



LPG/JRD/FBV/RMP

## RESOLUCIÓN EXENTA N°: 1879 25/10/2023

MATERIA: APRUEBA DOCUMENTO DENOMINADO BUENAS PRACTICAS HOSPITALARIAS.

**VISTOS:** Estos antecedentes; Memorándum N°23 de 19.10.2023, de Jefa Departamento Procesos y Gestión Clínica Hospitalaria del Servicio, referente a la aprobación de documento, denominado "Buenas Prácticas Hospitalarias", del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente"; teniendo presente lo contemplado en el artículo 8°, Párrafo II, letra G) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°140 de 2004, de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; Resolución N°7 de 2019, de Contraloría General de la República y las facultades que me confiere el Decreto Afecto N°21 de 05 de Agosto de 2021, de Salud, dicto la siguiente:

### RESOLUCION

- 1.- **APRUEBASE** el documento denominado "**BUENAS PRACTICAS HOSPITALARIAS**" del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con fecha de Versión, Octubre de 2023.
- 2.- La presente Resolución, surtirá todos sus efectos, a contar de esta fecha.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,



---

Fernando Betanzo Vallejos  
Director Ssmso  
Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente



**DISTRIBUCIÓN:**

- DIRECCIÓN DSS
- D. COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y REDES COMPLEJAS
- OFICINA DE PARTES Y ARCHIVO
- D. ASESORÍA JURÍDICA

Transcrito Fielmente  
Ministro De Fe Segundo Suplente



	<b>BUENAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS</b>		
	<b>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE DEPARTAMENTO DE PROCESOS CLÍNICA Y GESTIÓN HOSPITALARIA</b>		
	<b>Código</b>	<b>BPH-DPGH</b>	<b>Versión</b>
<b>Fecha Versión</b>	<b>Octubre 2023</b>		

## **BUENAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS**

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS CLÍNICOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

- 1.- Procesos Hospitalarios**
- 2.- Procesos Ambulatorios**
- 3. Procesos Quirúrgicos**
- 4. Procesos de Unidades de apoyo.**

**(Procesos de Laboratorio Clínico, Procesos de Medicina  
Transfusional, Procesos de Farmacia)**

**2023**

## CONTENIDO

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Objetivo General</b>	<b>3</b>
<b>3. Desafío</b>	<b>3</b>
<b>4. Presentación buenas prácticas de la red Sur Oriente</b>	<b>4</b>
<b>5. Procesos Hospitalarios</b>	<b>8</b>
I. Ficha clínica electrónica de registro en tiempo real	9
II. Aplicación protocolo de contingencia en Servicio de Urgencia Adulto (SUA) y proyección de saturación	14
III. Equipo de dedicación exclusiva al acceso venoso difícil e instalación de PICC Line en el Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	20
IV. Creación de Comité de Prevención de Lesiones Asociadas a Dependencia en UPC Adulto UCIO del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	27
V. Estandarización del Modelo Sociosanitario en el Hospital Dra. Eloísa Díaz I.	39
VI. Terapias de reemplazo renal en unidad de paciente crítico	51
<b>6. Procesos Ambulatorios</b>	<b>57</b>
I. Salud Digital al servicio de la Comunidad Usuaría	58
II. Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera	63
III. Abordaje de Lista de Espera no GES	67
IV. Teleortodoncia, CRS-Hospital Provincia Cordillera - Puente Alto/ Hospital Digital	75
<b>7. Procesos Quirúrgicos</b>	<b>81</b>
I. Confección de tabla quirúrgica Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	82
II. Rol de Enfermería en la Optimización del Proceso Quirúrgico	88
III. Oficina de programación de tabla quirúrgica (OPTQ)	93
IV. Resolución colaborativa Público Privada para usuarios adultos en Lista de Espera Quirúrgica No Ges Prolongada	99
V. Adaptación del modelo de Pabellón ambulatorio de pre alta en Pabellón central del HPH	104
<b>8. Proceso de Unidades de Apoyo.</b>	<b>108</b>
I. Implementación de exámenes para ley de abuso sexual	109
II. Entrega de Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) a pacientes en Unidad de Toma de Muestras (UTM) disminuyendo tiempos de espera por parte de los usuarios.	112
III. Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios	118
IV. Agendamiento de pacientes crónicos para dispensación de medicamentos en Farmacia Ambulatoria	122
V. Sistema de Farmacovigilancia Activa en Dispensación	129
<b>9. Palabras de Cierre</b>	<b>133</b>

## 1. Introducción

El SSMSO a través de su Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria (DPCGH), ha invitado a los diferentes establecimientos de la red hospitalaria a presentar y dar a conocer las experiencias en el ámbito de “Buenas prácticas de los niveles secundarios y terciarios” vinculadas a los procesos clínicos y de gestión hospitalaria.

Cabe mencionar que el DPCGH da respuesta a la necesidad de supervisar y apoyar el funcionamiento de los establecimientos de nivel secundario y terciario de la Red, con la relevancia de alinear estrategias hospitalarias, en el ámbito del fortalecimiento de los procesos clínicos, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios con eficiencia, resguardando el acceso, la oportunidad y calidad de la respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.

Una “Buena Práctica” se define como aquella que se ha demostrado que funciona bien y produce buenos resultados, y, por lo tanto, se recomienda como modelo. Se trata de una experiencia exitosa, que ha sido probada y validada, en un sentido amplio, que se ha repetido y que merece ser compartida con el fin de ser adoptada por el mayor número posible de personas.

Asociado a la buena práctica siempre va la innovación que se define como un proceso mediante el cual un servicio se renueva y se actualiza, por la aplicación de nuevos procesos, la introducción de nuevas técnicas o establecimiento de ideas exitosas, con el fin de crear un nuevo valor.

El Departamento con la finalidad de potenciar, destacar y compartir las buenas propuestas de mejora clínicas y de gestión con innovación y centro en el usuario, desarrolló, las Jornadas de Buenas Prácticas, realizando cuatro jornadas en el mes de septiembre del año 2023 que se llevaron a cabo en la “Clínica La Familia”, donde los expositores y representantes hospitalarios de: Procesos Hospitalarios; Procesos Ambulatorios; Procesos Quirúrgicos; Proceso de Unidades de apoyo. (Procesos de Laboratorio Clínico, Procesos de Medicina Transfusional, Procesos de farmacia). Presentaron sus experiencias exitosas, en un ambiente de colaboración y camaradería, que aportará en el trabajo colaborativo de la Red y en la réplica de las buenas prácticas.

## 2. Objetivo General

Contribuir al desarrollo, sistematización y difusión de experiencias con resultados valiosos en la implementación de buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial, vinculadas a usuarios de la red en contexto de Procesos y Gestión Clínica Hospitalaria, en los establecimientos hospitalarios y CRS de la red Sur Oriente.

## 3. Desafío

Contar con experiencias documentadas con cierta estandarización sobre buenas prácticas vinculadas a los niveles secundario y terciario, de los centros hospitalarios y CRS del SSMSO, para implementar y ofrecer a la comunidad, y el intersector, iniciativas innovadoras que permitan asegurar mejores resultados sanitarios y satisfacción de los usuarios.

## 4. Presentación buenas prácticas de la red Sur Oriente

En las siguientes tablas se enumeran los temas presentados en las Jornadas de Buenas Prácticas:

### I.-Procesos Hospitalarios, presentaron 6 buenas prácticas descritas en la tabla 1.

Tabla 1: Buenas prácticas Procesos Hospitalarios				
N°	Establecimiento	Procesos Quirúrgicos	Link para descargar Power Point	Expositor/a
1	Hospital Padre Alberto Hurtado	Ficha Clínica Electrónica de Registro en tiempo real	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.Ficha Clinica Electronica de Registro en tiempo real.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.Ficha Clinica Electronica de Registro en tiempo real.pdf</a>	Dra. Javiera Herrera EU. Viviana Mena
2	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Aplicación Protocolo de contingencia en SUA y proyección de saturación	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Aplicacion-Protocolo-de-contingencia-en-SUA-y-proyeccion-de-saturacion.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Aplicacion-Protocolo-de-contingencia-en-SUA-y-proyeccion-de-saturacion.pdf</a>	Valeria Valenzuela M. EU. Supervisora de Gestión de Camas
3	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Equipo de dedicación exclusiva al acceso venoso difícil e instalación de PICC Line	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Equipo-de-dedicacion-exclusiva-al-acceso-venoso-dificil-e-instalacion-de-PICC-Line.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Equipo-de-dedicacion-exclusiva-al-acceso-venoso-dificil-e-instalacion-de-PICC-Line.pdf</a>	Wendy Villalobos Hinojosa EU. Encargada del TEAM PICC
4	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Creación de Comité de Prevención de Lesiones Asociadas a Dependencia en UPC Adulto UCIO	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Creacion-de-Comite-de-Prevencion-de-Lesiones-Asociadas-a-Dependencia-en-UPC-Adulto-UCIO.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Creacion-de-Comite-de-Prevencion-de-Lesiones-Asociadas-a-Dependencia-en-UPC-Adulto-UCIO.pdf</a>	Milena Hernández EU Supervisora UCIO
5	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Estandarización del Modelo Sociosanitario en un Hospital Público	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-PPT-BUENAS-PRACTICAS-2023-SSMSO.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-PPT-BUENAS-PRACTICAS-2023-SSMSO.pdf</a>	Gonzalo Leiva Rojas Matron Maritza Ortega Palavecinos Trabajadora Social
6	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Terapias de remplazo renal en unidad de paciente crítico	<a href="https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/6.-Terapias-de-reemplazo-renal-en-unidad-de-paciente-critico.pdf">https://redsalud.ssmsso.cl/wp-content/uploads/2023/10/6.-Terapias-de-reemplazo-renal-en-unidad-de-paciente-critico.pdf</a>	Cony Jorquera Arce EU. Referente técnico en equipo de terapias de reemplazo renal

## II.-Procesos Ambulatorios, presentaron 4 buenas prácticas descritas en la tabla 2.

Tabla 2: Buenas prácticas Procesos Ambulatorios				
N°	Establecimiento	Procesos Ambulatorios	Link para descargar Power Point	Expositor/a
1	CRS-Hospital Provincia Cordillera	Salud Digital al servicio de la Comunidad Usuaría	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Salud-Digital-al-servicio-de-la-Comunidad-Usuaría.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Salud-Digital-al-servicio-de-la-Comunidad-Usuaría.pdf</a>	Rebeca Gaete Santelices Jefa (S) Planificación y Control de Gestión Planificación y Control de Gestión CRS-HPC
				Luis Navarro Oyarzun Jefatura (S) de Gestión de la Demanda
2	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Servicio-de-visita-a-domicilio-de-pacientes-lista-de-espera-HLF.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Servicio-de-visita-a-domicilio-de-pacientes-lista-de-espera-HLF.pdf</a>	Fernanda Gaete Jefa de la unidad Gestión de la Demanda Ambulatoria
3	Hospital Padre Alberto Hurtado	Abordaje de Lista de Espera no GES	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Abordaje-de-Lista-de-Espera-no-GES.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Abordaje-de-Lista-de-Espera-no-GES.pdf</a>	Fernanda Mora Muñoz EU. Supervisora(s) de CRS
4	CRS-Hospital Provincia Cordillera	Teleortodoncia CRS-Hospital Provincia Cordillera Puente Alto Hospital Digital	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Teleortodoncia-CRS-Hospital-Provincia-Cordillera-Puente-Alto-Hospital-Digital.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Teleortodoncia-CRS-Hospital-Provincia-Cordillera-Puente-Alto-Hospital-Digital.pdf</a>	Dra. Javiera Santidrian Cirujana dentista
				Dr. Erwin Scholtz Ortodoncista Encargado Salud Digital CRS

III.- Procesos Quirúrgicos, presentaron 5 buenas prácticas descritas en la tabla 3.

Tabla 3: Buenas prácticas Procesos Quirúrgicos				
N°	Establecimiento	Procesos Quirúrgicos	Link para descargar Power Point	Expositor/a
1	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Confección de tabla quirúrgica	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Confeccion-de-tabla-quirurgica.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Confeccion-de-tabla-quirurgica.pdf</a>	Nataly Vargas Bastias EU. Prequirúrgica CR Quirúrgico
2	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Rol de Enfermería en la optimización del Proceso Quirúrgico	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Rol-de-Enfermeria-en-la-Optimizacion-del-Proceso-Quirurgico.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Rol-de-Enfermeria-en-la-Optimizacion-del-Proceso-Quirurgico.pdf</a>	Carolina Silva Díaz EU. supervisora UPQ Programación tabla quirúrgica
3	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Oficina de programación de tabla quirúrgica (OPTQ)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.Oficina-de-programacion-de-tabla-quirurgica-optq.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.Oficina-de-programacion-de-tabla-quirurgica-optq.pdf</a>	María Paz Torres Pérez EU. Oficina de programación de tabla quirúrgica
4	Hospital Padre Alberto Hurtado	Resolución colaborativa Público Privada para usuarios adultos en Lista de Espera Quirúrgica No Ges Prolongada	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Resolucion-colaborativa-Publico-Privada-para-usuarios-adultos-en-Lista-de-Espera-Quirurgica-No-Ges-Prolongada.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Resolucion-colaborativa-Publico-Privada-para-usuarios-adultos-en-Lista-de-Espera-Quirurgica-No-Ges-Prolongada.pdf</a>	Ingrid Flores Santis EU. Referente de Lista de espera Quirúrgica NO GES
5	Hospital Padre Alberto Hurtado	Adaptación del modelo de Pabellón ambulatorio de pre alta en Pabellón central del HPH	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-Adaptacion-del-modelo-de-Pabellon-ambulatorio-de-pre-alta-en-Pabellon-central-del-HPH.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-Adaptacion-del-modelo-de-Pabellon-ambulatorio-de-pre-alta-en-Pabellon-central-del-HPH.pdf</a>	Loreto Bittner Álvarez EU. Continuidad de Recuperación

**IV.- proceso de Unidades de apoyo (Laboratorio Clínico, Medicina Transfusional y farmacia), presentaron 5 buenas prácticas descritas en la tabla 4.**

Tabla 4: Buenas prácticas Unidades de apoyo.				
N°	Establecimiento	Unidades de apoyo	Link para descargar Power Point	Expositor/a
1	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Implementación de exámenes para ley de abuso sexual (Laboratorio)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Implementacion-de-examenes-para-ley-de-abuso-sexual.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/1.-Implementacion-de-examenes-para-ley-de-abuso-sexual.pdf</a>	BQ. Aníbal Jiménez
				Camila González TM. Sección Biología Molecular
2	CRS-Hospital Provincia Cordillera	Entrega de Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) a pacientes en Unidad de Toma de Muestras (UTM) disminuyendo tiempos de espera por parte de los usuarios. (Laboratorio)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Entrega-de-Tratamiento-Anticoagulante-Oral-TACO.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/2.-Entrega-de-Tratamiento-Anticoagulante-Oral-TACO.pdf</a>	QF. Juan Guillermo vega
				Nicole Díaz Rojas Jefa de Farmacia
3	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios (Medicina Transfusional)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Plaquetas-de-aféresis-de-donantes-voluntarios.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/3.-Plaquetas-de-aféresis-de-donantes-voluntarios.pdf</a>	Dr. José Luis Lamas Castellanos Jefe Banco de Sangre
				TM. Felipe Luna Valladares
4	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Agendamiento de pacientes crónicos para dispensación de medicamentos en Farmacia Ambulatoria (Farmacia)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Agendamiento-de-pacientes-cronicos.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/4.-Agendamiento-de-pacientes-cronicos.pdf</a>	QF Nelson Lizana Lizana Coordinador Farmacia Ambulatoria CDT-CASR
5	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Sistema de Farmacovigilancia Activa en Dispensación (Farmacia)	<a href="https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-Sistema-de-Farmacovigilancia-Activa-en-Dispensacion.pdf">https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2023/10/5.-Sistema-de-Farmacovigilancia-Activa-en-Dispensacion.pdf</a>	Cristian Paredes Kunst Encargado de Farmacovigilancia del Hospital de La Florida
				Javiera González Araya QF. Investigador Escuela de Química y Farmacia UC Farmacéutico HLF



## **5. Procesos Hospitalarios**



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

## **I. Ficha clínica electrónica de registro en tiempo real**

### **1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Gestión y administración en salud**

**Nombre de la Buena Práctica**

Ficha clínica electrónica de registro en tiempo real

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Evolución de pacientes en tiempo real

**Resultado valioso**

Registrar el control de signos vitales y la evolución de la intervención realizada al paciente en el domicilio, en el instante inmediato al término de la prestación, y que puede ser visualizado en la unidad al mismo tiempo en que se realizó el registro.

**Destinatarios (público objetivo)**

Funcionarios de unidad de hospitalización domiciliaria

**Problema a abordar**

Problema: Pérdida de información y error en la transcripción

Solución: Conocer situación real de paciente en tiempo real y evitar errores

**Fundamentación**

Considerando que nuestros pacientes son atendidos en domicilio por los diversos profesionales según su requerimiento, se vio la necesidad de utilizar la ficha clínica electrónica para ir evolucionando en el domicilio, registrando datos importantes y así evitar la fuga de información y el error en el registro clínico.

**Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)**

Se considera buena práctica porque se podría conocer evoluciones de pacientes en otros servicios, incluidos APS, hospitales adicionales a la red, servicios de urgencia, entre otros.

**Principios:** Beneficencia y no maleficencia

### Agrupación temática de la Práctica

X	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Funcionarios de unidad hospitalización domiciliaria.

Población: Pacientes de las comunas San Ramón, La Pintana y La Granja

#### Criterios de inclusión:

- Pertener a las comunas antes mencionadas
- Contar con tutor responsable durante la Hospitalización Domiciliaria (HD)
- Ser aceptado previamente por médico, enfermera y Asistente social antes del ingreso

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Aproximadamente 70 funcionarios

Pacientes: 160-170 en total

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

- Dar a conocer la ficha clínica electrónica y su registro en tiempo real, herramienta básica para el registro clínico de las prestaciones y atenciones realizadas en el domicilio del paciente.
- Realizar un registro fidedigno de la atención en domicilio.
- Evaluar de forma integral al paciente en las entregas médicas.
- Conocer in situ la evolución del paciente durante la estadía en la unidad de hospitalización domiciliaria.

### Metodología utilizada

Se utiliza un programa informático, creado por el servicio de informática de nuestro hospital, diseñado en conjunto con representantes de la unidad de hospitalización domiciliaria.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la experiencia: Año 2021

### Principales resultados

- Se evidencia menor pérdida de datos
- Atención oportuna ante eventuales complicaciones
- Menor tasa de reingresos/fallecimientos no esperados de pacientes de unidad hospitalización domiciliaria a Hospital Padre Hurtado.

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

#### Actores y sus roles

Médicos, enfermeras, técnicos, fonoaudiología, nutricionista, Asistente social, trabajadores de informática.

#### Recursos movilizados

Recursos materiales: Tablet y teléfonos celulares, PC en la unidad, internet.

Todos estos recursos son parte de la unidad hospitalización domiciliaria del HPH

#### Aspectos a fortalecer

Uso universal del registro de la ficha clínica a nivel de distintas unidades de hospitalización domiciliaria del servicio de salud.

#### Aspectos a mejorar

##### Dificultades/debilidades:

Mejorar la plataforma de soporte

Disponer de mayores recursos técnicos computadores

Disponer un área adecuada UHD

Disponer de una unidad para movilización de pacientes

#### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Disponer de un sistema que soporte este registro
2. Educación a los profesionales de salud sobre su uso
3. Facilitar dispositivos electrónicos para dicho cometido.

#### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

- Mantener este sistema de registro e ir mejorándolo durante el tiempo
- Dar a conocer nuestra experiencia para que otros servicios puedan adoptar
- Costo-efectividad adecuada para la institución

### 4 - Equipo responsable/gestores

#### Nombre de la institución

Hospital Padre Alberto Hurtado

#### Servicio de Salud

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

#### Comuna

San Ramón

**Teléfono**

225760769

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Unidad de hospitalización domiciliaria

**Sitio web, blog, Facebook o Instagram**

Hospitalización domiciliaria Hospital Padre Alberto Hurtado

<https://sites.google.com/view/uhdhph/inicio>

**Fotografía(s) o videos**

Adjunto link del video de como funciona la buena práctica mencionada.

Pitágoras del Hospital Padre Alberto Hurtado

[https://drive.google.com/file/d/1bjUotSxpPfeze\\_ORHoLIAjok6vgncft/view](https://drive.google.com/file/d/1bjUotSxpPfeze_ORHoLIAjok6vgncft/view)

**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto****Nombre**

Maria Javiera Herrera Vergara

**Cargo**

Médico diurno 44 hrs

**Teléfono**

+569 92246313

**Correo electrónico**

[jherrerav@gmail.com](mailto:jherrerav@gmail.com)

### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
M. Francisca Rojas G.	Médico Internista	Hospital Padre Alberto Hurtado	Médico Jefe UHD
Viviana Mena F.	Enfermera Coordinadora	Hospital Padre Alberto Hurtado	Enfermera Jefe
Leslie Berrios F.	Ingeniera en informática	Hospital Padre Alberto Hurtado	Informático

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Ficha clínica electrónica de registro en tiempo real

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Mejorar el soporte y velocidad del programa.

Seguir difundiendo las ventajas del registro en tiempo real

### Objetivos del plan de mejora

Mejorar el registro de datos y evitar la pérdida de la información de los pacientes



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

## **II. Aplicación protocolo de contingencia en Servicio de Urgencia Adulto (SUA) y proyección de saturación**

### **1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Hospitalización.**

#### **Nombre de la Buena Práctica**

Aplicación protocolo de contingencia en Servicio de Urgencia Adulto (SUA) y proyección de saturación.

#### **Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Un paso adelante: Aplicación de protocolo de contingencia en SUA y proyección de saturación.

#### **Resultado valioso**

Actuar para prevenir la saturación del servicio de urgencias, disminuyendo días en que el servicio amanece colapsado.

#### **Destinatarios (público objetivo)**

Usuarios del Servicio de Urgencia Adulto del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

#### **Problema a abordar**

Colapso de los servicios de urgencia, atención oportuna de pacientes.

#### **Fundamentación**

Surge de la iniciativa de no tener espera de camas en los pacientes que requieren hospitalización en el servicio de urgencias. Desde allí se inicia un trabajo en procesos, donde en primera instancia se busca definir cuando la urgencia pudiera estar en riesgo de saturación, y además estandarizar cuales van a ser las medidas a tomar, para evitar que la urgencia llegue a su colapso total.

### Justificación de por qué es una Buenas Práctica (BP)

Los servicios de urgencia están en constante riesgo de saturación, ya que su carga asistencial depende directamente de la demanda de pacientes, los que a su vez esperan una atención rápida y oportuna. A medida que se disminuya la saturación del servicio, mayor será su capacidad de atención, por lo que influye directamente en la resolución de la demanda y la satisfacción usuaria.

### Agrupación temática de la Práctica

X	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
X	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Pacientes mayores de 18 años que consultan en el Servicio de Urgencia Adulto.

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

256.102 beneficiarios adultos

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Concretar y definir el conjunto de medidas institucionales que apliquen en caso de contingencia frente a la alta demanda de consultas y pacientes en espera de cama en Urgencias del Hospital Clínico Eloísa Díaz de La Florida.

### Metodología utilizada

En primera instancia se hizo un diagnóstico para establecer parámetros de saturación del servicio de urgencia adulto, lo que permitió establecer niveles de riesgo de saturación. Posterior a esto se confeccionó “ Protocolo de estrategias hospitalarias en contingencias por demanda de pacientes en espera de cama en servicio de urgencia adulto” ([http://10.5.71.106/intranet/Documentos Clínicos/Documentos CR Urgencia/Pr-URGA-003%20Protocolo%20Estrategias%20Contingencia%20Demanda%20Pacientes\\_V01.pdf](http://10.5.71.106/intranet/Documentos_Cl%C3%ADnicos/Documentos_CR_Urgencia/Pr-URGA-003%20Protocolo%20Estrategias%20Contingencia%20Demanda%20Pacientes_V01.pdf)), que es un protocolo de actuación que hacer cuando exista riesgo leve, moderado y crítico de saturación, resumiéndolo en alerta amarilla, naranja y roja para el SUA. Se establecieron funcionalidades, y canales de comunicación, para que fuera de conocimiento masivo el estado del servicio de urgencia, y principalmente después se



estableció un monitoreo diario de los pacientes en espera de cama.

#### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio: octubre 2022

#### Principales resultados

Primero, se establecieron parámetros para definir la saturación del servicio de urgencia, desde ahí se pudo realizar la estandarización para activar las alertas de forma diaria, y en cualquier momento durante el día. En relación a los resultados, se pudo parametrizar los días que alcanzamos alerta de contingencia y disminuir la cantidad de días que el servicio de urgencia estaba en saturación, o en riesgo de esta, con las medidas previamente acordadas

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

#### Actores y sus roles

- ✓ **Médico Jefe CR Adulto:** Coordinar reuniones extraordinarias por contingencia, gestionar directamente exámenes pendientes que pudieran obstaculizar Asignar cama a paciente, monitorizar altas de los servicios clínicos, supervisar proceso de activación de contingencia.
- ✓ **Médico Jefe y Supervisora de Enfermería de Urgencia:** Activar alerta y coordinar acciones para dar resolución a los pacientes de la urgencia.
- ✓ **Supervisora de gestión de camas:** Dirigir reunión de camas diariamente, con enfoque en saturación de urgencia, monitorear disponibilidad y asignación de camas con prioridad.
- ✓ **Personal Clínico del Servicio de Urgencia y Servicios de Hospitalización:** Ejecutar acciones para resolver prontamente pendientes que pudieran obstaculizar el destino del paciente.
- ✓ **Enfermera Coordinadora CR Adulto, Equipo social, Equipo IAAS, Hospitalización Domiciliaria:** Acusar recibo de la contingencia de la Urgencia, supervisar y ejecutar acciones para dar agilidad a procesos que pudieran intervenir en dar flujo al Servicio de Urgencia.

#### Recursos movilizados

El mismo equipo clínico, con una mirada de carácter de urgencia.

#### Aspectos a fortalecer

Ir disminuyendo el tiempo de estada de los pacientes, hasta alcanzar menos de 12 horas.

### Aspectos a mejorar

El proceso se debe instaurar como parte de la cultura del hospital, por lo que se debe extender a todos los actores que se involucren en la toma de decisiones.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. La estandarización del proceso.
2. Mantener las alertas, que hacen un trabajo enfocado y resolutivo.
3. El logro de objetivos de disminuir la saturación del servicio de urgencia

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Dado que se estandarizó en un protocolo, es una medida eficiente, que no requirió aumento de recursos necesarios, sino que se trabaja en el cambio cultural de actuación en situaciones de contingencia. al instaurarse dentro de la dinámica del hospital, lo hace proyectable y mantenible en el tiempo.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

La Florida

### Teléfono

221726

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

### Nombre

Valeria Valenzuela Maturana

**Cargo**

Supervisora de gestión de camas

**Teléfono**

221726  
+56998337531

**Correo electrónico**

[Valeria.valenzuela@hospitallaflorida.cl](mailto:Valeria.valenzuela@hospitallaflorida.cl)

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Valeria Valenzuela M	Enfermera Supervisora gestión de camas	Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza La Florida.	Participante, y creadora de protocolo
Polina Flores	Enfermera Coordinadora Centro de Responsabilidad del Adulto	Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza La Florida.	Participante, y creadora de protocolo
Daniela Beltrán	Doctora Jefa del Centro de Responsabilidad del Adulto	Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza La Florida.	Participante y creadora de protocolo
Arturo Peña	Doctor Jefe del Servicio de Urgencia Adulto	Hospital Clínico Eloísa Díaz Insunza La Florida.	Ejecutante del protocolo

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Un paso adelante: Aplicación de protocolo de contingencia en SUA y proyección de saturación.

