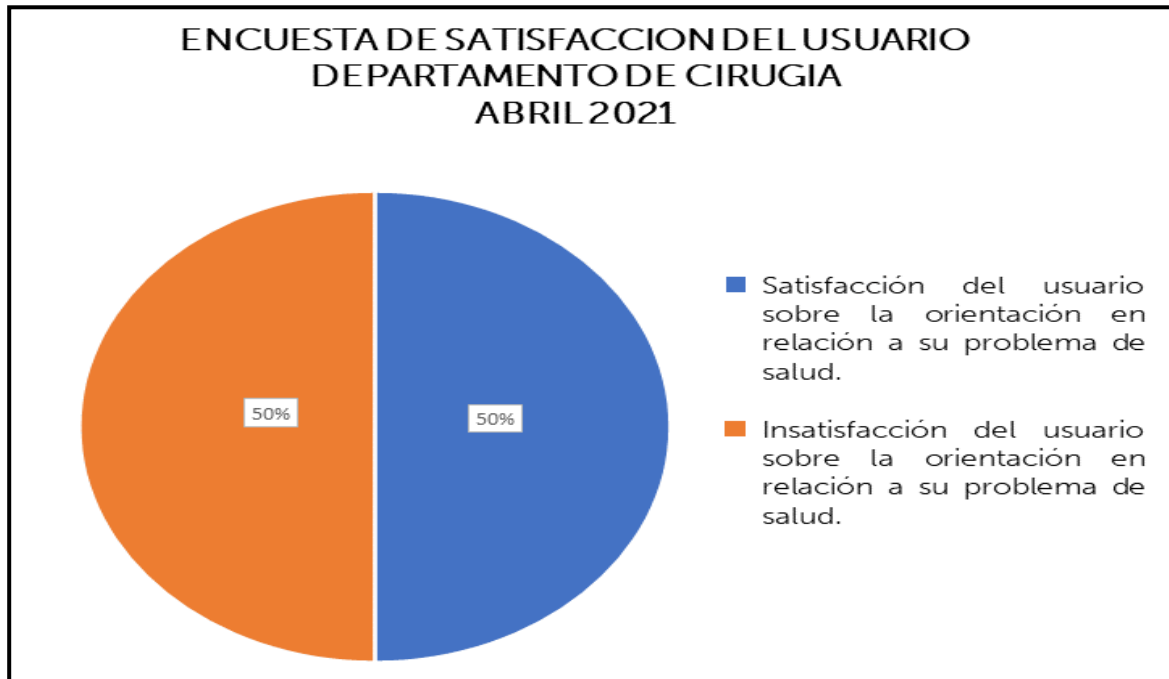
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.

2.1 identificación y selección de la oportunidad de mejora.

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

En el mes de abril del 2021 la División de Enfermería para evaluar la satisfacción del usuario programo administrar una encuesta utilizando un instrumento estandarizado por la Unidad Nacional de Enfermería (ver Anexo N.º 1) el cual lo realizo la enfermera gestora del Departamento de Cirugía en los servicios de 1º Cirugía Mujeres y 2º Cirugía Hombres. Los resultados evidenciaron que, de 20 pacientes entrevistados, 10 de ellos refirieron que no se les proporcionaba enseñanza y orientación en relación con su problema de salud que había motivado el ingreso reflejado en un 50% de insatisfacción. Por lo que se procedió a realizar un ciclo PHVA para tomar acciones por parte del equipo de mejora de los servicios en mención y que fuera presentado en el taller organizado por la División de Enfermería donde se exponen las iniciativas de mejora de los diferentes servicios (ambulatorios y hospitalarios). A continuación, se muestra el gráfico del resultado de la encuesta de satisfacción, punto de partida para generar la mejor práctica.

Gráfico N.º 1: Identificación del problema



Fuente: Registro de monitoreo de satisfacción del usuario abril 2021 de División de enfermería

Para identificar las oportunidades de mejora el equipo aplico la lluvia de ideas como herramientas de calidad con el propósito de buscar posibles causas que expliquen la insatisfacción del usuario sobre la orientación inadecuada en relación con su patología, la cual se muestra a continuación:

Tabla N.º 1: Lluvia de ideas para identificar la oportunidad de mejora

IDENTIFICACION DE CAUSAS DE INSATISFACCION DEL USUARIO SOBRE LA ORIENTACIÓN EN RELACIÓN CON SU PATOLOGÍA EN SERVICIOS DE CIRUGIA(1CM-2CH) ABRIL 2021	
1	Disposición insuficiente de Infraestructura tecnológica.
2	No existe un programa estandarizado para la educación del paciente de egreso al alta médica.
3	Inexistencia de guías y material audiovisual para brindar educación y ser entregada al paciente o su familia.
4	No disponibilidad de Área física adecuada para brindar educación.
5	Incremento en la Demanda de pacientes de cirugía.
6	Personal de enfermería no ha sido actualizado en técnicas de educación.
7	Limitada disposición del equipo multidisciplinario.
8	Actitud del Personal.
9	Sobrecarga laboral.
10	Recursos humanos insuficientes.

Seguidamente el equipo de la mejor practica agrupo las ideas vertidas por categorías: recursos humanos, entorno, método y equipo.

Tabla N.º 2: Clasificación de lluvia de ideas por categorías en las variables recursos humanos, entorno, método y equipo.

RECURSOS HUMANOS	ENTORNO	METODO	EQUIPO
Personal de enfermería no ha sido actualizado en técnicas de educación.	No disponibilidad de Área física para brindar educación.	No existe un programa establecido para la educación del paciente de egreso.	Insuficiente estructura tecnológica.
Limitada disposición del equipo multidisciplinario.	Incremento en la demanda de pacientes.	Inexistencia de guías o material audio visual para brindar educación y ser entregada al paciente.	
Actitud del personal.			
Sobrecarga laboral.			
Recursos humanos insuficientes.			

¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de problemas?

Entre los parámetros que utilizo el equipo para la priorización de las causas de la insatisfacción del usuario en relación con la orientación a su patología y la valoración de las oportunidades de mejora tenemos:

Para priorización de las causas la magnitud y severidad del problema de la insatisfacción de usuario y el impacto institucional.

Para la priorización de la oportunidad de mejora: se analizó la eficacia de la intervención mediante los siguientes criterios

- ✓ Interés de la alta gerencia y de los participantes para el abordaje del problema
- ✓ Que la oportunidad de mejora estuviera centrada en el usuario
- ✓ Que el abordaje de las causas fuera de conformidad al Plan Estratégico Institucional 2021-2025 del MINSAL (pág. 21) programación estratégica e indicadores de medición; en el literal 2.3.4

Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_minsal_2021_2025_v2.pdf.

- ✓ Costos justificables de la intervención
- ✓ Que tuviera como fundamento el cumplimiento de los estándares de acreditación para hospitales de la Joint Commission International (JCI) 6° edición.
- ✓ Interés de la comunidad científica

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

En una primera etapa, la herramienta de calidad que se utilizó fue el método de Hanlon para ponderar y de esta manera priorizar las causas del problema (insatisfacción del 50% del usuario en relación con la orientación a su patología), para poder planificar la oportunidad de mejora; por lo que la lluvia de ideas de las posibles causas fue sometida al análisis de las variables de magnitud, severidad, eficacia y factibilidad (tabla N°3 método de Hanlon).

Tabla N.º 3: Método de Hanlon para priorizar la causa del problema

PROBLEMA (lluvia de ideas de causas que originan el problema)	A (0-10) MAGNITUD	B (0-10) SEVERIDAD	C (0.5-1.5) EFICACIA	D (1-0) FACTIBILIDAD	(A+B) C X D
Disposición insuficiente de Infraestructura tecnológica.	9	9	1.5	1	27
No existe un programa establecido para la educación del paciente de egreso.	10	10	1.5	1	30
Inexistencia de guías y material audio visual para brindar educación y ser entregada al paciente.	10	10	1.5	1	30
No disponibilidad de Área física adecuada para brindar educación.	9	9	0.5	1	9
incremento Demanda de pacientes.	9	9	1.5	0	0
Personal de enfermería no ha sido actualizado en técnicas de educación.	10	10	1.5	1	30
Limitada disposición del equipo multidisciplinario.	9	9	1.5	1	27
Actitud del Personal.	9	9	1.5	1	27
Sobrecarga Laboral.	9	9	1.5	0	0
Recursos humanos insuficientes.	9	9	1.5	0	0

Como se puede observar la mayoría de las causas de problema son factibles de resolver, (exceptuando 4) posteriormente se realizó un segundo análisis aplicando el diagrama causa efecto de ISHIKAWA para

clasificar y seleccionar las causas a tratar el cual se muestra en el Anexo N° 2 (Análisis de causa efecto del problema).

Posteriormente de la identificación y clasificación de las causas a tratar; el equipo de mejora con el objetivo de contar con bases sólidas respaldada por la comunidad científica realizo una revisión de los estándares de acreditación de hospitales de Joint Commission International (JCI) 6° edición los que están centrados en el paciente y cuya misión es mejorar la calidad de la atención; encontrando que en el capítulo denominado Educación de los pacientes y las familias (PFE) se incluyen una lista de estándares que los hospitales debemos de cumplir para acreditarse tales como:

PFE.1 Que el hospital proporcione educación que favorezca la participación del paciente y su familia en las decisiones y en los procesos de atención.

PFE.2 Que las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica.

PFE.3 Si se evalúa la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.

