



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

N° 027 -2026-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 21 ENE. 2026

VISTO:

El Expediente N° 25-019471-001, que contiene la Nota Informativa N° 594-2025-DAEyCC-HEVES de 29 de diciembre de 2025, del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos, el Informe N° 00008-2025/GCCMCA/HEVES de fecha 30 de diciembre de 2025, de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Informe N° 010-2026/UAJ/HEVES de fecha 14 de enero de 2026, de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que *"La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que, la protección de la salud es de interés público, y por tanto, 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, mediante la Ley N° 29414 se modifica el artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalándose que: *"Toda persona tiene derecho a lo siguiente: (...) e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud;

Que, con la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la misma que tiene por finalidad contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Resolución Directoral N° 94-2025-DE-HEVES, se aprobó la Guía Técnica: "Guía Técnica para la Gestión de Proyectos de Mejora y Planes de Acción en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador", estableciendo en el punto 6.4. Revisión y Aprobación de los Proyectos de Mejora, que "6.4.1. Una vez finalizada la propuesta de Proyecto de Mejora, el líder del proceso a mejorar en coordinación con la Jefatura de su servicio deberá remitir el proyecto a la Unidad de Gestión de la Calidad, quien dispone de un plazo no mayor a 05 días calendarios para la revisión del proyecto";

Que, mediante Resolución Directoral N° 018-2025-DE-HEVES, se aprueba el "Plan Anual de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Año 2025", cuyo objetivo general es mejorar los procesos asistenciales y administrativos, a través





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

de la organización y monitoreo de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, con Nota Informativa N° 246-2025-SE-DAEyCC-HEVES de fecha 23 de diciembre de 2025, el jefe del Servicio de Emergencia, remite al Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos, el Proyecto de Mejora denominado: "Optimización del flujo de gestión y visualización de resultados de laboratorio para mejorar la oportunidad de toma de decisiones médicas en el Servicio de Emergencia adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, setiembre 2025 – mayo 2026"; en ese sentido, con Nota Informativa N° 594-2025-DAEyCC-HEVES de fecha 29 de diciembre de 2025, el referido Departamento, remitió el Proyecto de Mejora a la Dirección Ejecutiva, para su revisión y aprobación;

Que, mediante el Acta de Reunión N° 000241-2025-MC-UGC-HEVES de fecha 22 de diciembre de 2025, representantes de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Servicio de Emergencia, definieron la denominación, el objetivo general y los objetivos específicos, los indicadores del proyecto de mejora, y las fechas, entregables y responsables para las acciones de mejora, estableciendo un cronograma de actividades, concluyéndose con la etapa de planificación del Proyecto de Mejora;

Que, mediante Proveído N° 016-2025-UGC-HEVES de fecha 30 de diciembre de 2025, la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad hace suyo en todos sus extremos el Informe N° 00008-2025/GCCMCA/HEVES de la misma fecha, y remite a la Dirección Ejecutiva, el Proyecto de Mejora denominado: "Optimización del flujo de gestión y visualización de resultados de laboratorio para mejorar la oportunidad de toma de decisiones médicas en el Servicio de Emergencia - Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, setiembre 2025 – mayo 2026", para su revisión y posterior aprobación mediante acto resolutivo con eficacia anticipada a setiembre de 2025, el mismo que cuenta con la opinión favorable de la referida Unidad;

Que, el numeral 17.1 del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, indica que *"La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, sólo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción"*;

Que, el citado Proyecto de Mejora ha sido elaborado en coordinación con el Servicio de Emergencia - Adulto y la Unidad de Tecnologías de la Información, y cuenta con el visto bueno del Servicio de Emergencia, del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos y de la Unidad de Gestión de la Calidad, para su revisión y posterior aprobación con acto resolutivo;

Que, el PROYECTO DE MEJORA propuesto, tiene por objetivo general reducir el tiempo de toma de decisiones médicas posteriores a la validación de resultados de laboratorio, mediante la optimización de los mecanismos de visualización y comunicación de resultados en el Servicio de Emergencia - Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, con Informe N° 010-2026-UAJ-HEVES de fecha 14 de enero de 2026, la Unidad de Asesoría Jurídica en base al informe de la Unidad de Gestión de la Calidad, señala que el Proyecto de Mejora "Optimización del flujo de gestión y visualización de resultados de laboratorio para mejorar la oportunidad de toma de decisiones médicas en el Servicio de Emergencia - Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, setiembre 2025 – mayo 2026", cumple con la normativa aplicable, al haber sido elaborado de acuerdo a los criterios establecidos en la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", así como, con lo establecido en la Resolución Directoral N° 94-2025-DE-HEVES que aprobó la Guía Técnica: "Guía Técnica para la Gestión de Proyectos de Mejora y Planes de Acción en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador", por lo que manifiesta su conformidad para su aprobación;

Que, el referido PROYECTO DE MEJORA, permitirá optimizar los tiempos de respuesta clínica, mejorará la trazabilidad del proceso asistencial y contribuirá a una atención más oportuna y eficiente, es ese sentido, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad y el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el PROYECTO DE MEJORA: "OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA - ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026", con eficacia anticipada al 01 de setiembre de 2025, de acuerdo al marco normativo vigente;

Con la visación de la jefa de la Unidad de Asesoría Jurídica, la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Jefe del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

De conformidad con lo dispuesto en el inciso c) del artículo 10° del Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado con Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS, la cual faculta al Director Ejecutivo, la atribución y responsabilidad de expedir Resoluciones Directorales en asuntos de su competencia; y

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR con eficacia anticipada al 01 de setiembre de 2025, el documento denominado **PROYECTO DE MEJORA: OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA - ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026**, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO: DISPONER que el Responsable del Portal de Transparencia de la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
MC. NISGOEN PERCY HUAMANI QUISPE
CMP 41632 RNE 31766
DIRECTOR DE HOSPITAL II

NPHQ/ERBP/ERRC/JPRV/jsc

Distribución:

- () Unidad de Gestión de la Calidad.
- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos.
- () Responsable del Portal de Transparencia.
- () Archivo.