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

**Área de difusión:** Incluir a todos los involucrados en la toma de decisiones en SUA.

**Área de modernización:** Digitalización de los procesos

**Acceder a redes de trabajo:** Establecimientos de derivación

### Objetivos del plan de mejora

Establecer como modelo de actuación, el prevenir situaciones de contingencia que pudieran colapsar el Servicio de Urgencia Adulto y avanzar hacia el modelo cero espera de camas en los servicios de urgencia.

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)
Capacitaciones a Equipos especialistas	Número de equipos capacitados	Lista de Asistencia	Por definir	Por Definir



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

**III. Equipo de dedicación exclusiva al acceso venoso difícil e instalación de PICC Line en el Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río**

**1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Gestión Hospitalaria.**

**Nombre de la Buena Práctica**

Equipo de dedicación exclusiva al acceso venoso difícil e instalación de \*PICC Line en el Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

\* PICC: Catéter central de inserción periférica

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Team PICC

**Resultado valioso**

Preservar el capital venoso de pacientes hospitalizados y en atención domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

- ✓ Proporcionar acceso venoso seguro y de calidad
- ✓ Disminuir las ITS/CVC
- ✓ Disminuir las TVP asociadas al CVC.
- ✓ Disminuir los costos asociados a la multipunción de un paciente con acceso venoso difícil (paciente DIVA)

\*DIVA a todo procedimiento en el que se requieren más de tres punciones para lograr la canulación venosa exitosa o cuando el procedimiento tarda más de 30 minutos

**Destinatarios (público objetivo)**

Todos los pacientes adultos en modalidad de atención: Atención domiciliaria, hospitalizados y ambulatorios del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

**Problema a abordar**

Desarrollo del concepto de “gestión del capital venoso”

- ✓ Evitando un deterioro permanente o irreversible → evitar agotarlo
- ✓ Evitar los eventos adversos relacionados con un acceso vascular inseguro (extravasación, flebitis, necrosis).
- ✓ Oportunidad de acceso venoso.

**Fundamentación**

**2008** → Se inicia con el objetivo de disminuir el tiempo de latencia entre instalación de catéter central de inserción central (CICC) e inicio de quimioterapia. Se realizó búsqueda de alternativas logrando alianza con proveedores para la formación y capacitación de un grupo de profesionales de enfermería para la instalación de PICC.

**2017** → Necesidad de disminuir la tasa de ITS/CICC por nutrición parenteral, ampliando la prestación a más pacientes del área adulto (no sólo oncológicos). El PICC Line surge como una alternativa al CICC, documentado internacionalmente con una menor tasa de infección. Se inicia formación de enfermeros de otros centros de salud de la red asistencial según solicitud, al evolucionar como centro referente de equipo de instalación de PICC.

**2018**→ Se amplia oferta a pacientes del resto del Hospital con el objetivo de disminuir los eventos adversos asociados a las múltiples punciones y preservar así el capital venoso de los pacientes, esto en base al avance de la evidencia, mediante revisión bibliográfica y consultas de buenas prácticas en otros centros de salud como la Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP). Se decidió probar dada la brecha descrita anteriormente.

**Justificación de por qué es una buena práctica (BP)**

Se consideró como una buena práctica dado los siguientes indicadores:

- ✓ ITS/CVC Nutrición 14,2% a 0 con el uso de PICC Line, el primer año de uso.
- ✓ Disminución de complicaciones como TVP. Inferior a lo descrito en la literatura internacional, a nivel local en 0.6% Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.
- ✓ Se anula la ocurrencia de neumotórax.
- ✓ Disminución de costos asociados a la multipunción y complicaciones derivadas.

**La principal razón de que es una buena práctica, es la preservación del capital venoso, disminuyendo el sufrimiento al paciente, aumentando la satisfacción usuaria.**

**Agrupación temática de la Práctica**

<b>X</b>	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
<b>X</b>	Proceso de Referencia en Red

**Población participante o beneficiaria de la experiencia**

**Pacientes:**

Todos los pacientes adultos DIVA en modalidad de atención: domiciliaria, hospitalizados y ambulatorios del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

**Equipo clínico:**

Enfermeros clínicos del hospital, en calidad contrata o planta, de experiencia programada. En el 2022 se inició la certificación interna de que consta de dos partes, teórica y práctica, que otorga la certificación de habilidades para la instalación de PICC, así como la certificación de “experto” que se alcanza con la instalación de 180 PICC. Esto, bajo el control del Equipo ya certificado.

Es importante mencionar que actualmente en el mercado no existe oferta de una certificación similar a la que se entrega en la actualidad en el Hospital, al no poder sostener una parte práctica.

**Población beneficiaria total del programa o estrategia**

**Pacientes:**

Todos los pacientes adultos en modalidad de atención: domiciliaria, hospitalizados y ambulatorios del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

Datos I semestre 2023: 240 instalaciones a pacientes ambulatorios y 593 instalaciones a pacientes hospitalizados.

**Equipo clínico:**

Equipo con al menos 3 años de experiencia clínica, calidad contrata o planta, que realice y apruebe curso interno: “Manejo del capital venoso e instalación de PICC Line”, con una certificación de 127 horas. Certificación de experto en el manejo de capital venoso e instalación de PICC line: lograr la instalación de 180 PICC Line, que certifica internamente con 270 horas.

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

- ✓ Preservar el capital venoso de pacientes hospitalizados y en atención domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río
- ✓ Proporcionar acceso venoso seguro y de calidad
- ✓ Disminuir los costos asociados a ITS/CVC
- ✓ Disminuir las TVP asociadas al CVC.
- ✓ Disminuir los costos asociados a la multifunción de un paciente con acceso venoso difícil (DIVA)
- ✓ Formación de un equipo referente para la gestión del capital venoso.

### Metodología utilizada

#### Capacitación:

- ✓ Alianza estratégica con proveedor externo, quienes vincularon al equipo con referentes internacionales.
- ✓ Unidad de Capacitación Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río: proceso de certificación de instaladores de vasta experiencia, con desarrollo de un proceso de formación específico, replicable y verificable.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Ininterrumpida desde el 2008, tras resolución Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Principales resultados

Se inicia trabajo previa resolución firmada el año 2008 por el director del hospital donde se aprueba y respalda que un equipo de enfermeras instale CVC de acceso periférico en el hospital a pacientes adultos.

Como referencia los pacientes esperaban entre 2 a 3 días para inicio de quimioterapia hospitalizados (con el costo día cama asociado), contando ahora con una capacidad de respuesta de menos de 24hrs.

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

### Actores y sus roles

#### Enfermera encargada Team PICC

- ✓ Realiza rotación y organización de turnos del equipo en forma mensual.
- ✓ Programa educaciones e intervenciones en unidades clínicas: enfermeros y matronas clínicas en el manejo de los PICC line.
- ✓ Colaborar en la actualización de protocolos institucionales relacionados.
- ✓ Instalación de PICC line las jornadas en que no se logra dar cobertura
- ✓ Asistir a los otros miembros del equipo de ser necesario y en días de alta demanda de interconsultas.
- ✓ Formación de enfermeros nuevos integrantes del Team PICC o de otros centros de salud.
- ✓ Seguimiento y recolección de datos del trabajo realizado, con reportaría a jefaturas.
- ✓ Realizar cursos de manejo de PICC line transversal para enfermeros y matrones de hospital.
- ✓ Enfermeros expertos: formación y supervisión de nuevos instaladores de PICC, internos y de otros.

#### Todos los enfermeros del equipo

- ✓ Resolución de interconsultas que solicitan PICC line: esto consiste en la revisión de exámenes en ficha de paciente previa evaluación del paciente (mapeo ecográfico), y decisión de instalación o no instalación de PICC
- ✓ Punción de CVP difícil en los casos en que no se indica y no es pertinente un CICC (por ejemplo, una CVP solo para TAC)
- ✓ Punción de catéter reservorio en unidades clínicas que lo requieran (excluidas oncología y hematología)

- ✓ Resolver dudas de manejo de PICC Line en unidades clínicas.
- ✓ Registrar el procedimiento, en sistemas de interconsultas y Pulso, como interconsultor.
- ✓ Retroalimentación a enfermera clínica acerca de posición de la punta (necesidad o no de radiografía de control), manejo seguro del PICC Line.

### Recursos movilizados

#### Equipo Clínico:

Al inicio, 3 enfermeras que no contaban con dedicación exclusiva, desarrollando actividades en Oncología ambulatoria y Hospitalizados.

A partir del 2022, se define una enfermera de dedicación exclusiva que coordine la actividad del Team PICC, mediante el uso de interconsultas al equipo, gestionadas a través de la ficha electrónica Pulso; contando con 12 instaladores que satisfacen la necesidad del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, mediante horas extras.

#### Recursos del dispositivo:

**Costo de PICC Line** 200 dólares.

A continuación, se detalla un cuadro comparativo con los costos asociados en base 198 Catéteres instalados entre octubre a diciembre 2022.

	Valor unitario (\$)	Costo trimestral (\$)
198 PICC	200.000	39.600.000
375 horas extraordinarias enfermero*	8.500	3.187.500
Antiséptico (1 PAD x punción clorhexidina base alcohólica)	70	13.860
1 EU (exclusivo, diurno, grado 8)	2,100,000	6.300.000
<b>Total</b>		<b>49.101.360</b>

\*Hora extra enfermero se calcula en base a hora diurna, enfermeros entre grado 12 y 15

**Tabla comparativa PICC /CVP**

CVP trimestre	Costo unitario	Costo total trimestre
24948	30.000	748.440.000
24948	15.000 (estimación muy conservadora del costo de CVP)	374.220.000

Fuente: Santolucito Bowen 2010, referencia de costos

Delta 1: 748.440.000 – 49.101.360 = 699.338.640

Delta 2: 374.220.000 -- 49.101.360 = 325.118.640

- Considerar 21 días catéter x 208= 4368 días PICC
- 1 día PICC = 6 CVP, por lo tanto, 4368, equivale a 26.208 CVP en el periodo
- Se puede considerar contención de costo para el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río la suma entre 332.000.000 y 705.653.000.000 millones de pesos (margen entre \$15.00 y \$30.000 por cada CVP)

### Aspectos a fortalecer

- Estandariza la capacitación sobre el manejo seguro del PICC Line, a cargo de la enfermera coordinadora del Team PICC, realizando capacitaciones presenciales en unidades clínicas para matronas, enfermeras.
- Formación del Team PICC, que permite estandarizar la práctica y lograr una expertiz necesaria. En contra posición con esfuerzos aislados y la ausencia de un equipo específico. Contar con una segunda enfermera capacitada para impulsar polos de desarrollo.
- Aumentar el número de enfermeros y matronas capacitados en manejo y cuidados de PICC line.
- Implementar seguimiento de los catéteres PICC Line instalados.



### Aspectos a mejorar

- Dificultad para realizar seguimiento de la duración del dispositivo a todos los pacientes en unidades clínicas, por volumen y especificidad.
- Tasas no diferenciadas de PICC's instalados por Team PICC vs. Instaladas por otros profesionales (médicos, EU con certificaciones externas)
- Paquetizar los insumos transversales utilizados en la instalación de PICC Line tales como; ropa estéril, antisépticos, apósitos simples y de cobertura.
- Incorporar nuevos dispositivos de acceso vascular al complejo, de forma de ofrecer el mejor dispositivo para el paciente específico, y por el tiempo necesario (por ejemplo, catéteres de línea media, cánulas periféricas largas, etc.)
- Incorporar a la plataforma digital Campus Sotero, un curso de manejo seguro de PICC line, con horas certificadas, para el 100% de enfermeras y matronas que utilizan el dispositivo.
- Oferta pediátrica y neonatal.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Formación de un grupo humano específico que cumpla con la certificación estipulada y maneje el procedimiento de forma estándar, compartiendo criterios comunes: Team PICC.
2. Certificación del equipo, siendo referentes y certificando a otros hospitales, pero sin contar con certificación respaldada por la institución.
3. Seguimiento y trazabilidad del procedimiento dentro de la institución a través del tiempo.
4. Realizar investigación con los datos generados.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

- Educar a los equipos clínicos en el concepto de paciente DIVA, para minimizar el deterioro del capital venoso.
- Ser referente nacional en la instalación y manejo de PICC Line. A la fecha, el Hospital a ha formado a equipos de diferentes centros de la red Asistencial: Talca, Valparaíso, Los Andes, Punta Arenas, Concepción y Rancagua.
- Medir el impacto de la satisfacción usuaria de los pacientes.
- Medir el impacto del cliente interno, los enfermeros, matronas clínicas del hospital.
- Investigación.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

Puente Alto

### Teléfono

25762300

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

Web: <https://www.hospitalsooterodelrio.cl/web/>

Facebook: hosp.soterodelrio

Twitter: @SoterodelRio

Instagram: hospitaldr.soterodelrio

**Fotografía(s) o videos**



**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto**

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

**Nombre**

Wendy Villalobos Hinojosa

**Cargo**

Enfermera encargada Team PICC

**Teléfono**

262688

**Correo electrónico**

[teamPICC@ssmsso.cl](mailto:teamPICC@ssmsso.cl)

### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Wendy Villalobos Hinojosa	Enfermera	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.	Formadora de los enfermeros clínicos instaladores de PICC Line. Trazabilidad de las interconsultas realizadas a través del sistema PULSO. Seguimiento de los Catéteres PICC Line instalados en el Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Equipo de acceso venoso e instalación de PICC Line

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

- ✓ Incorporar el concepto de gestión del capital venoso de los pacientes del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.
- ✓ Capacitación Continúa a los equipos de clínicos que manejan PICC Line.
- ✓ Paquetización de insumos utilizados para la instalación.
- ✓ Incorporación transversal de antisépticos para la preparación de la piel.

### Objetivos del plan de mejora

Incorporar el concepto de gestión del capital venoso de los pacientes del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)
Gestión segura del capital venoso.	Porcentaje de Catéteres PICC Line manejados correctamente, según norma.	Pautas de supervisión	Mediciones mensuales	Sin costo. Es parte del cargo esperado con dedicación exclusiva.
Capacitación de enfermeras y matronas del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.	Porcentaje de enfermeros y matronas capacitados en el manejo correcto de catéteres PICC Line.	Lista de enfermeras y matrones capacitados en manejo de PICC Line	Mediciones mensuales	Sin costo. Es parte del cargo esperado con dedicación exclusiva.



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

**IV. Creación de Comité de Prevención de Lesiones Asociadas a Dependencia en UPC Adulto UCIO del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida**

**1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Hospitalización**

**Nombre de la Buena Práctica**

Creación de Comité de Prevención de Lesiones Asociadas a Dependencia en UPC Adulto UCIO del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Implementación del comité de Prevención de Lesiones Asociadas a Dependencia en UPC Adulto del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Resultado valioso**

Disminución de lesiones asociadas a la dependencia (LAD) en pacientes críticos de UPC Adulto del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, definición y aplicación de medidas específicas para la prevención de lesiones, personal clínico con conocimientos actualizados en prevención y manejo de lesiones, adquisición de insumos de vanguardia para el manejo de lesiones complejas.

**Destinatarios (público objetivo)**

Todos los usuarios que están hospitalizados en UPC Adulto UCIO del Hospital La Florida Personal de enfermería (Enfermeros, técnicos, auxiliares) que pertenecen a UCIO.

**Problema a abordar**

1. Aumento de lesiones por dependencia en pacientes críticos de UPC Adulto UCIO.
2. Falta de conocimiento en medidas de prevención y manejo actualizado de lesiones por dependencia en personal de enfermería UCIO.
3. Falta de adherencia en registro estandarizado de lesiones por dependencia.

## **Fundamentación**

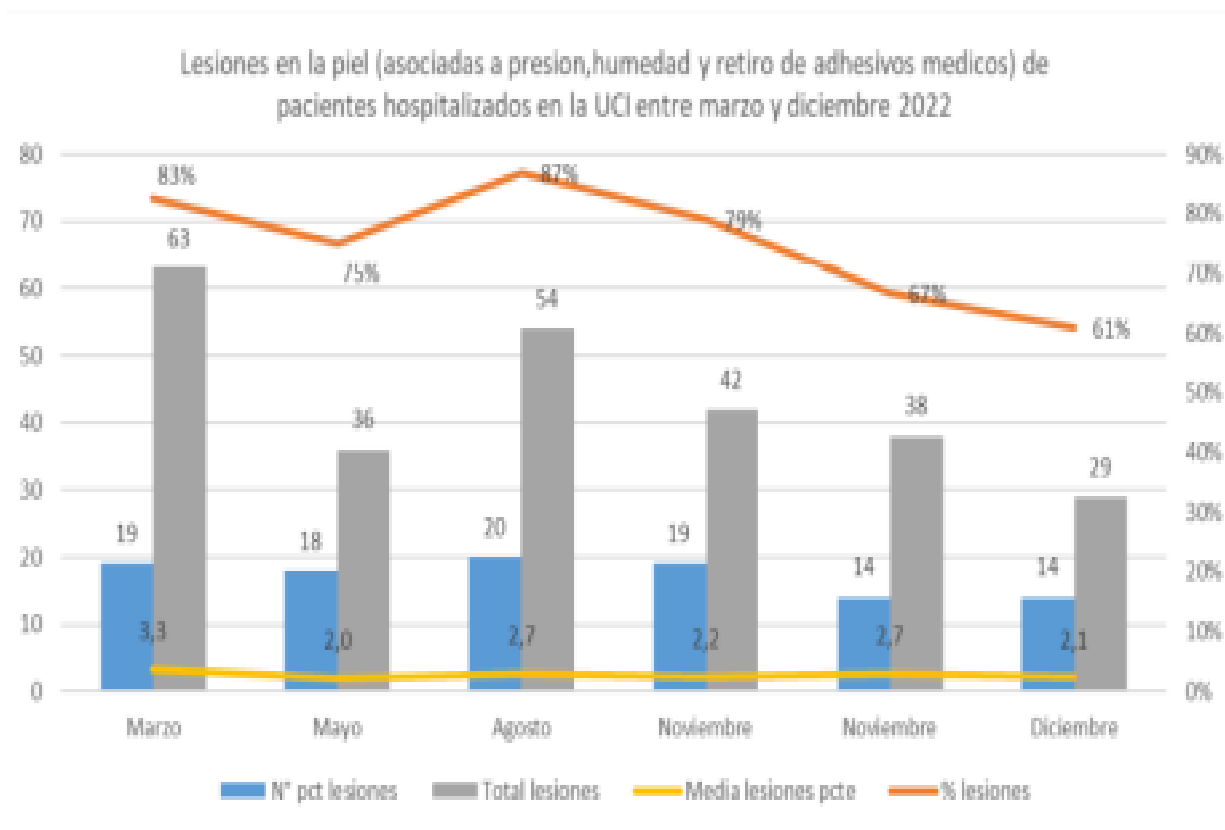
En el año 2020, tras inicio de pandemia COVID, nuestra UPC UCIO debe aumentar en un 100% su dotación de camas UCI, iniciando con 11 cupos hasta llegar a 62 cupos. Esta explosión de pacientes extremadamente graves con requerimiento de cama UCI, conllevó la incorporación de nuevo personal, el cual en su mayoría no contaba con los conocimientos en manejo tanto en la prevención y manejo de lesiones en pacientes extremadamente críticos. Tras esta contingencia sanitaria, se crea de forma incipiente comité de Prevención de Lesiones por Dependencia, con enfermeras que colaboraban en estandarizar manejos y cuidados en piel de los pacientes de mayor complejidad. Durante los últimos meses, se han sumado integrantes al comité sumando ya 8 integrantes quienes han trabajado sistemáticamente abordando este tema transversalmente, desde diferentes ámbitos, tanto en la educación continua al personal, actualizando arsenal de insumos para la prevención y manejo de lesiones (a través de presentaciones a comité de adquisidores de nuestro centro), realizando seguimiento y estandarización de lesiones de mayor complejidad (estandarización de planes de curación), mejorando registros clínicos en estamentos de enfermería, promoviendo una notificación activa de estas lesiones como eventos adversos y promoviendo una cultura de brindar una atención segura y de mayor calidad hacia nuestros usuarios, creando la cultura de la prevención (diferentes campañas de motivación hacia el personal de UCIO, con diferentes apoyos audiovisuales), creación de registros y datos estadísticos estandarizado de lesiones presentes en UCIO, lo cual ha permitido contar con datos estadísticos claros, reales de los avances en este tema.

## **Justificación de por qué es una BP**

Esta práctica, contribuye a brindar una atención segura y de mayor calidad hacia nuestros usuarios, así como también la promoción del crecimiento tanto en lo técnico, como como en lo teórico, de nuestro personal en UCIO y en la organización del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

Una UCI libre de lesiones severas, disminuyendo la posibilidad de prolongar estadía y las morbilidades de nuestros pacientes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo los costos hospitalarios.

El siguiente gráfico demuestra la importancia de la supervisión Continúa, implementación de estrategias de mejoras como educación y estandarización de medidas de manejo de la Lesiones por presión (LPP).



En términos generales los logros del comité de prevención de lesiones asociadas a la dependencia de la UPC Adulto del Hospital de La Florida son los siguientes:

- Disminuir número de lesiones en nuestros pacientes críticos.
- Disminuir la gravedad de las lesiones, las cuales en su mayoría actualmente se mantienen en lesiones leves (grado I).

#### Agrupación temática de la Práctica

<b>X</b>	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

#### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Todo paciente adulto que ingresa a UCI Adulto del Hospital de La Florida y todo personal médico y no médico que compone y trabaja UCIO.

#### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Cantidad de población beneficiaria participante de la experiencia

El alcance es para todos los pacientes que se ingresen a UPC Adulto UCIO.

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

1. Prevenir la aparición de lesiones asociadas a la dependencia en la UPC Adulto del Hospital de La Florida.
2. Estandarizar el manejo de las lesiones asociadas a la dependencia en la UCI Adulto del Hospital de La Florida, por medio de la creación de planes de curación.
3. Analizar las lesiones por presión para un manejo adecuado en la UCI Adulto del Hospital de La Florida del año 2023.
4. Unificar criterios de clasificación de las lesiones por dependencia que se producen en los pacientes de la UCI Adulto del Hospital de La Florida en el año 2022 -2023
5. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo en el año 2023
6. Capacitar al equipo clínico acerca de la prevención y manejo de las lesiones por dependencia de los pacientes de la UCI Adulto del Hospital de La Florida en el año 2023
7. Brindar mecanismos de acción al equipo tratante de los pacientes de la UCI Adulto del Hospital de La Florida para la prevención y manejo de las lesiones por dependencia en los pacientes de la UCI Adulto del Hospital de La Florida en el año 2023

### Metodología utilizada

La metodología utilizada consiste en realizar una prevalencia mensual, además del seguimiento diario de las lesiones asociadas a la dependencia, además de la implementación de planes de curaciones/manejo, educación continua al personal

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la experiencia: noviembre 2020 hasta la fecha.

### Principales resultados

1. Disminución de las lesiones por dependencia en Pacientes críticos en UCIO.
2. Capacitación con últimas actualizaciones en manejo y prevención de lesiones en personal de enfermería.
3. Incorporación al arsenal de insumos de nuestro centro insumos de punta para el manejo y prevención de lesiones.
4. Mejoramiento en registros clínicos de enfermería.
5. Gran base de datos con seguimiento de pacientes de UCIO, tanto aquellos con o sin lesiones.
6. Difusión en jornadas internas como hospitalarias de lo implementado en UCIO.

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

#### Actores y sus roles

Enfermeras clínicas, técnicos paramédicos y médicos residentes de UCIO: a cargo de la atención directa del paciente.

Jefatura de Enfermería: supervisión de personal clínico, así como de brindar las directrices de trabajo a comité, mejoramiento de los procesos para brindar una atención segura y de mayor calidad.

Enfermeras de continuidad de la UPC Adulto del hospital de la Florida: supervisión de las medidas implementadas.

Integrantes Comité: implementación y creación de las medidas para abordar esta problemática.

#### Recursos movilizados

8 Enfermeras

1 Técnico paramédico

3 Enfermeras diurnas

1 Enfermera supervisora

1 Enfermera coordinadora

#### Aspectos a fortalecer

-Disminución de las lesiones por dependencia en la UPC adulto del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

-Fortalecer trabajo en equipo en relación a la prevención y manejo de las lesiones asociadas a la dependencia.

-Inclusión de nuevos insumos para la prevención y tratamiento de las lesiones asociadas a la dependencia al arsenal de insumos de la UPC Adulto del hospital de la Florida

#### Aspectos a mejorar

1. Condición propia de los pacientes críticos.

2. Aumentar tiempo protegido para la planificación y realización de actividades.

3. Apoyo a nivel informático para mejorar y facilitar el registros de los datos estadísticos.

4. Resistencia al cambio en el personal de la UPC Adulto del Hospital de La Florida

5. Falta de equipamiento e insumos específicos para la prevención de las lesiones asociadas a la dependencia (camas bariátricas, colchones de flotación para paciente obeso, topes para lateralización de usuarios, espumas de protección de piel con bordes siliconados para áreas como talones, apósitos para desbridamiento hiperosmótico, entre otros)



### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

Identifique al menos tres aspectos claves que son necesarios de considerar para la réplica de esta práctica en otro lugar.

1. Importancia de las lesiones asociadas a la dependencia en los pacientes hospitalizados. Este ítem hace referencia a la definición, identificación precoz y manejo de las Lesiones por dependencia (LAD)
2. Importancia de la estandarización del manejo de las LAD
3. Actualización de protocolos y guías de atención de las LAD
4. Evaluación e implementación de medidas de detección oportuna y manejo de las LAD

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

- ✓ Evaluación constante de insumos y dispositivos médicos para la prevención y tratamiento de las lesiones asociadas a la dependencia
- ✓ Evaluación constante de los avances para la detección, manejo y prevención de las lesiones asociadas a la dependencia
- ✓ Disminución del número y complejidad de Lesiones en pacientes críticos.
- ✓ Lograr ser centro de referencia en la prevención y manejo de lesiones por dependencia.
- ✓ Mantener la capacitación Continúa en todo el personal que compone nuestro centro.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Clínico Metropolitano Dra. Eloísa Díaz Insunza, I La Florida  
UPC Adulto UCIO

### Servicio de Salud

Metropolitano Sur Oriente

### Comuna

La Florida

### Teléfono

22 6121325

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

#### Nombre

Milena Hernández Enfermera Supervisora UCIO  
Enfermera integrantes Comité: Yenny Viviana Rivera Medina- Ámbar Josefina Alvarado

#### Cargo

Enfermera Supervisora UCIO – Enfermeras clínicas e integrantes comité Prevención de Lesiones.