PFE.4 Si Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para que se produzca el aprendizaje y finalmente,

PFE.5 Si Los profesionales sanitarios que brindan atención al paciente colaboran para proporcionar educación. La intención de los estándares es que los hospitales deben de educar a los pacientes y las familias para que cuenten con el conocimiento y las destrezas para participar en los procesos y en las decisiones de atención al paciente. Existen muchas variables del paciente que determinan si el paciente y la familia tienen disponibilidad y capacidad de aprender. En consecuencia, para planificar la educación, el hospital debe evaluar el nivel de alfabetización del paciente y de la familia, lo que incluye su alfabetización en salud, nivel educativo e idioma; barreras emocionales y motivaciones; y limitaciones físicas y cognitivas. Todo lo anterior fue retomado para analizar el menú de las intervenciones de la mejor práctica.

En este orden de ideas y dirección se presenta el análisis de la factibilidad de las intervenciones haciendo usos de una parrilla en la que se asigna una ponderación de 1, 3, o 5, siendo 5 la mayor factibilidad de las intervenciones y 3 la menor; por lo que se realizó un análisis de las variables relacionada a existencia de recursos humanos para la intervención, material y equipo para llevarla a cabo, si las intervenciones eran de conformidad a las políticas sanitarias, si existía interés de la comunidad hospitalaria por intervenir el problema y si los costos son justificables para intervenir el problema, lo que se muestra en la:

Tabla N.º 4. Factibilidad de la intervención.

FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCION	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL Y EQUIPO	CONFORME A POLITICAS SANITARIAS	INTERES DE LA COMUNIDAD HOSPITALARIA	COSTOS JUSTIFICABLES	PUNTAJE
1-Diseñar programa de educación para el personal de						



enfermería sobre patologías priorizadas según perfil de los servicios de cirugía.	5	5	5	5	5	25
2.Diseñar e implementar herramientas de apoyo a la educación al Pte. de alta médica (videos, panfletos y rota folios).	5	5	5	5	5	25
3-Capacitar al personal de enfermería sobre patologías priorizadas según perfil de los servicios de cirugía.	5	5	5	5	5	25
4-Gestionar el equipamiento de la sala de orientación al alta médica.	5	5	5	5	5	25
5-supervisar y monitorear en forma periódica el cumplimiento de los objetivos del programa.	5	5	5	5	5	25

A un año de implementada la mejor practica el ministerio de salud (MINSAL) emite el manual de procesos y procedimientos de atención hospitalaria (año 2022) por lo que el equipo de mejora hace una modificativa de su mejor practica para apoyarse en este documento tomando como base el Subproceso M03-03-01-Egreso de pacientes, Procedimiento M03.03-01-P02-Alta médica. Por lo que se elaboró un esquema de tortuga para la identificación visual del procedimiento del alta médica; tal como se muestra a continuación.

Imagen N.º 2: Esquema de Tortuga como herramienta visual para describir los elementos del procedimiento M03-03-01-PO2 ALTA MEDICA (Manual de procesos MINSAL).





Seguidamente para evaluar los posibles fallos en el procedimiento de la alta médica descrito en el manual de procesos hospitalarios del MINSAL, el equipo realizó un **tercer análisis** aplicando el método **AMFE (Análisis Modal de Fallas y Efectos)** con un enfoque preventivo; este método es una herramienta de calidad que identifica y evalúa las potenciales formas en que un diseño, sistema o servicio puede fallar, jerarquizando los riesgos y poniendo acciones preventivas y correctivas que eliminen o minimicen su frecuencia o sus efectos en el cliente (ver N° Anexo 3: Tabla de método AMFE). **Con esta metodología el equipo se pregunta las causas, consecuencias y efectos de no realizarse como se ha planificado el proceso.** Al aplicar esta herramienta se pudo evidenciar que la máxima puntuación (810 puntos) de riesgo se ubicaba en la actividad 3 con el actor de la enfermería del servicio, quien debe de preparar el alta del paciente, aspecto señalado de insatisfacción para el ciudadano en relación a la información, orientación para el autocuidado de su patología posterior a la intervención por el equipo de profesionales de cirugía; por lo que se consideró que las intervenciones se deben centrar en corregir estos puntos críticos con el fin de mejorar la satisfacción del usuario y su familia y de esta forma prevenir reingresos por complicaciones.

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

La proyección del impacto de las intervenciones se enfocó al usuario, la familia, el personal sanitario y la institución, lo que se detalla a continuación.

Tabla N° 5 Proyección de impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora.

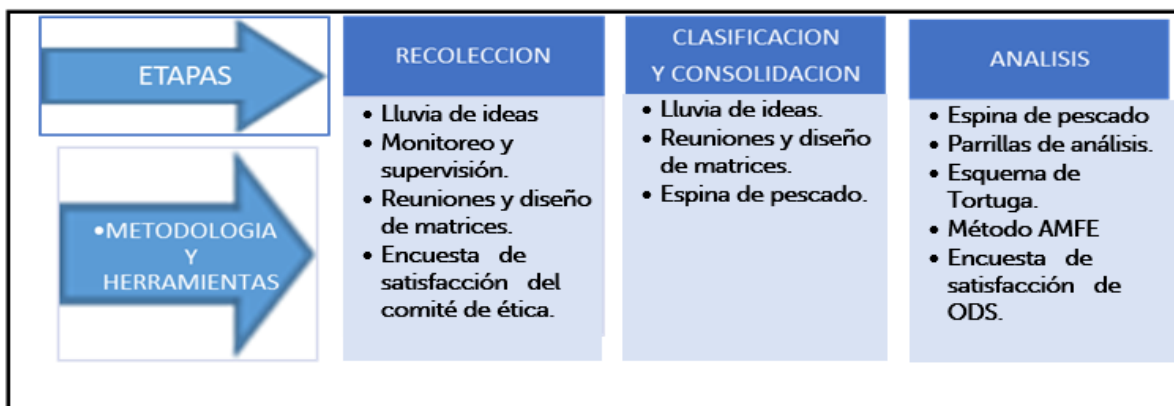
	RESULTADOS ESPERADOS
Paciente y familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la satisfacción del paciente, la familia y/o cuidador en la orientación sobre su patología. • Generar corresponsabilidad de la familia en el cuidado del usuario • Contribuir a la mejora del autocuidado del paciente en su hogar • Reducir gasto de bolsillo de los usuarios.
Personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo multidisciplinario. • 100% de personal capacitado, con actualización de destrezas y habilidades sobre patologías priorizadas según perfil de los servicios de cirugía. • Satisfacción del personal de salud.
Institución.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir gastos hospitalarios. • Reducir costos ante reingresos. • Fortalecimiento del continuo de la atención. • Proyectar una mejor imagen a la población.

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, clasificación y análisis de la información se aplicó por cada etapa la metodología y herramientas que se muestra la imagen N°3.

Imagen N° 3: Metodología y herramientas aplicadas según etapas del proyecto



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

La fuente de datos que utilizo el equipo de mejora como punto de partida de la mejor práctica, fue la encuesta de satisfacción del usuario estandarizada por el comité de ética nacional de enfermería y, que fue administrada por las supervisoras de la división respectiva del hospital de acuerdo con la programación

anual; esta permitió recolectar los datos en relación a la satisfacción del usuario. (ver encuesta en Anexo N° 1 y resultados de la encuesta en el gráfico 1). Otras fuentes fueron la encuesta de satisfacción del MINSAL administrada por el personal de la ODS (Oficina por el Derecho a la Salud) en la que se monitorea la satisfacción al egreso del paciente de cirugía en condición de alta médica y, de igual forma para dar soporte a otros indicadores definidos, se tomo como base las listas de asistencia al taller de capacitación y el registro de notas obtenidas por el personal de enfermería posterior al taller de capacitación (ver Anexo N° 5).

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

Para establecer la brecha se tomó en cuenta los resultados de la encuesta de enfermería (año 2021) administrada a los servicios intervenidos en la mejor practica como punto de partida y se retomaron los estándares definidos por la Joint Commission International en los principales criterios de medición con miras hacer acreditados a futuro en el procedimiento de alta médica actividad 3. Lo anterior permitió establecer la proyección deseada que a continuación presentamos en la siguiente tabla

Tabla N° 6 Línea de base, brecha y meta del proyecto.

LÍNEA DE BASE ABRIL 2021	META: JULIO 2023	BRECHA
1. El hospital no dispone de un programa educativo para el personal de enfermería estandarizado para el procedimiento de alta médica de los pacientes de cirugía.	El hospital dispone de un modelo educativo estandarizado oficializado al momento de alta médica en los pacientes de los servicios de cirugía.	100%
2. El usuario y su familia manifiesta satisfacción al alta médica en el componente de orientación y educación en los servicios de cirugía con una ponderación del 50%.	Satisfacción >80% con la educación y orientación brindada por el personal de enfermería al alta médica de los usuarios y la familia.	30%
3. Personal de enfermería no ha sido capacitado en conocimientos y destrezas educativas basadas en las principales patologías quirúrgicas y en las necesidades del usuario y familia para fortalecer el alta médica.	>90% de personal de enfermería de los 4 servicios de cirugía aprueban el taller impartido de conocimientos, habilidades y destrezas educativas en las patologías priorizadas elaborado por la división de enfermería.	90%
4. El procedimiento M03-03-01-PO2-alta médica en el paciente de cirugía, presenta falla en la actividad 3 con 50% de cumplimiento.	La actividad 3 se ejecuta de conformidad a lo establecido en el procedimiento de alta médica con un resultado > al 90%.	40%
5. El hospital no dispone de material educativo que apoye la educación y orientación verbal brindada al paciente de cirugía.	El hospital dispone de material audio visual dirigido a las 6 patologías quirúrgicas priorizadas para fortalecer el procedimiento de alta médica.	100%

--	--	--

3. Gestión de la intervención, proyecto o practica implementada.

3.1 Planificación de la mejor práctica.

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

La declaración de la Misión del hospital para el año 2021 y vigente a la fecha expresa: “Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios”; Lo anterior da a conocer a los clientes internos y externos que la oferta de servicios del hospital se enmarca en estándares de calidad por lo que se puede afirmar que la mejor práctica se encontró sustentada en la misión del hospital.

