

Comari



# Resolución Directoral

Miraflores 29 de Abril de 2019.

## VISTO:

El Expediente N° 19-005700-001 que contiene el Informe N° 048-2019-OGC-HEJCU elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 066-2019-OEPP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto que remite el Informe N° 025-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

## CONSIDERANDO:

Que, en virtud de lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, por medio de Decreto Supremo N° 013-2008-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo la cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual en su inciso c) artículo 17 establece que la Oficina de Gestión de la Calidad implementa estrategias, metodología e instrumentos de calidad y mejora continua de los servicios.

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el documento técnico del "Sistema de Gestión en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud y servicios médicos de apoyo.

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 596-2007-MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", el cual fortalece los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación comparativa de los servicios de salud, aplicando los instrumentos de gestión de mejora continua para la atención a los usuarios en los establecimientos de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", el cual establece el desarrollo de las intervenciones destinada a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú.

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA se aprobó la "Guía para le Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y herramientas para la gestión de la calidad.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud, y a sus órganos desconcentrados, una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, por medio del Informe N° 048-2019-OGC-HEJCU, de fecha 09 de abril de 2019, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el documento denominado: Mejora del proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, el proyecto documento denominado: Mejora del proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa tiene como objetivo general mejorar el proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe N° 066-2019-OEPP-HEJCU, de fecha 23 de abril de 2019, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 025-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión favorable respecto a la estructura del documento denominado: Mejora del proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica. Asimismo, señala que el citado proyecto estará sujeto a disponibilidad presupuestal de la entidad.

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el documento denominado: Mejora del proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y la Resolución Ministerial N° 1364-2018-MINSA;

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1.- APROBAR** el documento denominado: Mejora del proceso de atención en la etapa pre analítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2.- DISPONER** que el documento aprobado, en el artículo precedente, estará sujeto a disponibilidad presupuestal del hospital.

**ARTÍCULO 3.- ENCARGAR** a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado documento.

**ARTICULO 4.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad ([www.hejcu.gob.pe](http://www.hejcu.gob.pe)).

**Regístrese, comuníquese y cúmplase**

EEGY/SEEV/JCCF/LCD/JP

**Distribución:**

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Of. Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa  
Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA  
Director General  
CMP. 32677 RNE. 17560



# Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”



**“Mejora del proceso de atención en la etapa preanalítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del HEJCU”**

**a. Título:**

“Mejora del proceso de atención en la etapa preanalítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del HEJCU”

**b. Equipo de mejora**

- |   |   |
|---|---|
| • Dra. Sonia Escudero Vidal             | Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad     |
| • Ra. Ada Margarita Andía Argote        | Jefa del Departamento de Medicina               |
| • Lic. Cecilia Margarita Hurtado Colfer | Jefa del Departamento de Enfermería             |
| • Dra. Iris Violeta Dávila Ildefonso    | Jefa del Departamento de Patología Clínica      |
| • Srta. Nohely Magdalena Piscoya Alfaro | Departamento de Patología Clínica               |
| • Sr. Alan Martín García Aquino         | Departamento de Patología Clínica               |
| • Lic. Carlos Enrique Linares Bautista  | Jefe de la Oficina de Logística                 |
| • Lic. Violeta Nery Dávila Peña         | Jefa de la Oficina de Estadística e Informática |

**c. Dependencia**

Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”

**d. Población objetivo**

Pacientes de atención ambulatoria y hospitalización a los que se realiza análisis clínicos en el Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

**e. Lugar de ejecución**

Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

**f. Duración**

6 meses a partir de la aprobación del proyecto de mejora continua de la calidad

**g. Antecedentes**

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud surge de la necesidad de conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud en lo relacionado a la calidad de la atención y la gestión. Dicho sistema incluye, entre sus componentes, a la mejora continua de la calidad considerando a los establecimientos de salud como tendientes hacia la excelencia en un ciclo que no tiene fin.



El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud tiene como componentes los siguientes: Planificación para la calidad, Organización para la Calidad, Garantía y Mejora Continua de la Calidad e Información para la Calidad. Dentro del componente “Garantía y Mejora Continua de la Calidad” se encuentra la Seguridad del Paciente. El Sistema de Gestión de la Calidad define “cultura de seguridad” como “Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención”.