#### Teléfono

22 3121325 - 95651583- 999925847

#### Correo electrónico

[Milena.hernandez@hospitalaflorida.cl](mailto:Milena.hernandez@hospitalaflorida.cl); [yenny.rivera@hospitalaflorida.cl](mailto:yenny.rivera@hospitalaflorida.cl);  
[ambar.alvarado@hospitalaflorida.cl](mailto:ambar.alvarado@hospitalaflorida.cl)

#### Integrantes de la experiencia

Nombre apellidos y	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Macarena Valenzuela Maldonado	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera clínica
Ámbar Alvarado	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera Clínica
Nicole Paredes	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera Clínica
Damaris Pardo	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera Clínica
Rocío Morales	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera Clínica
Carolina Toledo	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera Clínica

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Prevención de las lesiones asociadas por dependencia en el usuario obeso en la UPC Adulto del Hospital de La Florida

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Uso de colchón de flotación adecuado para usuarios de la UPC Adulto que pesen más de 150KG, ya que el que se usa actualmente no cumple con su función en pacientes de más de 150KG

Uso de camas bariátricas en usuarios de la UPC Adulto que pesen más de 150KG, para favorecer su movilización y de esta manera prevenir la aparición de lesiones por dependencia, dichas camas no solo sirven para paciente con obesidad sino para todo tipo de paciente, en especial para los pacientes críticos.

### Objetivos del plan de mejora

Prevenir las lesiones por dependencia en los usuarios con obesidad en la UPC Adulto del Hospital de la Florida

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma
Prevalencia mensual de Lesiones asociadas a la dependencia	N° de pacientes sin lesiones de piel en la UCI Adulto del Hospital de La florida/N° Total de Pacientes hospitalizados en la UCI Adulto del Hospital de La Florida X 100		
Capacitación al personal nuevo en la UPC Adulto, incluir dentro de la carpeta de inducción los procedimientos del comité.	N° capacitaciones anuales al recurso humano nuevo/ Total de personal nuevo en la UPC adulto X 100		
Actualización de canasta de insumos relacionados con la prevención y manejo de LAD Compra de 2 camas bariátricas  Compra de colchones de flotación para paciente obeso.	N° insumos adquiridos por abastecimiento para la UPC Adulto / N° Total de insumos comprados para la prevención y manejo de las LAD x 100		
Participación en jornadas CR crítico			
Incorporar los registros en nueva ficha electrónica			

## Anexo 1



## Anexo 2



# Flotación en Seco

## Correcto uso de Colchones de Flotación



**Modo de uso:**

*Recibimiento del paciente*  
Hiperinflar el colchón.  
Conectar secciones del colchón.  
Sábana sobre colchón holgada, pues contribuye a la deformación del colchón.

*Regulación del colchón*  
Palma de mano del operador entre zonas de mayor apoyo cuerpo paciente y celdas del colchón.  
Dejar escapar aire, ir sumergiendo la palma hasta generar espacio de 2 a 3 cms entre si.

*Cambios de posición*  
Debe ser regulado el colchón en cada cambio de posición, ya que las zonas de apoyo cambian.  
Evaluar regulado de colchón 3 veces durante 12 hrs. en UCI.  
Las almohadas deben ir debajo del colchón, no bajo la sabanilla.

*Limpieza y guardado*  
Usar agua jabonosa y cloro al 0.5%, el alcohol genera resequead del material.  
Idealmente guardar colchón inflado, así se identifica un posible deterioro de manera precoz.



**Datos:**

Los colchones Roho permiten pacientes con un peso máximo de 160 Kg.

No inflar con O2 y/o aire medicinal por riesgo de deterioro. Los colchones cuentan con bombín especial.

Usar en pacientes con riesgo de caídas Alto. En pacientes autovalentes existe mayor riesgo de caídas.



**Integrantes:**  
Rocio Arroyo.  
Catalina Opazo.  
Viviana Rivera.

## Anexo 3





## Anexo 4



## Anexo 5

### IDENTIFICACIÓN DE LAS DAI

La presencia de incontinencia urinaria o fecal, incluso cuando no hay otros factores de riesgo, debería activar la aplicación de un protocolo adecuado para la prevención de la DAI con el objetivo de minimizar o prevenir la exposición de la piel a la orina y las heces, además de proteger la piel.

**AUSENCIA DE ENROJECIMIENTO**

La piel se muestra normal en comparación con el resto del cuerpo (Ausencia de Signos de DAI)

**CATEGORÍA 1: PIEL ENROJECIDA PERO INTACTA**

**Daño Leve**

Presencia de:

- Eritema
- Edema

**CATEGORÍA 2: PIEL ENROJECIDA Y CON DAÑO**

**Daño moderado o severo**

Presencia de:

- Vesícula/ampollas/erosión cutánea
- Denudación cutánea
- Infección cutánea

La DAI es un tipo de dermatitis (inflamación de la piel) de contacto irritativa que se observa en pacientes con incontinencia fecal o urinaria. Los pacientes con incontinencia fecal + urinaria presentan un mayor riesgo de desarrollar DAI que aquellos sólo con incontinencia urinaria

## Anexo 6

### Manejo de Lesiones Cutáneas Asociadas a Humedad (LESCAH)

**Dermatitis intertriginosa (Pliegues)**

- Jabón neutro
- Secar pliegues
- Protector cutáneo



**DAI**

- 10 a 15 cm de distancia
- Sólo 2 veces en el mismo lugar



**Prevenición**  - Protector cutáneo (crema c/3 mudas o spray c/12hrs)

**Categoría 1 (leve)**  - Protector cutáneo (crema c/3 mudas o spray c/12hrs)  
\* En caso de deposiciones líquidas solo usar spray

**Categoría 2 (moderada/severa)**  - Protector cutáneo con técnica de CRUSTING  
\* si la costra se mancha con deposiciones esta no se debe retirar

**Recuerda que :**

1. El Aseo genital se hace con jabón neutro.
2. Secar bien la zona de los pliegues ( aposito o papel ).
4. Aplica protector cutáneo en los pliegues.
5. Deja aposito en los pliegues, sobretodo en pacientes obesos y/o con exudado .
6. Cambio de pañales cada 12 hrs.

COMITE LPP

## Anexo7

### Capsulas educativas manejo MARSI

**ETIOLOGIA**

Resulta cuando la adhesión del adhesivo a la piel es más fuerte que la adhesión de las propias capas de la piel





# MARSI

**PREVENCIÓN**

1. Prepare la piel: limpia y seca. (retire exceso de vello)
2. Aplique protector cutáneo
3. Coloque producto adhesivo sin tensión
4. Alise el material adhesivo con la yema de los dedos

**QUE SON**

Daño relacionado con adhesivos de uso sanitario

- Son lesiones de espesor superficial
- Evento adverso prevenible

**RETIRO DE ADHESIVO**

**\*\*USO DE REMOVEDOR**



**PROTECTOR CUTÁNEO**

SPRAY : Aplicar sólo 2 veces en el mismo lugar y a 10-15 cms de distancia. (Previo pegar telas, electrodos, fixomull y tegaderm)

TORULAS : Zonas estériles previas al Tegaderm (CVC y LA)



**COMITE LPP**



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

**V. Estandarización del Modelo Sociosanitario en el Hospital Dra. Eloísa Díaz I.**

**1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Hospitalización.**

**Nombre de la Buena Práctica**

Estandarización del Modelo Sociosanitario en el Hospital Dra. Eloísa Díaz I.

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Implementación del Modelo Sociosanitario para usuarios y usuarias que ingresen a unidades de hospitalización, con enfoque de derechos, género y ciclo vital.

**Resultado valioso**

La necesidad de establecer un marco básico para una atención integral sociosanitaria se basa, principalmente, en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales y de futuro, así como por la necesidad de prestar una atención integral y continúa, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a las personas en función de sus necesidades de atención.

La instalación del Modelo Sociosanitario para el proceso hospitalario de los usuarios y usuarias que ingresan al Hospital de La Florida, brinda una atención oportuna, integral y con enfoque de derecho, que trabaja de manera holística e integral abordando la salud de los usuarios desde un escenario interdisciplinario y colaborativo con diversos profesionales intervinientes.

Se diferencia de otras prácticas de intervención o trabajo dado su enfoque, teniendo como propósito mejorar la calidad de la atención en la salud, relevando los determinantes sociales que impactan en la salud de los usuarios, acentuándose la integralidad y coordinación en la intervención de los equipos clínicos y sociales con los usuarios y usuarias del Hospital, a través del ciclo vital. (urgencia adulto, del niño y de la mujer).

La implementación del Modelo Sociosanitario, tiene como resultado, no solamente que la experiencia usuaria en términos de salud y social sean relevadas, sino que, además:

- 1.- Continuidad de la intervención, coordinada desde el alta hospitalaria, articulándose los equipos internos del Hospital, con la red de apoyo del usuario y redes de salud a nivel local, para asegurar y resguardar la continuidad de cuidados.
- 2.- Egreso efectivo a dispositivos sociosanitarios.
- 3.- Revinculación familiar, traslado a otras regiones.
- 4.- Mayor adherencia de la familia al proceso hospitalario y de los usuarios a tratamientos médicos.



5.- Mejorar la detección precoz y categorización social, desde el servicio de urgencia; lo cual anticipa intervenciones en el área hospitalizado.

El modelo Socio sanitario, favorece la intervención integral, interdisciplinaria y humanizada; durante todo el ciclo vital del usuario, cabe decir gestación, recién nacido, niños niñas y adolescentes, adulto y personas mayores, considerando además los distintos modelos de intervención, con el foco en el usuario. Además, complementa, con prácticas innovadoras, de intervención y supervisión de procesos, tales como la atención integral, interdisciplinaria e intersectorial; y evaluación inicial y con carácter de urgente a adolescentes con diagnósticos de salud mental ingresados al servicio de urgencia, modelo de atención socio jurídico, fortalecimiento de lineamientos de Chile Crece Contigo, Ley IVE, Ley Dominga y Ley Mila, entre otras.

Este modelo fortalece los procesos socio sanitarios, optimizando los tiempos y calidad de atención. Así mismo es preciso señalar que la coordinación y supervisión de estos procesos, se realizan con profesionales expertos en las disciplinas que se centran en los requerimiento del usuario y no del sistema sanitario.

### **Destinatarios (público objetivo)**

El Modelo Sociosanitario responde a las necesidades de salud y psicosociales de todos los usuarios y usuarias que ingresan al Hospital La Florida, independiente de la Unidad de Hospitalización, ciclo vital, o género.

### **Problema a abordar**

La buena práctica respecto el modelo sociosanitario; responde a que como institución estandarizamos un proceso protocolizado por MINSAL el año 2016, el cual solo se enfocaba en pacientes que presentaban largas estadías hospitalarias y/o personas mayores.

En este aspecto como hospital definimos que la estandarización responde a una intervención integral e interdisciplinaria a los usuarios, poniendo énfasis no solo en la patología médica, sino que además en los determinantes sociales de las personas; toda vez que definimos avanzar en la mirada del concepto de Salud, como lo define la OMS *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

En esta estandarización destacan los siguientes aspectos del proceso:

- \* Detección precoz o inicial
- \* Evaluación interdisciplinaria integral
- \* Atención centrada en la persona
- \* Continuidad de cuidados derivaciones
- \* Humanización de la atención
- \* Coordinación con el intersector (PJUD APS Mejor niñez)

El abordaje integral, tanto desde el punto de vista sanitario como el punto de vista social, de los cuidados a las personas, requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno.

### **Fundamentación**

Durante la pandemia sociosanitaria COVID – 19 nos enfrentamos a distintos escenarios que iban desde fallecimiento de usuarios, aislamiento social, aumento de casos sociales, abandono de

adultos mayores, usuarios en situación calle, falta de información hasta desintegraciones familiares por distanciamiento social.

Así mismo evidenció y visibilizó ausencia de protocolos y modelos de intervención en salud pública que dieran prioridad a los casos sociosanitarios y a las reales necesidades de las familias respecto aquellos que requerían doble intervención (sanitaria y social) en este aspecto se pudo visualizar carencia de una política pública que respondiera a las reales necesidades, como además ausencia de flujos que favorecieran el vínculo permanente entre usuarios y sus familias.

Por lo anterior, como institución debimos implementar variados protocolos que permitieran dar respuesta a la atención integral, humanizada y oportuna a los usuarios más vulnerables o con mayores factores de riesgo desde el ámbito socio sanitario.

Como hospital debimos desplegar estrategias e instalar con celeridad y asertividad procesos que favorecieran las vías de comunicación para otorgar respuestas oportunas, y por, sobre todo, mecanismos de trabajo interdisciplinario y en red que favorecieran la continuidad en las intervenciones sociosanitarias, prevaleciendo derivaciones y respuestas a necesidades de usuarios y sus familias, de manera oportuna, humanizada y ajustada a derecho.

En este contexto, desde octubre de 2020 se apuesta por un triage social ubicado en urgencia adulto (detrás del triage de enfermería), el cual permitió identificar de manera oportuna y precoz, casos sociales con altos requerimientos de intervención sociosanitaria, así mismo, el equipo tenía como función prioritaria definir tutor responsable para apoyar y acompañar el proceso de hospitalización de los usuarios y generar vías de comunicación expeditas y efectivas.

Paralelamente se establecen herramientas que favorecían la comunicación y a la vez disminuían los riesgos sanitarios relacionados con distanciamiento social y concordante a las restricciones de la autoridad sanitaria; estas eran:

- Video llamadas
- Tótem de registro tutor
- Llamadas telefónicas.
- Mail para recepción de fotografías, mensajes o saludos

La iniciativa viene a dar respuesta al diagnóstico realizado a nivel institucional por el equipo de trabajo social en relación a lo escaso y débil de la atención integral, con mirada humanizada y centrada en las reales necesidades de los usuarios y sus familias, considerando por sobre todo las redes familiares y comunitarias; así mismo considerando la escasa integración que los equipos clínicos le otorgan al rol del trabajo social en salud pública; esto sumado además a ausencia de políticas públicas que pudieran dar cobertura y continuidad a la intervención de los usuarios sociosanitarios, los que sin duda, durante la pandemia se vieron en aumento, considerando todas las determinantes sociales que esto implicó.

En este contexto desde el años 2022 modificamos el instrumento score social definido por MINSAL para mayores de 18 años; a fin de poder aplicarlo en la unidad de urgencia pediátrica; esto con la colaboración de equipos expertos infanto juvenil.

En la actualidad se encuentra en proceso de validación el instrumento score social para el servicio de urgencia de la mujer, el cual fue iniciado en su construcción por el CR de la Mujer (equipo CHCC maternidad).

### **Justificación de por qué es una Buenas Prácticas (BP)**

La instalación de una estrategia de atención integral sociosanitaria debe construirse desde el diálogo y el consenso con todas las profesiones, disciplinas y autoridades de la institución de salud implicadas en la atención intrahospitalaria a las personas, así como con los sectores y dispositivos de la red intersectorial, que pudieran tener algún rol en la continuidad de cuidados, promoción y prevención.

La iniciativa incorpora necesidades del usuario y familia durante todo el proceso de

hospitalización, aislando el paradigma de la atención biomédica y curativa; incorporando herramientas de profundización diagnóstica como las determinantes sociales, atención interdisciplinaria y continuidad de cuidados.

Se visualiza una buena práctica por:

- **Es una iniciativa nueva** no hay referencia en otros hospitales de la red.
- **Su objetivo y producto es visibilizar e instalar la atención integral al usuario**, con su familia y red de apoyo, desde la mirada sociosanitaria, incorporando a los equipos interdisciplinarios.
- **Busca relevar y desarrollar el trabajo social en salud pública**, integrando los determinantes sociales y visibilizando al usuario en su composición integral, no solo en su necesidad de Asistencia sanitaria.
- La iniciativa **pretende disponer de atención humanizada y ajustada a derecho para los usuarios** durante su estadía hospitalaria, centrada en sus reales necesidades, aun cuando hay ausencia de políticas públicas en el área.
- La atención integral incorpora el pilar de **continuidad de cuidados**; lo cual significa que los puntos de contacto que debieron estar interconectados intra o extra hospitalariamente los asume como responsabilidad el establecimiento de salud; en lo que respecta los flujos internos de derivación, asegurando adherencia.

#### Agrupación temática de la Práctica

X	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
X	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
X	Proceso de Referencia en Red

#### Población participante o beneficiaria de la experiencia

<b>Directos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Familiares / tutores</li> <li>➤ Usuarios – usuarias.</li> </ul>	<b>INDIRECTOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Familia extensa</li> <li>➤ Equipos clínicos</li> <li>➤ Equipos administrativos</li> <li>➤ Red comunitaria - intersector</li> </ul>
---	--

#### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Cantidad de población beneficiaria participante de la experiencia

### Adulto

#### Ingresos de usuarios/as a unidades de hospitalización año 2022, desde servicio urgencia adulto

MES	G1	G2	G3	SIN SCORE	% SIN SCORE	TOTAL
ENERO	6	106	397	0	0	509
FEBRERO	3	90	406	0	0	499
MARZO	9	135	419	0	0	563
ABRIL	7	127	389	0	0	523
MAYO	8	118	471	13	2,2	597
JUNIO	7	143	363	12	2,3	513
JULIO	11	202	353	16	2,8	566
AGOSTO	11	242	353	15	2,5	606
SEPTIEMBRE	10	265	378	17	2,6	653
OCTUBRE	7	278	425	13	1,8	710
NOVIEMBRE	10	301	378	23	3,3	689
DICIEMBRE	16	277	331	9	1,4	624
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>2284</b>	<b>4663</b>	<b>118</b>	<b>1,7</b>	<b>7052</b>
<b>%</b>	<b>1,5</b>	<b>32,4</b>	<b>66,1</b>			

## Niños, niñas y adolescentes

<b>Evaluaciones</b>	100% de NNA que ingresar por motivos de salud mental a SUI, son evaluados por Trabajadora social: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son 209 NNA</li> <li>• El 40.2% no presenta atención en salud mental previamente.</li> <li>• El 46.6% cuenta con antecedentes proteccionales previos.</li> <li>• El 30% presenta requerimiento de hospitalización en UHCIP o Camas de programa adolescente.</li> </ul>
<b>Derivaciones</b>	100% de los usuarios que se van de alta a sus domicilios, son derivados a los dispositivos de salud o social correspondiente, bajo el Protocolo de atención socio sanitaria con COMUDEF.
<b>Coordinación</b>	90% que ingresan desde residencias de Mejor Niñez, se coordina la intervención con los equipos de esta institución, a fin de no revictimizar o sobre intervenir.
<b>Judicialización</b>	100% de los casos que ingresan por vulneración de derechos y/o sospecha, se judicializan en SUI y solicita medida cautelar en caso de ser necesario. (3 casos)

### Casos sociosanitarios 2022 -2023

A la fecha el hospital solo presenta 5 casos adultos, categorizados como sociosanitarios; los cuales presentan un total de 147 días camas en total.

FECHA	N° DE CASOS	DIAS CAMAS	EN AÑOS	PROMEDIO DIAS CAMAS
16-12-2022	36	2675	7,3	74,3
23-12-2022	27	2536	6,9	93,9
29-12-2022	26	2236	6,1	86,0
06-01-2023	23	2336	6,4	101,6
13-01-2023	24	2484	6,8	103,5
20-01-2023	21	2268	6,2	108,0
27-01-2023	20	2379	6,5	119,0
03-02-2023	21	2468	6,8	117,5
09-02-2023	24	2443	6,7	101,8
17-02-2023	21	2560	7,0	121,9
22-02-2023	17	2182	6,0	128,4
03-03-2023	21	2234	6,1	106,4
10-03-2023	17	2267	6,2	133,4
17-03-2023	17	2438	6,7	143,4
30-03-2023	16	2382	6,5	148,9
06-04-2023	17	2322	6,4	136,6
14-04-2023	16	2368	6,5	148,0
20-04-2023	16	2448	6,7	153,0
28-04-2023	11	2291	6,3	208,3
05-05-2023	12	2195	6,0	182,9
19-05-2023	13	2328	6,4	179,1
09-06-2023	11	2119	5,8	192,6
16-06-2023	10	1682	4,6	168,2
23-06-2023	9	1737	4,8	193,0
07-07-2023	5	738	2,0	147,6
21-07-2023	5	677	1,9	135,4
11-08-2023	6	793	2,2	132,2
31-08-2023	5	147	0,4	29,4

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

- Favorecer la atención integral e interdisciplinaria.
- Fortalecer el trabajo con el intersector y las redes de atención en salud y sociales.
- Sensibilizar a los equipos clínicos y administrativos, respecto atención humanizada y centrada en las necesidades de los usuarios y sus familias.
- Prevenir, intervenir y disminuir estadías prolongadas respecto usuarios identificados como casos sociosanitarios y casos sociales.
- Promover espacios de protección respecto usuarios que presenten sospecha de vulneración de derechos o VIF.
- Cumplir con el rol de garantes de derechos, como institución administrada por el Estado.
- Promover la evaluación social e integración del trabajo social en los diagnósticos clínicos, visibilizando la importancia de las determinantes sociales de la salud, en la condición sanitaria de los usuarios.
- Elaborar protocolos de atención respecto usuarios sociosanitarios.

### Metodología utilizada

Como institución y a partir de lo que estaba evidenciándose con el COVID -19; definimos instalar una trabajadora social el año 2020 en el servicio de urgencia adulto, a fin de favorecer la contención, acompañamiento y derivación de usuarios/as sociosanitarios y además realizar detección precoz de casos sociales mediante el instrumento score social.

Esta estrategia fue un piloto, que dio resultados respecto evaluación de pacientes y además impacto con equipos clínicos, familia e intersector.

Por lo anterior, se determina realizar reestructuración del equipo de OIRS de urgencia, dividiendo los equipos en equipo social y equipo OIRS; esto debido a que el 50% de los funcionarios tenía herramientas y estudios en T.S; estos últimos quedan bajo la supervisión de una T.S. quien lidero el proceso de instalación del modelo desde el servicio de urgencia adulto; solo en horario hábil.

El año 2021, se visualizó que la estrategia debía dar cumplimiento 24/7 por lo cual se presentan los resultados obtenidos el año 2021 al director del hospital; los cuales además iban en concordancia con la misión y visión de la institución, por lo que se solicita formalmente dar continuidad a la estrategia solicitando 2 cargos de TS en cuarto turno modificado; a fin de que fueran estos profesionales quienes lideraran el proceso desde el servicio de urgencia, hacia la unidad de hospitalizados. Habiendo definido dichos cargos, el equipo de urgencia pediátrica comienza a visualizar el rol del TS en SUA, por lo cual solicita apoyo para poder dar cobertura en la figura de enlace respecto los casos de alta complejidad sociosanitaria, este diagnóstico además se complementa con la aplicación de score social para específico para este grupo etareo.

Posteriormente, el año 2022 la figura de enlace se extiende hasta la urgencia de la mujer.

En la actualidad, contamos con la siguiente **dotación**:

#### Urgencia adulto

##### Dotación día

- Una trabajadora social jefa de turno en cuarto turno modificado (enlace pediatría – mujer)
- Una funcionaria de apoyo social para favorecer el proceso de visita, entrega de información y aplicación de score.
- Un funcionario de apoyo social para despeje y detección precoz
- Un funcionario de OIRS para atención de ventanilla y favorecer la gestión de SC.

##### Dotación noche.

- Un funcionario de apoyo social para despeje y detección precoz
- Un funcionario de OIRS para atención de ventanilla y favorecer la gestión de SC.

### Urgencia pediatría

- Un técnico social diurno

Durante campaña de invierno se autorizó un TS para evaluación casos de salud mental, UHD y derivaciones.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Desde el año 2020 a la fecha (resolución) 2021, comienza en Urgencia pediátrica y 2022 con figura de enlace en la urgencia de la mujer.

### Principales resultados

- **Favorecer la atención integral e interdisciplinaria:** vertical psicosocial en la subgerencia de atención integral al usuario.
- **Fortalecer el trabajo con el intersector y las redes de atención en salud y sociales:** protocolo COMUDEF; Mesa intersectorial PJUD – MINSAL – Mejor Niñez; Jornada de sensibilización a equipo educación COMUDEF.
- **Sensibilizar a los equipos clínicos y administrativos, respecto atención humanizada y centrada en las necesidades de los usuarios y sus familias:** jornadas de sensibilización equipo urgencia adulto; geriatría; reuniones semanales con jefatura medica de hospitalizados.
- **Prevenir, intervenir y disminuir estadías prolongadas respecto usuarios identificados como casos sociosanitarios y casos sociales:** seguimiento diario por parte de la coordinación sociosanitaria; reuniones con médicos a cargo de los casos, supervisión de casos a equipo de apoyo social.
- **Promover espacios de protección respecto usuarios que presenten sospecha de vulneración de derechos o VIF:** Seminarios respecto personas mayores, NNA; prevención del suicidio, mesas de trabajo intersectorial.
- **Cumplir con el rol de garantes de derechos, como institución administrada por el Estado:** denuncia de todos los casos visualizados como sospecha de vulneración o delitos; a través de coordinación socio jurídica y equipo jurídico del hospital.
- **Promover la evaluación social e integración del trabajo social en los diagnósticos clínicos, visibilizando la importancia de las determinantes sociales de la salud, en la condición sanitaria de los usuarios:** evolución del score social en ficha clínica de los usuarios; inserción del TS en unidades claves respecto la importancia de la evaluación integral.
- **Elaborar protocolos de atención respecto usuarios sociosanitarios:** a la fecha el equipo social de la subgerencia ha participado en la elaboración de los siguientes protocolos:
  1. Instructivo de Derivación de pacientes sociosanitarios para convenio Capredena. Mayo 2023.
  2. Procedimiento de atención integral a víctimas de violencia sexual, que concurren a los servicios de urgencia y/o atención ambulatoria, salud mental o procedimiento, en el Hospital Dra. Eloísa Díaz I. julio 2022 / Actualización febrero 2023.
  3. Protocolo de manejo inicial y estratificación de riesgo, de pacientes con intento suicida, ingresados al servicio de urgencia adultos del Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza. 2023
  4. Procedimiento de atención sociosanitaria para adolescentes que concurren sin compañía de tutor o adulto responsable, Hospital Dra. Eloísa Díaz I, enero 2022.
  5. Protocolo de entrega de información a tutor o tutora de pacientes hospitalizados, durante pandemia COVID – 19, Hospital Dra. Eloísa Díaz I, junio 2020.
  6. Primera Etapa Procedimiento de atención Sociosanitaria, octubre 2020.
  7. Procedimiento de reclutamiento de pacientes y funcionamiento del programa de dispensación domiciliaria de medicamentos Ley 21.168 derecho a atención preferente del Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza. Noviembre 2019.

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

#### Actores y sus roles

El modelo sociosanitario es una estrategia, pero además una metodología de intervención integral e interdisciplinaria; replicable en distintos dispositivos de atención en salud, tales como, servicios de urgencias, hospitalizados y hospitalización domiciliaria, considerando el ciclo vital del paciente. En nuestro establecimiento, debido al impacto y resultados en urgencia adulto; desde octubre 2021 se extendió a Urgencia Pediatría y Maternidad.

Es replicable mediante las siguientes actividades:

- Apoyo de los directivos.
- Compromiso de los equipos. Sensibilización en relación a atención humanizada y centrada en los usuarios.
- Definir protocolos y flujos.
- Sistematizando, revisar logros, fortalezas, debilidades durante la implementación.
- Difundiéndolo como buena práctica, en atención a lo que implica la atención integral.
- Incorporación de recurso humano adicional, trabajadores sociales.

En cuanto a los actores involucrados, se encuentran los:

#### Intra hospitalarios:

- Coordinadora sociosanitaria y socio jurídica
- Equipo psicosocial (profesionales, técnicos y administrativos) subgerencia de atención integral al usuario.
- Equipos médicos y clínicos en general: siendo claves para este resultado jefaturas de servicios de urgencia, hospitalizados, y ambulatorio.
- Equipo de gestión de camas

#### Extra hospitalario:

- COMUDEF
- Desarrollo social Municipal
- Poder Judicial
- Sistema de protección NNA
- SENAMA
- Red de salud

En la implementación del Modelo Sociosanitario, los actores involucrados son profesionales del área Psicosocial, personal médico y personal profesional no médico, siendo un modelo que busca interdisciplinariamente instalarse en la evaluación e intervención que tenemos con nuestros usuarios.