De igual manera, en relación a la Visión de *“Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético”*, es por ello que la dirección apoya y promueve iniciativas que van encaminadas lograr la visión de la institución apostándole al talento humano mediante procesos de capacitación y entrenamiento.

Por lo tanto, podemos aseverar que la mejor práctica, fue planificada acorde a la misión y visión de la organización en el marco cumplir estándares de calidad centrados en el usuario y gestionar con enfoque de procesos dirigido a lograr la satisfacción del paciente tal como lo expresa el Plan de gestión hospitalario 2021” en el objetivo 3: *Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad* que, para el presente proyecto sería el procedimiento misional hospitalario del alta médica apoyando iniciativas de innovar herramientas que contribuyan a garantizar el cumplimiento de los estándares nacionales y de acreditación de hospitales de la Joint Commission International.

El proyecto fue planificado por equipo de mejora del departamento de enfermería con el acompañamiento de la UOC a partir del mes de abril del 2021, con metodología participativa aplicando el ciclo PHVA, definiendo las fuentes de información; cabe mencionar que en a través de un monitoreo de la satisfacción del usuario al momento del alta que fue planificado por la división de enfermería; se realizó el levantamiento de la línea de base y con los datos obtenidos se realizó la planificación de la mejor práctica, con sus objetivos, brechas ,metas e indicadores para iniciar en el mes de mayo 2021 y ser presentado a la alta gerencia para el apoyo respectivo. El equipo de mejora fue seleccionado tomando en cuenta las calificaciones técnicas de la personal enfermería, experiencias, funciones y que estuviesen capacitados en gestión de procesos y ciclo

PHVA. El equipo fue oficializado mediante memorándum de UOC-dirección con fecha del junio 2022, lo que les faculta para desarrollar la mejor práctica.

¿Cómo se definió el plan de trabajo, cómo se asignó a los responsables de cada actividad para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada?

Se diseñó un plan de trabajo en 8 etapas el cual se ha modificado según las oportunidades de mejora y las mediciones obtenidas, el que se describe a continuación.

Tabla N° 7. Planificación de la mejor práctica.

ETAPAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLE	TIEMPO
ETAPA I	A) LEVANTAMIENTO DE LINEA DE BASE.	Medición de satisfacción al usuario al alta médica.	Enfermeras supervisoras.	Abril 2021.
	B) CONFORMACION DEL EQUIPO.	Selección del equipo para el diseño de la mejor práctica.	Jefe de división de enfermería.	Abril 2021.
	C) INVESTIGACION.	Revisión bibliográfica internacional.	Equipo de mejora.	Mayo a Julio 2021.
ETAPA I	ORGANIZACIÓN.	Designación de roles a los miembros del equipo en base a experticia, valores, cualificación técnica y cargo que desempeñan en los servicios de cirugía en el Taller de ciclos PHVA.	Jefe de división de enfermería.	Mayo 2021.
ETAPA III	DISEÑO DE LA MEJOR PRACTICA.	a) Identificación, selección, análisis y propuestas de mejora de problemas. (herramientas de calidad). b) Selección de patologías según el perfil epidemiológico a intervenir. c) Revisión documental en relación con el proceso del alta según tipo de patología. d) Elaboración de un programa que integre las herramientas educativas a paciente y familia al alta médica. e) Diseño de material audiovisual.	Equipo de mejora.	Abril a septiembre 2021.
ETAPA IV	DESARROLLO DE PROGRAMA DE EDUCACION PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA.	a) Aprobación del programa educativo por la alta gerencia.	Dirección y UOC.	A partir de enero 2022.
		b) Socialización de la Mejor Práctica al equipo multidisciplinario del Departamento de Cirugía (ver Anexo N° 10: Socialización para el apoyo al Departamento medico de Cirugía y al equipo multidisciplinario). c) Capacitación al personal de Enfermería de servicios de cirugía sobre el programa educativo.	Equipo de mejora y UOC.	Junio 2022.
ETAPA V	IMPLEMENTACION.	a) Gestión de insumos, materiales y readecuación de las salas de orientación al alta médica. b) Ejecución del programa educativo por parte del personal de enfermería.	Enfermera jefa Div. de enfermería, Equipo de mejora.	A partir de enero 2022.
ETAPA VI	CONTROL Y CORRECCIONES EN MARCHA.	a) Talleres de seguimiento a la mejor práctica. b) Supervisión por jefes de unidad de la ejecución del procedimiento del alta médica.	División de enfermería y UOC.	Año 2021-2023.
ETAPA VII	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.	Medir la satisfacción al usuario en el procedimiento del alta médica.	UOC-ODS.	Junio 2022 en forma mensual ODS.
ETAPA	RENDICION DE CUENTAS	Presentación de resultados de la evaluación del	Equipo de mejora	Diciembre 2022

VIII	ANTE EL CONSEJO.	modelo.	y UOC.	junio 2023.
------	------------------	---------	--------	-------------

¿Se asignó presupuesto durante la planificación, como se financio el proyecto?

En relación con el financiamiento de la mejor practica de los fondos asignados al presupuesto institucional 2021 al 2023 la dirección autorizo para apoyar el desarrollo de las iniciativas de mejora. A continuación, se describen los costos del proyecto.

Tabla N° 8. Presupuesto de la mejor practica del programa de educación humanizada a la alta médica ejecutado por enfermería para contribuir al auto cuidó de la salud de los pacientes de cirugía.

DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	CANTIDAD MENSUAL	COSTO MENSUAL	CANTIDAD REQUERIDA ANUAL	COSTO ANUAL
Socialización de la mejor practica al equipo multidisciplinario, staff y residentes del departamento de cirugía.	\$2.50	64 recursos	\$160	64 recursos	\$160.00
Facilitadores del programa educativo (7 facilitadores).	\$361.20	7 facilitadores	1444.80	7	\$1444.80
Jornada capacitación al personal de enfermería.	\$6.45	46	\$51.60/RH	46	\$2373.60
Banner.	\$30.00	-	-	4	\$120.00
Rotafolios.	\$10.00	-	-	24	\$240.00
Trípticos.	\$0.05	400	\$20.00	4800	\$240.00
Video.	\$25.00			6	\$150.00
Documentos Anillados.	\$3.50	-	-	10	\$35.00
Diplomas para participantes.	\$1.00	46		46	\$46.00
Remodelación de sala de orientación al alta médica y área de parqueo de transporte.	\$350.00				\$350.00
Total					\$5,159.40

El costo total del proyecto asciende a **\$5,159.40** total para los 2 servicios intervenidos de cirugía; representando para la institución un costo factible para implementar una educación humanizada al paciente y familia.

**3.2 Implantación de la mejor práctica.
¿Cómo se implementó la mejor practica?**

La implantación de la mejor practica se desarrolló en 6 etapas tal como detallamos a continuación:

Tabla Nº 9. Etapas de la implantación de la mejor práctica.

Nº	ETAPAS	ESTRATEGIAS	METODOLOGIA/ HERRAMIENTAS
1	Diseño del programa y aprobación por la dirección: descripción del programa educativo Alta Médica, selección y diseño de técnicas educativas para la implementación y supervisión.	a) Revisión bibliográfica internacional. b) Presentación del programa educativo a la dirección. c) Diseño de material audiovisual.	a) Selección de los estándares de acreditación de hospitales de la Joint Commission Internacional (JCI) relacionados con la educación al paciente y familia al alta médica. b) Reunión con el equipo y la alta gerencia. c) Reunión con la unidad de comunicaciones para grabar videos educativos.
2	Aplicación de técnicas educativa al alta médica por parte de los equipos responsables de atención directa en los servicios de cirugía.	Realizar prueba piloto en 1° C.M. y 2° C.H.	Herramientas: Videos, Panfletos, rotafolios. Metodología: expositiva, participativa, demostrativa.
3	Ejecución del sistema de control.	a) Diseñar herramientas para la supervisión de campo. b) planificar objetivos y criterios de supervisión. c) Monitoreos en coordinación con UOC y ODS para evaluación de la satisfacción al usuario.	-Listas de chequeo de supervisión y monitoreo. -Encuesta del MINSAL de satisfacción del usuario al alta médica.
4	Mejoramiento del programa alta médica.	a) Revisión de herramientas de calidad. b) 3° análisis aplicando el AMFE. c) Integración del proceso y procedimientos de atención hospitalaria 2022; subproceso M03-03-01- egreso de pacientes, procedimiento M03-03-01-P02- alta médica.	-Reuniones de discusión y análisis -capacitación de UOC para la aplicación de AMFE. -Análisis del procedimiento misional Alta médica (manual de procesos hospitalarios MINSAL 2022).
5	Rendición de cuentas al consejo estratégico de gestión.	Reunión del consejo de gestión	-Presentación de resultados (expositivo) y discusión de los mismos.
6	Evaluación de satisfacción al usuario.	Entrevista al usuario y familia de los servicios de cirugía.	-Encuesta de satisfacción al usuario aplicada por ODS-INFOCA.