La OMS define Seguridad del paciente como “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”

La seguridad del paciente es un pilar fundamental para lograr la calidad en la prestación de los servicios de salud; actualmente, se ha tornado como uno de los temas de mayor interés en este campo, debido a que diariamente se presenta un alto índice de eventos adversos generados por malas prácticas del personal a cargo, falta de conocimiento e información en los pacientes.

La mejora continua busca el perfeccionamiento del desempeño de la organización de salud para elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos, con la finalidad de:

- ✓ Lograr los mayores niveles de satisfacción de los usuarios externos de los servicios.
- ✓ Lograr la satisfacción de los usuarios internos, mejorando la responsabilidad de las personas por la calidad del servicio de salud que proporcionan.
- ✓ Promover permanentemente la educación sobre calidad, para la calidad y de calidad del personal que labora en los establecimientos de salud.

La mejora continua de la calidad, a través del ciclo PEVA permite Planificar, Ejecutar, Verificar y actuar en favor del perfeccionamiento de los procesos asistenciales y administrativos de las organizaciones sanitarias.

El año 2012, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la “Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”, la cual dirige el modo de trabajar la mejora continua en las instituciones de salud y a la cual se ciñe el presente proyecto.



## h. Justificación

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” tiene como visión “Ser líder, centro normativo y de referencia nacional de la atención, docencia e investigación en emergencias y urgencias con tecnología de punta, personal eficiente, innovador y comprometido con los objetivos institucionales”. Asimismo, su misión es “Contribuir a mejorar la salud de la población, atendéndola en situaciones de emergencia y urgencia en forma oportuna, con equidad, calidad, calidez, eficiencia, eficacia y desarrollando la docencia en salud”.

El 60-70% de las decisiones más importantes (altas, ingresos y tratamientos) se sustentan en los resultados proporcionados por el Departamento de Patología Clínica, por lo tanto, dichos datos tienen que ser precisos, exactos y deben corresponder a los pacientes de quienes se obtuvo las muestras.

Se sabe que prever posibles eventos adversos con acciones como, actuar a tiempo, corregir errores y aprender de ellos, son indispensables para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Los errores no son producto de la gente perversa o negligente, sino de malos procesos y sistemas; el ejercicio profesional y la consecuencia de los posibles errores están ahora sometidos al escrutinio público como nunca en el pasado; fortalecer la capacidad para actuar y evitar, en la medida de lo posible, que ocurra lo que no debería ocurrir y proteger a los pacientes contra riesgos extremos e innecesarios es el objetivo de todo el trabajo que se hace en seguridad del paciente a nivel mundial.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. La identificación verbal no es suficiente en pacientes con una disminución del nivel de consciencia, con pérdida de atención o con problemas de comunicación, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores. En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o

El error es definido como “el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto, por comisión (hacer algo incorrecto) o por omisión (no hacer lo correcto).



Durante el periodo comprendido entre los meses de octubre del 2018 y febrero del 2019 se realizó la trazabilidad del procedimiento de atención en la etapa preanalítica del Departamento de Patología Clínica observando que:

Se producen errores en la identificación de los pacientes durante la toma de muestras para la realización análisis clínicos, tomando las muestras de sangre a pacientes equivocados, debido a que los médicos que indican la realización de análisis clínicos no llenan correctamente los formatos de solicitud correspondientes. Asimismo, el personal de digitación del Departamento de Patología Clínica no verifica el correcto llenado de los formatos de solicitud, a pesar de estar establecido en su Manual de Procedimientos. Por último, en las salas de reposo de damas y varones, las camas permiten colocar carteles de identificación de los pacientes debido a su ubicación. Sin embargo, para la elevada cantidad de pacientes que llegan a las Salas de Reposo de Damas y Varones para recibir atención, el número de camas es limitado, por lo que algunos pacientes son atendidos en sillas de ruedas o en las sillas fijas ubicadas en dichos ambientes y que no cuentan con cartel de identificación.

- b. El tiempo de espera para la toma de análisis clínicos es prolongado debido a la inadecuada identificación de los pacientes en las salas de reposos, provocando demora en la ubicación del paciente por parte del personal técnico del Departamento de Patología Clínica encargado de realizar la toma de muestra.
- a. Existencia de errores en la comunicación durante la atención de los pacientes en las Salas de Reposo de Damas y varones del Servicio de Emergencia lo cual produce errores en la identificación del paciente: A veces cambian de cama a los pacientes pero sin comunicar de dicho cambio y sin cambiar el cartel de identificación.