#### Recursos movilizados

Los únicos ingresos que se aperturaron para la definición de esta estrategia dice relación con dos cargos honorarios de profesional, grado 15, cuarto turno modificado.

Los otros cargos, provienen de la reestructuración a nivel de institucional de equipos sociales y de OIRS.

#### Aspectos a fortalecer

**Funcionarios:** siempre va a ser oportuno sensibilizar, evangelizar y capacitar a los equipos clínicos respecto el modelo sociosanitario; rol del TS e incorporación de las DSS en los diagnósticos clínicos.

**Espacios – infraestructura:** como el modelo de atención en salud – específicamente atención

terciaria- no visualiza el rol del TS ni el modelo sociosanitario en su forma; no existen espacios óptimos y protegidos para que estos funcionarios puedan cumplir su rol de manera resguardada, en atención a las atenciones con usuarios y sus familiar; lo cual debe ser en un contexto protegido para el resguardo de la información. En este sentido resulta importante que las autoridades incorporen en sus planificaciones a los equipos psicosociales desde la puerta de entrada que son los servicios de urgencias; a fin de que estos puedan tener espacios para realizar sus intervenciones de manera respetuosa con los usuarios.

**Red – intersector:** sabido es que el sector salud desde la práctica biomédica solo resuelve el 20% de las determinantes sociales, en relación al estado de salud de las personas, el otro 80% es cubierto por la intervención de los equipos psicosociales y la red social – comunitaria; por lo cual, resulta primordial para potenciar este modelo; la articulación y elaboración de protocolos intersectoriales; que logren visibilizar que la clave de esto es la coordinación, la cual no puede quedar supeditada a las voluntades, sino a dar cumplimiento a procesos formales.

#### **Aspectos a mejorar**

- Sensibilización, difusión y sensibilización a funcionarios de la salud.
- El modelo debe ser para toda la red, no puede ser que en otros hospitales los usuarios sociosanitarios son considerados un “problema” sin puerta de retorno.
- Debe ser protocolizado y sistematizado; no supeditado a voluntades de los equipos o personas.
- Incorporar la función del trabajo social respecto la precarización laboral en el ámbito salud.

#### **Recomendaciones para replicar: Aprendizajes**

1. Protocolizar la estandarización del modelo sociosanitario, que no quede supeditado a voluntades o un tipo de pacientes; más considerando las características sociodemográficas, DSS y porcentaje de vulnerabilidad del SSMSO.
2. Capacitación a profesionales psicosociales y clínicos de salud.
3. Sistematizar los resultados obtenidos, considerando que es una de las formas de levantar evidencia respecto nuestra población y sus características sociosanitarias; como además a fin de proponer nuevas PP.
4. Comprometer la estrategia con jefaturas intermedias y directivos; en casos donde el cambio de paradigma no se inicie desde los directivos (como fue en nuestro caso)

#### **Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)**

- Instalar en los equipos directivos y de calidad; la estandarización del proceso sociosanitario.
- Incorporar el proceso de los usuarios socio jurídicos.
- Modificación de la estructura de la subgerencia de atención integral al usuario.
- Fortalecer estrategia de continuidad de cuidados, intra y extra hospitalario.

## **4 - Equipo responsable/gestores**

### **Nombre de la institución**

Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza – La Florida

### **Servicio de Salud**

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



**Comuna**

La Florida

**Teléfono**

+56226181508

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Hospital Dra. Eloísa Diaz Insunza – La Florida

**Sitio web, blog, Facebook o Instagram**

**Instagram:** hospitaldra. Eloísadiaz

<https://instagram.com/hospitaldra.Eloísadiaz?igshid=MzRIODBiNWFIZA==>

**Fotografía(s) o videos**

<https://redsalud.ssmso.cl/implementación-del-modelo-sociosanitario-en-tiempos-de-covid-19/>

<https://www.youtube.com/watch?v=5-GONtvOo5w>

<https://www.instagram.com/reel/CwDhzxmO1wb/?igshid=MTc4MmM1Yml2Ng==>

**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto****Nombre**

Maritza Ortega Palavecinos

**Cargo**

Trabajadora Social

Coordinadora socio jurídica – sociosanitaria

**Teléfono**

+56938988746

**Correo electrónico**

[Maritza.ortega@hospitallaflorida.cl](mailto:Maritza.ortega@hospitallaflorida.cl)

### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Gonzalo Leiva Rojas	Matron	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Subgerente de atención integral al usuario
Maritza Ortega Palavecinos	Trabajadora Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Coordinadora socio jurídica y sociosanitaria.
Jennifer Molina	Trabajadora Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Supervisora área adulto trabajo social
Américo Yañez	Trabajador Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Supervisor área Infanto adolescente
Denisse Pulgar Lepin	Trabajadora Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Jefa atención integral pabellones y hospitalizado
Nataly Tello Mejías	Trabajadora Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Jefa de turno Atención integral de urgencias (adulto, mujer, pediátrica)
Francisca Labbé Lazcano	Trabajadora Social	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Jefa de turno Atención integral de urgencias (adulto, mujer, pediátrica)
Jael Alegria	TENS	Hospital Dra. Eloísa Diaz. I.	Técnico de continuidad pacientes hospitalizados.

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Estandarización del Modelo Sociosanitario en el Hospital Dra. Eloísa Diaz I.

Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Trabajo en equipo, colaboración

Objetivos del plan de mejora

Gobernanza Administrativa

Gonzalo Leiva Rojas  
Matron  
Subgerente de Atención Integral al Usuario



Maritza Ortega Palavecinos  
Trabajadora Social  
Coordinadora Socio jurídica sociosanitaria





**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

**VI. Terapias de reemplazo renal en unidad de paciente crítico**

**1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de hospitalización**

**Nombre de la Buena Práctica**

Terapias de reemplazo renal en unidad de paciente crítico

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Unidad de terapias de reemplazo renal aguda

**Resultado valioso**

La atención oportuna y de calidad para los usuarios de la unidad de paciente crítico que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal. Único centro en el país que cuenta con un equipo de terapias de reemplazo renal a disposición de los usuarios las 24 horas del día, por profesionales expertos en lo anterior.

**Destinatarios (público objetivo)**

Todos los usuarios de la UCI adulto del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Problema a abordar**

Las terapias de reemplazo renal en el presupuesto de salud general ocupa aproximadamente un 20% de este. Esta atención en general a nivel país, en el sector hospitalizado no es oportuno, ya que se compra un servicio externalizado, y este puede demorar hasta 7 horas, esto puede resultar en un final fatal para el usuario, además de mencionar que terapias como plasmaféresis no las realiza dicho servicio.

**Fundamentación**

La idea nace a través de la necesidad que surge desde la condición clínica de los pacientes, quienes hace 6 años esperaban por horas que llegará un servicio externo para cubrir la necesidad vital (diálisis) de dicho usuario.

### Justificación de por qué es una Buenas Prácticas (BP)

Esta práctica se considera una buena práctica en la red ya que no solo es innovadora en los servicios de salud a nivel nacional, sino logra salvar vidas, mejorar la sobrevida y recibir una tensión oportuna y de calidad a nuestros usuarios.

Considerando los principios de beneficencia, justicia.

### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
x	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
x	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Descripción: quiénes son, requisitos de incorporación a la experiencia.

Todos los usuarios de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida que requieran cualquier tipo de terapia de reemplazo renal existentes en el mercado

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Cantidad de población beneficiaria participante de la experiencia

En el año 2022 se realizaron más de 1000 procedimientos de terapias de reemplazo renal en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

## 2. Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Incorporar los demás servicios de hospitalizados en los procedimientos de terapias de reemplazo renal, ya que solo la unidad de paciente crítico cuenta con este servicio.

### Metodología utilizada

La metodología que se ha utilizado en la atención directa hacia los usuarios que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal, esto lleva un registro estadístico cuantitativo describiendo cada tipo de procedimiento.

### **Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Esta experiencia se realiza desde el año 2017.

### **Principales resultados**

Adicionalmente de brindar la atención oportuna a los usuarios, hay una disminución de costos en el servicio internalizado sobre el externalizado en un ahorro de hasta un 70% el costo de las terapias de reemplazo renal.

## **3. Replicabilidad de la buena práctica.**

### **Actores y sus roles**

El equipo de enfermería está formado en terapias de reemplazo renal aguda, también parte del equipo de unidad de paciente crítico en Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

### **Recursos movilizados**

Los recursos fueron entregados por el Hospital La Florida en el año 2017, en la implementación y adquisición de máquinas de diálisis, planta de agua y anualmente la adquisición de insumos para dichas terapias. También es importante mencionar la inversión en capacitación del equipo de terapias de reemplazo renal.

### **Aspectos a fortalecer**

La reducción de costos y atención oportuna para el resto de las unidades de hospitalizados en Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

### **Aspectos a mejorar**

Capacitación médica y apoyo de especialistas en nefrología.

### **Recomendaciones para replicar: Aprendizajes**

1. Creación de la unidad de terapias de reemplazo renal aguda
2. Adquisición de nuevos monitores de terapia de reemplazo renal
3. Capacitación e integración de nuevos profesionales al equipo de terapias de reemplazo renal.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

El proyecto es muy sostenible en el tiempo, ya que se cuenta con el capital humano, físico las 24 horas del día, por lo que se realiza cada procedimiento por oportunidad.

Además, mencionar que la oportunidad económica alcanza un ahorro de hasta un 70% por procedimiento a diferencia de la compra de un servicio externalizado.

## 4. Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

### Servicio de Salud

Servicio Metropolitano sur oriente.

### Comuna

La Florida

### Teléfono

974287716

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Servicios de atención terciaria

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

### Nombre

Cony Jorquera Arce

### Cargo

Enfermera referente técnico en equipo de terapias de reemplazo renal.

### Teléfono

974287716

**Correo electrónico**

[jorqueracony9@gmail.com](mailto:jorqueracony9@gmail.com)

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Cony Jorquera	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Creación de proyecto.

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Internalización de las terapias de reemplazo renal en hospitalizados en Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

Toda el área hospitalaria del hospital La Florida.

**Objetivos del plan de mejora**

Expandir iniciativa hacia toda el área intrahospitalaria.

Adquisición de nuevos monitores.

Incorporación de personal médico especialista en Nefrología.

Capacitación a personal de enfermería en terapias de reemplazo renal (nuevos enfermeros).

Creación de centro de referencia de terapias de reemplazo renal aguda.



Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Inauguración de unidad de terapias de reemplazo renal aguda en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Atención oportuna a todo en procedimientos de TRR en Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Estadística clínica y económica mensual	mes 1	Cargo de supervisor de la unidad de terapias de reemplazo renal.	Cargo profesional grado 8.
Adquisición de nuevo monitor para terapias de reemplazo renal	Uso por oportunidad	Atención directa a los usuarios de Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.	Mes 1	Compra nuevo monitor	23.000.000
Integración de profesionales capacitados	Atención por oportunidad	Atención directa a los usuarios	Mes 1 y 2	Personal contratado en Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.	Sin costo

## **6. Procesos Ambulatorios**



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## I. Salud Digital al servicio de la Comunidad Usuaría

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Gestión Usuaría en SGD Web.

#### Nombre de la Buena Práctica

Salud Digital al servicio de la Comunidad Usuaría

#### Título de la experiencia

Mejora continua del Sistema Gestión de la Demanda (SGD) con perspectiva de procesos

#### Resultado valioso

Contar con una plataforma web usable, eficiente y práctica cuyos usuarios directos valoran con sentido de pertenencia y utilizan con autoría y propiedad, que ha permitido la centralización e informatización del registro y de la gestión clínico-administrativa. Por lo tanto, optimizando los tiempos de gestión en CRS-Hospital Provincia Cordillera.

#### Destinatarios (público objetivo)

En primer lugar, a las y los usuarios de la plataforma de gestión de la demanda; en segundo lugar, a las y los gestores del CRS-Hospital Provincia Cordillera; y, por extensión directa, a la comunidad usuaria de nuestro establecimiento.

#### Problema a abordar

Incumplimiento de metas y de normativa vigente producto de la brecha entre las funciones del Sistema de Información de Gestión de la Demanda (SGD) vigente y las necesidades del Departamento.

#### Fundamentación

Al evaluar el cumplimiento de indicadores internos y externos del CRS-Hospital Provincia Cordillera, se identificó el Proceso de Agendamiento como un factor crítico de éxito para el correcto manejo de listas de espera, gestión de cupos y atención oportuna.

Luego de abordar el incumplimiento de manera focalizada y con medidas de plazo inmediato, se decide abordar la situación de manera estructural.

Así, se recupera la esencia de la práctica de mejora continua adoptada en la gestión del establecimiento y se propone el Levantamiento y Rediseño del Proceso de Agendamiento y Listas de Espera con miras a la actualización de SGD, cuya modificación de base fue el traspaso de plataforma escritorio a plataforma SGD.

#### Justificación de por qué es una Buena Práctica (BP)

La implementación plena y extensiva a toda la gestión de Salud Digital tiene un desfase que, si bien se entiende por brecha en recursos humanos y financieros, retrasa la posibilidad de poner al alcance de todas y todos los usuarios de la salud, por su impacto potencial en la calidad y oportunidad en la atención. Por ello, todo esfuerzo dirigido en esa dirección hoy significa un avance en la gestión y, por tanto, una Buena Práctica en la Red de Salud.

Lo anterior, debe conjugarse con la incorporación de los siguientes tres principios a la BP: trabajo en equipo, innovación, perspectiva de procesos y mejora continua.

**Trabajo en Equipo**, en la medida que cada actor involucrado en el Proceso de Agendamiento y Lista de Espera fue incorporado en la gestación de la nueva plataforma.

**Innovación**, en tanto incorpora mecanismos de resolución de problemas de gestión no implementados con anterioridad que surgen, precisamente, del trabajo multidisciplinario que favorece el principio anterior.

**Perspectiva de Procesos**, dado que las mejoras se sustentan en el análisis del Proceso levantado y rediseñado con orientación y retroalimentación de primera fuente.

**Mejora Continua**, en tanto ha incorporado y seguirá contemplando la evaluación permanente de su funcionamiento, la inclusión de nuevas funcionalidades que complementan el diseño original y, cuando los recursos lo permitan y el periodo lo amerite, el rediseño del proceso para ajustar el Sistema de Información a las necesidades del momento.

### Agrupación temática de la Práctica

	Gestión Local en Salud
X	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
X	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

- 1) Las y los usuarios de la plataforma de Gestión de la Demanda, es decir, Unidad de Agendamiento (incluye Call Center externo), Unidad de Lista de Espera, Unidad GES.
- 2) Las y los gestores del CRS-Hospital Provincia Cordillera, es decir, Jefaturas Clínicas que priorizan y realizan gestión de Atenciones, Listas de Espera, Agendas y Egresos, entre otros.
- 3) La comunidad usuaria de nuestro establecimiento, es decir, las más de 80.000 personas que han accedido a algún tipo de atención en el CRS-Hospital Provincia Cordillera desde 2017

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

- Por nivel:
- 1) 15 integrantes de los Equipos de Unidad de Agendamiento (incluye Call Center externo), Unidad de Lista de Espera, Unidad GES.
  - 2) 50 Jefaturas y gestores del CRS-Hospital Provincia Cordillera.
  - 3) 80.000 usuarias y usuarios que han recibido algún tipo de atención en el CRS-Hospital Provincia Cordillera desde 2017.

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

- 1) Cumplimiento de la normativa, de indicadores de gestión de Salud y los derechos de la Comunidad Usuaria
  - a) Garantizar acceso oportuno y respetando fecha de ingreso a Listas de Espera con respaldo de información de calidad.
  - b) Cumplimiento de COMGES, Metas Sanitarias e indicadores de Plan Estratégico.
- 2) Optimizar la Gestión Clínico-Administrativa.
  - a) Disminuir los Cupos Disponibles de las agendas de todos los profesionales.
  - b) Disminuir los No Se presentaron (NSP) en todas las agendas.
  - c) Disminución de las Listas de Espera.
  - d) Garantizar acceso remoto para la Gestión de Citas, Cupos y Agendas.
- 3) Centralizar, validar y transparentar el Registro y Manejo de la Información
  - a) Contar con información inmediata, veraz, completa y remota.
  - b) Transparentar las Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad (CNE), Controles y Procedimientos.

### Metodología utilizada

La práctica constó de cuatro etapas:

- 1) Levantamiento de Proceso
- 2) Levantamiento de Funcionalidades
- 3) Desarrollo y Validación de Funcionalidades
- 4) Implementación y Mejoras.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Mayo 2019	: Levantamiento de Proceso de Agendamiento
Junio - septiembre 2019	: Levantamiento, desarrollo y validación de funcionalidades para SGD Web
Septiembre de 2019	: Marcha blanca e Implementación de SGD Web
Octubre de 2019 - a la fecha	: Mejora continua de SGD Web a través de la incorporación de funcionalidades.

### Principales resultados

- 1) Mejor desempeño en el cumplimiento de indicadores y cumplimiento efectivo de la normativa.
- 2) Disminución los Cupos Disponibles de las agendas de todos los profesionales, disminución los NSP en todas las agendas, agendamiento remoto.
- 3) Disminución del error humano, reducción de la duplicación de registro, automatización de registro.

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

### Actores y sus roles

**Dueño (o referentes) del Proceso:** Es uno o más personas de un Equipo que describe el proceso realizado, identifica brechas entre funcionalidades informáticas y las necesidades del equipo responsable y ejecutor del proceso.

**Ingeniero de Procesos:** Es quien recoge la descripción del Proceso, lo levanta en notación BPMN, contribuye a la identificación de brechas y Factores Críticos de Éxito, levanta las funcionalidades que responden a las necesidades insatisfechas y valida su desarrollo junto a los dueños o referentes del proceso.

**Ingenieros Desarrolladores:** Es quien(es) desarrolla informáticamente las funcionalidades descritas a base del proceso, somete a validación el resultado y luego implementa y hace mantención de la Plataforma elaborada.

### Recursos movilizados

- ✓ 40 horas Personas para cada referente o dueño del proceso.
- ✓ 1600 horas Persona para la o el Ingeniero de Procesos.
- ✓ Dos desarrolladores a tiempo completo durante el periodo de desarrollo, validación e implementación.
- ✓ Fuente de recursos: CRS HPC

### Aspectos a fortalecer

- 1) Se debe potenciar la eliminación progresiva de todo tipo de registro en papel y duplicidad de registro en plataformas y/o herramientas paralelas (ej. planillas excel).
- 2) Se debe mantener la Perspectiva de Procesos, es decir, el levantamiento y rediseño oportuno del proceso con los ajustes a la nueva plataforma y las incorporaciones que periódicamente deben revisarse para, así, identificar nuevas brechas y necesidades. Es decir, aplicar la Mejora Continúa.

### Aspectos a mejorar

- 1) Se requiere mayor rigurosidad y ordenamiento en la validación de desarrollos, a través de un plan de pruebas que contemple todas las funcionalidades levantadas.
- 2) Se requiere una estandarización de los requerimientos a desarrollar a través de un formato tipo que contenga todos los aspectos necesarios para su desarrollo (descripción, reglas de negocio, usuario, perfiles asociados, etc.)

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Se requiere dedicación exclusiva en los profesionales a cargo (Ingeniero de Procesos e Ingenieros Desarrolladores) para la culminación oportuna del desarrollo de las Plataformas hasta su implementación.
2. Lo ideal es la incorporación del Equipo Multidisciplinario (Referentes, Proceso, Desarrollo) en cada una de las cuatro etapas de la práctica, de modo de sintonizar entre brechas, necesidades y soluciones.
3. Se debe tener en cuenta al Equipo Desarrollador desde el levantamiento de las funcionalidades hasta el mantenimiento y desarrollo permanente de mejoras.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

- Canalizar el 100% de la información y gestión de agendamiento y atenciones clínicas.
- Desarrollar una Plataforma Web única que contemple el soporte de todos los procesos clínicos y administrativos.
- Integración plena con todas las plataformas externas y/o adicionales (SIRH, CUD, Hospital Digital, Call Center, ERP, Plataforma de Programación, SIGCOM, etc.) vinculadas a los procesos clínicos y administrativos.
- Inteligencia de negocios centralizada con las bases de datos (BBDD) unificadas con la data de todos los procesos clínicos y administrativos.
- Replicabilidad y estandarización de Plataformas en la Red.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

CRS Hospital Provincia Cordillera

### Servicio de Salud

Servicio de Salud Metropolitano Suroriente

### Comuna

Puente Alto

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

CRS Hospital Provincia Cordillera

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

[www.hpcordillera.cl](http://www.hpcordillera.cl)

**Persona de contacto**

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

**Nombre**

Luis Navarro Oyarzún

**Cargo**

Jefatura (S) de Gestión de la Demanda

**Teléfono**

Anexo 223194 / Celular (+569) 8501 6895

**Correo electrónico**

[luis.navarro@hpcordillera.cl](mailto:luis.navarro@hpcordillera.cl)

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Rebeca Gaete Santelices	Ingeniera Civil Industrial	Planificación y Control de Gestión, CRS HPC	Ingeniera de Procesos
Sebastián Vidal Sanhueza	Ingeniero Informático	Departamento de Desarrollo, CRS HPC	Ingeniero Desarrollador
Claudio Bravo Hinojosa	Ingeniero Informático	Departamento de Desarrollo, CRS HPC	Ingeniero Desarrollador Coordinador
Cristóbal Mellado Saldivia	Cirujano Dentista	Subdirector Médico, CRS HOC	Referente el Proceso

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Salud Digital al servicio de la Comunidad Usuaría

Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Levantamiento y Validación de Funcionalidades, Recursos

Objetivos del plan de mejora

Establecer un Plan de Pruebas para la Validación y un Formato de Levantamiento de Funcionalidades.



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## II. Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Agendamiento de IC de usuarios inubicables por vía telefónica.

#### Nombre de la Buena Práctica

Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera

#### Resultado valioso

Rescate de los pacientes no contactados telefónicamente para entregar cita efectiva

#### Destinatarios (público objetivo)

Pacientes Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, con Interconsultas pendiente de lista de espera de consulta nueva y primera consulta GES.

#### Problema a abordar

No contactabilidad de los usuarios ambulatorios vía telefónica por la baja actualización de datos.

#### Fundamentación

Búsqueda de la atención efectiva de los usuarios y la disminución de la lista de espera.

#### Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)

Es una buena práctica porque logramos contactar a un buen porcentaje del público objetivo, que por diversos motivos no han sido ubicados antes por vía telefónica.

#### Agrupación temática de la Práctica

	Gestión Local en Salud
X	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
X	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

#### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Usuarios del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, que tengan interconsultas pendientes de atención medica ambulatoria.

#### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Población perteneciente al Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz.



## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Ubicar a usuarios del ambulatorio del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

### Metodología utilizada.

1. Los pacientes no contactados (vía telefónica al menos 5 veces diferente día y hora con los teléfonos de nuestro sistema) en nuevo intento y aquellos que no encontramos nuevos datos se integran a base de rescate a domicilio, donde ingresamos los datos básicos para la visita (nombre, rut, dirección, especialidad) realizada por empresa de motoboy y se realizan formularios de cada paciente para respaldo de datos.
2. La visita a domicilio posee variadas respuestas:
  - 2.1. En el caso de encontrar a usuario o tutor, se rescatan nuevos contactados y además la persona encargada de la visita realiza llamado al hospital para la Asignación de cita y así lograr que el contacto efectivo con la cita y el seguimiento desde la unidad
  - 2.2. También en la visita efectiva se realiza rechazos por atención en extrasistema, renuncia u otros según indicación del usuario.
  - 2.3. En el caso de llegar al domicilio, pero no se encuentren moradores, se deja formulario indicándole que fue visitado con datos del hospital para que realice contacto (teléfono y correo de la unidad de gestión de la demanda) o que Asista a la OIRS ambulatoria. En estos casos se realiza una nueva visita alrededor de la semana después en diferente horario y de deja nuevamente los datos para el paciente establezca contacto con el hospital, si después de 15 días hábiles no tenemos antecedentes se realiza el egreso por contacto no corresponde.
  - 2.4. En caso de encontrar nuevos moradores, cambio de domicilio por otro tipo de establecimiento (bencinera, negocio, iglesia, etc.) se realiza el egreso por contacto no corresponde.
  - 2.5. En múltiples casos visitados nos encontramos al momento de la ruta que los datos se encuentran incompletos, no tenemos referencia exacta de la ubicación o calles no Continúas en numeración, falta de datos en domicilio, estos se revisan para intentar completar datos, se visita nuevamente aquellos que pudimos completar datos y en el caso que no se realiza egreso por contacto no corresponde
3. Al final de la gestión de la base de visitas se entrega un reporte final, con todos los antecedentes recopilados en las visitas y a la vez los formularios para respaldar en ficha clínica.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

La experiencia se realiza desde diciembre 2019.

### Principales resultados

La actualización de datos y el estado actual de los pacientes en la lista de espera.

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

#### Actores y sus roles

**Jefa de Unidad de Gestión de la Demanda y su equipo (UGDA):** Gestionan la lista de espera y realizan la compilación de interconsultas con usuarios ilocalizables telefónicamente.

Entregan hora a los usuarios localizados vía motoboy y realizan un seguimiento de los casos, en caso de necesitar una segunda cita médica o realizar rechazos si el usuario así lo soliciten, así como también actualizar números de teléfonos.

**Motoboy:** Empresa que realiza la visita a los usuarios en los domicilios que indica el sistema Thalamus, si lo encuentran, llaman a UGDA para agendar cita médica.

#### Recursos movilizados

Se realizó una licitación para que una empresa externa ejecutara las visitas domiciliarias. Valor unitario por visita es de \$2.450  
Desde enero 2023 hasta la fecha se han realizado 3.728 visitas.

#### Aspectos a fortalecer

Se logró ubicar a los pacientes a un buen porcentaje de usuarios.

#### Aspectos a mejorar

Algunas direcciones están incompletas desactualizadas.

#### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Que tengas las direcciones de los usuarios.
2. Lista de espera gestionada y actualizada.
3. Cupos de ingresos disponibles de las especialidades a gestionar.
4. Entrega de ayudas Técnicas.
5. Ingreso a flujo preoperatorio de cirugía de los pacientes GES.

#### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

La experiencia es replicable en otros centros de salud, buscando tener respuesta efectiva de un paciente evitando el egreso inmediato por contacto no corresponde.

### 4 - Equipo responsable/gestores

#### Nombre de la institución

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida

#### Servicio de Salud

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

#### Comuna

La Florida

#### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida

#### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

<https://www.hospitallaflorida.cl/>

**Persona de contacto****Nombre**

Fernanda Gaete Perez

**Cargo**

Jefa de la unidad Gestión de la Demanda Ambulatoria

**Correo electrónico**[fernanda.gaete@hospitallaflorida.cl](mailto:fernanda.gaete@hospitallaflorida.cl)**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Fernanda Gaete	Jefa UGDA	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida	Supervisar la gestión de Motoboy
Jenifer Figueroa	Coordinadora Motoboy	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida	Gestionar listado de pacientes antes y después de la visita.
Equipo UGDA	Administrativos	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida	Agendar citas efectivas de los usuarios visitados.
Empresa Fascare	Empresa que realiza la visita	Empresa Externa	Realiza las visitas a domicilio.