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

El equipo gestiono el apoyo de otras áreas de la institución para el logro de los objetivos de la mejor practica relacionados con la educación al paciente y familia a la alta médica según los estándares de acreditación de hospitales de la Joint Commission International (JCI) y el apoyo requerido de las unidades organizativas para

la implementación según la planificación del proyecto. Describimos a continuación el apoyo y la intervención requerida de otras áreas de la organización.

Tabla Nº 10. Apoyo e intervención requerida de otras áreas de la organización.

UNIDAD ORGANIZATIVA	APOYO REQUERIDO	INTERVENCIONES
Dirección.	Autorización de fondos para la implementación del programa educativo alta médica.	Presentación de la mejor practica y presupuesto.
UFI.	Gestión de fondos.	Presentación del programa para asignación de fondos.
UACI.	Compra de insumos, mobiliario y equipos.	Coordinación con jefaturas y tramite de compra.
Unidad de Comunicaciones.	Edición de videos educativos y validación de diseños de herramientas educativas.	Coordinación para editar videos y validación de diseño de herramientas educativas.
Administración.	Impresión de herramientas. Designación de un área de parqueo para que el paciente sea trasportado a su hogar.	Aprobación de impresiones.
Servicios Generales.	Traslado del usuario a su transporte.	Facilitar el transporte del usuario.
Equipo Multidisciplinario.	Integración de acciones al momento del alta: Plan hogar, nutricional, soporte psicológico, trámite de transporte institucional para traslado a su hogar, gestión de asilos.	Coordinación efectiva del Plan de Alta.
ODS-INFOCA.	Investigar la satisfacción del usuario y/o familia en relación con educación recibida.	Aplicar encuestas de satisfacción.

¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor practica y que acciones realizo para superarlas?

Durante la implantación de la mejor practica se presentaron dificultades y las acciones para superarlas se detallan en la siguiente tabla:

Tabla Nº 11. Dificultades para la implantación de la mejor practica y acciones para superarlas.

DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
Limitada capacitación del personal de enfermería en la educación del paciente y familia al alta médica.	Capacitar al 100% del personal de enfermería de los servicios de cirugía sobre educación y orientación humanizada al paciente y familia en relación al autocuido al alta médica.
Inoportuna elaboración de documentación a entregar al paciente de alta médica por parte de los médicos.	Retroalimentación al personal médico en referencia a la elaboración oportuna de documentación del alta médica.
Técnicas educativas desactualizadas.	Diseñar técnicas educativas: videos, panfletos.
No se dispone de área de orientación a pacientes de alta médica para mantener la privacidad.	Habilitación de sala de orientación a paciente de alta médica en cada servicio.
Personal de enfermería limitado en los servicios de cirugía (índice ocupacional>100%).	Establecer horarios para educación a pacientes de alta médica en cada servicio.

3.3 Control y seguimiento

¿Cómo realizo el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor practica?

Para el control y seguimiento de las etapas se diseñaron herramientas tales como:

- Organización de talleres de seguimiento para avances del ciclo PHVA.
- Planificación de actividades que permitió evaluar el grado de avance del proyecto.
- Para asegurar la participación y desempeño del equipo se realizó una asignación de actividades de conformidad a los conocimientos, habilidades blandas, experiencia y competencias de desarrollo personal.
- Para garantizar las participaciones de los otros actores, se dio a conocer al jefe de departamento de cirugía el contenido temático de la mejor practica para que autorizara la convocatoria del personal médico con la finalidad de socializar el programa educativo.
- De igual manera a nivel de enfermería se socializo el programa para obtener el involucramiento de personal.
- Se realizó el taller de capacitación sobre programa de educación para el personal de enfermería que incorpore conocimientos, destrezas, técnicas y herramientas que refuercen la fase de preparación de alta médica en base a las necesidades de paciente y la familia realizando pre-test y post-test.
- Para el monitoreo y evaluación de la mejor practica se desarrollaron las siguientes actividades:
- Supervisión por jefaturas de enfermería de los servicios en relación con la ejecución del procedimiento de alta médica y presentación de resultados en los talleres de seguimiento de los avances PHVA.
- Monitoreo trimestral del cumplimiento del programa y Análisis de los resultados del monitoreo del programa para ejecutar oportunidades de mejora.
- Presentación de informe de avances al consejo de gestión Estratégico para el apoyo y sostenimiento del programa alta médica a partir del año 2022 y 2023.
- Diseño de un tablero de control de indicadores según componente siguiendo el modelo de Dr. Avedis Donavedian (componente de estructura, procesos y resultados).

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

La medición de la mejor practica se planifico a través de la realización de talleres de seguimiento de la implementación de la mejor practica organizados por la División de Enfermería con el acompañamiento de la UOC a partir del año 2021-2023 junio; así mismo se efectuaron los monitoreos por la enfermera gestora del Departamento de Cirugía y la enfermera responsable de la educación de la División de Enfermería, realizando análisis centrado en la verificación del cumplimiento de los indicadores propuestos y a la vez detectando y previendo desviaciones para el logro de los objetivos de la mejor práctica.

A continuación, presentamos el tablero de indicadores propuestos y las fuentes de verificación de la información que evidencian los logros de la mejor práctica:

Tabla N° 12. Tablero de control de indicadores y fuentes de información según componente siguiendo el modelo de Dr. Avedis Donavedian

(Componente de estructura, procesos y resultados).

OBJETIVO GENERAL: Promover el cumplimiento del procedimiento de alta médica en los servicios de cirugía, mediante la implementación de un programa educativo de alta calidad, seguridad y humanización que contribuya a desarrollar acciones de auto cuidado en el paciente y su familia.		
OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR KPI	FUENTE DE INFORMACION
COMPONENTE DE ESTRUCTURA		
1. Diseñar y desarrollar un programa de educación para el personal de enfermería que incorpore conocimientos, destrezas técnicas y herramientas que refuercen la fase de preparación de alta médica en base a las necesidades de paciente y la familia.	Programa de educación Alta Médica diseñado, estructurado e implementado	Documento aprobado por la dirección.
	% de profesionales de enfermería del departamento de cirugía con formación en el programa educativo alta médica (47 recursos).	Listado de personal que asiste a la socialización y aprueba la capacitación con una nota mayor o igual a 7 del programa Alta médica.
2. Estandarizar la metodología de educación por parte del personal de enfermería en el paciente quirúrgicos al momento del alta médica.	Diseño de herramientas didácticas dirigido a reforzar la educación en el paciente quirúrgicos al momento del alta médica en las 6 patologías priorizadas.	Videos y panfletos elaborados.
COMPONENTE DE PROCESOS		
3. Proporcionar conocimientos y destrezas al paciente y su familia en la fase de preparación del alta médica para que pueda realizar de manera exitosa el autocuidado de su salud y reincorporarse a las diferentes actividades.	% de pacientes y familia que al alta médica reciben educación oportuna en base a las necesidades de autocuidado de su salud para reincorporarse a las diferentes actividades.	Libro de registro del alta médica y expediente en SIS.
	% de cumplimiento del procedimiento del alta médica en el departamento de cirugía.	Evaluación presentada por el jefe del departamento de cirugía ante el consejo estratégico a partir de la implementación del manual de procesos del MINSAL (informe del primer trimestre 2023).
COMPONENTE DE RESULTADOS		
4. Incrementar la satisfacción del usuario y la familia al egreso del hospital citando la alta calidad relacionada a la educación, orientación brindada y la humanización del servicio.	% de pacientes y/o familia satisfechos con programa de educación Alta médica.	Resultados de la encuesta de satisfacción (informe de resultados de encuestas aplicadas por ODS).

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

El equipo ante las desviaciones encontradas o necesidades del programa adopto acciones de mejora, las que se presentan a continuación:

Tabla N° 13. Adopción de acciones de mejora ante desviaciones encontradas.

DESVIACIONES	ACCIONES DE MEJORA
El alta médica del paciente se brindaba al pie de la cama, lo cual generaba incomodidad al paciente y familia.	Ambientación de una sala de orientación en los servicios intervenidos.
Incumplimiento por parte del médico la entrega oportuna de documentación de alta medica.	Se estableció un horario definido para la elaboración oportuna de la documentación de alta médica.
Usuario y/o familiar se desplazaba hacia farmacia para solicitar sus medicamentos.	Coordinación con farmacia para la solicitud de medicamentos por enfermería para ser entregados al usuario y/o familiar en sala de orientación al alta médica.
Usuario y/o familiar solicitaba cita a ESDOMED.	Coordinación con jefe de admisión para asignar secretaria de cirugía ambulatoria para proporcionar citas a enfermería para ser entregadas al usuario y/o familiar en sala orientación al alta médica.
Inconformidad del familiar sobre el traslado inadecuado del paciente hacia su transporte.	a) Se brinda acompañamiento por parte del personal en el traslado del paciente hacia su transporte según condición clínica (silla o camilla). b) Asignación de parqueo exclusivo para vehículo que trasladara al paciente a su hogar.
Barreras de aprendizaje no identificadas en el paciente para el auto cuidado en el hogar.	Diseño de un instrumento de autoría propia de la enfermería para valorar las barreras de aprendizaje (ver Anexo N° 7. Escala de identificación de barreras en el proceso de comprensión de la información o instrucciones que se le proporciona al paciente y familia (IBC) y su instructivo).