Hospital de Emergencias
VILLA EL SALVADOR

PROYECTO DE MEJORA

“OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026”



Villa El Salvador, 2025

INDICE

I.	TÍTULO DEL PROYECTO DE MEJORA.....	3
II.	EQUIPO DE MEJORA	3
III.	DEPENDENCIA.....	3
IV.	POBLACIÓN OBJETIVO	3
V.	LUGAR DE EJECUCIÓN	3
VI.	DURACIÓN.....	4
VII.	ANTECEDENTES.....	4
VIII.	JUSTIFICACIÓN.....	5
IX.	OBJETIVOS.....	5
9.1	Objetivo General.....	5
9.2	Objetivos Específicos.....	5
X.	METODOLOGÍA	5
10.1	Identificación de la Oportunidad de Mejora	6
10.1.1	Análisis de la información.....	6
10.1.2	Priorización de Oportunidad de Mejora	7
10.2	Planteamiento del Problema:	7
10.2.2	Identificación del Proceso	8
10.2.3	Diagrama Global del proceso:	8
10.2.4	Análisis del Proceso.....	9
10.3	Determinación de causas.....	11
10.4	Determinación de Indicadores para medir logros	12
10.5	Recopilación de Datos Basales.....	13
10.6	Planteamiento de Hipotesis sobre los cambios o intervenciones.....	23
10.7	Priorización de Causas Raiz	24
XI.	RESULTADOS ESPERADOS	24
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	25
12.1	Cronograma de la Etapa de Planificación	25
12.2	Cronograma de la Etapa de Ejecución.....	26
12.3	Cronograma de la Etapa de Verificación	28
12.4	Cronograma de la Etapa de Actuar	29
XIII.	PROPUESTA DE FINANCIACIÓN	29



I. TÍTULO DEL PROYECTO DE MEJORA

"Optimización del flujo de gestión y visualización de resultados de laboratorio para mejorar la oportunidad de toma de decisiones médicas en el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, setiembre 2025 – mayo 2026".

II. EQUIPO DE MEJORA

Tabla N° 01: Equipo de mejora del Proyecto.

Nombres y Apellidos	Funciones	Unidad de Organización
Dr. Juan Pablo Rivero Vallenias	Identificación del problema, planteamiento de solución e implementación del Proyecto de Mejora	Servicio de Emergencia
Lic. Eva Guzmán Álvarez		
Ing. Paola Jesús Llave Escobedo	Desarrollo de software	Unidad de Tecnología de la Información
Ing. Christian Gómez Ortega		
Lic. Diana Alegría Delgado	Asistencia técnica integral en todas las etapas del proyecto.	Unidad de Gestión de la Calidad
Ing. David Valencia Pacheco		

Fuente: Eje de GCCMCA - UGC.

III. DEPENDENCIA

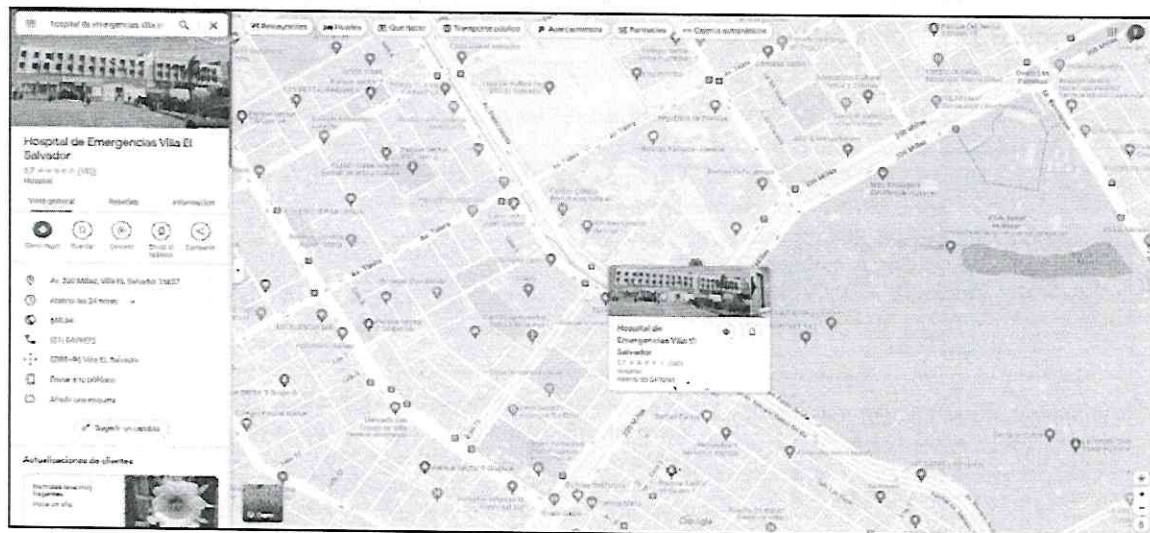
Servicio de Emergencia - Adulto, Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – DIRIS LIMA SUR.

IV. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes atendidos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador con atención en el Servicio de Emergencia – Adulto.

V. LUGAR DE EJECUCIÓN

Figura N° 01: Hospital de Emergencias Villa El Salvador



Fuente: Google Maps

VI.DURACIÓN

Tabla N° 02: Cronograma de Etapas del Proyecto de Mejora:

Etapas	Duración	Periodo
Estudios	2 mes	01 setiembre – 31 octubre del 2025
Implementación	3 meses	01 noviembre – 31 enero 2025
Seguimiento	3 meses	01 febrero – 30 abril 2026
Evaluación	0.5 mes	01 – 14 mayo 2026
Institucionalización	0.5 mes	15 – 31 mayo 2026
Duración total	9 meses	setiembre 2025 a mayo 2026

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC.

VII. ANTECEDENTES

En el año 2024 se ejecutó el Proyecto de Mejora “Reducción del tiempo del proceso pre analítico de las muestras extraídas por la Unidad de Patología Clínica solicitados desde el Servicio de Emergencia”, orientado a optimizar los tiempos de procesamiento y entrega de resultados de laboratorio.

En este contexto, el presente proyecto se formula como un segundo ciclo de mejora, orientado específicamente a la etapa posterior a la validación del resultado de laboratorio, abordando la brecha existente entre la disponibilidad del resultado y su uso efectivo en la toma de decisiones médicas.

A diferencia del proyecto previo, centrado en el proceso preanalítico, este proyecto focaliza su intervención en los mecanismos de visualización, comunicación y seguimiento clínico de los resultados, con el propósito de reducir la demora en decisiones como alta, hospitalización o traslado del paciente.

a) Proyectos de Mejora Continua en el Servicio de Emergencia – HEVES

El Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES) ha desarrollado múltiples proyectos de mejora orientados a optimizar los procesos asistenciales, reducir los tiempos de espera y fortalecer la calidad y seguridad del paciente.