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Servicio de visita a domicilio de pacientes lista de espera

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

Lista de Espera Ambulatorio Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida

**Objetivos del plan de mejora**

Ubicar a los usuarios no contactados telefónicamente de la lista de espera GES y no Ges.

Actualizar los datos de dichos Usuarios



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

### III. Abordaje de Lista de Espera no GES

#### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso Ambulatorio

##### Nombre de la Buena Práctica

Abordaje de Lista de Espera no GES

##### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Modelo de Trabajo de Lista de Espera no GES: Abordaje Integral

##### Resultado valioso

Reducción de los tiempos de espera, mejora en resultados de indicadores BSC Y COMGES, mejora en proceso de programación, mejora en la percepción de satisfacción usuaria, uso del potencial de las tecnologías de la información y comunicación, mejora el sentido de pertenencia de los funcionarios del nivel secundario, se potencia el trabajo en red.

##### Destinatarios (público objetivo)

Equipos de trabajo de gestión de lista de espera no GES

##### Problema a abordar

Altos tiempos de espera en lista de espera no GES

##### Fundamentación

Dada la alta demanda Asistencial y la limitada oferta institucional debemos buscar estrategias que permitan dar respuesta a las necesidades de salud de los usuarios con oportunidad y pertinencia, también, acortar los tiempos de espera para acceder a prestaciones de salud de nuestra población, la cual, por sus antecedentes socioeconómicos no tienen mayores opciones de optar por atención en otros prestadores fuera de la red pública.

##### Justificación de por qué es una Buenas Prácticas (BP)

El abordaje multifactorial en el trabajo de lista de espera no GES logra buenos resultados en términos de reducción de tiempos de espera, además, al involucrar a distintos actores tanto dentro del nivel secundario como el nivel primario fortalece el trabajo en red y la confianza entre los distintos equipos de salud. Dentro del nivel secundario también fortalece el sentido de pertenencia y objetivo común entre los actores que participan dentro de los procesos involucrados y además se utiliza el potencial de las tecnologías de la información y comunicación. Por otra parte, también se observan mejores resultados en el cumplimiento de indicadores de resultado y procesos tanto de BSC como de COMGES.

##### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
x	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
x	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
x	Proceso de Referencia en Red

**Población participante o beneficiaria de la experiencia**

Usuarios en lista de espera no GES

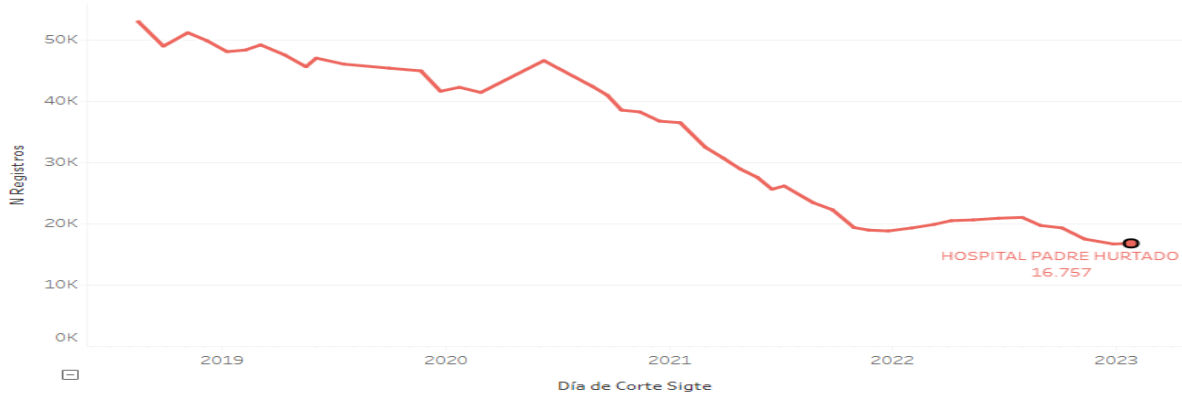
**Población beneficiaria total del programa o estrategia**

Población beneficiaria diciembre año 2020, 36.721 usuarios en lista de espera NO GES.

2020		2023	
Especialidad	TOTAL	Especialidad	TOTAL
BRONCOPULMONAR INFANTIL	39	ANESTESIOLOGIA	401
CARDIOLOGIA ADULTO	2.392	BRONCOPULMONAR ADULTO	122
CARDIOLOGIA INFANTIL	245	BRONCOPULMONAR INFANTIL	183
CIRUGIA ABDOMINAL	1.348	CARDIOLOGIA ADULTO	779
CIRUGIA ADULTO	2.372	CARDIOLOGIA INFANTIL	119
CIRUGIA DE MAMA	30	CIRUGIA ABDOMINAL	427
CIRUGIA DE TORAX	27	CIRUGIA ADULTO	632
CIRUGIA INFANTIL	909	CIRUGIA DE TORAX	7
CIRUGIA MAXILO FACIAL Y CC	331	CIRUGIA INFANTIL	114
CIRUGIA PLASTICA ADULTO	129	CIRUGIA MAXILO FACIAL Y CC	12
CIRUGIA PLASTICA INFANTIL	6	CIRUGIA PLASTICA ADULTO	16
CIRUGIA PROCTOLOGICA	1.260	CIRUGIA PROCTOLOGICA	92
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	806	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	286
DERMATOLOGIA	2.307	DERMATOLOGIA	1.554
DIABETES	13	DIABETES	33
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	177	ENDOCRINOLOGIA ADULTO	489
ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	89	ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	34
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	971	GASTROENTEROLOGIA ADULTO	758
GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	126	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	71
GENETICA	209	GENETICA	38
GERIATRIA	169	GERIATRIA	214
GINECOLOGIA	1.788	GINECOLOGIA	2.146
GINECOLOGIA INFANTIL	51	GINECOLOGIA INFANTIL	41
HEMATOLOGIA ADULTO	311	HEMATOLOGIA ADULTO	140
INFECTOLOGIA ADULTO	25	INFECTOLOGIA ADULTO	34
INFECTOLOGIA INFANTIL	129	INFECTOLOGIA INFANTIL	11
INMUNOLOGIA	125	INMUNOLOGIA	129
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	137	MEDICINA INTERNA	1.464
MEDICINA INTERNA	1.384	NEFROLOGIA ADULTO	90
NEFROLOGIA ADULTO	176	NEFROLOGIA INFANTIL	40
NEFROLOGIA INFANTIL	42	NEUROLOGIA ADULTO	399
NEUROCIRUGIA INFANTIL	1	NEUROLOGIA INFANTIL	571
NEUROLOGIA ADULTO	797	NUTRICION INFANTIL	59
NEUROLOGIA INFANTIL	588	OFTALMOLOGIA	587
NUTRICION ADULTO	122	OTORRINOLARINGOLOGIA	1.736
NUTRICION INFANTIL	64	PEDIATRIA	141
OBSTETRICIA	81	PSIQUIATRIA ADULTO	67
OFTALMOLOGIA	3.542	PSIQUIATRIA INFANTIL	204
ONCOLOGIA	1	REUMATOLOGIA ADULTO	221
OTORRINOLARINGOLOGIA	3.493	REUMATOLOGIA INFANTIL	4
PEDIATRIA	174	TRAUMATOLOGIA ADULTO	418
PSIQUIATRIA ADULTO	225	TRAUMATOLOGIA INFANTIL	238
PSIQUIATRIA INFANTIL	33	UROLOGIA ADULTO	345
REUMATOLOGIA ADULTO	151	UROLOGIA INFANTIL	49
REUMATOLOGIA INFANTIL	11	TOTAL	15.515
TRAUMATOLOGIA ADULTO	6.999		
TRAUMATOLOGIA INFANTIL	462		
UROLOGIA ADULTO	731		
UROLOGIA INFANTIL	90		
TOTAL	36.721		

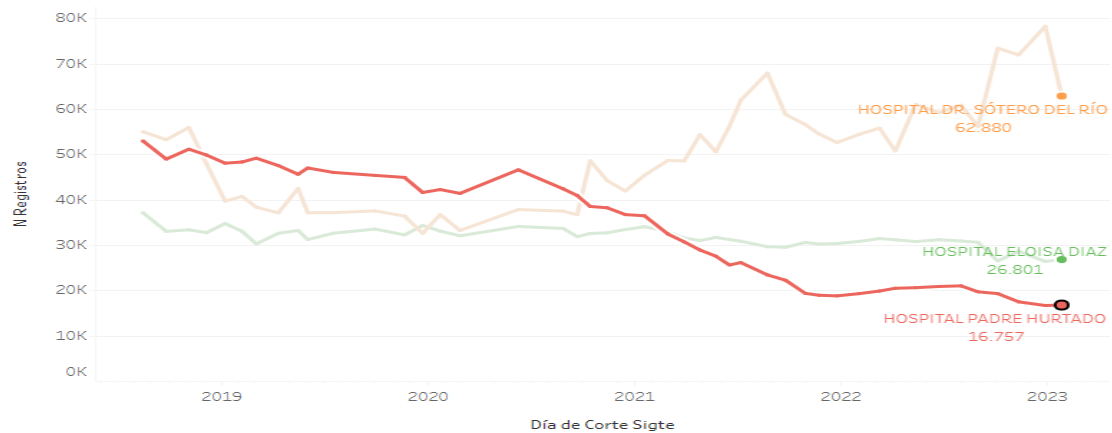
Medida estadística	2020	2023
Total, de casos en espera	36.721	15.515
Promedio días espera	808	224
Mediana días espera	633	163

LISTA DE ESPERA HISTÓRICA SIGTE



Fuente: Reporte Dpto. Salud Digital SSMSO

LISTA DE ESPERA HISTÓRICA SIGTE



Fuente: Reporte Dpto. Salud Digital SSMSO

1.5 Lista de Espera CNE: Variación Total de Interconsultas por Especialidad



Fuente: Tableau CR Atención Ambulatoria

[https://public.tableau.com/app/profile/estadistica.hph/viz/ListadeEsperaCNE\\_16522847927640/ListadeEsperaCNE](https://public.tableau.com/app/profile/estadistica.hph/viz/ListadeEsperaCNE_16522847927640/ListadeEsperaCNE)

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Disminuir los tiempos de espera en lista de espera no GES a menos de 180 días de espera en mediana

### Metodología utilizada

Se realiza un abordaje integral para el manejo de lista de espera no GES de consulta nueva de especialidad con estrategias que abordan 5 ejes:

- 1. Programación y agenda:** Programación en función de demanda de las distintas actividades que se realizan en cada especialidad favoreciendo la actividad ambulatoria en horarios con disponibilidad de box. Apertura de agenda en función de programación, se realiza visación de cada agenda para asegurar cumplimiento de programación. Citación de cupos de CNE según sistema de categorización-priorización basado en nivel de urgencia clínica y antigüedad en lista de espera de cada caso.
- 2. Control de la demanda:** Establecer método de categorización-priorización de interconsultas que permita identificar casos que requieren atención urgente de los que pueden quedar en espera, además, la metodología permite verificar a través de una revisión clínico administrativa de los casos la pertinencia según protocolos de derivación. Uso de telemedicina Asincrónica como herramienta de resolución de lista de espera para casos de baja prioridad y complejidad. Capacitación permanente a médicos contralores APS en jornadas mensuales para difundir protocolos de derivación, capacitar en relación a patologías recurrentes y fomentar el trabajo activo en red de forma cohesionada para la resolución de casos.
- 3. Contactabilidad:** Implementación de contact center para recordatorio de cita y consulta de lista de espera, rescate domiciliario de casos que no han sido contactables vía telefónica, envío de correo certificado a domicilio a casos que no han sido contactables vía telefónica. Se decide externalizar visitas domiciliarias (COMGES) (1000 visitas resultado de contact. center) dado que resulta más costo-efectivo que realizarlo en el mismo centro con su recurso humano disponible.
- 4. Actualización,** análisis y seguimiento de casos en lista de espera.
- 5. Jornadas de resolución** extraordinaria tanto con médicos staff como externos.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la experiencia 2020 a la fecha.

Presentación formal en consejo técnico marzo 2021, de las estrategias implementadas para resolución de lista de espera

Lista de espera  
HPH/COMGES  
Consejo técnico  
Marzo -2021

Extracto PPT presentación equipo  
directivo CRS Ambulatorio.

### Principales resultados

#### Año 2022

#### Total Egresos según Causal de Salida

Atención Realizada	24.639	72,77%
Atención otorgada en el extra sistema	298	0,88%
Cambio de Asegurador	60	0,18%
Renuncia o Rechazo Voluntario	1.624	4,80%
Recuperación Espontánea	124	0,37%
Inasistencias	1.169	3,45%
Fallecimiento	842	2,49%
Contacto no corresponde	3.248	9,59%
No Pertinencia	1.065	3,15%
Error de Digitación	309	0,91%
Atención por Telemedicina	442	1,31%
Modificación de la condición clínico- diagnóstica..	41	0,12%
<b>TOTAL</b>	<b>33.861</b>	

#### Año 2023

#### Total Egresos según Causal de Salida

Atención Realizada	16.479	82,08%
Atención otorgada en el extra sistema	123	0,61%
Cambio de Asegurador	26	0,13%
Renuncia o Rechazo Voluntario	840	4,18%
Recuperación Espontánea	42	0,21%
Inasistencias	713	3,55%
Fallecimiento	310	1,54%
Solicitud de Indicación Duplicada	60	0,30%
Contacto no corresponde	1.146	5,71%
No Pertinencia	208	1,04%
Error de Digitación	79	0,39%
Atención por Telemedicina	2	0,01%
Modificación de la condición clínico- diagnóstica..	48	0,24%
<b>TOTAL</b>	<b>20.076</b>	

Fuente: Tableau CR Atención Ambulatoria

[https://public.tableau.com/app/profile/estadistica.hph/viz/ListadeEsperaCNE\\_16522847927640/ListadeEsperaCNE](https://public.tableau.com/app/profile/estadistica.hph/viz/ListadeEsperaCNE_16522847927640/ListadeEsperaCNE)

Se observa que además de la reducción de tiempos de espera, existe un aumento en los egresos por causal de atención realizada, por lo tanto, el impacto no sólo es en número, si no, también en la resolución efectiva del problema que presentan los usuarios.

¿Qué evidencias avalan los resultados?

Indicador de tiempos de espera BSC	2020	2021	2022	2023
Línea base	783	783	557	250
Resultado Obtenido	795	557	334	151
Puntaje Obtenido	0	4	4	4

Fuente SISQ-MINSAL BSC.

### 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Contar con personal motivado con lograr alcanzar los objetivos estratégicos planteados por el equipo directivo. Contar con equipo multidisciplinario tanto de profesionales médicos como no médicos y potenciar sus capacidades y fortalezas alineadas al cumplimiento de objetivos. Contar con el respaldo directivo suficiente para poder implementar estrategias multinivel.

#### Actores y sus roles

**Directivos:** difundir claramente los objetivos estratégicos de la institución y alinear a los distintos departamentos en propiciar la reducción de tiempos de espera. Otorgar facilidades de contratación de personal de apoyo a la gestión de la demanda dado que el hospital no cuenta con este departamento.

**Equipo Gestor profesionales multidisciplinarios:** realizar análisis y diagnóstico de situación inicial para identificar procesos, actividades, nodos críticos, insumos y productos. Planificar estrategias de mejora a corto, mediano y largo plazo en distintas líneas programáticas utilizando metodología de gestión por procesos que garantice eficiencia hospitalaria.

**Equipo Operativo:** profesionales no médicos y administrativos: encargados de ejecutar las estrategias, pesquisar problemas y proponer mejoras que permitan optimizar los procesos y alcanzar los objetivos definidos.

#### Recursos movilizados

Recurso humano de Dirección CRS y apoyo en contratación de 4 funcionarios al equipo operativo. Ley 18.834, Ley 19.664 y contratación honorarios.

#### Aspectos a fortalecer

Estandarizar la metodología como eje central del proceso de gestión de la demanda y potenciar el valor agregado de la alta resolutivez en la primera consulta lo que permite una toma de decisiones con mayores antecedentes y disminuir la necesidad de controles en lo sucesivo.

#### Aspectos a mejorar

La principal limitante se asocia a los recursos que disponemos de los servicios de apoyo, en este sentido es necesario sumarlos a la estrategia, así se alcanzaría el máximo potencial. Otro aspecto a mejorar es afinar el modelaje de procesos.

#### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Sponsor directivo
2. Identificar, ordenar y modelar los procesos que intervienen en la resolución de gestión de demanda.
3. Equipo competente y comprometido con las estrategias

#### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

- Regularizar personal contratado a honorarios y asegurar la permanencia de los equipos de trabajo
- Ampliar la alta resolutivez al total de las especialidades en resolución de LE CNE No GES.
- Utilizar el modelo para la gestión de demanda en general, no solo lista de espera no GES



#### 4 - Equipo responsable/gestores

**Nombre de la institución**

Hospital Padre Alberto Hurtado

**Servicio de Salud**

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

**Comuna**

San Ramón

**Teléfono**

222086

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Hospital Padre Alberto Hurtado

**Sitio web, blog, Facebook o Instagram**

[www.hph.cl](http://www.hph.cl) , <https://instagram.com/hospitalpadrehurtado>

**Fotografía(s) o videos**

Reportaje Listas de Espera T13 06/05/2023 “Listas de espera continúan al alza: el drama de miles que esperan un año por atención médica”:

[https://youtu.be/NzqyyEohgzQ?si=BxkEiwM3JwAh\\_Qcm](https://youtu.be/NzqyyEohgzQ?si=BxkEiwM3JwAh_Qcm)

Reportaje Instagram hospital padre hurtado: 01/06/2023:

<https://www.instagram.com/reel/igshid=MzRIODBiNWFIZA==>

Boletín Hospital Padre Hurtado N°

**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto**

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

**Nombre**

Solange Lopez Fica

**Cargo**

Matrona jefa (S) CR Atención Ambulatoria Hospital Padre Alberto Hurtado

**Teléfono**

+56997829063

**Correo electrónico**

slopez@hurtadohosp.cl

### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Lorna Luco Canales	Médico Internista	Hospital Padre Alberto Hurtado	Impulsora del proyecto (actualmente en retiro)
Constanza Cortes Messina	Médico Familiar	Hospital Padre Alberto Hurtado	Sostenedora del proyecto (actualmente en retiro)
Solange López Fica	Matrona	Hospital Padre Alberto Hurtado	Gestora del proyecto
Fernanda Mora Muñoz	Enfermera	Hospital Padre Alberto Hurtado	Gestora del proyecto
Ramón Cornejo Bernales	Ingeniero Civil Industrial	Hospital Padre Alberto Hurtado	Referente TICS
Susana Canales Quevedo	Enfermera	Hospital Padre Alberto Hurtado	Coordinadora Profesionales
Gabriela Pávez Faundez	Enfermera	Hospital Padre Alberto Hurtado	Gestora Agendamiento
Romina Irarrazabal	Médico Familiar	Hospital Padre Alberto Hurtado	Supervisión de Operación de procesos

Además del apoyo de todos los profesionales no médicos de CR Atención Ambulatoria, equipos de agendamiento y equipo operativo del proyecto, También se agradece el apoyo del Laboratorio de Innovación Pública (LIP) Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo.

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Modelo de Trabajo de Lista de Espera no GES: Abordaje Integral

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Gestión de la demanda.

## Objetivos del plan de mejora

Reducción en tiempos de espera, aumento del porcentaje de egreso por atención realizada.

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Actualización de lista de espera.	N° de casos actualizados/ N° total de casos en Lista de espera	SIGTE	Semanal	Sueldo RRHH.	\$1329000 profesional. \$529624 personal administrativo. Total\$3.117.248
Revisión de agendas en relación a programación	N° de agendas revisadas/N° total de agendas abiertas	Reporte local de agendas/plataforma de programación SSMSO	Mensual	Sin gastos extras, RRHH dotación hospital.	Sin gastos extras, RRHH dotación hospital.
Categorización al 100% de las interconsultas recibidas	N° de derivaciones categorizadas/ N° total de derivaciones recibidas	SIDRA/CUD/PULSO	Diario	Sin gastos extras, RRHH dotación hospital.	Sin gastos extras, RRHH dotación hospital.
Recordatorio al 90% de las citas de ingreso a especialidad	N° de citas contactadas ingreso/N° total de citas de ingreso	Reporte local de agenda/reporte NSP REM A07. Reporte de empresa de citas recordadas.	Diario	Sin gasto actual en periodo de prueba gratis	Sin gasto actual en periodo de prueba gratis (gasto aprox. \$3.000.000)
Rescate domiciliario al 100% de los usuarios en lista de espera para CNE no contactable vía telefónica, meta COMGES	N° de rescates domiciliarios a usuarios CNE COMGES/ N° total de usuarios CNE COMGES	SIGTE/ reporte local de empresa	Mensual	Compra de Servicio de	\$ 3450 por visita de rescate  Total \$3.450.000.
Realización de jornadas de resolución extraordinaria de lista de espera CNE	N° de policlínicos realizados CNE/ N° de policlínicos programados CNE	Reporte local de agenda. Reporte programa 33.000 hrs	Mensual	Compra de servicio programa 33.000 hrs. Presupuesto Hospital Padre Hurtado	Consulta médica programa 33.000 hrs \$20.542.756. mensual. Apoyo equipo no médico \$1.220.000 mensual Total: \$21.762.756



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## IV. Teleortodoncia, CRS-Hospital Provincia Cordillera - Puente Alto/ Hospital Digital

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Ambulatorio

#### Nombre de la Buena Práctica

Teleortodoncia CRS-Hospital Provincia Cordillera - Puente Alto / Hospital Digital

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Teleortodoncia, acortando tiempos de espera y mejorando pertinencia.

#### Resultado valioso

Permite llevar los ojos del especialista a la APS y dar respuesta respecto a pertinencia, prioridad del caso e incluso dar indicaciones para maniobras que resuelvan el caso en APS ayuden a la evolución de la dentición del caso como es la ortodoncia preventiva interceptiva.

Esta estrategia fue implementada en 2021 en SSMSO, en CRS HP Cordillera. La plataforma y todos los campos que allí se solicitan para ortodoncia fueron trabajadas desde noviembre 2020 por ortodoncista de CRS.

#### Destinatarios (público objetivo)

Usuarios de 2 a 14 años aproximadamente, público objetivo de ortodoncia en la red pública de salud. También hay casos de mayor edad en que las anomalías dentomaxilares (ADM) no son pesquisados a tiempo o bien, no correctamente derivados. Los usuarios pertenecen a los centros. Karol Wojtyla, San Gerónimo, Raúl Silva Henríquez, Alejandro del Río Y Vista Hermosa de la comuna de Puente Alto.

#### Problema a abordar

Tiempo de espera para primera consulta superior a 2 años para que ortodoncista de nivel secundario evalúe el caso en primera consulta. Ahora, con Teleortodoncia, el caso es revisado en un plazo de 7 días aproximadamente a través de 10 fotos y una radiografía panorámica y subida a plataforma de Hospital Digital por dentista de APS en una primera cita. Luego, el especialista en atención secundaria la revisa y le da respuesta a dentista APS a través de la misma plataforma, quién a su vez cita e informa a usuario y apoderado en una segunda cita si su caso es pertinente para la especialidad y el tiempo aproximado de espera de acuerdo a la gravedad de su cuadro o a su estado de maduración.

## Fundamentación

La gran demanda asociada a las anomalías dentomaxilofaciales, hace necesario extremar la aplicación del protocolo de referencia y contrareferencia de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial. De esta manera se busca dar mayor cobertura a los casos más severos de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

Además de la pertinencia, es importante en esta especialidad, dar prioridad a los casos que son derivados y su cuadro puede convertirse en casos de mayor severidad y con peor pronóstico de no ser tratados con prontitud, por ejemplo, un diente incluido con riesgo de producir rizólisis radicular de otro diente vecino. Al ser espectador de tiempos de espera extremadamente largos (2 años o más) y ver la reacción de los usuarios que esperan más de 2 años, (Hay servicios de salud en que los tiempos de espera pueden alcanzar los 5 años) para recién ser evaluados por especialista genera la necesidad de buscar un cambio en este sentido. Durante el largo periodo de incertidumbre (El usuario no sabe si será llamado del nivel secundario), el cuadro clínico puede empeorar o bien después de 2 años de espera se les informa que su caso no es pertinente para ser atendido por nivel secundario, lo que genera frustración y decepción de las personas en relación a la cobertura del servicio público para las ADM.

## Justificación de por qué es una Buena Práctica (BP)

Incorpora el principio de la Salud digital – Disminuye el tiempos de espera respecto a la anomalía y el futuro del tratamiento, si bien no se inició el tratamiento propiamente tal, el usuario sabe cuánto tiempo aproximadamente deberá esperar, y además tiene información clara y precisa respecto de su anomalía dentomaxilofacial.

Por otro lado permite visualizar los casos más severos y que deben ser atendidos con prioridad en el servicio público, evitando que en el futuro los casos aumenten en severidad, empeorando el diagnóstico, alargando la duración del tratamiento, afectando aspectos psicológicos del o la usuaria y perpetuando la duración de los tratamientos en los servicios de ortodoncia con la consecuente entrecimiento en la entrada de nuevos pacientes al servicio de ortodoncia, tensando entonces las listas de espera.

## Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
x	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
x	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
x	Proceso de Referencia en Red

## Población participante o beneficiaria de la experiencia

Usuarios de 2 a 14 años aproximadamente, público objetivo de ortodoncia en la red pública de salud. También hay casos de mayor edad en que los que la red falla de alguna manera y no son pesquisados a tiempo o bien son derivados, pero no son contactados desde nivel secundario por diversos motivos.

## Población beneficiaria total del programa o estrategia

663 usuarios revisados por teleortodoncia desde 13/09/2021.  
153 usuarios han sido ingresados presencialmente como primera consulta. Se adjuntan planilla excel y lámina con rendimiento por servicio.

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Aumentar pertinencia de casos derivados a ortodoncia, derivados desde APS.  
Acortar tiempos de espera para primera evaluación y e inicio de tratamiento en casos prioritarios.

### Metodología utilizada

- ✓ En APS, dentistas toman fotografías intra y extraorales y antecedentes.
- ✓ Dichas fotos y antecedentes son subidos a plataforma HP creada para Teleortodoncia.
- ✓ El especialista en ortodoncia, desde nivel secundario revisa este está en HD, consigna diagnósticos, tratamiento, pertinencia etc.
- ✓ En APS, se informa a los usuarios del resultado de esta evaluación, en un plazo de 7 días aproximadamente.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la experiencia 13/09/2021. Se adjunta primera IC.  
Identifique fecha de inicio de la buena práctica. Adjunte respaldo que avale dicha fecha; ej. Resolución aprobatoria, plan de trabajo aprobado, memorándum interno, etc.

### Principales resultados

663 usuarios revisados por teleortodoncia desde 13/09/2021.  
153 usuarios han sido ingresados presencialmente como primera consulta. Se adjuntan planilla excel y lámina con número de IC por servicio.

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

### Actores y sus roles

- ✓ Hospital Digital, creación de plataforma de HD
- ✓ Ortodoncista, creación de contenido (Ficha técnica de Ortodoncia para plataforma HD.) y revisión de los casos a nivel secundario.
- ✓ Dentistas de APS, quienes generan las IC en la red APS.