4. Gestión del equipo de mejora.

4.1 Integración al equipo de mejora.

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

La alta gerencia a través de un memorándum de la Dirección y la UOC, en junio 2022 realizo el nombramiento del equipo para apoyar la ejecución del proyecto de la mejor práctica. La institución considero que existen varios elementos que respaldan la integración del equipo para asegurar el éxito de la mejor practica relacionada con las competencias intrategicas y de desarrollo personal que poseen los miembros del equipo, tales como, rol facilitador de la enfermera gestora del Departamento de Cirugía y de la supervisora de educación de la División de Enfermería, liderazgo, comunicación efectiva, relaciones interpersonales, responsabilidad, el espíritu de servicio, el interés, creatividad e innovación y además comparten la misma misión y visión. Así como la experiencia de haber participado 2 miembros en

postulaciones a premio de calidad MINSAL siendo reconocidas a nivel nacional con el programa de prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.

Por otro lado, el análisis efectuado por el nivel máximo de conducción de la división de enfermería quien selecciono a sus miembros de acuerdo cargos desempeñados y formación entre las que se mencionan: coordinador de programas, recursos con maestrías, jefaturas de servicios, docentes universitarios, supervisoras de enfermería y gestora del departamento de enfermería de cirugía. Los perfiles de cada uno de los integrantes se presentan en el Anexo N° 9.

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?

Con el propósito de obtener el máximo beneficio e integración del equipo para el desarrollo de la mejor práctica, se identificaron las competencias, conocimientos y habilidades de cada uno de los miembros del equipo para que juntos proporcionaran el aporte idóneo para la ejecución del proyecto.

A continuación, detallamos en la siguiente tabla las asignaciones de los miembros y su contribución en la mejor practica:

Tabla N° 14. Integración y aportes del equipo de mejora considerando sus competencias, conocimientos y habilidades.

MIEMBRO DEL EQUIPO	APORTE A LA MEJOR PRACTICA
Coordinadora de la mejor práctica.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diseño, Coordinación y ejecución, responsable del programa educativo. ❖ Presentación de la mejor practica ante consejo estratégico de gestión hospitalaria. ❖ Supervisión y monitoreo. ❖ Capacitación al personal de enfermería de los servicios de cirugía. ❖ Gestión de insumos y mobiliario.
Enfermera supervisora gestora.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Supervisión, monitoreo y evaluación del programa. ❖ Gestión de insumos y mobiliario.
Enfermeras jefas de unidad.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desarrollo del programa del servicio de Cirugía.
Enfermero Estoma terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diseño de video. ❖ Estandarización de las hojas de vida del equipo de mejora. ❖ Referente hospitalario del programa de pacientes Ostomizados.
Todo el equipo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diseño de herramientas educativas: panfletos, videos y rotafolios. ❖ Capacitación al personal de enfermería de los servicios de cirugía. ❖ Revisión documental.

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

Para medir el avance del desarrollo del proyecto se implementaron medidas de control y seguimiento; las cuales detallamos a continuación:

- ✓ Revisión documental y selección de estándares de acreditación de hospitales de la Joint Commission International. (6° edición).
- ✓ Definir indicadores de medición de la mejor práctica.
- ✓ Presentación de talleres de ciclo PHVA en relación con los resultados de los avances de la mejor práctica.
- ✓ Presentación ante el consejo de gestión estratégica hospitalaria; en reunión de rendición de cuentas de la UOC.
- ✓ Resultados de la encuesta de percepción de la satisfacción aplicada por ODS, estandarizadas por MINSAL.

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 practica?

Las iniciativas realizadas por la alta gerencia, la unidad de calidad, las jefaturas y el equipo de mejora para generar y difundir el aprendizaje se describen a continuación:

Tabla N.º 15. Iniciativas que generaron aprendizaje a partir de la mejor práctica.

ACTORES	INICIATIVA IMPLEMENTADA	APRENDIZAJE GENERADO
Alta Gerencia.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Institucionalización del curso competencias directivas y gestión por procesos. MCC. ❖ Programación en la agenda del consejo de gestión estratégica para la socialización de los avances de la mejor practica (2 reuniones al año). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fortalecimiento del proyecto de postulación. ❖ Apoyo de la división médica para la ejecución del programa por parte del jefe del departamento de cirugía.
UOC.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asesoría y coaching en las iniciativas de mejora en relación con MCC. ❖ Desarrollo de curso de herramientas de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicación de herramientas de calidad según tipo de proyecto. ❖ Fortalecimiento en la gestión del conocimiento en el equipo de mejora.
Jefaturas de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Capacitación estandarizada al personal de enfermería para educar y orientar a los pacientes y familia ❖ Realización de talleres de presentación de oportunidades de mejora aplicando el ciclo PHVA. ❖ Focalizar en la mejor practica las principales patologías quirúrgicas según perfil epidemiológica de atención. ❖ Diseño de material audiovisual en los protocolos de las principales patologías. ❖ Diseño y ejecución del programa educativo de alta humanizado. 	<p>Robustecer los conocimientos al personal de enfermería para orientar en forma efectiva al paciente quirúrgico al momento del alta médica.</p> <p>Disponer de un banco de proyectos de potenciales mejores prácticas en base a problemas sentidos en las unidades.</p> <p>Beneficiar a más del 80% de usuarios mediante la selección de las primeras causas de atención optimizando el material audio visual.</p>

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

Podemos mencionar que el equipo de la mejor practica incorporo experiencias y lecciones aprendidas tales como:

- ✓ Implementación del nuevo procedimiento M03-03-01-P02-Alta Médica MINSAL desarrollando gerencia adaptativa.
- ✓ Análisis y reajustes de herramientas para ejecutar supervisión en los servicios de 1° C.M. y 2° C.H.
- ✓ Rediseño e implementación de las nuevas herramientas educativas
- ✓ Coordinación con otros departamentos para el fortalecimiento del proyecto: farmacia, ESDOMED, comunicaciones, trabajo social, nutricionista, psicólogos, médicos, servicios generales y vigilancia.
- ✓ Documentar todo accionar de enfermería en la atención del usuario en libros de registro de alta médica y en el expediente electrónico.
- ✓ Diseño de una escala de valoración de necesidades de aprendizaje de los usuarios.
- ✓ Realización de talleres de capacitación para el personal de enfermería para implementar el alta médica enfocado a los orientación e información.

5.2 Gestión e innovación de las mejores prácticas.

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

El equipo optimizando los recursos con que cuenta la institución genero cambios en el proceso de educación al paciente al alta médica por parte de la enfermería lo que permitió aportar valor agregado y mejora en el desempeño de la institución, en los siguientes aspectos:

- ✓ Elaboración y ejecución del programa estandarizado de fortalecimiento en fisiopatología y cuidados de enfermería en los diagnósticos más frecuentes de alta médica dirigido de los servicios de 1° Cirugía Mujeres y 2° Cirugía Hombres.
- ✓ Diseño e implementación de herramientas educativas actualizadas: videos, rotafolios y panfletos (ver Anexo N° 6).
- ✓ Implementar un programa de alta calidad y humanizado de acuerdo con las necesidades del usuario y su familia.
- ✓ Diseño de una Escala de identificación de barreras en el proceso de comprensión de la información o instrucciones (ver Anexo N° 7).
- ✓ Adecuación de sala de orientación al alta médica en cada servicio.
- ✓ Acompañamiento del paciente hacia su transporte según su condición de salud.
- ✓ Asignación de espacio físico en área de parqueo para retiro de paciente de alta.
- ✓ El equipo retomo la experiencia de mejores prácticas previas para fortalecer resultados del Proyecto actual (Plan Hogar, Mejor práctica 2019).

6. Resultados de la mejor práctica

6.1 Resultado en la Eficacia/eficiencia organizacional.

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

A continuación, se presenta una tabla que resumen la línea de base, y el logro a Julio 2023 en relación con los objetivos y KPI priorizados.

Tabla N.º 16 Logros por objetivos, según medición de indicadores.

LÍNEA DE BASE 2021	BRECHA	META: JULIO 2023	LOGRO A JULIO 2023	FUENTE DE LA EVIDENCIA
El hospital no dispone de un programa educativo para el personal de enfermería estandarizado para el procedimiento de alta médica de los pacientes de cirugía.	No existe un programa educativo	El hospital dispone de un modelo educativo estandarizado oficializado al momento de alta médica en los pacientes de los servicios de cirugía (Anexo N° 4).	100% de cumplimiento.	Documento elaborado y aprobado por alta gerencia.
Personal de enfermería no ha sido capacitado en conocimientos y destrezas educativas basadas en las principales patologías quirúrgicas y en las necesidades del usuario y familia para fortalecer el alta médica	100%	>90% de personal de enfermería de los 4 servicios de cirugía aprueban el taller de conocimientos, habilidades y destrezas educativas en las patologías priorizadas. (ver Anexo N° 5 y 10).	98% Personal de enfermería aprueba el curso con nota mayor o igual a 7	Programación de participantes Listas de asistencia foto registros.
El procedimiento M03-03-01-PO2- alta médica; en el paciente de cirugía presenta falla en la actividad 3 con 50% de cumplimiento.	40%	El procedimiento del alta médica se ejecuta de conformidad a lo establecido con un resultado > 90% (ver imagen N°4)	100%	Libro de registro de alta medica Evaluación presentada por el jefe médico del departamento de cirugía.
El hospital no dispone de material educativo que apoye la educación y orientación verbal brindada al paciente de cirugía (ver Anexo N° 6).	100%	El hospital dispone de material audio visual dirigido a las 6 patologías quirúrgicas priorizadas para fortalecer el procedimiento de alta médica.	100% de cumplimiento	Video por cada una de las patologías seleccionadas.
El hospital dispone de un instrumento estandarizado para valorar las necesidades educativas del paciente (Anexo N° 7).	100%	Se innova una herramienta estandarizada que valúa las barreras en el proceso de comprensión de la orientación del paciente y / o familia.	100%	Herramienta de evaluación de las barreras.
El usuario y su familia manifiesta satisfacción al alta médica en el componente de orientación y educación en los servicios de cirugía con una ponderación del 50%.	30%	Satisfacción >80% con la educación y orientación brindada por el personal de enfermería al alta médica de los usuarios y la familia.	>90%	Encuesta de ODS.