La identificación verbal no es suficiente en pacientes con una disminución del nivel de consciencia, con pérdida de atención o con problemas de comunicación, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores. En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o por su patología, lo que compromete tanto su intimidad como su seguridad.

Al analizar las causas raíz del problema de identificación del usuario se encontró que el hospital no cuenta con brazaletes de identificación de pacientes lo cual pone en riesgo su seguridad. Asimismo, se detectó que el hospital no cuenta con un Manual de Procedimientos Hospitalarios, lo cual genera dificultades en la comunicación debido a que cada quien actúa de acuerdo a lo que sabe y supone que se debe realizar. Finalmente, se observa que el personal de digitación no verifica el correcto llenado de las solicitudes de análisis.



Una de las metas internacionales para la seguridad del paciente es identificar correctamente a los pacientes.

### **i. Objetivos**

#### *Objetivo general:*

Al finalizar la implementación del proyecto de mejora se habrá logrado mejorar el proceso de atención en la etapa preanalítica para incrementar el nivel de seguridad del paciente del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

#### *Objetivos específicos:*

Al finalizar la implementación del proyecto de mejora se habrá logrado:

- Fortalecer la seguridad en el procedimiento de atención de los pacientes en el área de digitación del Departamento de Patología Clínica.
- Garantizar la identificación correcta de los pacientes que se atienden en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Elaborar y aprobar el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Mejorar el proceso de atención en el área de digitación del Departamento de Patología Clínica.
- Fortalecer el trabajo en equipo del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Fortalecer el proceso de mejora continua del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”

### **j. Metodología**

- Programar reuniones con los integrantes del Equipo de Mejora Continua de la Calidad
- Trazabilidad de los procedimientos hospitalarios del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Coordinar y solicitar la adquisición de brazaletes de identificación de pacientes
- Programar reuniones de capacitación de los integrantes del Equipo de Mejora Continua de la Calidad.
- Trazabilidad del procedimiento preanalítico en el Departamento de Patología Clínica.
- Realización periódica de la trazabilidad del proceso de atención en emergencia en lo relacionado a la identificación correcta del paciente.
- Fortalecimiento del espíritu de equipo de los trabajadores del área preanalítica del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.



- ACTIVIDADES ESPECIFICAS

- Trazar el procedimiento preanalítico del Departamento de Patología antes, durante y después de la implementación del proyecto de mejora continua de la calidad.
- Coordinar con la Oficina Ejecutiva de Administración la adquisición de brazaletes de identificación del paciente del servicio de emergencia.
- Elaborar y aprobar mediante Resolución Directoral el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Implementar el uso de brazaletes de identificación de los pacientes de las Salas de Reposo de Damas y Varones del Servicio de Emergencia.
- Evaluar el avance de la implementación del proyecto de mejora continua de la calidad.

- TAREAS

- Realizar la trazabilidad del procedimiento de la etapa preanalítica del Departamento de Patología Clínica antes de la implementación del proyecto de mejora continua de la calidad. Para ello se debe elaborar la hoja de ruta.
- Redactar el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Aprobar mediante Resolución Directoral el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Elaborar y aplicar checklists para monitorear que el personal de digitación verifique el correcto llenado de las solicitudes de análisis.
- Elaborar y aplicar checklists para monitorear que el personal técnico que se encarga de la toma de muestras verifique la identidad del paciente comparando el nombre escrito en solicitud de análisis y el que figura en el brazaletes de identificación.
- Elaborar y aplicar checklists para monitorear que todos los pacientes del Servicio de Emergencia cuenten con su brazaletes de identificación.
- Solicitar la compra de brazaletes de identificación de los pacientes del Servicio de Emergencia.
- Implementar el uso de brazaletes de identificación de los pacientes del Servicio de Emergencia.