### Recursos movilizados

- ✓ Plataforma existía creada por HD y al generar contacto entre ortodoncista de CRS HP cordillera y HS, se creó la plataforma Teleortodoncia.
- ✓ El dentista de APS, genera los casos dentro de su horario de trabajo.
- ✓ El ortodoncista de CRS, contesta los casos en su horario laboral, por lo que no hay remuneración ni recursos extras.
- ✓ La fuente de los recursos, a HD y APS y CRS, pues corresponde al equipo de HD, ortodoncista de CRS HP Cordillera y dentistas de APS, quienes en jornada laboral atienden a esta estrategia.

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Poder implementar esta estrategia en más servicios de salud.
- ✓ Mejorar en aspectos como integración entre HD y programa de registro clínico de CRS, que actualmente no están en línea.

### Aspectos a mejorar

- ✓ Informar en APS de el objetivo de la estrategia de manera sistematizada (un video) dónde se deje claro que no implica que se saltaran la LE.
- ✓ Abordar revisión mediante esta estrategia de LE más antigua.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Dentista de APS y Ortodoncista altamente motivados.
2. Plataforma HD
3. Equipo celular con cámara adecuada y separadores de labios.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Considero que reúne criterios de sostenibilidad ya que permite mejorar condiciones actuales respecto al abordaje y ruta del paciente en la especialidad. Permite además sin grandes recursos asociados, mejorar conocimientos a equipos de APS en cuento a la aplicación del protocolo de R y CR de esta especialidad.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital digital  
CRS -Hospital Provincia Cordillera / Hospital digital

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

Puente Alto

### Teléfono

226123143 - 223143 Red Minsal

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

C. San Gerónimo, C. Karol Wojtyla, C. Raul Silva Henriquez, C. Alejandro del Rio, C. Vista hermosa

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

[www.hospitaldigital.cl](http://www.hospitaldigital.cl)

### Fotografía(s) o videos





**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto**

**Nombre**

Erwin Scholtz

**Cargo**

Ortodoncista/Encargado Salud Digital CRS -Hospital Provincia Cordillera.

**Teléfono**

+56968487075

**Correo electrónico**

Escholtz@hpcordillera.cl

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y Apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Erwin Scholtz	Ortodoncista	CRS -Hospital Provincia Cordillera	
Hospital Digital			



## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Teleortodoncia CRS -Hospital Provincia Cordillera -Puente Alto / Hospital Digital

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

- ✓ En APS, mejorar los registros, realizar más capacitaciones para mejorar toma de fotografías, aumentar cantidad de separadores de labios, retractor lingual, espejo intraoral y equipo celular para la mejora de registros fotográficos.
- ✓ Además, realizar videos explicativos y educativos para instruir a los usuarios respecto a esta plataforma y su alcance.

### Objetivos del plan de mejora

Actividades propuestas	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Educación en APS en el registro de fotos.	1 er semestre 2024		Sin costo
Compra de separadores, retractores linguales, y equipo celular para toma de registros	1 er semestre 2024	25 pares retractor mejillas 25 retractor de labio 25 espejos intraorales 5 equipos celulares	
Implementar videos educativos para estandarizar la entrega de información de los alcances y objetivos de esta estrategia.	1 er semestre 2024		1.000.000 aprox.  Sin costo

## **7. Procesos Quirúrgicos**



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## I. Confección de tabla quirúrgica Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso quirúrgico

#### Nombre de la Buena Práctica

Confección de tabla quirúrgica Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Elaboración participativa de tabla quirúrgica.

#### Resultado valioso

Transversalización de la información, ocupación 100 % de los bloques quirúrgicos, interacción entre estamentos y especialidades, permite priorizar según la disponibilidad la resolución de lista de espera.

#### Destinatarios (público objetivo)

Pacientes con indicación quirúrgica.

#### Problema a abordar

Hace años no existía la reunión de tabla, la programación de pabellones se realizaba a través del correo institucional y secretaria de pabellón confeccionaba la tabla en base a los correos. Lo que provocaba que muchas veces quedaban bloques quirúrgicos desocupados (contando con pabellones en trabajo). Las especialidades programaban a puertas cerradas los pabellones Asignados y muchas veces no se visualizaban las problemáticas como hospital. Los pacientes de lista de espera no eran considerados ni visualizados en esta programación. Los pacientes hospitalizados en ocasiones no eran llevados oportunamente a pabellón porque no recibieron la tabla definitiva que llegaba a un correo en particular.

#### Fundamentación

2013 comenzamos a realizar las reuniones diarias de tabla, para gestionar de mejor forma el recurso quirófono disponible, los cuales estaban siendo subutilizados.

#### Justificación de por qué es una Buena Práctica (BP)

Se genera la tabla en conjunto con el equipo quirúrgico, de acuerdo a la propuesta y a la disponibilidad de recursos, de tal modo de anteponerse ante situaciones no planificadas, evitando así la pérdida de horas quirófono disponible ya que es un recurso caro y escaso.

#### Agrupación temática de la Práctica

	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
<b>X</b>	<b>Proceso quirúrgico</b>
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

**Población participante o beneficiaria de la experiencia**

Pacientes hospitalizados con indicación quirúrgica, pacientes Ges y no Ges con indicación quirúrgica

**Población beneficiaria total del programa o estrategia**

Entre 9.000 y 10.000 pacientes

**2 - Desarrollo de la buena práctica****Objetivos planteados**

- ✓ Transversalización de la información.
- ✓ Ocupación 100 % de los bloques quirúrgicos.
- ✓ Interacción entre estamentos y especialidades.
- ✓ Priorizar según la disponibilidad la resolución de lista de espera.
- ✓ Contar con tabla en línea.
- ✓ Disminuir % la suspensión de tabla por causales gestionables.

**Metodología utilizada**

Programación con 48 horas de anticipación de la tabla en conjunto a los equipos quirúrgicos, revisando pacientes en estado programables y pacientes hospitalizados en espera de intervención quirúrgica en bloques quirúrgicos asignados, se levantan los requerimientos de equipos e insumos para cada cirugía a programar.

Se consolida esta información en formulario ad hoc señalando el horario de cada cirugía, los que se presentan en reunión de tabla que convoca diariamente el jefe de pabellones.

En dicha reunión se verifica la disponibilidad según requerimiento de todos los equipos que participan en el día a analizar (traumatología, urología, neurocirugía y cirugía adulto), se asignan los quirófanos, se entregan las solicitudes de recetas para insumos especiales quedando registrada como tabla no definitiva, se procede posteriormente a llamar a los pacientes entregando las indicaciones y confirmando disponibilidad y Asistencia. 24 horas antes en la reunión diaria de tabla se confirma la programación realizada el día anterior.

Durante la tarde de ese día se realiza la reconfirmación para el día siguiente, aclarando dudas de paciente. Quedando la tabla publicada y disponible en línea para todas las unidades de hospitalización.

**Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Fecha de inicio de la experiencia: del 2013 a la fecha

Identifique fecha de inicio de la buena práctica. Adjunte respaldo que avale dicha fecha; ej. Resolución aprobatoria, plan de trabajo aprobado, memorándum interno, etc.

S/C: SALA CAMA	SL: SALA	ER: EQUIPO RAYOS
EPA: EVALUACION PREANESTESICA	UPCI: UPC INTENSIVO	MO: MESA ORTOPEDICA
LEP: LISTA ESPERA PRESIDENCIAL	UPCI: UPC INTERMEDIO	TL: TORRE LAPAROSCOPICA
CON: CONDICIONAL	OTR: OTRO	BS: BANCO SANGRE
SUS: SUSPENDIDA	SP: SALA PREALTA	BC: BIOPSIA CONTEMPORANEA
	COR: CORONARIA	L.G: LIGASURE
	DOM: DOMICILIO	

TABLA DE OPERACIONES

PABELLON CENTRAL 29/08/2013 NO DEFINITIVA

EQ	Pab	Hora	RUT	Paciente	S/C	Edad	Diagnóstico	Cirugía	Cirujano 1	Equipo	Insumos	Cond	Anestesia	Requerimientos	Alergias / Otros Req.
MAX	0	10:00	19161651-0	PATRICIO ALEJANDRO TAPIA MATAMALA	-	28a 2m 24d	CON OSTEOSINTEISIS MULTIPLE/OSTEOTOMIAS SOBRE	reduccion y ots a placa	Rodrigo Jorge Goya Lizana		t.blandos,duros,motor,placas,tornillos (TRAUMA SERVICE),alambres.	NO	General Inhalatoria	SP	
CIG	4	00:00	12897827-5	ANA LUISA VIVALLO SAN MARTIN	-	48a 2m 9d	CA MAMA DERECHA OP.	CAMAMA DERECHA	Armando Gonzalo Riquiez Cuadra	CIRUJANO 2: gonzalo gomez corona ANESTESISTA: Alvaro Hernan Becker Cardenas ENFERMERA(O): Leticia Jacqueline Parraga Muñoz ARSENALERA(O): Leslie Alejandra Berrios Muñoz PABELLONERA(O): Damiris Andrea Carreño Ramirez TEC. ANEST: Jonathan Otarola Olgun TEC. AUX: APOYO: Juan Rodriguez Morales		NO	General Inhalatoria		
TRA	5	00:00	19421393-K	CONSTANZA JAVIERA MORA RIVAS	1-94	27a 2m 6d	FX. ROTULA	OTS DE ROTULA	Sebastian Irrarrazaval Dominguez	CIRUJANO 2: Jaime Ignacio Bernal Ruiz ANESTESISTA: Natalia Andrea Perez Bello ARSENALERA(O): Bernardita Del Rosario Segura Diaz PABELLONERA(O): Valeria Valeria Michea Ferreira TEC. ANEST: Margarita Del Tránsito Ulloa Muñoz		NO	Regional Espinal sedación	con ER, SL	
TRA	10	00:00	3813226-2	MARIA ELENA SOLIS DE OVANDO FRANCO	1-101	63a 0m 23d	FX. RADIO DISTAL	OTS DE RADIO DISTAL	PHILIPP ANDRES ANWANDTER BSKHAUS	CIRUJANO 2: Paula Alejandra Pino Pommer ANESTESISTA: Fernando Zurita Delgado ARSENALERA(O): Maritza Isabel Estrada Villagran PABELLONERA(O): Jennifer Vanessa Vergara Acosta TEC. ANEST: Angelica Quintana Figueroa		NO	Regional Espinal sedación	sin ER, SL	
TRA	10	00:00	14362849-3	PEDRO ALAN MUÑOZ PUEBLA	1-79	42a 6m 8d	Fractura de radio	NEURORRAFIA NERVIOS CUBITAL C/INJERTO SURALT	PHILIPP ANDRES ANWANDTER BSKHAUS	CIRUJANO 2: Paula Alejandra Pino Pommer		NO	Regional Espinal sedación	sin SP	
TRA	12	00:00	3187035-6	ADELA ROSA SILVA GONZALEZ	3-2	87a 3m 9d	FX. DE HOMBRO	OTS DE HOMBRO	Gonzalo Andres Kameid Zapata	CIRUJANO 2: Jaime Ignacio Bernal Ruiz ANESTESISTA: Natalia Andrea Perez Bello ARSENALERA(O): Valeria Valeria Michea Ferreira PABELLONERA(O): Bernardita Del Rosario Segura Diaz TEC. ANEST: Margarita Del Tránsito Ulloa Muñoz		NO	Regional Espinal sedación	sin ER, SL	
MAX	12	08:00	18676643-1	MARCELO PATRICIO ESPINOZA OLEA	-	46a 0m 17d	fx arco cigomatico	reduccion y ots. a placa	Eugenio Francisco Baez Rivas	ANESTESISTA: Maria de los Angeles Oñate Prieto ARSENALERA(O): Maria Elena Urzua Muñoz PABELLONERA(O): Elizabeth Magdalena Araya Novoa TEC. ANEST: Ingrid Fabiola Zarate Garcia	t.blandos,duros.	NO	General Inhalatoria	SP	

Principales resultados

- ✓ Incremento en el número de cirugías.
- ✓ Disminución de las suspensiones por causas gestionables.
- ✓ Visibilizar a toda la institución la programación de tabla en los diferentes quirófanos.

3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Si es absolutamente replicable a cualquier institución.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

Involucrar a los jefes de especialidades y compromiso de los cirujanos de programación con 48 horas de anticipación.

Actores y sus roles

Los participantes en esta reunión diaria son:

- ✓ **Jefatura médica de pabellón:** Dirige la reunión, recibe las solicitudes de programación, confirma la tabla programada y en programación.
- ✓ **Jefatura de anestesia:** Confirma la disponibilidad de anestesistas para los pabellones programados
- ✓ **Enfermera Jefa de área de pabellón:** Verifica la disponibilidad de personal e infraestructura
- ✓ **Enfermero encargado de equipamiento pabellón:** Confirma la disponibilidad de los equipos solicitado por los equipos quirúrgicos
- ✓ **Enfermero encargado de insumos pabellón:** Confirma la disponibilidad de insumos solicitados en la programación.
- ✓ **Referentes de Unidad pre quirúrgica:** Presentan la tabla propuesta con pacientes programables
- ✓ **Jefes médicos de cada especialidad** con bloque de pabellones asignados el día de programación: Justifican las solicitudes de pabellón según bloque asignado.
- ✓ **Referente de gestión de camas:** Evalúa la disponibilidad de cama para la salida de estos pacientes
- ✓ **Referente de esterilización:** toma nota de los requerimientos especiales
- ✓ **Referente de Unidad de control de gestión:** Informa rendimientos, suspensiones y pacientes ges en espera.

### Recursos movilizados

La fuente de recursos en los inicios fue la destinación de personal de cirugía adulto para la gestión de paciente pre quirúrgico

### Aspectos a fortalecer

Continuar automatizando el proceso quirúrgico (Red IQ), coordinación con el equipo de gestión de la demanda

### Aspectos a mejorar

La disponibilidad de insumos y equipamientos se verifique y confirme con 48 horas de anticipación.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Involucrar a los jefes de especialidades
2. Compromiso de los cirujanos de programación con 48 horas de anticipación.
3. Registro de gestiones realizadas por el equipo pre quirúrgico en la preparación programación y confirmación de los pacientes.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Ha sido una experiencia exitosa en las especialidades involucradas, lo cual se evidencia en los quirófanos que no programan de esta forma reflejado en el porcentaje de suspensión por causas gestionables. A partir de agosto de este año se incorporan las especialidades de oftalmología, ginecología, otorrino y pediatría en esta misma modalidad.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

Puente Alto

### Teléfono

225762234

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

[www.hospitalsoterodelrio.cl](http://www.hospitalsoterodelrio.cl)

### Fotografía(s) o videos



### Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

### Nombre

Karina Gallardo Bravo

### Cargo

Enfermera Jefa de Unidad pre quirúrgica

### Teléfono

225762234 - 9976985137

### Correo electrónico

[kgallardo@ssmsso.cl](mailto:kgallardo@ssmsso.cl)

### Integrantes de la experiencia

Cargo	Institución	Rol en la iniciativa
Jefatura médica de pabellón	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	
Jefatura de anestesia		Dirige la reunión, recibe las solicitudes de programación, confirma la tabla programada y en programación.
Enfermera Jefa de área de pabellón		Confirma la disponibilidad de anestesistas para los pabellones programados
Enfermero encargado de equipamiento pabellón		Verifica la disponibilidad de personal e infraestructura
Enfermero encargado de insumos pabellón		Confirma la disponibilidad de los equipos solicitado por los equipos quirúrgicos
Referentes de Unidad pre quirúrgica		Confirma la disponibilidad de insumos solicitados en la programación.
Jefes médicos de cada especialidad con bloque de pabellones asignados		Presentan la tabla propuesta con pacientes programables
Referente de gestión de camas		Justifican las solicitudes de pabellón según bloque Asignado.
Referente de esterilización		Evalúa la disponibilidad de cama para la salida de estos pacientes

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

Nombre de la buena práctica

Elaboración participativa de tabla quirúrgica

Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

No definido aún

Objetivos del plan de mejora

No definido aún





SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## II. Rol de Enfermería en la Optimización del Proceso Quirúrgico

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso Quirúrgico

#### Nombre de la Buena Práctica

Rol de Enfermería en la Optimización del Proceso Quirúrgico

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Mejora en los tiempos de inicio de Pabellón

#### Resultado valioso

Optimización de las horas de uso de pabellón

#### Destinatarios (público objetivo)

Enfermeras, TENS y Auxiliares de pabellón

#### Problema a abordar

La pérdida de horas operativas del pabellón

#### Fundamentación

Con la revisión constante de los indicadores de productividad del servicio, en las que se evidencia que los atrasos de primera hora significan más de 10 horas semanales en pérdida.

#### Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)

- ✓ Ya que al mejorar los factores que afectan el atraso de inicio de pabellones, se pueden contemplar una mayor productividad.
- ✓ Sostenible: Es una práctica que requiere de supervisión directa, y cuyos costos asociados son los propios del servicio.

#### Agrupación temática de la Práctica

	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
X	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

#### Población participante o beneficiaria de la experiencia

**Enfermeros:** empoderamiento de su rol, actores fundamentales de la optimización de tiempos entre cirugías.

**TENS:** capacitaciones

**Población beneficiaria:** usuarios con cirugías programadas, equipos médicos que realizan actividades quirúrgicas en pabellón Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

**Usuario interno:** equipos quirúrgicos  
**Usuario externo:** pacientes quirúrgicos

Adjuntar medios de verificación que avalen cantidad de población beneficiaria o participante de la experiencia (actas, listas de asistencia, estadísticas de atención, u otras pertinentes)

- ✓ Tabla quirúrgica realizada con horarios de ingreso diario por cada pabellón.
- ✓ N° horas pedidas de pabellón por causa de personal de enfermería o deficiente preparación del quirófano.

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

**Objetivo General:** *Desarrollar estrategias desde la gestión de Enfermería tendientes a fomentar una ocupación máxima del quirófano, con procesos de excelencia operacional, seguros y de calidad, con el mayor grado de satisfacción del paciente y uso racional de los recursos.*

### Objetivos específicos

Potenciar el RRHH, para contar con personal altamente capacitado que pueda realizar múltiples actividades en el pabellón.

Disminuir las horas perdidas de inicio de pabellón relacionadas con preparación del quirófano o ausencias del personal.

### Metodología utilizada

- ✓ Capacitación personal.
- ✓ Análisis semanal de causas de atraso de pabellón
- ✓ Implementación libro entrega / recepción de pabellones
- ✓ Revisión diaria de quirófanos en horario AM

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Desde abril 2023

### Principales resultados

- ✓ Se ha evidenciado un menor número de atrasos relacionados con preparación de pabellón con respecto a año 2022.
- ✓ Disminución de suspensiones por causa de personal de enfermería con respecto a año 2022

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

### Actores y sus roles

- ✓ Enfermera Supervisora Pabellón: Creación/implementación libro recepción / entrega pabellón. Supervisión cumplimiento// Designación de TENS para capacitarse en anestesia
- ✓ Enfermeras Gestoras: recepción/ revisión de pabellones AM
- ✓ Enfermeras clínicas pabellón: revisión de pabellones AM, entrega de pabellones PM operativos
- ✓ Enfermeros turno: encargados de supervisar la preparación de pabellones para jornada hábil siguiente.
- ✓ Ing. Biomédico: envío diario de equipos solicitados por cada pabellón
- ✓ TENS pabellón Central: participación y aprobación de curso de anestesia SSMSO

**Recursos movilizados**

- ✓ Libros por cada pabellón
- ✓ Curso capacitación de TENS Anestesia: recursos Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, departamento capacitación

**Aspectos a fortalecer**

- ✓ Contar con TENS multifuncionales
- ✓ Mejorar el horario de inicio de pabellones

**Aspectos a mejorar**

Puntualidad del personal médico y de enfermería

**Recomendaciones para replicar: Aprendizajes**

1. Capacitación del personal Técnico
2. Implementación libros recepción / entrega
3. Entrega de distribución de equipos por Ing. Biomédico

**Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)**

La experiencia cuenta con proyección, ya que se basa en el mejor uso de los recursos con los que ya cuenta el servicio de Pabellón Central.

Sostenibilidad que va encausada a mejorar las prácticas del personal, y mejorar de manera permanente la disciplina, orden, estructura en el desarrollo del trabajo de los distintos actores.

La capacitación del personal, permitirá contar de manera permanente con técnicos multifuncionales, que podrán suplir distintos roles y de esta manera disminuir suspensiones por falta de personal y los atrasos de pabellón por personal que no alcanza a llegar en el horario.

**4 - Equipo responsable/gestores****Nombre de la institución**

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Servicio de Salud**

SSMSO

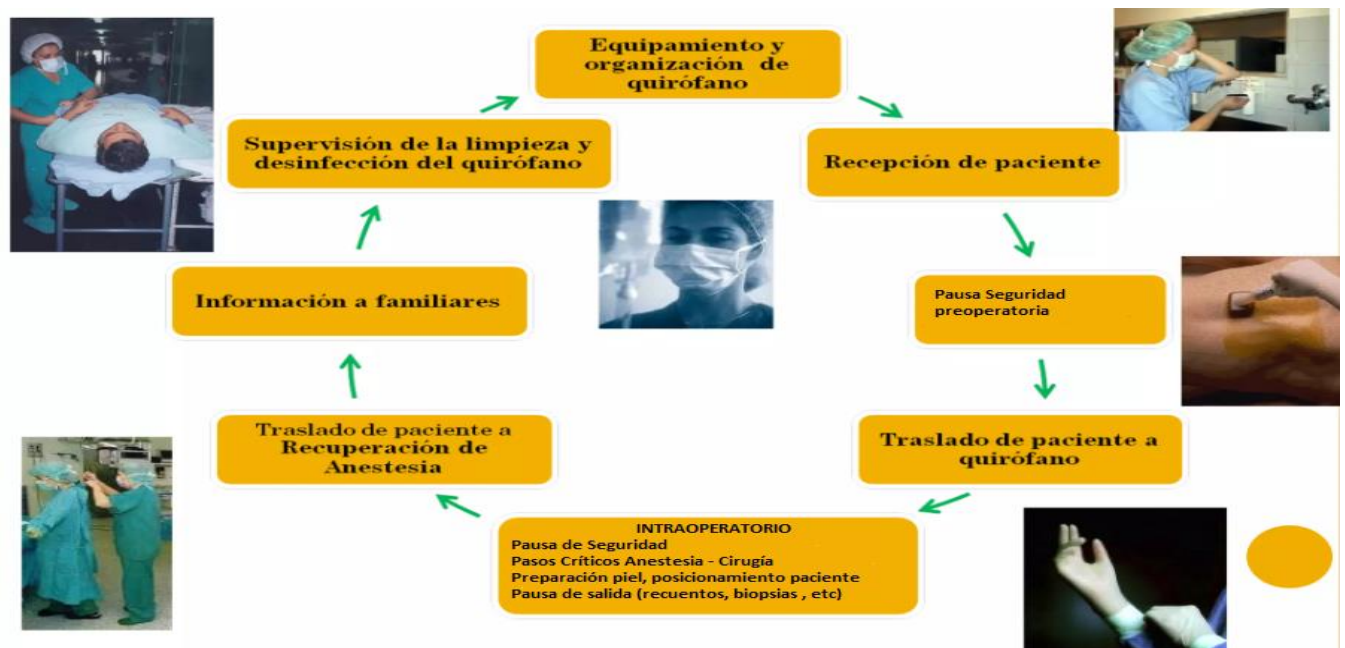
**Comuna**

La Florida

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

**Fotografía(s) o videos  
Gestión de Enfermería**



**Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto****Nombre**

Carolina Silva Diaz

**Cargo**

Enfermera supervisora pabellón central

**Teléfono**

226121389

**Correo electrónico**[carolina.silva@hospitalaflorida.cl](mailto:carolina.silva@hospitalaflorida.cl)**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Carolina Silva Diaz	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Capacitación y supervisión

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Rol de Enfermería en la Optimización del Proceso Quirúrgico

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

- ✓ Mejora tiempo inicio pabellones por preparación
- ✓ Capacitación personal técnico de pabellón

**Objetivos del plan de mejora**

Mejora Continua para aumentar la ocupación

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma
Implementación de libro recepción/entrega de pabellones	Registro atraso de pabellón	Registro diario de tabla realizada con horarios de ingresos y causas de atraso	Diario
Implementación de planilla distribución diaria de equipos	Número de planilla diarias enviadas mensualmente	Correo electrónico diario enviado por Ing. Biomédico	Diario
Capacitación personal Técnico	Número de TENS capacitado y aprobado en anestesia	Certificado de aprobación	Oct. 2023





SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

### III. Oficina de programación de tabla quirúrgica (OPTQ)

#### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Programación de tabla electiva

**Nombre de la Buena Práctica**

Oficina de programación de tabla quirúrgica (OPTQ)

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Estructuración de OPTQ y experiencia de su primer año de funcionamiento

**Resultado valioso**

Cambió significativamente las suspensiones electivas y la experiencia del usuario interno

**Destinatarios (público objetivo)**

A todos los equipos quirúrgicos que utilizan pabellones

**Problema a abordar**

Problema era suspensiones sobre estándar MINSAL

**Fundamentación**

Se llega luego de asesoría realizada por Dr. Juan Carlos Patillo de la red UC Chistus para mejorar los procesos de pabellón

**Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)**

**Porque tal como lo dice la definición**, se trata de una “experiencia exitosa, que ha sido probada y validada, en un sentido amplio, que se ha repetido y que merece ser compartida”

**Efectiva y exitosa:** Los resultados del análisis de nuestras suspensiones son categóricos en términos del impacto producido

**Sostenible:** Entró en funcionamiento en octubre 2021 y se ha mantenido hasta la fecha sin incidentes lo que muestra su sostenibilidad

**Técnicamente posible:** sólo requiere de RH enfermería y administrativo, acotado (4 personas)

**Es el resultado de un proceso participativo:** Fue realizado de forma multiestamental con un aprendizaje conjunto y diseño local de las formas de trabajo.

**Reduce los riesgos de desastres/crisis, si aplicable:** dada la notable disminución de las suspensiones electivas, permite el reporte y posterior análisis como evento adverso si corresponde, de aquellas que no son por causa del paciente mismo lo que es una medida comprobable de seguridad y calidad de la atención.

### Agrupación temática de la Práctica

X	Gestión Local en Salud
X	Lista de espera
X	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

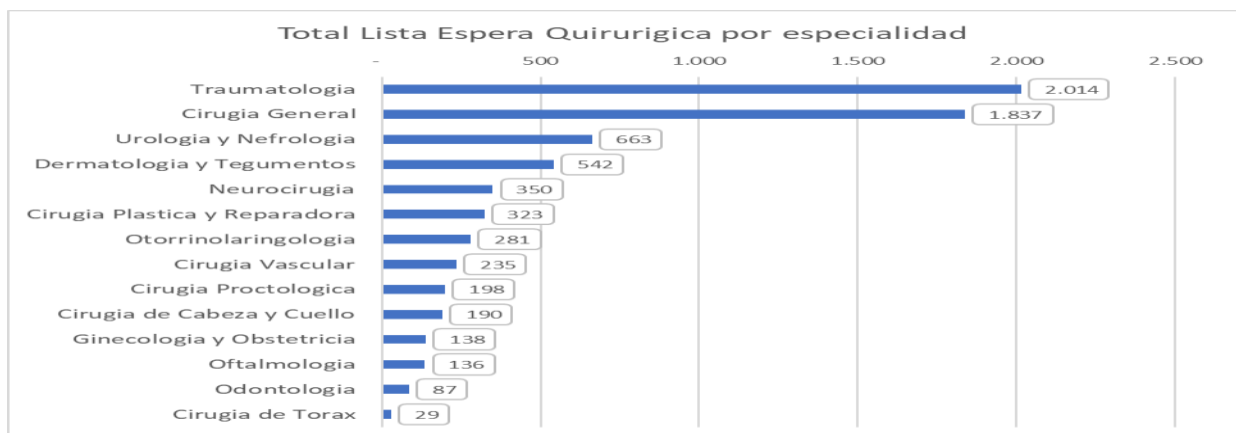
Pacientes y equipos quirúrgicos que programan tabla electiva

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

Todos aquellos pacientes en LE quirúrgica, traumatológica, oftalmológica, otorrinolaringológica ya sea adultos o pediátricos.