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

En suma, podemos mencionar que la institución ha mejorado la educación y orientación al ciudadano y su familia, mejorando la imagen de la organización y contribuyendo a reducir los Reingresos en los servicios de cirugía lo que le permite optimizar los costos al otorgar en el momento del alta, educación con calidad técnica y sentida; venciendo las barreras de aprendizaje del usuario dirigido al auto cuidado en las principales patologías de atención quirúrgica.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Para obtener los resultados de la percepción del ciudadano se ejecutaron encuestas para medir la satisfacción del usuario que exploraba las variables relacionadas a los atributos definidos por el equipo de mejora al otorgar la entrega del servicio, tales como: orientación, material utilizado para fortalecer las necesidades del paciente para continuar los cuidados en el hogar y la satisfacción global al egreso hospitalario. A continuación, se muestran, los resultados relacionados a los atributos de calidad investigados en la encuesta de percepción de la satisfacción, presentados en los gráficos 2-6 (Fuente encuesta ODS mayo 2023). Es de hacer mención que la meta proyecto era lograr la satisfacción en un umbral >80% obteniendo a mayo 2023 un resultado de 88%. De igual manera se administró otra encuesta de seguimiento por ODS a julio 2023, para dar seguimiento a los pacientes 8 días posterior al alta y detectar reingresos o reconsultas (ver Anexo N° 12 Opiniones de los usuarios o su familia).

Gráfico N.º

2.

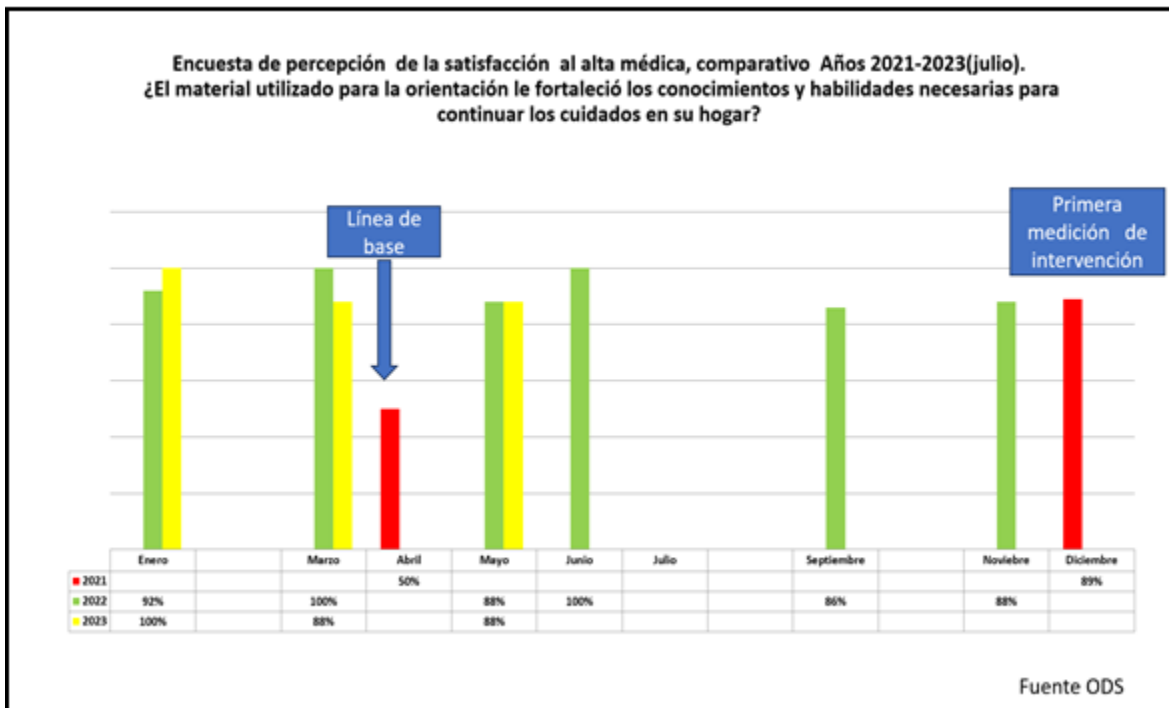




Gráfico N.º 3

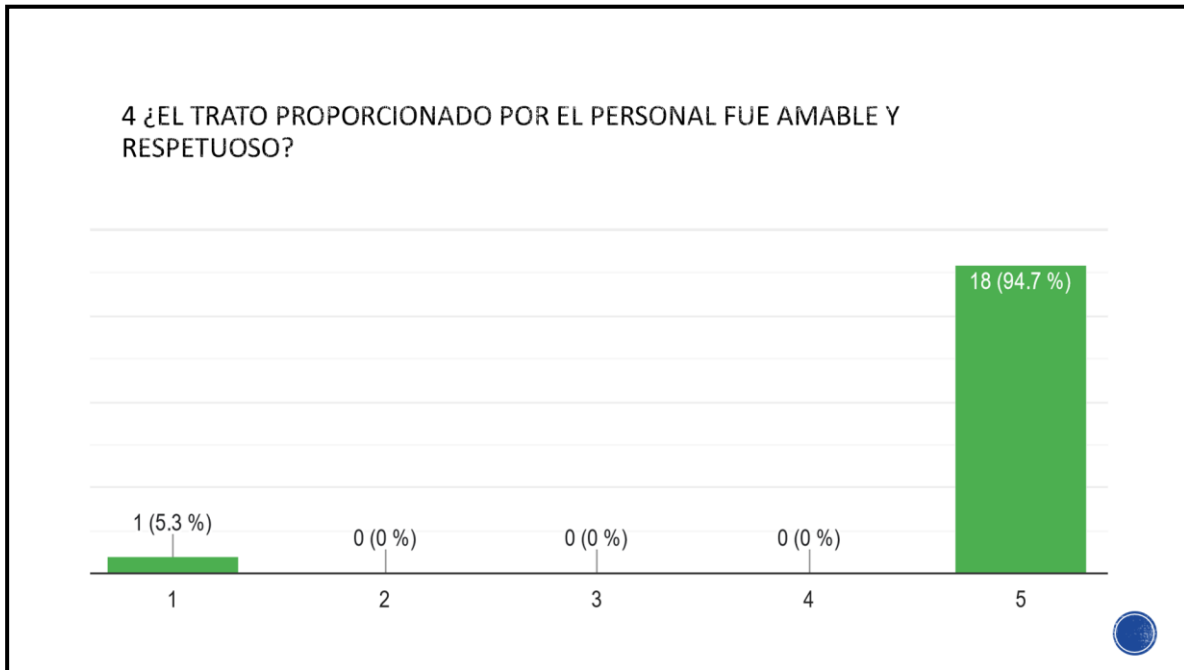
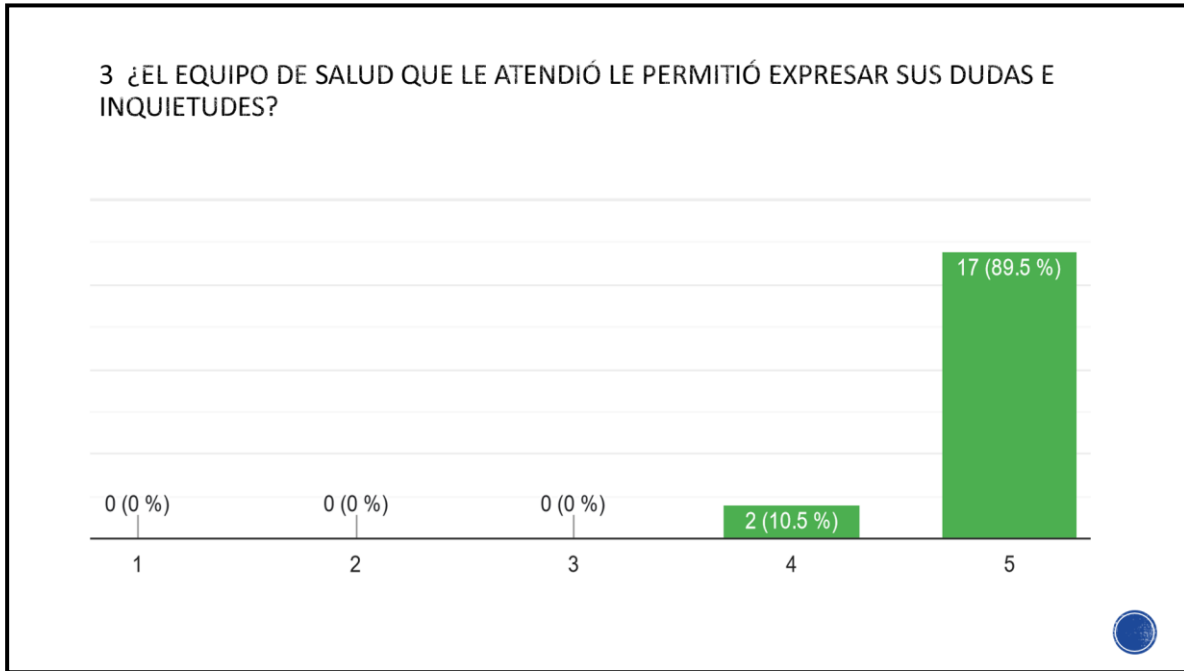