• PRODUCTOS

TAREA	PRODUCTO	RESPONSABLE
Trazabilidad del procedimiento de la etapa preanalítica	-Informes de trazabilidad del procedimiento de la etapa preanalítica	-Equipo de mejora continua de la calidad.
Redactar el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	-Manual de procedimientos hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	-Equipo de mejora continua de la calidad.
Aprobar el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Resolución Directoral que aprueba el Manual de Procedimientos Hospitalarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Dirección General
Elaborar checklists para monitorear que el personal de digitación verifique el correcto llenado de las solicitudes de análisis clínicos.	Checklists elaborados y socializados en reunión de Comité de Mejora Continua de la Calidad.	Comité de Mejora Continua de la Calidad
Elaborar checklists para monitorear que el personal técnico que se encarga de la toma de muestras verifique la identidad del paciente comparando el nombre escrito en solicitud de análisis y el que figura en el brazalete de identificación.	Checklists elaborados y socializados en reunión de Comité de Mejora Continua de la Calidad.	Comité de Mejora Continua de la Calidad
Elaborar y aplicar checklists	Checklists elaborados y	



para monitorear que todos los pacientes del servicio de emergencia cuenten con su brazalete de identificación.	socializados en reunión de Comité de Mejora Continua de la Calidad.	Comité de Mejora Continua de la Calidad
Solicitar la compra de brazaletes de identificación de los pacientes del Servicio de Emergencia.	Solicitud de compra de brazaletes de identificación	Jefatura de Oficina de Estadística e Informática
Realizar la compra de brazaletes de identificación de pacientes.	Compra de brazaletes de identificación de pacientes.	Oficina Ejecutiva de Administración
Elaborar la directiva de identificación correcta de los pacientes mediante el uso del brazalete.	Directiva de identificación correcta de los pacientes	Equipo de Mejora Continua de la Calidad
Aprobar mediante Resolución Directoral la Directiva de identificación correcta de los pacientes mediante el uso del brazalete.	Resolución Directoral que aprueba la Directiva de identificación correcta de los pacientes mediante el uso de brazaletes.	Dirección General
Implementar el uso de los brazaletes de identificación de pacientes del Servicio de Emergencia.	Informe de implementación del uso de brazaletes de identificación de pacientes del Servicio de Emergencia.	Equipo de Mejora Continua de la Calidad
Realizar talleres de fortalecimiento de espíritu y trabajo en equipo con el personal de digitación del Departamento de Patología Clínica.	Informe de talleres de fortalecimiento de espíritu y trabajo de equipo.	Oficina de Gestión de la Calidad



- COSTOS DE LA NO CALIDAD

Ejemplo: Apendicitis aguda versus Peritonitis por apendicitis perforada

*APENDICITIS AGUDA*

ITEM	PRECIO UNITARIO S/.	TOTAL
Ecografía abdominal	30.00	30.00
Amilasa	12.00	12.00
Lipasa	15.00	15.00
Riesgo quirúrgico	30.00	30.00
Jeringas X 3	0.60	1.80
Cuidados hospitalarios iniciales	60.00	60.00
Derecho de sala de operaciones	130.00	130.00
Esterilización paquete instrumental	80.00	80.00
Hospitalización a partir de 2do día	110.00	110.00
Apendicectomía laparoscópica	234.00	234.00
Ceftriaxona 2 gramos X 2	8.00	16.00
Otros	50.00	50.00
<b>TOTAL</b>		<b>768.80</b>

*PERITONITIS POR APENDICITIS PERFORADA*

ITEM	PRECIO UNITARIO S/.	TOTAL
Ecografía abdominal	30.00	30.00
Amilasa	12.00	12.00
Lipasa	15.00	15.00
Riesgo quirúrgico	30.00	30.00
Jeringas X 6	0.60	3.60
Cuidados hospitalarios iniciales	60.00	60.00
Derecho de sala de operaciones	130.00	130.00
Esterilización paquete instrumental	80.00	80.00
Hospitalización a partir de 2do día x3	110.00	330.00
Laparotomía explorativa	109.00	109.00
Ceftriaxona 2 gramos X 5	8.00	40.00
Otros	100.00	50.00
Multa	De 4200 a 4 millones	
<b>TOTAL</b>		<b>5089.60- 4'000,869</b>



**COSTO ERROR EN IDENTIFICACION DEL PACIENTE (SE TOMÓ ANÁLISIS AL PACIENTE INCORRECTO) Y LA APENDICITIS DESEMBOCÓ EN UNA PERITONITIS POR LA DEMORA OCASIONADA**