### Lista espera intervención quirúrgica:

Total, población en LEQ: 7.023



Fuente: SIGTE, fecha corte 31-07-2023

### Indicadores del proceso quirúrgico:

Rendimiento cirugías por pabellón: 3,4
Rendimiento cirugías diarias: 47
Promedio mensual cirugías electivas realizadas: 770
Promedio mensual cirugías electivas suspendidas: 64
% Ocupación de quirófanos: 77%
% Suspensión de quirófanos: 7,2%
% Ambulatorización de cirugías mayores electivas: 64%
% COMGES lista espera intervención quirúrgica: 46%

Fuente: REM-DEIS

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Disminuir suspensiones electivas

### Metodología utilizada

Estructuración OPTQ con su respectivo manual y normativa de funcionamiento

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la experiencia: octubre 2021

### Principales resultados

Análisis chi cuadrado de diferencia estadísticamente significativa pre y post OPTQ. Desviaciones Estándar del perfil de suspensiones

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

Condicionantes presentes para el logro de los resultados: simple estructuración, requiere socialización de los procedimientos, pero vuelve amigable el proceso de agendamiento y excepcional la necesidad de responder por este evento crítico ante el paciente o su familia

### Actores y sus roles

- ✓ El Dr. Juan Carlos Patillo, actual director médico de la red UC, mediante asesoría, propone la implementación de la Oficina de Programación de Tabla Quirúrgica (OPTQ) y acoge para su formación a la actual enfermera jefa de la misma. La OPTQ está compuesta por 2 secretarías y 2 enfermeras y sigue los planes estratégicos determinados por el comité de pabellones compuesto por el director del hospital, la subdirección médico quirúrgica y la jefatura del CR de la mujer.
- ✓ Este comité define los bloques quirúrgicos en base a las metas clínicas y epidemiológicas del establecimiento.
- ✓ La OPTQ recibe las solicitudes de tabla quirúrgica y ocupa los bloques predeterminados por equipo coordinando para cada paciente al prequirúrgico, abastecimiento, unidades de apoyo con 96 horas de antelación según consta en su manual de funcionamiento ya socializado a los equipos.

### Recursos movilizados

Los recursos son los invertidos en los sueldos de ambas enfermeras y secretarías que fueron redistribuidos entre los cargos disponibles sin solicitarse nuevos cargos.

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Mantención de las suspensiones en el estándar requerido
- ✓ Ocupación del 80% de los tiempos de pabellón
- ✓ Selección del tipo de paciente según metas programáticas MINSAL, a proponer a los equipos

### Aspectos a mejorar

Que aún se depende de la presencia de los miembros de la OPTQ para su óptimo funcionamiento

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Debe existir un Comité de pabellones y una estructura de bloques a programar
2. Deben proveerse los cargos descritos
3. Debe formarse al menos una de las enfermeras (os) en algún lugar donde funciona una OPTQ



### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Esta experiencia es sostenible en el tiempo dada la claridad del manual de programación y su aplicabilidad, así como la definición de roles de los miembros de la OPTQ. Así mismo su costo de implementación es sólo la inversión en el recurso humano necesario.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida

### Servicio de Salud

Metropolitano sur oriente

### Comuna

La Florida

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

- ✓ Hospital La Florida
- ✓ Red UC Chistus

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

[www.hospitalaflorida.cl](http://www.hospitalaflorida.cl)  
<https://www.facebook.com/Hospital.Dra.EloísaDiaz/>  
<https://www.instagram.com/hospitaldra.Eloíسادiaz/>

### Fotografía(s) o videos





### Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

#### Persona de contacto

##### Nombre

Pilar Troncoso Rey

##### Cargo

Sub directora médico quirúrgica

##### Teléfono

+56988063700

##### Correo electrónico

Pilar.troncoso@hospitallaflorida.cl

#### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Carolina Lagos	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera jefa OPTQ
María Paz Torres	Enfermera	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Enfermera miembro OPTQ
Macarena Urrutia	Secretaria	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Administrativa miembro OPTQ
Cynthia Arzola	Secretaria	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Administrativa miembro OPTQ
Pilar Troncoso Rey	Médico cirujana infantil	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida	Subdirectora MQ, preside comité de programación y ejecución de tabla

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Oficina de Programación de Tabla Quirúrgica

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Implementación de 3 bloques prolongados diarios mínimos

Implementación de al menos 2 bloques diarios de equipos de alto rendimiento

### Objetivos del plan de mejora

Llegar a 4 cirugías por pabellón por día el primer semestre del 2024

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
2 pabellones de alto rendimiento diarios	Números de cirugía por pabellón por día	Ejecución diaria de tabla qx	Implementación desde noviembre 2023	NO	NO



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## IV. Resolución colaborativa Público Privada para usuarios adultos en Lista de Espera Quirúrgica No Ges Prolongada

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Lista de Espera Quirúrgica No Ges

#### Nombre de la Buena Práctica

Resolución colaborativa Público Privada para usuarios adultos en Lista de Espera Quirúrgica No Ges Prolongada.

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Sumando voluntades y fuerzas para la resolución de Lista de Espera Quirúrgica Prolongada de usuarios del Hospital Padre Alberto Hurtado.

#### Resultado valioso

- ✓ 108 cirugías realizadas
- ✓ En el caso de Oftalmología y Otorrinolaringología se operaron pacientes con 3 y 4 años de antigüedad en Lista de Espera.
- ✓ Atenciones sin costo para el Hospital ni sus beneficiarios.

#### Destinatarios (público objetivo)

Usuarios en espera quirúrgica registrados en SIGTE con espera mayor a 200 días.

#### Problema a abordar

Prolongados tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas.

#### Fundamentación

Estrategia de reactivación y recuperación de los cuidados postergados por Pandemia COVID

#### Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)

Gestión innovadora, colaboradora y participativa entre el sector privado y público.

#### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
x	Lista de espera
x	Proceso quirúrgico
x	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
x	Proceso de Referencia en Red

#### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Usuarios adultos de las comunas de San Ramón, La Pintana y La Granja en Lista de Espera SIGTE con mayor a 200 días, que acepten participar en esta estrategia.

### **Población beneficiaria total del programa o estrategia**

108 resoluciones quirúrgicas realizadas.

Adjuntar medios de verificación que avalen cantidad de población beneficiaria o participante de la experiencia (actas, listas de Asistencia, estadísticas de atención, u otras pertinentes)

- ✓ Folleto de indicaciones Pre-Quirúrgicas.
- ✓ Citaciones de evaluaciones Pre- Quirúrgicas en Clínica Alemana.
- ✓ Protocolos Operatorios.
- ✓ Citaciones a control postoperatorios.
- ✓ Imágenes traslados y recepción de pacientes.

## **2 - Desarrollo de la buena práctica**

### **Objetivos planteados**

- ✓ Reducir inequidad de la salud.
- ✓ Descongestionar las Listas de Espera Quirúrgicas No Ges.
- ✓ Disminuir días de espera para los diagnósticos sensibles para nuestros usuarios: Ruptura Manguito. Rotador, Oftalmología, Incontinencia urinaria, Esterilización Quirúrgica Femenina, Desviación del tabique nasal post traumatismos.
- ✓ Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias de nuestros usuarios.

### **Metodología utilizada**

1) Reunión de coordinación con SSMSO, Jefe de Sostenibilidad CAS, Jefe de Cirugía CAS, Jefe de Pabellón CAS, Jefe de Anestesia CAS y Jefe de la especialidad a operar, Encargado de Programa de Salud de Desafío Levantemos Chile y Directiva y Equipos HPH (acuerdos y asignación de responsabilidades)

#### **Equipo HPH**

- Seleccionar casos candidatos a CMA en LE IQ No Ges.
- Contactar a los usuarios.
- Realizar Entrevistas Prequirúrgicas (patologías, tratamientos, red de apoyo familiar).

#### **Jefe de especialidad CAS:**

- Reevaluación por especialista y anestesista (en caso necesario).

#### **Equipo de Desafío Levantemos Chile:**

- Movilización de los pacientes (ida y vuelta desde HPH a CAS)
- Fármacos

#### **Operativo Quirúrgicos:**

Equipo administrativo y de salud CAS.  
Seguimiento telefónico de 24 horas Enfermeras CAS.

#### **Equipo HPH y CAS:**

Control post operatorio y alta.

### **Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Fecha de inicio de la experiencia: I Etapa: 01.07 al 31.12.2022 – II Etapa: 08.05 al 17.06.2023  
Resolución Exenta N°1394 – 27/07/2023



## Principales resultados

N° casos egresados de LE: 108

Tiempos de espera por diagnóstico

Año	Especialidad	Diagnóstico	Días Espera	Promedio días de espera	Edad Promedio (años)	Rango Edad (años)	Años de espera	N° Operados
2022	Digestivo	Colelitiasis	11.413	570	36	24 a 61	2	20
	Ginecología	Esterilización quirúrgica	4.874	244	36	30 a 46	1	20
	Traumatología	Ruptura manguito rotador	9.441	726	60	41 a 69	2	13
2023	Oftalmología	Pterigión, Estrabismo y Oculoplastia	14.074	1.005	57	38 a 74	3	14
	Otorrino	Desviación tabique nasal	15.711	1.428	38	21 a 75	4	11
	Ginecología	Incontinencia urinaria	9.599	320	50	35 a 75	1	30
								<b>108</b>

Calidad de vida (videos)

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

### Actores y sus roles

- ✓ Desafío Levantemos Chile
- ✓ Hospital Padre Alberto Hurtado (HPH)
- ✓ Equipo Prequirúrgico HPH y Unidades de Apoyo (Laboratorio, Imagenología y Gimnasio de Kinesiología).
- ✓ Clínica Alemana de Santiago (CAS)

### Recursos movilizados

- ✓ Desafío Levantemos Chile
- ✓ CAS: Trabajo voluntario de personal médico, no médico y administrativos.
- ✓ HPH: Horas Unidad Prequirúrgica, Laboratorio, imagenología, evaluación prequirúrgica especialidad Digestivo y Ginecología.

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Trabajo colaborativo entre entidades público-privadas.
- ✓ Foco en pacientes más antiguos que requieren post quirúrgico hospitalizado.

### Aspectos a mejorar

- ✓ La segmentación en el manejo del paciente, siendo las actividades prequirúrgicas, resolución quirúrgica y controles, realizada por distintos actores.
- ✓ La restricción en los criterios de ingresos.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Trabajo en Equipo
2. Contactabilidad efectiva de los usuarios.
3. Transporte gratuito de pacientes en relación a distancia entre hospital base y clínica.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Durante lo que resta del año, trabajando para resolución de casos en LE IQ Reconstrucción de Tránsito secundario a cáncer y otros no oncológicos.

Si, persiste el convenio podrá ampliarse a otros diagnósticos, tales como Prótesis Total de Rodillas y Hernias complejas.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Padre Alberto Hurtado.

### Servicio de Salud

SSMSO

**Comuna**

San Ramón

**Teléfono**

22 5760876

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Hospital Padre Alberto Hurtado.

**Sitio web, blog, Facebook o Instagram**

[www.hph.cl](http://www.hph.cl)

**Fotografía(s) o videos**

**Pacientes en Admisión de Clínica Alemana 11 nov. 2022**



**Pacientes operados por Ruptura de Manguito Rotador/ 12 Nov 2022**



**Pacientes de Otorrinolaringología de trasladan a Clínica Alemana para evaluación por especialidad /14 Jun 2023**



### Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

#### Nombre

Ingrid Flores Santis

#### Cargo

Referente Lista de Espera Quirúrgica No Ges

#### Teléfono

22- 5760876 oficina

#### Correo electrónico

[iflores@hurtadohosp.cl](mailto:iflores@hurtadohosp.cl)

### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Ingrid Flores Santis	Enfermera Matrona	Hospital Padre Alberto Hurtado.	Coordinadora del proyecto en Hospital Padre Alberto Hurtado.
Jennifer Ríos Sanhueza	Enfermera	Unidad Prequirúrgica Hospital Padre Alberto Hurtado.	Actualización de exámenes prequirúrgicos.

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Sumando voluntades y fuerzas para la Resolución de Lista de Espera Quirúrgica Alianza Público-Privada





SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## V. Adaptación del modelo de Pabellón ambulatorio de pre alta en Pabellón central del HPH

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso quirúrgico

#### Nombre de la Buena Práctica

Adaptación del modelo de Pabellón ambulatorio de pre alta en Pabellón central del HPH

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Incorporación del proceso de fase 2 o prealta de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en la Unidad de Pabellón central

#### Resultado valioso

Disminución de las suspensiones de los pacientes programados de la tabla quirúrgica por causa de faltas de cupos en el HPH.

Cumplimiento de las dimensiones de calidad en oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes que requieren resolución quirúrgica en nuestra unidad.

Disminución en el bloqueo de los pabellones (urgencia y programado) por falta de cupos en recuperación.

Mejora la eficiencia del recurso humano y de infraestructura de la unidad.

Satisfacción de nuestros pacientes que requieren resolución quirúrgica de su patología quirúrgica en forma oportuna.

#### Destinatarios (público objetivo)

Pacientes programados o de urgencia que se operan en Pabellón Central del HPH

#### Problema a abordar

Disminución de los cupos recuperación (12 a 6) post pandemia debido a la conversión de 6 cupos para camas de UPC transitoria.

#### Fundamentación

Durante la pandemia tuvimos que reconvertir pabellones y recuperación en unidades de UCI. Para dar continuidad a la demanda de intervenciones quirúrgicas (urgencias y algunas priorizaciones) debimos transformar los quirófanos disponibles (sin pacientes ventilados) en cupos de recuperación, siendo frecuente encontrarnos con quirófanos bloqueados por falta de cupos.

Debido a esta situación la Dirección del Hospital, autorizó la incorporación de recurso humano (1 enfermero y 1 TENS) con el fin de realizar la preparación de los pacientes (pre anestesia) y la entrega del alta a los pacientes ambulatorios.

La implementación de ese proceso fue tan eficiente, que se decidió realizar una modificación a la planta física, agregando una sala específica de pre alta y manteniendo el recurso humano asignado.

Desde este tiempo se ha podido observar el impacto positivo de esta innovación o buena práctica, ya que nos ha permitido disminuir las suspensiones por causa de falta de cupos en recuperación, mejorar la productividad y eficiencia de los pabellones, satisfacción de nuestros usuarios por la resolución quirúrgica oportuna de su patología. Además de recibir pacientes de pre alta ambulatorios, también se están recibiendo pacientes hospitalizados (recuperados de su anestesia) que están a la espera de las camas asignadas.

**Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)**

El adaptar modelos de pre alta o fase 2 de la cirugía mayor ambulatoria en pabellones no ambulatorios nos permite replicar el modelo de eficiencia de los procesos, disminuir los cuellos de botella por falta de cupos en recuperación y a su vez mejorar el uso eficiente de los pabellones.

**Agrupación temática de la Práctica**

	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
X	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

**Población participante o beneficiaria de la experiencia**

**Equipo de trabajo:** jefe CR Pabellón, Enfermera coordinadora de CR Pabellón, Supervisora de Pabellón central, Enfermera de continuidad de recuperación, Enfermeras jefas de turno de recuperación, Enfermeras clínicas de la unidad, Técnicos paramédicos y auxiliares de la unidad

**Beneficiarios de la experiencia:** Pacientes que requieren resolución de su patología quirúrgica en forma oportuna.

**Población beneficiaria total del programa o estrategia**

- ✓ Pacientes programados operados en servicio Pabellón central
- ✓ Se adjunta muestra de pacientes operados periodo mayo a julio 2023 y del 2019
- ✓ Se adjunta muestra de suspensión de pacientes programados por falta de cupos recuperación o camas. periodo mayo a julio 2023 y del 2019
- ✓ Porcentaje de cupos de recuperación utilizados con pacientes hospitalizados mes de junio y julio 2023
- ✓ Entrevista estructurada a paciente en área de pre anestesia del año 2019.

**2 - Desarrollo de la buena práctica**

**Objetivos planteados**

Promover el uso eficiente de los quirófanos al utilizar los recursos de pre alta con el fin de dar la continuidad al proceso.

**Metodología utilizada**

- ✓ En reunión de la tabla quirúrgica, se presenta la programación de la tabla del día siguiente, donde se evalúan las distintas de tipo de salida (cama básica, upc, ambulatorio), los requerimientos se contrastan con la ocupación de recuperación en ese momento, disponibilidad de camas en el hospital
- ✓ Los criterios de ingreso a la zona de pre alta son:  
 Paciente ambulatorio en fase II.  
 Paciente hospitalizado de baja complejidad en espera de traslado (camas asignadas).

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Fecha de inicio de la autorización para personal asignado a la prealta (Año 2022)

### Principales resultados

- ✓ Disminución de las suspensiones por causa de falta de cupo en recuperación (estadísticas de una muestra de meses mayo, junio y julio de los años 2019 y 2023)
- ✓ Incremento de pacientes operados programados. (estadística de muestra de los años 2019 y 2023,
- ✓ Porcentaje de cupos utilizados en recuperación por pacientes post operados meses junio y julio 2023.
- ✓ Ocupación de pre alta de los meses de junio y julio

## 3 - Replicabilidad de la buena práctica.

### Actores y sus roles

**Jefe CR Pabellón:** Solicitud y justificación de existencia de pre alta

**Enfermera coordinador de CR Pabellón:** Lineamientos y supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados

**Enfermera Supervisora de Pabellón central:** Gestión y coordinación con las áreas de CR Pabellón, análisis de los requerimientos de la tabla quirúrgica.

**Enfermera continuidad recuperación:** Análisis de los requerimientos de la tabla quirúrgica, supervisión de procesos en pre alta

**Enfermeras jefe de turno de recuperación:** coordinación con áreas de pre alta, resguardar los cupos de recuperación para pacientes de pabellón de urgencia y alertar situaciones de sobre cupo.

### Recursos movilizados

**Infraestructura:** Remodelación del área de pabellón y construcción de área de Pre alta

**Recurso humano:** 1 enfermera y 1 TENS para el área de pre alta (7 horas) de lunes a viernes

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Fomentar la participación del equipo de enfermeras en ideas innovadoras para mejorar la eficacia, eficiencia de los pabellones.
- ✓ Difundir los resultados obtenidos en la ejecución de las buenas prácticas

### Aspectos a mejorar

- ✓ Mejorar la difusión de los resultados obtenidos por los proyectos de buenas prácticas implementados con el fin de mejorar la adherencia a estos y potenciar nuevas mejoras en otros ámbitos.
- ✓ Mejorar la implementación del ares de pre alta

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Motivación del personal para la innovación de nuevas y buenas prácticas
2. Compromiso de los mandos superiores (recursos financieros) en el apoyo de iniciativas.
3. Difusión de la implementación y de las buenas prácticas.

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

La proyección y sostenibilidad de esta buena práctica dependen del compromiso de los mandos superiores en el apoyo con recursos financieros.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Padre Alberto Hurtado.

**Servicio de Salud**

SSMSO

**Comuna**

San Ramón

**Teléfono**

anexo 222220

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Hospital Padre Alberto Hurtado.

**Persona de contacto**

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

**Nombre**

Paula Fabbri H

**Cargo**

Enfermera subrogante coordinadora CR Pabellón

**Teléfono**

anexo 222220

**Correo electrónico**[pfabbri@hurtadohosp.cl](mailto:pfabbri@hurtadohosp.cl)**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Dr. Rómulo Araya	Jefe CR Pabellón	Hospital Padre Alberto Hurtado.	Solicitud y justificación de existencia de pre alta
EU. Paula Fabbri H	Enfermera coordinadora subrogante Pabellón central	HPH Hospital Padre Alberto Hurtado.	Lineamientos y supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados. Presentación del proyecto de buenas prácticas
EU. Eliana Barrios	Enfermera Supervisora Pabellón central	Hospital Padre Alberto Hurtado.	Gestión y coordinación con las áreas de CR Pabellón, análisis de los requerimientos de la tabla quirúrgica.
EU. Loreto Bittner	Enfermera continuidad Recuperación	Hospital Padre Alberto Hurtado.	Análisis de los requerimientos de la tabla quirúrgica, supervisión de procesos en pre alta. Presentación del proyecto de buenas prácticas

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Adaptación del modelo de Pabellón ambulatorio de pre alta en Pabellón central del Hospital Padre Alberto Hurtado.

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

Unidades de Pabellones quirúrgico no de CMA.

## **8. Proceso de Unidades de Apoyo.**



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## I. Implementación de exámenes para ley de abuso sexual

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Unidades de apoyo.

**Nombre de la Buena Práctica**

Implementación de exámenes para ley de abuso sexual

**Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Implementación de exámenes para ley de abuso sexual

**Resultado valioso**

Reducción de tiempo de espera de muestras de ley de abuso sexual

**Destinatarios (público objetivo)**

Pacientes con sospecha de abuso sexual

**Problema a abordar**

Diminución del tiempo de espera de resultados de muestra de pacientes con sospecha de abuso sexual. Solución implementación del examen

**Fundamentación**

Tiempos de espera prolongados y un número en aumento de estos casos, lo cual, genera una saturación de las instituciones encargadas en resolver estas muestras

**Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)**

Mejora de tiempos de respuesta, para así generar la activación de tribunales de justicia y la búsqueda de la misma para estos pacientes

**Agrupación temática de la Práctica**

X	Gestión Local en Salud
X	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
X	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
X	Proceso de Referencia en Red

**Población participante o beneficiaria de la experiencia**

Personas abusadas sexualmente

**Población beneficiaria total del programa o estrategia**

Número de pacientes procesados hasta la fecha

## 2 - Desarrollo de la buena práctica

**Objetivos planteados**

Tiempos de respuesta y oportunidad

**Metodología utilizada**

Implementación de exámen de PCR para detección de casos con ITS con sospecha de abuso

**Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Comienza actividad en junio 2022 y aumentando el número de pacientes hasta la fecha actual

**3 - Replicabilidad de la buena práctica.**

Condicionantes presentes para el logro de los resultados.

**Actores y sus roles**

Peritos, matronas en urgencia maternidad, donde se inicia la cadena de custodia TENS atención al paciente. finalmente, unidad de biología molecular que cierra la cadena de custodia.

**Recursos movilizados**

No aplica

**Aspectos a fortalecer**

El lograr atención oportuna víctimas de abuso sexual.

**Aspectos a mejorar**

La falta de recurso siempre es una dificultad, el lograr mantener los insumos y elementos de refrigeración o congelación. para cumplir en todo lo que solicita la ley para que las muestras sean validas como evidencia para un caso penal.

**Recomendaciones para replicar: Aprendizajes**

1. Personal calificado y capacitado en cadena de custodia
2. Espacio físico para atender a víctimas de abuso
3. Laboratorio de Biología Molecular

**Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)**

Número de muestras ha ido siempre en aumento y se espera que aumente más cuando este trabajo se realice en otros centros Asistenciales de la red.

**4 - Equipo responsable/gestores****Nombre de la institución**

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

**Servicio de Salud**

SSMSO

**Comuna**

Puente Alto

**Teléfono**

25762666

**Persona de contacto****Nombre**

Eduardo Espejo

**Cargo**

Director Técnico laboratorio central Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

**Teléfono**

5762666

**Correo electrónico**

[eduardo.espejo@sotero.cl](mailto:eduardo.espejo@sotero.cl)

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Carolina Garcia	Bioquímica	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	
Camila Gonzalez	Tecnóloga medica	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	
Aníbal Jimenez	Bioquímico	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Implementación de mayor cantidad de personal y lugar de almacenamiento tanto como de documentos y muestras refrigeradas.

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

Área técnica y de logística

**Objetivos del plan de mejora**

Mantener el tiempo de respuesta y la calidad de los resultados. además, el poder resguardar de manera segura la evidencia.

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Personal capacitado y almacenamiento adecuado	Tiempo de respuesta de registro de refrigeradores registro de posiciones de muestras	Documentando libro de registro asociado a las mejoras	Revisión de registros cada 6 meses	---	----





**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA**

## **II. Entrega de Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) a pacientes en Unidad de Toma de Muestras (UTM) disminuyendo tiempos de espera por parte de los usuarios.**

### **1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de mejora Continua.**

#### **Nombre de la Buena Práctica**

Entrega de Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) a pacientes en Unidad de Toma de Muestras (UTM) disminuyendo tiempos de espera por parte de los usuarios.

#### **Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)**

Dispensación efectiva de medicamento TACO a pacientes en UTM

#### **Resultado valioso**

- ✓ Disminución considerable en tiempos de espera para pacientes de TACO, aumentando la satisfacción por parte del usuario.
- ✓ De forma paralela se disminuye la congestión de usuarios en Unidad de Farmacia, provocado además disminución en los tiempos de espera de manera general en dicha unidad.

#### **Destinatarios (público objetivo)**

Pacientes con TACO en UTM

#### **Problema a abordar**

La población usuaria de tratamiento anticoagulante oral son en su mayoría personas mayores, por lo que tienen derecho a una atención preferente. En la modalidad original, implicaba tiempo de espera en la Unidad de Toma de Muestras para ser puncionados, tiempo de espera para recibir su receta, así como también tiempo de espera en Farmacia para la dispensación de medicamentos, lo que generaba del desplazamiento de una gran cantidad de personas hacia la unidad de Farmacia, teniendo que esperar nuevamente y congestionando la sala de espera de farmacia, quienes reciben usuarias y usuarios de toda la institución

#### **Fundamentación**

- ✓ Surge a partir del análisis en los tiempos de espera de pacientes TACO para recibir su tratamiento, además del resultado del nivel bajo de satisfacción por parte de las y los usuarios.
- ✓ Se llega a la idea como un conjunto de propuestas implementadas por la Unidad de Farmacia y Unidad de Toma de Muestras.

### Justificación de por qué es una Buena Práctica

Porque provoca una disminución en los tiempos de espera de pacientes, aumenta la satisfacción por parte de usuarios/as, además genera una disminución en la congestión de pacientes que espera en Unidad de Farmacia para la dispensación de sus medicamentos. Entre los principios que se incorpora en esta práctica se pueden mencionar: Eficacia, eficiencia, responsabilidad y transparencia.

### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

### Población participante o beneficiaria de la experiencia

Usuaris y usuarios que acuden a Unidad de Toma de Muestras y reciben Tratamiento Anticoagulante Oral (Acenocumarol – Warfarina).

### Población beneficiaria total del programa o estrategia

440 personas de manera semanal aproximadamente (se adjunta archivos en Excel de 3 semanas separadas en las que se ha implementado dicho proceso y toma en consideración a pacientes recibiendo tratamiento anticoagulante).

## 2. Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

- ✓ Mejorar la efectividad en la dispensación de TACO en pacientes de UTM Disminuir en los tiempos de espera
- ✓ Aumentar la satisfacción del usuario atendido

### Metodología utilizada

Protocolo para definir las y los participantes/funcionarias para realizar el proceso de toma de muestras con posterior validación de recetas y dispensación de medicamentos para usuarios/as que sólo esperarán en dicha unidad.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

03/07/2023 (fecha de inicio)

### Principales resultados

Se ha obtenido una mejora en la efectividad en la dispensación de TACO en pacientes de UTM, logrando mejora en la satisfacción por parte del usuario con la disminución en los tiempos de espera. Se puede avalar dichos resultados con las felicitaciones escritas en OIRS, obtenidas por parte de las y los usuarios asociados a los procesos de UTM y Farmacia. Además, se justifica con la disminución en la congestión de pacientes que antes incurría en unidad de Farmacia.

### 3. Replicabilidad de la buena práctica.

#### Actores y sus roles

Rol de UTM: Realizar las tomas de muestras de las y los pacientes, enviar la información para la realización de recetas por parte del médico tratante encargado de la dosificación. Petición y resguardo de las C.I. de pacientes quienes esperan en sala de espera, para la posterior entrega de los medicamentos dispensados y sus respectivas cédulas de identidad.

Rol de Farmacia: funcionaria TENS quién tiene la responsabilidad de validar recetas y posterior preparación del medicamento fraccionado para la entrega de este a funcionaria de UTM, para luego realizar la correspondiente dispensación.

#### Recursos movilizados

Recursos utilizados agregados: PC para funcionaria TENS de farmacia para validar y dispensar recetas por sistema. Impresora de etiquetas con el fin de imprimir las indicaciones del tratamiento anticoagulante de cada paciente.

Fuente de los recursos provienen del mismo Hospital CRS, utilizando Box dispuesto para Toma de Muestras, adaptado para la dispensación de farmacia.

#### Aspectos a fortalecer.

Seguir potenciando la eficacia en el proceso, y disminución en los tiempos de espera.

#### Aspectos a mejorar.

Mejora en la comunicación con los pacientes quienes deben entregar su C.I para corroborar a los pacientes al momento de validar las recetas. Mejora en el proceso de recetas en los que pacientes se deben dirigir a recaudación.

#### Recomendaciones para replicar: aprendizajes

1. Protocolización de los procesos
2. Comunicación fluida entre las dos unidades (UTM y Farmacia)
3. Revisión constante de los procesos y propuestas de mejora

#### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Elementos a considerar para que exista sostenibilidad en el tiempo son la comunicación entre las unidades que abarcan el proceso, un apoyo por parte de la institución para el otorgamiento de los recursos necesarios para el desarrollo de la intervención (funcionarios, recursos físicos, etc). Además de ser un proceso protocolizado, con revisión constante de los procesos para una optimización con el tiempo

#### 4. Equipo responsable/gestores

Nombre de la institución

Hospital CRS Provincia Cordillera

Servicio de Salud

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Comuna

Puente Alto

Teléfono

(2) 2612 3064

Sitio web, blog, Facebook o Instagram

<https://www.hpcordillera.cl/>

Fotografía(s) o videos



#### Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

**Persona de contacto****Nombre**

Nicole Díaz Rojas

**Cargo**

Jefa de Farmacia

**Teléfono**

226123068

**Correo electrónico**[nicole.diaz@hpcordillera.cl](mailto:nicole.diaz@hpcordillera.cl)**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Javiera Mena Muñoz	Enfermera Supervisora de Laboratorio y Anatomía Patológica	CRS Hospital Provincia Cordillera	Coordinadora equipo Unidad de Toma de Muestras
Nicole Díaz Rojas	QF. Jefa de Farmacia		Coordinadora equipo Farmacia
Juan Vega Paredes	Químico Farmacéutico		Coordinador equipo Farmacia y análisis de datos

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Dispensación efectiva de medicamento TACO a pacientes en Domicilio

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

El Programa de Tratamiento Anticoagulante Oral además de las y los pacientes que asisten a la Unidad de Toma de Muestra, contempla el beneficio de “Taco Domicilio”, que consiste en una visita matutina para tomar la muestra capilar y una visita por la tarde para entrega de medicamentos.

Lamentablemente cuenta con recursos insuficientes para dar cobertura a todas las personas que solicitan este beneficio y que tienen criterios para ser parte de él, por lo que un plan de mejora consistiría en la dosificación simultánea al momento de tomar la muestra capilar, a través de un software que permite la transmisión de datos a distancia, dispensando los medicamentos en la misma visita, permitiendo con ello que el móvil se utilice para más pacientes durante la tarde.

### Objetivos del plan de mejora

Ampliar la cobertura de entrega de medicamentos a domicilio a usuarias/os con dependencia grave/total, personas mayores y personas con discapacidad en

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Aumentar beneficio de Taco Domicilio visitando AM y PM	N° de Pacientes visitados / N° total de pacientes con criterios de visita a domicilio	Pautas de supervisión	Por definir	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Software de transmisión inalámbrica para máquina en comodato</li> <li>2. Red de internet inalámbrica</li> <li>3. Computador portátil</li> <li>4. Impresora portátil</li> <li>5. Contenedor de medicamentos (Botiquín)</li> <li>6. Capacitación al personal</li> </ol>	Por cotizar



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

### III. Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios

#### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Unidades de apoyo.

##### Nombre de la Buena Práctica

Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios

##### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios

##### Resultado valioso

Transfusión de plaquetas de máxima calidad y oportunidad para disponer de un producto obtenido de un solo donante y que es posible usar en dos pacientes. En comparación a que es necesario tener a lo menos 12 a 14 donantes de sangre para obtener el equivalente a las plaquetas de aféresis.

##### Destinatarios (público objetivo)

Pacientes oncológicos, principalmente pediátricos. Pacientes de grandes cirugías como de trasplante hepático.

##### Problema a abordar

Disponibilidad de plaquetas para transfundir cuando son requeridas.

##### Fundamentación

En momentos de crisis por disminución de donantes de sangre y mejorar la gestión de uso de componentes plaquetarios entregados por el CMS. Evitar la eliminación de plaquetas por vencimiento.

##### Justificación de por qué es una Buena Práctica

La donación de plaquetas por aféresis es buena práctica porque permite entregar un producto de alta calidad, que involucra contar con voluntarios que aumentan los factores de seguridad de ese producto obtenido. También permite que la cadena transfusional sea más eficiente y oportuna para los pacientes, dado el compromiso, como factor de cambio de los donantes y equipo de salud. Los principios incorporados son: Calidad, Seguridad, Eficiencia y Oportunidad.

##### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
x	Proceso quirúrgico
X	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

### **Población participante o beneficiaria de la experiencia**

La población beneficiaria corresponde a los pacientes oncológicos, principalmente pediátricos. Pacientes de trasplante hepático y hematológicos. Pacientes de grandes cirugías

### **Población beneficiaria total del programa o estrategia**

Población susceptible a presentar su salud comprometida con alguna de las características descritas en el punto anterior.

Adjuntar medios de verificación que avalen cantidad de población beneficiaria o participante de la experiencia (actas, listas de asistencia, estadísticas de atención, u otras pertinentes)

## **2 - Desarrollo de la buena práctica**

### **Objetivos planteados**

- ✓ Disponibilidad de plaquetas permanente
- ✓ Minimizar la refractariedad plaquetaria
- ✓ Donantes de calidad
- ✓ Minimizar el uso de concentrados plaquetarios con alteración metabólica y estructural inducida por el fraccionamiento sanguíneo que se acentúa durante el almacenamiento.
- ✓ Mejor sobrevida de las plaquetas de aféresis.
- ✓ Evitar manipular concentrados plaquetarios filtrados antes de la transfusión, por exacerbar la lesión por almacenamiento reduciendo la viabilidad y pérdida de plaquetas por este procedimiento.

### **Metodología utilizada**

Seleccionar parte de la población donante de sangre, con características para la donación de plaquetas utilizando equipo automatizado de extracción. Para lograr esto, se desarrolla el siguiente proceso:

- Promoción
- Ofrecimiento voluntario
- Entrevista
- Selección
- Donación
- Transfusión

### **Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Inicio 24 de Julio de 2023

### **Principales resultados**

- ✓ Lograr la inscripción de 40 donantes de plaquetas para aféresis voluntarios
- ✓ Responder de forma oportuna a los requerimientos transfusionales
- ✓ Productos plaquetarios con recuentos de leucocitos menor a  $0.5 \cdot 10^3$

## **3 - Replicabilidad de la buena práctica.**

### **Actores y sus roles**

- ✓ Pacientes, beneficiarios de transfusión de las plaquetas de aféresis.
- ✓ Donantes, voluntarios para donar plaquetas de aféresis.
- ✓ Equipo de Tecnólogos médicos y TENS, involucrados para realizar el procedimiento de donación de plaquetas.



**Recursos movilizados**

Tiempo horas tecnólogo médico para realizar el procedimiento de aféresis.

**Aspectos a fortalecer**

Aumentar número de donantes voluntarios de plaquetas, involucrando a la comunidad.  
Actualmente los donantes voluntarios son funcionarios de la institución.

**Aspectos a mejorar**

Disponer de un lugar adecuado para este tipo de donación, dado que debe compartir espacio con el área de donantes de sangre y bloquea el uso de una camilla correspondiente a extracción de sangre.

**Recomendaciones para replicar: Aprendizajes**

- 1.Reconocer una oportunidad de cambio
- 2.Focalizar una necesidad específica
- 3.Afrontar los obstáculos

**Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)**

Incluir donantes voluntarios de la comunidad

Ampliar la resolución con plaquetas de aféresis a todo paciente con solicitud de plaquetas

Disponer de equipo automatizado de aféresis exclusivo para donación de plaquetas

**4 - Equipo responsable/gestores****Nombre de la institución**

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

**Servicio de Salud**

SSMSO

**Comuna**

Puente Alto

**Teléfono**

225762410

**Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia**

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

**Sitio web, blog, Facebook o Instagram**

<https://www.hospitalsooterodelrio.cl/web/funcionarios-del-sotero-donan-plaquetas-de-aféresis-para-la-recuperacion-de-pacientes-de-la-red-sur-oriente/>

**Persona de contacto**

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

**Nombre**

Jose Luis Lamás

**Cargo**

Médico Jefe

**Teléfono**

262410

**Correo electrónico**

[jose.lamas@sotero.cl](mailto:jose.lamas@sotero.cl)

**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Vanessa Donoso	Tecnólogo Médico	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	-
Esteban Cornejo	Tecnólogo Médico		-

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Plaquetas de aféresis de donantes voluntarios

Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

Área de donantes y transfusiones



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## IV. Agendamiento de pacientes crónicos para dispensación de medicamentos en Farmacia Ambulatoria

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Entrega de Medicamentos de Uso Crónico

#### Nombre de la Buena Práctica

Agendamiento de pacientes crónicos para dispensación de medicamentos en Farmacia Ambulatoria

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Agendamiento de pacientes crónicos para dispensación de medicamentos en Farmacia Ambulatoria

#### Resultado valioso

- El resultado valioso fue mejorar la satisfacción usuaria, ya que esta implementación ha permitido reducción y eficiencia en el tiempo de espera para la entrega de medicamentos de uso crónico.
- Disminución de filas y aglomeración de público en la sala de espera en la farmacia, lo que ha permitido bajar la presión del público hacia los funcionarios de la farmacia CDT, bajando el N° de reclamos en la atención (se puede verificar por OIRS) mejorando el clima laboral entre todos los funcionarios de farmacia CDT.

#### Destinatarios (público objetivo)

Pacientes que requieran tratamientos farmacológicos de uso crónico

#### Problema a abordar

Disminuir tiempos de espera y filas de personas y pacientes en Farmacia

## Fundamentación

Como respuesta a las necesidades generadas por la alerta sanitaria por la pandemia 2020, se tuvieron que rediseñar e implementar algunos procesos, entre ellos aquellos que contribuyeran a disminuir los tiempos de espera de los pacientes, con la finalidad de evitar la aglomeración de personas en lugares cerrados, tal como es el caso de la sala de espera de farmacia ambulatoria. De este modo, nace la idea de programar mediante un agendamiento, el retiro de medicamentos de uso crónico.

## Justificación de por qué es una BP

Ha demostrado ser una buena práctica dada la valoración y retroalimentación que han entregado los usuarios. Además, las solicitudes de agendamiento a través de la web mantienen un aumento constante.

Por otra parte, visualmente se aprecia la mejora respecto a cantidad de usuarios que se observa en sala de espera.

El principal principio incorporado es la “dignidad”, puesto que se está valorando el tiempo de los pacientes al reducir su estancia en la unidad.

## Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
	Proceso de Referencia en Red

## Población participante o beneficiaria de la experiencia

Pacientes con receta electrónica (PULSO) y requieran tratamiento crónico

## Población beneficiaria total del programa o estrategia

Actualmente los pacientes con tratamiento farmacológico ambulatorio retiran en torno a 38.000 recetas al mes, lo cual está avalado en el Registro de Estadística Mensuales de Farmacia Ambulatoria

## 2. Desarrollo de la buena práctica

### Objetivos planteados

Reducir el tiempo de espera a través de una distribución ordenada y programada de la demanda de usuarios con tratamiento farmacológico de uso crónico.

### Metodología utilizada

Considerando que actualmente las horas médicas son gestionadas a través de agendamiento, se replicó este sistema por medio de una agenda propia para Farmacia. Además, se complementó este sistema con la opción de solicitar hora vía web (Portal del Paciente). En suma, el usuario puede solicitar hora para retirar su tratamiento farmacológico tanto de modo presencial como vía web y luego hacer retiro en el día, hora y lugar pactado.

### Tiempo de desarrollo de la experiencia

Septiembre 2020

### Principales resultados

- ✓ Reducción tiempos de espera → Estadísticas previas
- ✓ Descongestión sala de espera → imágenes visuales
- ✓ Organización de la demanda → Agenda

## 3. Replicabilidad de la buena práctica.

### Actores y sus roles

Proceso pertenece al Equipo de Farmacia en colaboración con otros departamentos que fomentaron e la trabajo en la culta del cambio:

- Admisión → Creación y apertura de agenda
- Informática → Implementación y soporte del sistema

### Recursos movilizados

- Sistema computacional de elaboración institucional
- Impresora/tinta
- Hojas
- Guillotina
- Recurso Humano

La fuente es financiada por la institución

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Potenciar la solicitud a través de la web, de este modo se mejora aún más la experiencia del usuario. Asistiendo solo una vez al hospital y retirando su tratamiento en un tiempo muy acotado.
- ✓ Sistema se puede complementar con la entrega de medicamentos a domicilio para Adultos Mayor.

### Aspectos a mejorar

- ✓ Mayor soporte de los sistemas informáticos
- ✓ Mejor gestión en el abastecimiento de fármacos para entregar las recetas completas y no dejar tratamientos pendientes.
- ✓ Adoptar un sistema de call center para solicitudes telefónicas

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Alta demanda y tiempos de espera prolongados
2. Contar con sistema y soporte informático
3. Educar a la población con el nuevo sistema y cultura del cambio

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Considerando los altos niveles de conectividad y disponibilidad de dispositivos móviles se espera que con el ingreso de nuevas generaciones las solicitudes a través del Portal del Paciente (vía web) sean el principal mecanismo de solicitudes.

## 4. Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

Puente Alto

### Teléfono

+56982671576 // 225764541// Anexo: 264541

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

### Sitio web, blog, Facebook o Instagram

<https://portalpaciente.hospitalsoterodelrio.cl>

Fotografía(s) o videos

Sala de Espera Previo al Plan de Agendamiento de recetas crónicas (Año <2019)



Sala de espera actualmente (junio 2023)







### **Autorización de uso de fotos e imágenes de la experiencia postulante**

Autorizó al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a usar las fotografías que he adjuntado a este formulario, para ser usadas en difusión de buenas prácticas en el contexto de proceso de agendamiento. La aceptación de este punto implica que las personas que aparecen en estas fotos también han autorizado su uso para tales fines.

### **Persona de contacto**

QF Nelson Lizana Lizana

### **Cargo**

Coordinador Farmacia Ambulatoria

### **Teléfono**

+56982671576 // 225764541 // Anexo: 264541

### **Correo electrónico**

[nelson.lizana@sotero.cl](mailto:nelson.lizana@sotero.cl)



### Integrantes de la experiencia

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
QF Nelson Lizana	Químico Farmacéutico	Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río	Implementación
QF Roxanna Duarte	Químico Farmacéutico		Implementación
QF Victoria Hidalgo	Químico Farmacéutico		Implementación
Informática CASR	Ingeniero Informática		Implementación
Admisión CASR	Jefa Admisión		Implementación
QF Cristina Silva	Químico Farmacéutico		Mantenión
QF Fabiola Zambrano	Químico Farmacéutico		Mantenión
QF Diego Vivanco	Químico Farmacéutico		Mantenión

## 5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica

### Nombre de la buena práctica

Dispensación programada de medicamentos de uso crónico

### Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar

- ✓ Fomentar las solicitudes vía web o telefónicamente
- ✓ Comunicación
- ✓ Educación

### Objetivos del plan de mejora

-Establecer una mejor experiencia asistiendo solo una vez al hospital, mediante el agendamiento a través del Portal del Paciente o telefónicamente

-Educar a los pacientes respecto al sistema de agendamiento web para que en su próximo retiro pueda realizarlo por esta vía

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Call center	% Agendamiento call center/Web	Pulso	N/A	N/A	EUS Grado 22
Educar al usuario con material audiovisual	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Guiar al usuario con el agendamiento web in situ	% solicitudes Web	Pulso	N/A	N/A	N/A



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
DEPARTAMENTO DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA

## V. Sistema de Farmacovigilancia Activa en Dispensación

### 1. Identificación y antecedentes de las buenas prácticas y estrategias en la red Asistencial vinculadas a proceso de Farmacovigilancia

#### Nombre de la Buena Práctica

Sistema de Farmacovigilancia Activa en Dispensación

#### Título de la experiencia (cuidar que represente la iniciativa)

Alertas de potenciales Reacciones Adversas durante la validación en Dispensación

#### Resultado valioso

Instauración de un sistema de farmacovigilancia activa, potenciando la validación farmacéutica durante el proceso de dispensación. Incrementando la detección de RAMs a nivel institucional.

#### Destinatarios (público objetivo)

A pacientes hospitalizados del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

#### Problema a abordar

Los sistemas de farmacovigilancia pasivos implementados a nivel nacional, tienen una baja detección de reacciones adversas a fármacos. Muchas veces con la carga asistencial se hace imposible el reporte y la trazabilidad adecuada de este tipo de eventos.

#### Fundamentación

Bajo reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos a nivel local en 2019, detección de una subnotificación cercana al 92,6%. Demostrar la importancia del Químico Farmacéutico en los procesos de validación y dispensación y su impacto en la atención clínica de pacientes más allá del medicamento.

#### Justificación de por qué es una BUENAS PRÁCTICAS (BP)

Implementación de una práctica novedosa (sin experiencias en Chile en literatura), que incrementa el cumplimiento de requerimientos legales (DS N°3, de farmacovigilancia), además de incrementar la participación de la unidad de farmacia en los procesos clínicos por medio de la Provisión de un Servicio Farmacéutico Clínico según descripción del Registro Estadístico Mensual.

#### Agrupación temática de la Práctica

x	Gestión Local en Salud
	Lista de espera
	Proceso quirúrgico
	Proceso de Gestión de la demanda (incluye agenda)
x	Proceso de Referencia en Red

### **Población participante o beneficiaria de la experiencia**

Pacientes hospitalizados en las unidades de medicina interna, urgencias y paciente crítico.

### **Población beneficiaria total del programa o estrategia**

Se detectaron entre 2019 y 2022 183 alertas a posibles RAMs desde las prescripciones validadas en la unidad de farmacia, las cuales dieron paso a 50 reportes de RAM realizados al ISPCh (Se adjuntan alertas detectadas).

## **2 - Desarrollo de la buena práctica**

### **Objetivos planteados**

- ✓ Implementar un sistema de farmacovigilancia activo por medio de alertas en dispensación.
- ✓ Determinar alertas factibles de detectar durante la validación farmacéutica en el proceso de dispensación.

### **Metodología utilizada**

Se realizó durante 2019 un estudio de evaluación de posibles alertas por medio de un sistema de pesquisa activa de Reacciones Adversas a Medicamentos. Una vez establecidas las alertas de posibles RAMs, se realiza un piloto entre 2019 a 2022 para evaluar en contexto la utilidad de las alertas.

### **Tiempo de desarrollo de la experiencia**

Octubre 2019 – al presente.

### **Principales resultados**

Notificación de 50 RAMs en dicho periodo que, de acuerdo a la tasa mensual de reporte local, implica un incremento de 100% en la detección y reporte de RAMs dentro de la institución. El desarrollo de este trabajo requirió dos investigaciones, que permitió la titulación de 2 nuevas Químicas Farmacéuticas, se adjunta resumen de la investigación más reciente.

## **3 - Replicabilidad de la buena práctica.**

### **Actores y sus roles**

**Químicos Farmacéuticos de Validación y Dispensación:** Detección y notificación de posibles alertas.

**Encargado de Farmacovigilancia Institucional:** Gestión, Monitorización y Evaluación de Alertas para su Reporte al Instituto de Salud Pública.

**Investigador:** Para el levantamiento y evaluación a las alertas para la ejecución del programa.

**Jefe de Farmacia:** Comunica y difunde nueva estrategia para la provisión de servicios farmacéuticos clínicos.

### **Recursos movilizados**

La base de datos de alertas, se hospeda una base de datos simple dentro de los sistemas informáticos en la nube de la institución. No implica costo económico directo.

Requiere un Encargado de Farmacovigilancia con horario protegido para estos efectos.

### Aspectos a fortalecer

- ✓ Horas de dedicación exclusiva a farmacovigilancia por parte de profesionales competentes.
- ✓ Sistemas de dispensación informáticos con capacidad de facilitar la detección y reporte de las alertas.
- ✓ Programas de entrenamiento y difusión de la estrategia.
- ✓ Vinculación con valores de alerta de la Unidad de Laboratorio para incrementar detección de RAMs.

### Aspectos a mejorar

- ✓ El sistema de registro para la traza requiere actualmente el registro de dos o tres datos del paciente para mantener la confidencialidad al mismo tiempo que la trazabilidad.
- ✓ Mejorar el valor predictivo positivo de las alertas, además de que no es posible monitorizar muchas alertas mediante esta estrategia.

### Recomendaciones para replicar: Aprendizajes

1. Cultura organizacional en farmacia orientada a los servicios farmacéuticos clínicos
2. Entrenamiento en farmacovigilancia al personal de farmacia
3. Sistemas de almacenamiento en la nube institucional

### Proyecciones de la experiencia (sostenibilidad)

Se espera impactar en los futuros sistemas de ficha clínica electrónica, gestión de farmacia, sistemas de laboratorio y sistemas de asistencia en la prescripción, para anticiparse y/o detectar con mayor facilidad este tipo de alertas. Por otro lado, mejorando la eficiencia de los indicadores se espera incrementar el número de reportes de RAM, ya que, de acuerdo a investigaciones locales, existe una subnotificación cercana al 90%.

## 4 - Equipo responsable/gestores

### Nombre de la institución

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de La Florida

### Servicio de Salud

SSMSO

### Comuna

La Florida

### Teléfono

+56 226121421

### Identificación del o los Establecimiento(s) que implementan la experiencia

Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de La Florida

### Persona de contacto

A esta persona se le puede llamar para solicitar más antecedentes o hacer coordinaciones.

### Nombre

Cristian Paredes Kunst

**Cargo**

Encargado de Farmacovigilancia del Hospital de La Florida

**Teléfono**

+56992256383

**Correo electrónico**[Cristian.paredes@hospitalaflorida.cl](mailto:Cristian.paredes@hospitalaflorida.cl)**Integrantes de la experiencia**

Nombre y apellidos	Profesión/actividad	Institución	Rol en la iniciativa
Cristian Paredes Kunst	Químico Farmacéutico	Hospital La Florida	Director
Javiera González Araya	Químico Farmacéutico	Escuela de Química y Farmacia UC	Investigadora y Evaluadora

**5. Propuesta plan de mejora de la buena práctica****Nombre de la buena práctica**

Evaluación de las Alertas de posibles RAMs durante la Dispensación de Medicamentos

**Describir áreas de mejora de la Buena Práctica a implementar**

Evaluar las alertas de posibles RAMs en dispensación, de acuerdo a los perfiles de prescripción presentes en este momento.

Incrementar el valor predictivo positivo de las alertas para optimizar el trabajo del sistema.

Dedicar más horas/hombre a la evaluación y reporte de las alertas positivas.

**Objetivos del plan de mejora**

Incrementar el reporte de RAMs al Instituto de Salud Pública, así como para desarrollar planes de contención de riesgo al interior de la institución.

Actividades propuestas	Indicadores	Medios de verificación	Cronograma	Ítems de gasto (enumerar)	Monto \$
Contratar Químico Farmacéutico Analista de Farmacovigilancia	Número de Alertas evaluadas por mes.	Registro base de datos interna.	Proyecto a concretar en 1 año a partir de los datos obtenidos	Personal	Aprox. \$1.200.000
	Número de RAMs reportadas por mes	Reporte de RAMs ISPCh			

## 9. Palabras de Cierre

“La I Jornada de buenas prácticas hospitalarias 2023” se realizó en el contexto de una reunión de trabajo y camaradería de los equipos técnicos de cada línea de Procesos clínicos y de Gestión Hospitalaria. Considerando como palabras claves de estas jornadas: “Trabajo en equipo, Buena Práctica e Innovación”

¿Cuál es el aporte de una buena práctica?

- Garantiza la seguridad y el bienestar de los usuarios, reduciendo el riesgo de errores médicos, infecciones asociadas a la atención de salud y otras complicaciones.
- Mejorar la calidad de la atención médica al seguir estándares y protocolos establecidos, lo que resulta en un tratamiento más efectivo y resultados positivos para los usuarios.
- Ayudar a optimizar los recursos hospitalarios, como el tiempo de los médicos y el uso de suministros médicos, lo que puede conducir a una atención más eficaz y eficiente.
- Las buenas prácticas generan confianza en los usuarios y sus familias, lo que fortalece la satisfacción usuaria.
- Fomenta el crecimiento y desarrollo del equipo multidisciplinario, al promover la formación continua y la actualización de conocimientos.
- La buena práctica en salud siempre tiene un trasfondo de Humanización

Esta actividad permitió establecer un marco de intercambios de experiencias relativas a los diferentes modelos de buenas prácticas, que se ejecutan en los establecimientos hospitalarios de la Red Metropolitana Sur Oriente.

Se presentaron veinte “buenas prácticas” vinculadas a procesos clínicos y de gestión hospitalaria: Procesos Hospitalarios; Procesos Ambulatorios; Procesos Quirúrgicos y Proceso de Unidades de apoyo. A través de los conocimientos y experiencias transmitidas por los diferentes conferencistas la audiencia pudo compartir el aprendizaje de cada uno de estos equipos, hacer preguntas, emitir opiniones en un ambiente de respeto, curiosidad y colaboración, así como recoger las distintas ideas para nuevas iniciativas en su propio establecimiento.

Los asistentes a la jornada agradecieron la iniciativa de encuentro en que pudieron estimular su motivación, generar vínculos con sus pares y compartir experiencias de manera presencial, después de un largo periodo de pandemia, fomentando la innovación y las buenas prácticas en nuestros establecimientos hospitalarios para garantizar la seguridad, calidad y eficiencia de la atención, manteniendo la confianza de los usuarios y cumpliendo con los estándares legales y éticos.

Esperamos mantener la iniciativa, que pensamos será un gran aporte para fomentar el trabajo en equipo, la cultura de la innovación y buena práctica en nuestra red.