Gráfico N.º 4

Gráfico N.º 5

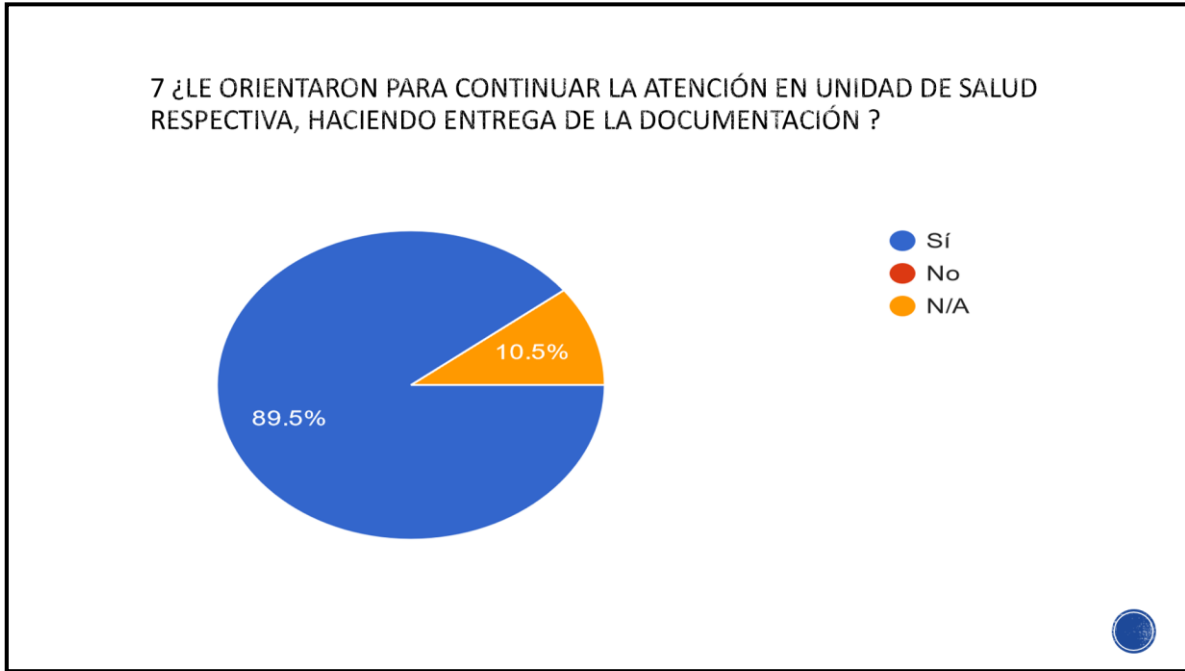
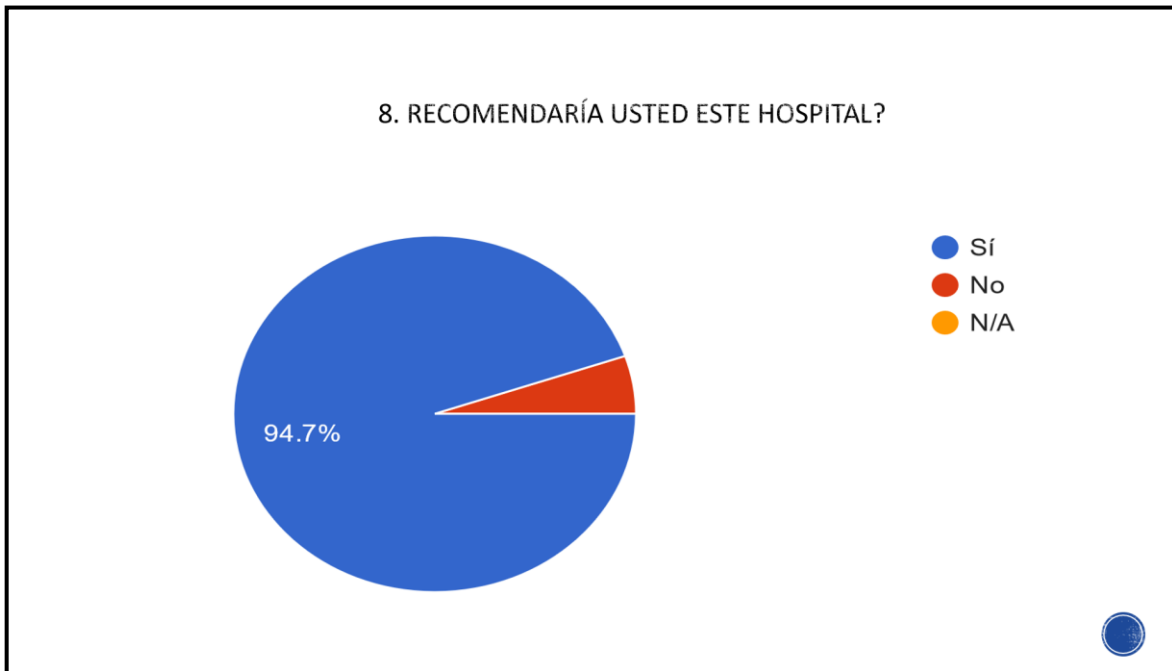


Gráfico N.º 6



Los resultados de la autoevaluación de los procesos del Departamento de Cirugía del periodo de enero a marzo 2023 presentada por el jefe médico ante el Consejo Estratégico de Gestión, refleja en relación al grado de cumplimiento de las actividades del procedimiento del alta médica el 100%; según acta del consejo de fecha miércoles 3 de mayo 2023.

Imagen N.º 4 Resultados de la Evaluación del procedimiento de Alta médica.

UNIDAD ORGANIZATIVA : Depto. De Cirugía		PERIODO DE EVALUACION: ENERO A MARZO 2023					
Parámetros del Medición del proceso / Subproceso /procedimiento S: Cumplimiento 100%, PC parcialmente Cumplido , N: No cumplimiento, NA: No aplica.							
Nombre del Procedimiento :	Total, de actividades	S	PC	N	NA	% de cumplimiento de actividades década procedimiento en base a sus mediciones	
M03-03-01-P01-Referencia, retorno e interconsulta hospitalaria	11	X				100% (11/11)	
M03-03-01-P02-Alta médica	5	X				100% (5/5)	Existía atraso en el despacho de medicamentos por farmacia, ya resuelto
M03-03-01-P03-Alta voluntaria	10	X				100% (10/10)	
M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido	8	X				100% (8/8)	Dificultad en tiempo de entrega en formulario de defunción debido a error en el diagnostico el más frecuente.

Fuente: Archivos digitales de la UOC 2023, Autoevaluación de los procesos hospitalarios e informes de las jefaturas de los departamentos.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.

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

Gracias a la implementación del programa en el Departamento de Cirugía se han logrado obtener los siguientes resultados hacia otras partes interesadas.

Tabla N.º 17. Resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor práctica.

PARTES INTERESADAS	RESULTADOS
Alta gerencia.	Mejoramiento de la imagen institucional. Reducción de costos ante la no calidad debido a reingresos por complicaciones de los pacientes.
División de enfermería.	Reducción de la sobre carga laboral. Mejoramiento de la imagen hacia los clientes externos del equipo de la enfermería.
Trabajo social.	Reducción de tramites no ofertados en el hospital para recuperar la salud del paciente y la familia.
Fisioterapia.	Reducción de la carga laboral.
Equipo especializado para atención del pie diabético.	Reducción de la carga laboral ante complicaciones del pie diabético.
Sala de operaciones y anestesiología.	Quirófanos disponibles para Cirugía Electiva.
Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Optimización de estudios para paciente de cirugía electiva y de emergencia, y No dirigido a pacientes complicados.
Lavandería y ropería.	Optimización de la ropa.
Departamento de Medicina Interna.	Reducir el número de valoraciones a pacientes que presentan complicación.
Familia.	Satisfacción con el servicio otorgado. Se reducen los costos indirectos (relacionados al cuidado de la paciente intrahospitalaria por parte del cuidador).

6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

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

Los beneficios financieros que ha obtenido la institución en relación a la Reducción de costos se dirige a la optimización del recurso cama, ya que el día- cama ocupada de acuerdo al sistema PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) para la especialidad de cirugía tiene un costo de \$144.00 dólares/día; por lo que al mantener el estándar de estancia hospitalaria de máximo 5 días para la especialidad de cirugía (o de acuerdo a la complejidad de la patología), un paciente que presente complicación posterior al alta médica ,reingresa y por ende se prolonga la estancia hospitalaria con intervalos de 10 a 30 días, lo que equivale a \$1,440 a \$4,320 (respectivamente). Lo anterior incluye todos los elementos de estructura (recursos humanos, medicamentos, insumos, servicios etc.) para la ejecución del procedimiento de atención hospitalaria.