ITEM	PRECIO UNITARIO S/.	TOTAL
Ecografía abdominal	30.00	30.00
AmilasaX2	12.00	24.00
LipasaX2	15.00	30.00
Riesgo quirúrgicoX2	60.00	60.00
Jeringas X 8	0.60	4.80
Cuidados hospitalarios iniciales	60.00	60.00
Derecho de sala de operaciones	130.00	130.00
Esterilización paquete instrumental	80.00	80.00
Hospitalización a partir de 2do díax3	110.00	330.00
Laparotomía explorativa	109.00	109.00
Ceftriaxona 2 gramos X 5	8.00	40.00
Otros	100.00	50.00
Multa	De 4200 a 4 millones	
<b>TOTAL</b>		<b>5089.60- 4'000.869</b>

**COSTOS SIN COMPLICACIONES**

ITEM	PRECIO UNITARIO S/.	TOTAL
Ecografía abdominal	30.00	30.00
Amilasa	12.00	12.00
Lipasa	15.00	15.00
Riesgo quirúrgico	30.00	30.00
Jeringas X 3	0.60	1.80
Cuidados hospitalarios iniciales	60.00	60.00
Derecho de sala de operaciones	130.00	130.00
Esterilización paquete instrumental	80.00	80.00
Hospitalización a partir de 2do día	110.00	110.00
Apendicectomía laparoscópica	234.00	234.00
Ceftriaxona 2 gramos X 2	8.00	16.00
Otros	50.00	50.00
<b>TOTAL</b>		<b>768.80</b>



\*Los costos de la NO calidad se calculan haciendo una aproximación a las multas impuestas por SUSALUD de acuerdo al grado de incumplimiento de las disposiciones.



**k. Resultados esperados**

- Incremento de la calidad de atención en la ventanilla del Departamento de Patología Clínica.
- Identificación correcta de los pacientes que requieren y se someten a análisis clínicos.
- Disminución de la probabilidad de ocurrencia de errores relacionados con la identificación del paciente en la toma de muestras para la realización de análisis clínicos.
- 100% de pacientes de emergencia correctamente identificados (salas de reposo de damas y varones y traumashock).
- Porcentaje de satisfacción del usuario  $\geq 85\%$
- El porcentaje de cumplimiento de identificación correcta del paciente  $\geq 85\%$





I. Cronograma de actividades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ETAPAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	RESPONSABLE	2018			2019										
					Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set		
1. Establecer un marco normativo.  2. Fortalecer las competencias técnicas del personal involucrado en utilización GPC	ETAPA DE ESTUDIOS	Conformación del equipo de mejora	R.D	DG y OGC			X											
		Capacitación de los integrantes del equipo de mejora	CURSO	OGC					X	X								
		Reuniones de trabajo para elaborar el proyecto de mejora	INFORME REUNIÓN	EQUIPO DE MEJORA				X	X	X								
		Trazabilidad del proceso de atención en las áreas preanalíticas	INFORME REUNIÓN	EQUIPO DE MEJORA				X	X									
		Recopilación de datos basales	INFORME REUNIÓN	EQUIPO DE MEJORA				X	X									
		Priorización de causas raíz y planteamiento de soluciones	REUNIÓN ACTAS	EQUIPO DE MEJORA						X	X							
		Aprobación del proyecto de mejora	R.D	DG y OGC							X							
		Ejecución de las actividades para disminuir la demora de la atención	REUNIÓN ACTAS	EQUIPO DE MEJORA				X										
4. Evaluación de implementación de soluciones	ETAPA DE EJECUCIÓN	Reunión con Dirección General para gestionar la adquisición de brazaletes de identificación	ACTAS REUNION	EQUIPO DE MEJORA							X							
		Elaboración del MAPRO del servicio de Emergencia	MAPRO aprobado con RD	EQUIPO DE MEJORA JEFATURA DE EMERGENCIA						X	X	X						
		-Evaluación de avance de implementación de soluciones. -Gestión de resistencias al cambio. -Implementación de posibles cambios.	ACTAS DE REUNION FICHAS DE EVALUACIÓN PLAN DE CAMBIOS	EQUIPO DE MEJORA									X	X				



**m. PROPUESTA DE FINANCIACION**

El proyecto de mejora será financiado directamente por los recursos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

MATERIALES	PRECIO UNITARIO S/.	TOTAL
3 millares Hojas bond	20.00	60.00
6000 Brazaletes de identificación por mes	0.80	4800 por mes x 12 meses= 57 600.00
Impresora de brazaletes	1000.00	1000.00
Utiles de escritorio	50.00	50.00
<b>TOTAL</b>		<b>58 710.00</b>

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"  
  
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL  
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad