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

Los beneficios directos al implantar la mejor práctica, le permite a la Alta dirección optimizar el presupuesto por cada rubro, ya que, de presentarse reintegros por complicaciones en los pacientes quirúrgicos la institución derivaría sus recursos de estructura (abastecimiento, recurso humano, equipo etc.) a tratar el impacto de la Morbi-mortalidad del usuario.

Reducción de costos indirectos: Esto sería el salario que deja de percibir el paciente ante la presentación de un evento prevenible (complicación) y que no permitiría acudir al trabajo; o el valor monetario del tiempo que un familiar ocupa en cuidar al enfermo; en general son los costos asociados a pérdidas en productividad.

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?

Los principales riesgos y oportunidades de mejora identificados para mantener la sostenibilidad de la mejor práctica se describen a continuación:

Riesgos:

- ✓ Personal de nuevo ingreso y rotativo desconoce sobre el programa educativo Alta médica.
- ✓ Limitado compromiso del personal multidisciplinario en relación a la orientación al paciente de alta.
- ✓ El familiar y/o usuario no aplique las medidas de autocuidado en el hogar.

Oportunidades de Mejora:

- ✓ Asegurar que el programa Alta Médica sea ejecutado con calidad técnica.
- ✓ Integrar al personal multidisciplinario al programa Alta Médica para una buena ejecución.
- ✓ Reducción en la presentación de complicaciones de pacientes

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

De acuerdo a los riesgos y oportunidades de mejora que el equipo identifico para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada, se exponen en la tabla N° 18, las actividades para superarlas y responsables de su cumplimiento.

Tabla N° 18. Riesgos y oportunidades de mejora identificadas

RIESGO IDENTIFICADOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	METODOS DE VERIFICACIÓN
Personal de	Asegurar que el	Socialización y capacitación	Equipo de la	Libro de actas o



nuevo ingreso y rotativo desconoce sobre el programa educativo Alta médica.	programa Alta Médica sea ejecutado con calidad técnica.	sobre el programa educativo al personal de nuevo ingreso hacia los servicios de cirugía.	mejor practica y equipo gestor del departamento.	listado de asistencia.
Limitado compromiso del personal multidisciplinario en relación a la orientación al paciente de alta.	Integrar al personal multidisciplinario al programa Alta Médica para una buena ejecución.	Retroalimentación del programa educativo al personal multidisciplinario. Supervisión trimestral sobre el cumplimiento del programa.	Jefatura de enfermería y equipo de la Mejor práctica	Libro de actas o listado de asistencia. Informe de supervisión.
El familiar y/o usuario no aplique las medidas de autocuidado en el hogar.	Reducción en la presentación de complicaciones de pacientes.	Entregar a paciente una referencia de continuo de la atención para seguimiento en la RISS. Brindar el número de telemedicina y WhatsApp de la División de Enfermería para orientación al usuario (telemedicina).	Enfermera jefa de servicio en casos de riesgo. Unidad de enlace.	Registro del continuo del cuidado. Registro de la unidad de enlace.

7.2 Mejora.

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

Las estrategias previstas por el equipo para garantizar la sostenibilidad sistematización y estandarización de la iniciativa implementada detallan a continuación:

- ✓ Socializar y retro informar en la mejor practica con los servicios de apoyo y soporte de comunicaciones, servicios generales, farmacia, vigilancia, trabajo social, psicología y nutricionistas.
- ✓ Capacitación continua al personal de enfermería que interviene en la atención de los pacientes.
- ✓ Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa educativo por parte de la enfermera supervisora gestora de cirugía cada mes según programación de objetivo.
- ✓ Incorporar a la planificación educativa de UDP, el programa educativo Alta Médica para personal multidisciplinario de nuevo ingreso.
- ✓ Incluir material audiovisual del programa educativo en los ordenadores de los 4 servicios de cirugía.
- ✓ Instruir al personal auxiliar de servicio para que colaboren en llevar al paciente hasta su transporte de acuerdo con su estado de salud.
- ✓ Supervisión y evaluación del modelo por parte de la UOC con presentación de informes al nivel MINSAL cada 3 meses.
- ✓ Expandir el modelo al Departamento de Medicina Interna para el año 2024.

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

Los indicadores, roles, responsabilidades que ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa se presentan en la siguiente tabla.

Tabla N.º 19. Indicadores, roles y responsabilidades.

INDICADORES	ROLES	RESPONSABLE
• N° de rendición de cuentas al consejo estratégico en relación con los avances del programa (semestral).	Presentar la Evaluación del programa en marcha ante el consejo por el equipo de la mejor práctica.	Coordinadora del equipo y equipo de mejora.
• % de expediente que registran la educación y consejería al alta médica en los servicios de cirugía.	Registro en expediente electrónico por parte del equipo multidisciplinario en relación con la educación, orientación o consejería al alta médica de cirugía.	Talento humano responsable de la atención directa del paciente y de la medición la enfermera gestora de cirugía.
• N° de servicios intervenidos con el programa hacia otros departamentos (4 servicios de medicina interna).	Capacitación al personal operativo para expandir el programa en los 4 servicios de medicina interna.	Equipo de mejora y equipo gestor de medicina interna.
• Monitoreo por parte de ODS midiendo la satisfacción a los usuarios en el momento del alta.	Medir la satisfacción en forma periódica.	ODS -INFOCA.
• N° de talleres de seguimiento realizados por la UOC para evaluar los resultados.		UOC y equipo de mejora.

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

Entre las estrategias que ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada podemos mencionar:

- ✓ Institucionalización del programa educativo al alta médica.
- ✓ Rendición de cuentas cada 6 meses ante el consejo.
- ✓ Monitoreo y supervisión por parte de la UOC cada trimestre.
- ✓ Expansión de la mejor practica al departamento de medicina.
- ✓ Incorporación de la Unidad Desarrollo Profesional para socializar el programa a los profesionales de nuevo ingreso.
- ✓ Tele seguimiento por WhatsApp en usuarios en condición de riesgo.

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

Los mecanismos de seguimiento que ha considerado el equipo para asegurar que la iniciativa implementada mejore continuamente son:

- ✓ Telemedicina en el paciente con condición de riesgo.
- ✓ Referencia del continuo del cuidado a la RIIS.
- ✓ Monitoreo del registro en expediente clínico.
- ✓ Supervisión en campo por la división de enfermería.
- ✓ Aplicación de encuestas por parte de ODS.



- ✓ Auditoria de desempeño ante las quejas motivadas por los usuarios relacionadas a complicación post alta.
- ✓ Incorporar la temática en la planificación anual de la UDP.

Glosario

AMFE	Análisis modal de fallos y efectos.
ESDOMED	Estadística y documentos médicos.
ESCALA I.B.C.	Escala de identificación de barreras para la comprensión.
Joint Commission International (JCI)	Organización de acreditación de calidad en el sector de la asistencia sanitaria.
NPR	No prioritario de riesgo.
ODS	Oficina por el Derecho a la Salud.
UOC	Unidad Organizativa de la Calidad.

Anexos

Anexo 1.

Encuesta Satisfacción a los usuarios.



Anexo 2.

Esquema de Ishikawa para identificación de causa raíz del problema.



Anexo 3.

AMFE de Procesos.

Anexo 4.
Programa Educativo



Anexo 5.

Resultados de la evaluación de la capacitación al personal de enfermería en relación con las 6 patologías quirúrgicas priorizadas.



Anexo 6.

Videos del programa de educación estandarizado (6 videos).

- Cuidados de sonda vesical



- Cuidados de yeso



- Cuidados de pie diabético



- Pancreatitis



- Ostromías



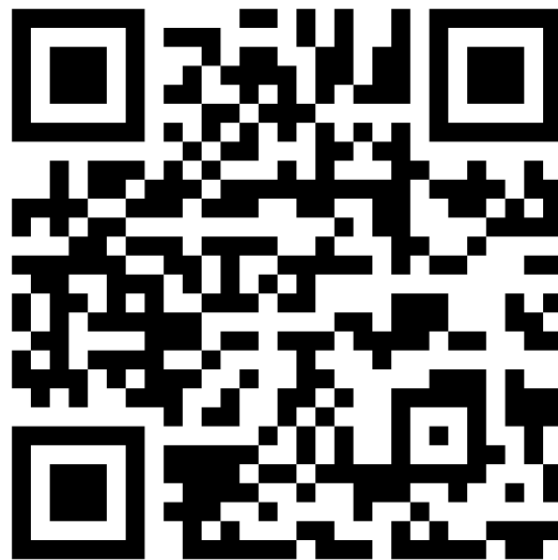
Anexo 7.

Escala de identificación de barreras en el proceso de comprensión de la información o instrucciones que se le proporciona al paciente y familia (IBC) y su instructivo.



Anexo 8.

Video de la postulación de la Mejor Práctica.



Anexo 9.

Perfil de los miembros de la mejor práctica.



Anexo 10.

Socialización para el apoyo al Departamento medico de Cirugía y al equipo multidisciplinario.



Anexo 11.

Banner de promoción a la mejor práctica.



Anexo 12.

Opiniones de los usuarios o su familia a los 8 días del alta médica.