Tabla N° 03: Proyectos de Mejora Continua en el Servicio de Emergencia – HEVES

Título del Proyecto	Oportunidad de Mejora	Fuente
Reducción del tiempo del proceso pre analítico de las muestras extraídas por la Unidad de Patología Clínica solicitados desde el Servicio de Emergencia, periodo abril – noviembre 2024	Demoras en el proceso de gestión y validación de resultados de laboratorio, que retrasan la atención médica y prolongan la permanencia de pacientes en emergencia.	R.D. N° 217-2024DEHEVES
Optimización del flujo del paciente de Sala de Observación Medicina del Servicio de Emergencia a la Unidad de Hospitalización de Medicina, periodo febrero – agosto 2024	24.4% de pacientes presentan estancia superior a las 12 horas en Sala de Observación de Medicina del Servicio de emergencia, incumpliendo los tiempos establecidos en la Norma Técnica de Salud N°042-MINSA/DGSP-V.01	R.D. N° 127-2024DEHEVES

Título del Proyecto	Oportunidad de Mejora	Fuente
Reducción de la estancia en sala de observación medicina para pacientes adultos del servicio de emergencias del hospital de emergencias villa el salvador, periodo julio – octubre 2023	El 67% de pacientes adultos atendidos en Sala de Observación Medicina tuvo una estancia superior a las 12 horas	R.D. N° 137-2023DEHEVES
Optimización del flujo de atención y fortalecimiento de la comunicación con los usuarios en el triaje pediátrico	Optimizar el flujo de atención y fortalecimiento de la comunicación con los usuarios en el triaje pediátrico	R.D. N° 317-2025DEHEVES

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC

VIII. JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador presenta alta demanda asistencial, con permanencias prolongadas de pacientes en Sala de Observación asociadas a demoras en la revisión y utilización de resultados de laboratorio para la toma de decisiones clínicas. La falta de alertas automáticas y herramientas de visualización en tiempo real dificulta la identificación oportuna de resultados validados, generando retrasos en altas, hospitalizaciones o traslados.

En este contexto, la implementación de mejoras orientadas a fortalecer la comunicación y visualización de resultados de laboratorio, mediante alertas digitales integradas al SISGalén, permitirá optimizar los tiempos de respuesta clínica, mejorar la trazabilidad del proceso asistencial y contribuir a una atención más oportuna y eficiente.

Asimismo, el proyecto se enmarca como una acción de mejora institucional vinculada al indicador de calidad "Porcentaje de pacientes en Sala de Observación con estancia mayor a 12 horas", establecido en la Norma Técnica de Salud N.° 042-MINSA/DGSP V.01, contribuyendo a intervenir uno de los factores operativos asociados a su incumplimiento.

IX. OBJETIVOS

9.1 Objetivo General:

Reducir el tiempo de toma de decisiones médicas posteriores a la validación de resultados de laboratorio, mediante la optimización de los mecanismos de visualización y comunicación de resultados en el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

9.2 Objetivos Específicos:

- 9.2.1 Reducir el tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra en el Servicio de Emergencia – Adulto.
- 9.2.2 Reducir el tiempo entre la validación del resultado de laboratorio y la decisión médica en el Servicio de Emergencia – Adulto.
- 9.2.3 Optimizar la visualización y notificación de resultados de laboratorio validados para el médico tratante en el Servicio de Emergencia – Adulto.

X. METODOLOGÍA

La metodología del presente proyecto se enmarca en la R.M. N.° 095-2012/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos De Mejora y La Aplicación de Técnicas Y Herramientas para la Gestión de la Calidad".

Tabla N° 04: Lista de Etapas.

N°	Etapas	Descripción
1	Estudios	Identificación, análisis y priorización del problema; definición de indicadores de línea de base.
2	Ejecución o Implementación	Desarrollo e implementación de las acciones de mejora planificadas.
3	Seguimiento	Monitoreo continuo de la ejecución, verificando avances y ajustes necesarios.
4	Evaluación de Resultados	Medición del logro de objetivos y metas mediante indicadores definidos.
5	Estandarización o Institucionalización	Incorporación de las mejoras exitosas a los procesos habituales, garantizando su sostenibilidad.

Fuente: R.M. N.° 095-2012/MINSA

El presente proyecto de mejora fue elaborado siguiendo los lineamientos de la R.M. N.° 095-2012/MINSA, los pasos considerados son los siguientes:

- Identificación de la oportunidad de mejora.
- Planteamiento del problema
- Determinación de las causas
- Determinación de indicadores para medir los logros
- Recopilación de datos básales
- Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones
- Priorizar las causas raíz a intervenir
- Formular el plan de acción

De esta manera, el proyecto se orienta a construir un diagnóstico claro y sustentado, que permita pasar a las fases posteriores con objetivos precisos, metas realistas y un sistema de medición definido.

10.1 Identificación de la Oportunidad de Mejora

10.1.1 Análisis de la información

Tabla N° 05: Lista de Oportunidades de Mejora del Servicio de Emergencia – Adultos.

N°	Oportunidad de Mejora	Problema asociado
	Optimizar el flujo asistencial y el desembalse emergencia – hospitalización.	Estancia prolongada de pacientes en el Servicio de Emergencia.
	Optimizar la oportunidad de decisión médica en el Servicio de Emergencia – Adulto.	Demora significativa en la toma de decisiones clínicas asociadas a la atención de los pacientes que requieren resultados de laboratorio.
3	Optimizar los criterios operativos claros de ingreso, resolución y salida rápida para pacientes prioridad III.	Sobrecarga operativa del Módulo de Atención Rápida (MAR) adulto.

N°	Oportunidad de Mejora	Problema asociado
4	Optimizar el uso funcional de los ambientes para asegurar atención segura y tránsito libre en áreas críticas.	Riesgos asistenciales y operativos en el Servicio de Emergencia adulto.
5	Optimizar tiempos, responsables y secuencia del traslado interno desde emergencia hacia hospitalización.	Retrasos en la transferencia interna de pacientes.

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC.

10.1.2 Priorización de Oportunidad de Mejora

La priorización de las oportunidades de mejora identificadas en el Servicio de Emergencia – Adultos, se realizará considerando criterios de factibilidad, frecuencia e importancia.

Tabla N° 06: Matriz de Priorización de Oportunidades de Mejora

Oportunidad de Mejora		Frecuencia		Importancia		Factibilidad		Resultado
1	Optimizar el flujo asistencial y el desembalse emergencia –hospitalización.	5	4	4	5	4	5	27
2	Optimizar la oportunidad de decisión médica en el Servicio de Emergencia – Adulto.	5	5	5	5	5	5	30
3	Optimizar los criterios operativos claros de ingreso, resolución y salida rápida para pacientes prioridad III.	3	5	3	5	4	5	25
4	Optimizar el uso funcional de los ambientes para asegurar atención segura y tránsito libre en áreas críticas.	5	4	3	5	4	5	26
5	Optimizar tiempos, responsables y secuencia del traslado interno desde emergencia hacia hospitalización.	4	5	5	4	5	5	28

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC.

10.2 Planteamiento del Problema:

En el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador se evidencian demoras significativas en la gestión y revisión de los resultados de laboratorio necesarios para la toma de decisiones clínicas. El análisis de 15 965 registros del SISGalen Plus (junio – agosto 2025) muestra un tiempo promedio total de 07:00 horas desde la orden médica hasta la decisión clínica final, y un promedio de 03 h 31 min entre la validación del resultado y la decisión médica.

Asimismo, solo el 20.1% de las decisiones se realizan dentro de la primera hora posterior a la validación del resultado, evidenciando una brecha en la oportunidad del proceso clínico.

10.2.1. Problema General

Demora en la toma de decisiones médicas posteriores a la validación de resultados de laboratorio en el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

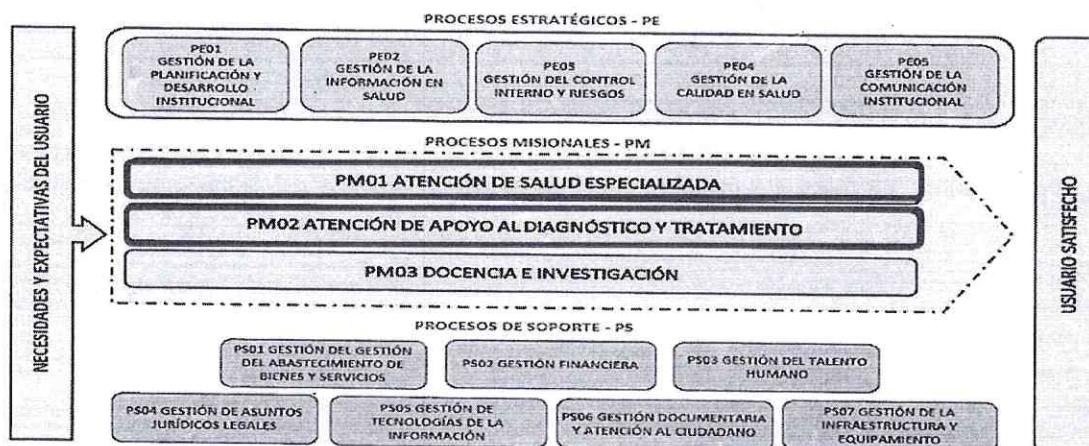
10.2.2. Identificación del Proceso

La oportunidad de mejora priorizada se enmarca dentro de los procesos misionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador:

En este contexto, el presente proyecto se vincula principalmente con los procesos de:

- PM.01 Atención de Salud Especializada.
- PM.02 Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

Figura N° 02: Mapa de Procesos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador



Fuente: Resolución Directoral N°203-2024-DE-HEVES

10.2.3. Diagrama Global del proceso:

Figura N° 03: Diagrama de Bloques – Interrelaciones del Servicio de Emergencia



Fuente: Eje de GCCMCA – UGC.

El Servicio de Emergencia se encuentra interrelacionado directamente con el Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Banco de Sangre, Servicio de Atención Ambulatoria, Servicio de Hospitalización Clínico Quirúrgico, Servicio de Cuidados Críticos, Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico y el Servicio de Referencia y Contrarreferencia.

a) Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Banco de Sangre:

- **Ingresan** resultados de dichas pruebas para complementar el diagnóstico.
- **Salen** solicitudes de pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas y banco de sangre.

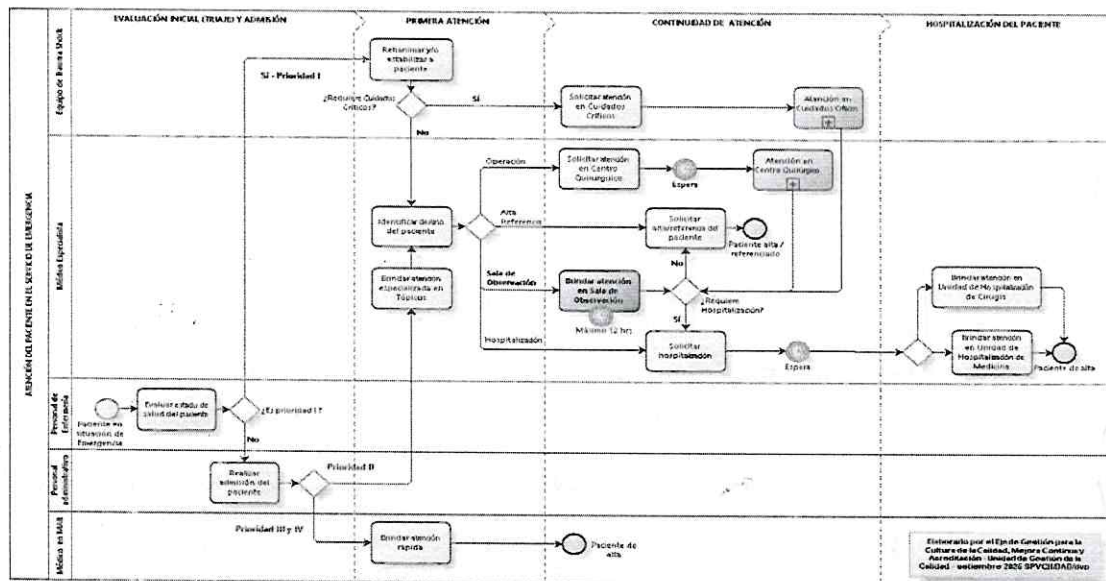
- b) Servicio de Atención Ambulatoria:
 - **Ingresan** respuestas de las interconsultas solicitadas.
 - **Salen** solicitudes de interconsultas para evaluación por otras especialidades.
- c) Servicio de Hospitalización Clínico Quirúrgico:
 - **Ingresan** informes de aceptación y coordinación para el traslado.
 - **Salen** solicitudes de traslado para hospitalización de pacientes estabilizados en Emergencia.
- d) Servicio de Cuidados Críticos:
 - **Ingresan** confirmaciones para el traslado de estos pacientes.
 - **Salen** solicitudes de traslado de pacientes que requieren manejo en unidad crítica.
- e) Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico:
 - **Ingresan** confirmaciones para el traslado de estos pacientes.
 - **Salen** solicitudes de traslado de pacientes para intervenciones quirúrgicas urgentes o programadas.
- f) Servicio de Referencia y Contrarreferencia:
 - **Ingresan** pacientes referidos desde otros establecimientos de salud.
 - **Salen** pacientes contrarreferidos a otros niveles de atención según requerimiento.
- g) Población (Contexto Social):
 - **Ingresan** pacientes que acuden directamente desde la comunidad por situaciones de urgencia o emergencia.
 - **Salen** pacientes recuperados que retornan a su entorno social tras el alta.

10.2.4. Análisis del Proceso:

a) Sobre el Procedimiento de Atención del Paciente en el Servicio de Emergencia

El procedimiento de atención del paciente en el Servicio de Emergencia se encuentra regulado por la normativa institucional vigente, conforme a la R.D. N° 331-2021-DE-HEVES¹.

Figura N° 04: Flujograma del proceso Atención del Paciente en el Servicio de Emergencia



Fuente: R.D. N° 331-2021-DE-HEVES.

¹ RD N° 331-2021-DE-HEVES, "Guía Técnica del Sistema de Triage del Servicio de Emergencia del HEVES" de fecha 15 de diciembre de 2021

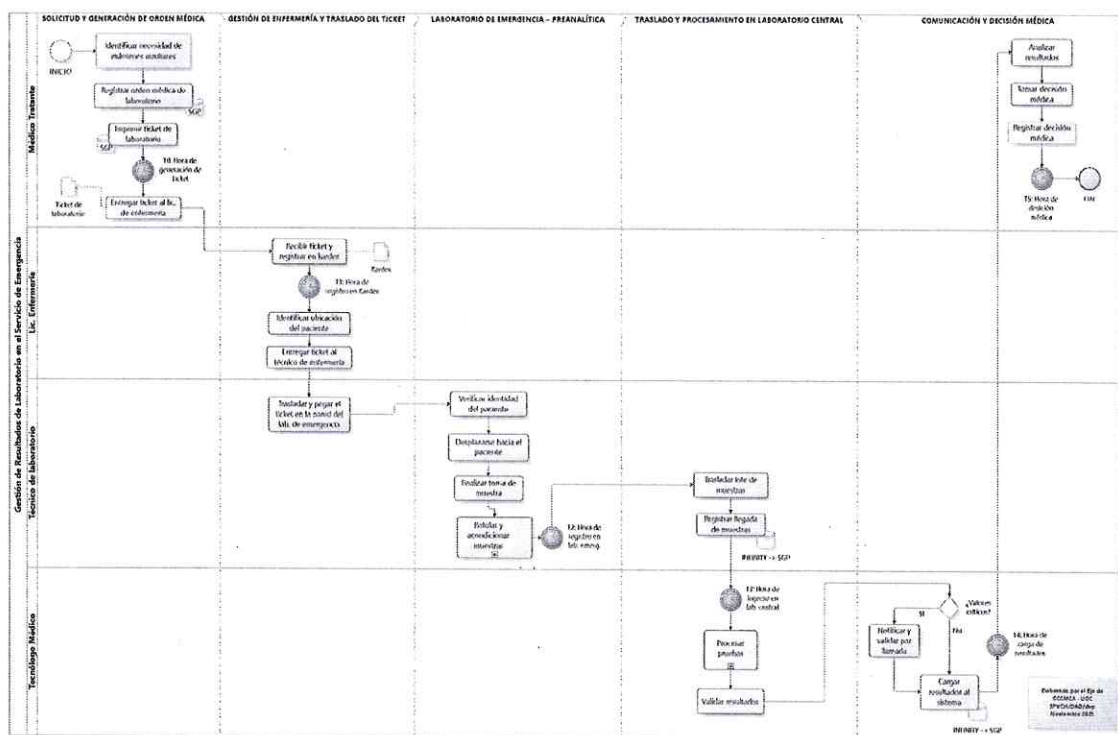
Observaciones resaltantes:

- El proceso se inicia con la evaluación y clasificación del paciente en triaje, donde se determina su prioridad de atención.
- Luego, el paciente es registrado en Admisión, generándose la historia clínica electrónica.
- Dependiendo del diagnóstico presuntivo, el paciente es derivado al tóxico o sala de observación correspondiente.
- Durante su atención, se solicitan exámenes auxiliares que apoyan el diagnóstico médico.
- Finalmente, el médico tratante determina el alta o traslado del paciente según su evolución clínica.

b) Sobre el Procedimiento de Gestión de Resultados de Laboratorio en el Servicio de Emergencia.

Este procedimiento comprende las actividades que se desarrollan desde la generación de la orden médica hasta la visualización del resultado validado por el médico tratante.

Figura N° 05: Flujograma del procedimiento de gestión de resultados de laboratorio en el Servicio de Emergencia



Fuente: Eje de GCCMCA – UGC.

Observaciones resaltantes:

- La orden médica de laboratorio es **impresa por el Médico Tratante y trasladada de forma manual** por el personal de enfermería hacia el área de laboratorio de emergencia.
- La **toma de muestra** es realizada por el personal técnico de laboratorio, previa localización física del paciente dentro del Servicio de Emergencia.
- El **procesamiento, validación y carga de resultados** se realiza en el Laboratorio Central a través del software Infinity (integrado al SISGalen Plus).
- La **comunicación de resultados críticos** se efectúa de manera telefónica; sin embargo, los **resultados no críticos dependen de la revisión manual** del sistema por parte del médico tratante.
- El médico tratante debe **ingresar periódicamente al SISGalen Plus** para verificar la disponibilidad de resultados.

10.3 Determinación de causas:

Se determinaron las posibles causas del problema identificado:

Tabla N° 07: Matriz de 5 ¿Porqués?

Problema General	Demora en la toma de decisiones médicas posteriores a la validación de resultados de laboratorio en el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.				
¿Por qué 1?	¿Por qué 2?	¿Por qué 3?	¿Por qué 4?	¿Por qué 5?	
Porque el médico tratante no toma decisiones clínicas de manera inmediata luego de validado el resultado de laboratorio.	Porque no identifica oportunamente que el resultado ya se encuentra disponible para su revisión.	Porque debe ingresar manualmente al sistema SISGalen Plus para verificar si los resultados han sido cargados.	Porque el sistema no cuenta con alertas visuales, sonoras ni semaforizadas que notifiquen la validación de resultados.	-	
	Porque el médico atiende simultáneamente a múltiples pacientes y procedimientos en el turno.	Porque no existe una herramienta que facilite el seguimiento clínico post-resultado de los pacientes en evaluación.	Porque el sistema no prioriza ni destaca los resultados que requieren decisión clínica inmediata.	-	
	Porque los resultados aparecen en el sistema de forma agrupada y sin diferenciación clínica.	Porque no existe una jerarquización visual entre exámenes críticos, prioritarios y de rutina.	Porque no se ha definido una funcionalidad de priorización clínica dentro del sistema de información.	-	
Porque el médico no recibe una comunicación directa cuando los resultados ya están disponibles.	Porque la comunicación entre laboratorio y emergencia es limitada y no estandarizada.	Porque solo se notifican resultados críticos extremos mediante llamada telefónica.	Porque no existe un protocolo institucional para comunicar resultados no críticos pero relevantes para la decisión clínica.	-	
Porque el proceso previo a la validación también genera retrasos acumulados que impactan la decisión clínica final.	Porque la notificación de la orden médica de laboratorio se realiza de forma manual.	Porque la orden se imprime en papel y se traslada físicamente por el personal de enfermería.	Porque el flujo de comunicación depende de registros manuales y del traslado del ticket físico.	-	
Porque existen tiempos variables entre la generación de la orden y la disponibilidad del resultado para revisión médica.	Porque no existe un seguimiento integrado del estado del proceso de laboratorio (orden-muestra-resultado).	Porque el sistema solo muestra el resultado final sin trazabilidad visible del proceso.	Porque no se ha incorporado una visión de gestión clínica del proceso de laboratorio.	-	

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

10.4 Determinación de Indicadores para medir logros

10.4.1. Indicadores del Proyecto

Dado que el presente proyecto no contempla modificaciones estructurales ni incremento de recursos humanos o materiales, se priorizan indicadores de proceso y de resultado, conforme al modelo de Avedis Donabedian.

Tabla N° 08: Descripción de los Indicadores propuestos para el Proyecto de Mejora.

N°	Tipo	Indicador	Descripción
1	Resultado	Tiempo promedio total del ciclo de resultado de laboratorio (orden médica – decisión médica final).	Mide el tiempo promedio total del proceso asistencial desde la emisión de la orden médica de laboratorio hasta la decisión médica final (alta, hospitalización o traslado).
2	Proceso	Tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra.	Mide el tiempo promedio transcurrido desde la emisión de la orden médica hasta la toma de muestra (solo se cuenta con el registro de toma de muestra).
3	Proceso	Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta, hospitalización o traslado).	Mide el tiempo promedio transcurrido desde que el resultado es validado y cargado en el sistema hasta que se registra la decisión médica final.
4	Proceso	Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados (≤ 1 hora)	Proporción (%) de casos en los que la decisión médica se realiza dentro de un tiempo estándar definido (≤ 1 hora) luego de la validación del resultado de laboratorio.

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC

10.4.2. Indicadores de Impacto del Proyecto

Adicionalmente, se incorpora un indicador de calidad, conforme a lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP V.01 – Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.

La inclusión de este indicador se sustenta en que la problemática abordada en el presente proyecto - demora en la toma de decisiones clínicas asociadas a la validación y revisión de resultados de laboratorio - contribuye de manera indirecta pero significativa al incremento de pacientes con estancias mayores a 12 horas en Sala de Observación.

En ese sentido, el proyecto se enmarca como una acción de mejora institucional orientada a reducir uno de los factores operativos que influyen en el incumplimiento del estándar observado por SUSALUD, fortaleciendo la oportunidad de alta médica.

Tabla N° 09: Descripción de los Indicadores propuestos para el Proyecto de Mejora.

N°	Tipo	Indicador	Descripción
1	Calidad	Porcentaje de pacientes en Sala de Observación de Emergencia con estancia mayor a 12 horas	Mide la proporción de pacientes que permanecen más de 12 horas en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia, conforme al estándar establecido en la NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01

Fuente: Eje de GCCMCA – UGC



10.5 Recopilación de Datos Basales

10.5.1. Fundamento Normativo

La recopilación de datos basales del presente proyecto de mejora se realizó conforme a lo establecido en la Resolución Ministerial N.° 095-2012-MINSA, que regula el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

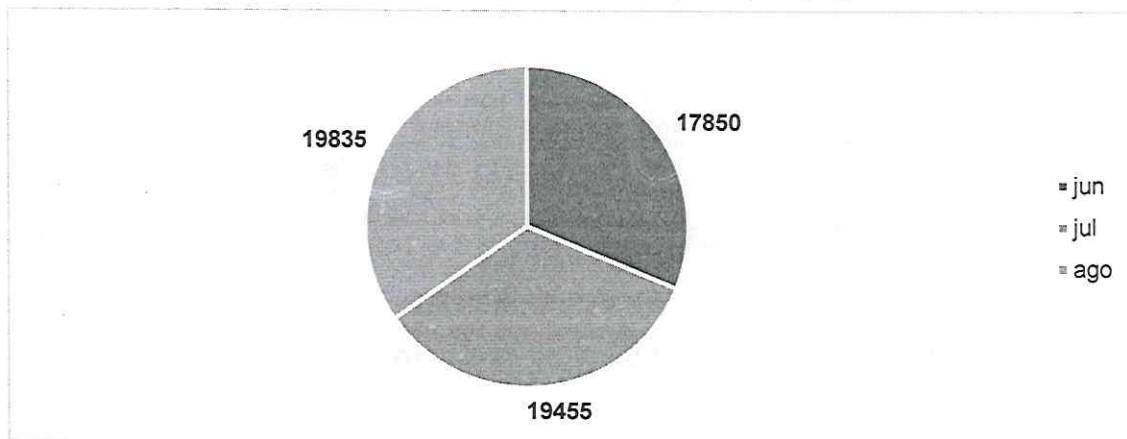
10.5.2. Tipo y Alcance de la Información Recolectada

Para el desarrollo del presente Proyecto de Mejora, la información recolectada proviene principalmente de los registros del SISGalen Plus del Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES), correspondientes al período junio – agosto de 2025.

10.5.3. Datos Generales

Se consolidaron 57 140 registros correspondientes a los meses evaluados.

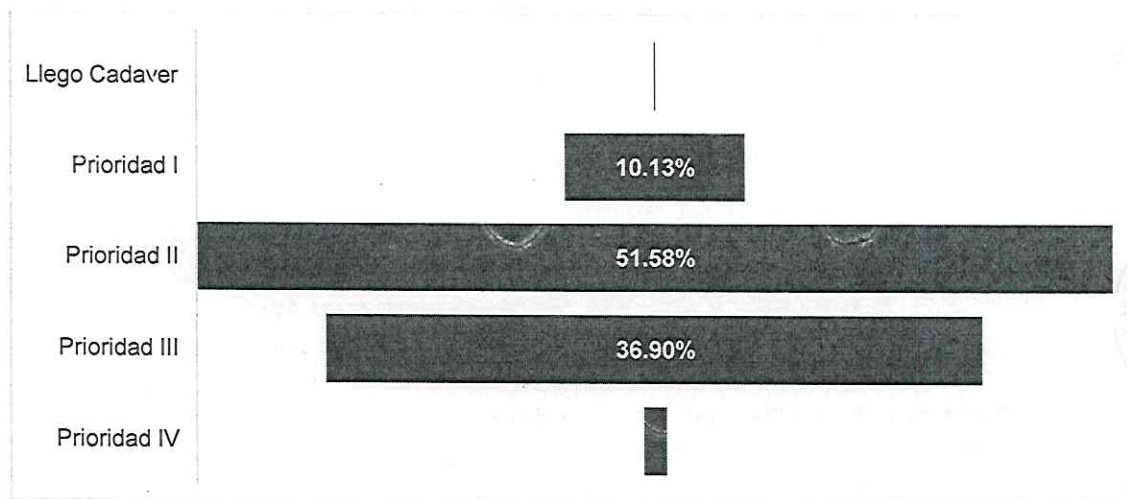
Figura N° 06: Registros correspondientes a los meses de junio, julio y agosto de 2025



Fuente: Reporteador HEVES

Al disgregarlo por prioridades en el Servicio de Emergencia:

Figura N° 07: Distribución porcentual por área de emergencia.

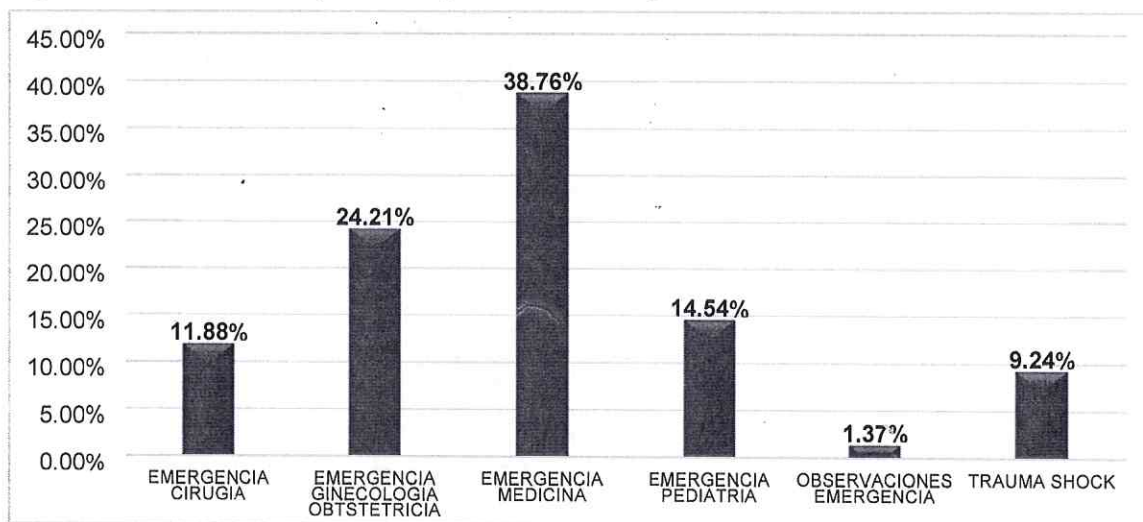


Fuente: UIS Estadística - HEVES

a) Sobre la procedencia de las solicitudes de exámenes de laboratorio según Departamento en el Servicio de Emergencia

Los resultados evidencian que la mayor proporción de solicitudes proviene de Emergencia de Medicina (38.76%) y Emergencia Ginecología Obstetricia (24.21%) que juntos suman aproximadamente el 63.0 % del total de solicitudes de exámenes de laboratorio.

Figura N° 08: Distribución porcentual por área de emergencia.



Fuente: Reporteador HEVES

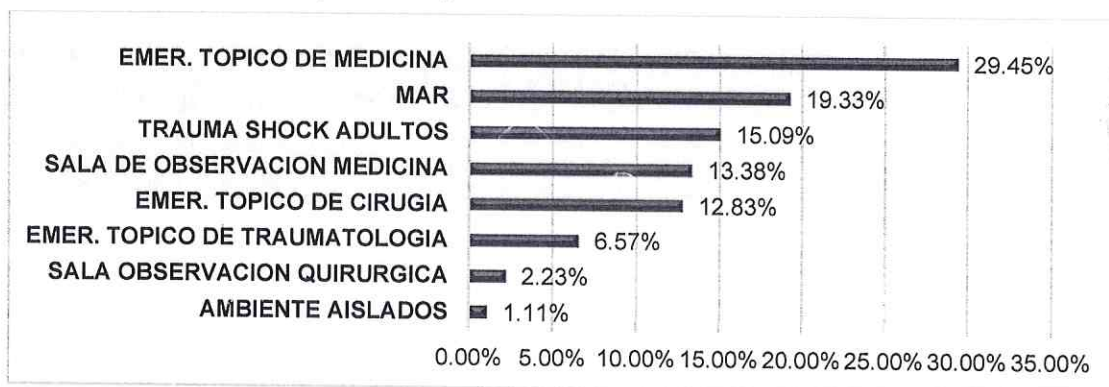
10.5.4. Datos Generales en el Servicio de Emergencia Adulto

Se consolidaron 34 999 registros correspondientes a los meses evaluados exclusivamente para el Servicio de Emergencia Adulto, (excluyendo pediátrico y ginecoobstétrico).

a) Sobre la procedencia de las solicitudes de exámenes de laboratorio según consultorio en el Servicio de Emergencia Adulto

Los registros evidencian que la mayor proporción de solicitudes proviene del Tópico de Medicina 1 (29.45%), MAR Adulto (19.33%) y Trauma Shock Adultos (15.09%), que juntos suman aproximadamente el 64.0% del total de solicitudes de exámenes de laboratorio.

Figura N° 08: Distribución porcentual por consultorio.



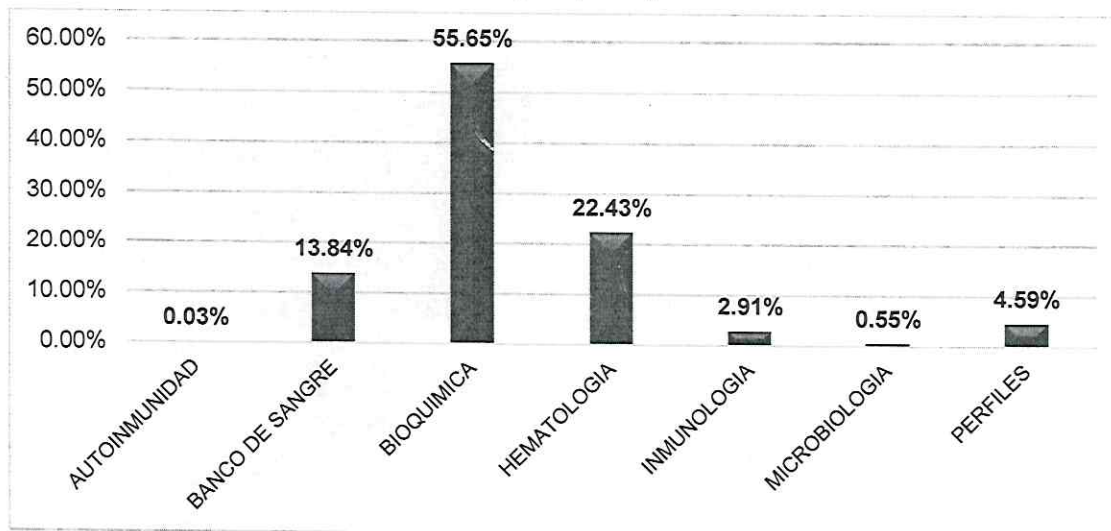
Fuente: Reporteador HEVES



b) Sobre la Distribución de solicitudes según tipo de prueba

Las pruebas de bioquímica y hematología representan la mayor carga operativa del laboratorio en relación con las solicitudes generadas por el Servicio de Emergencia, concentrando aproximadamente el 78.0% del total.

Figura N° 09: Distribución de solicitudes según tipo de prueba

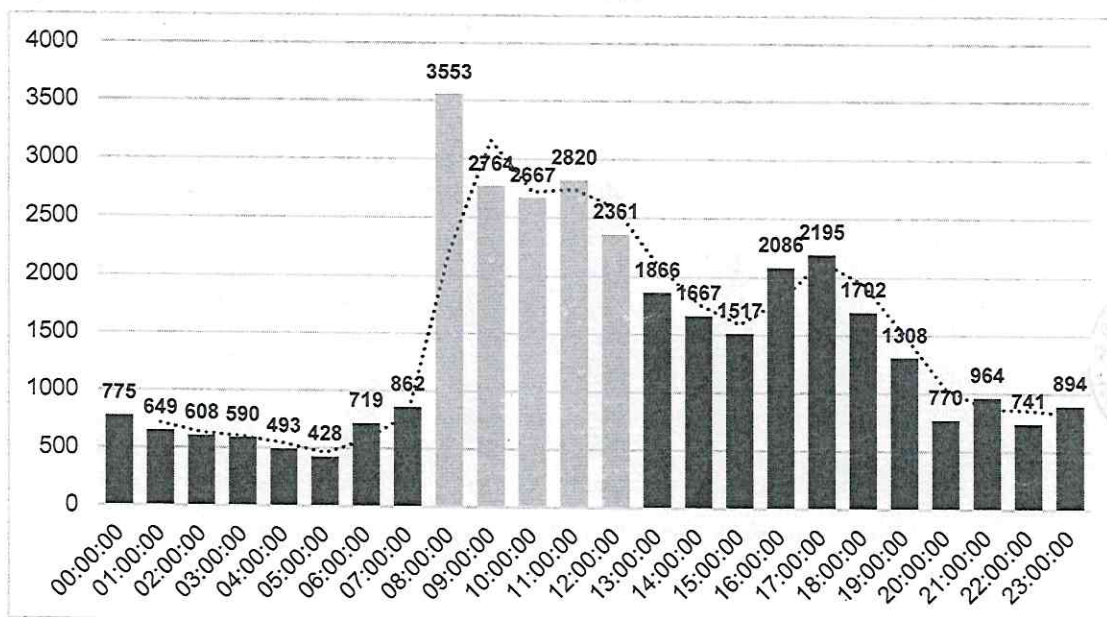


Fuente: Reporteador HEVES

c) Sobre la distribución horaria de las altas médicas en el Servicio de Emergencia Adulto

Se observó que el mayor volumen de altas médicas se concentra en el turno diurno, particularmente entre las 08:00 y 12:00 horas, donde se registra un pico pronunciado de decisiones médicas. En este intervalo horario se contabilizan 11 804 altas, lo que representa una proporción mayoritaria del total de registros analizados.

Figura N° 09: Distribución horaria de las altas médicas

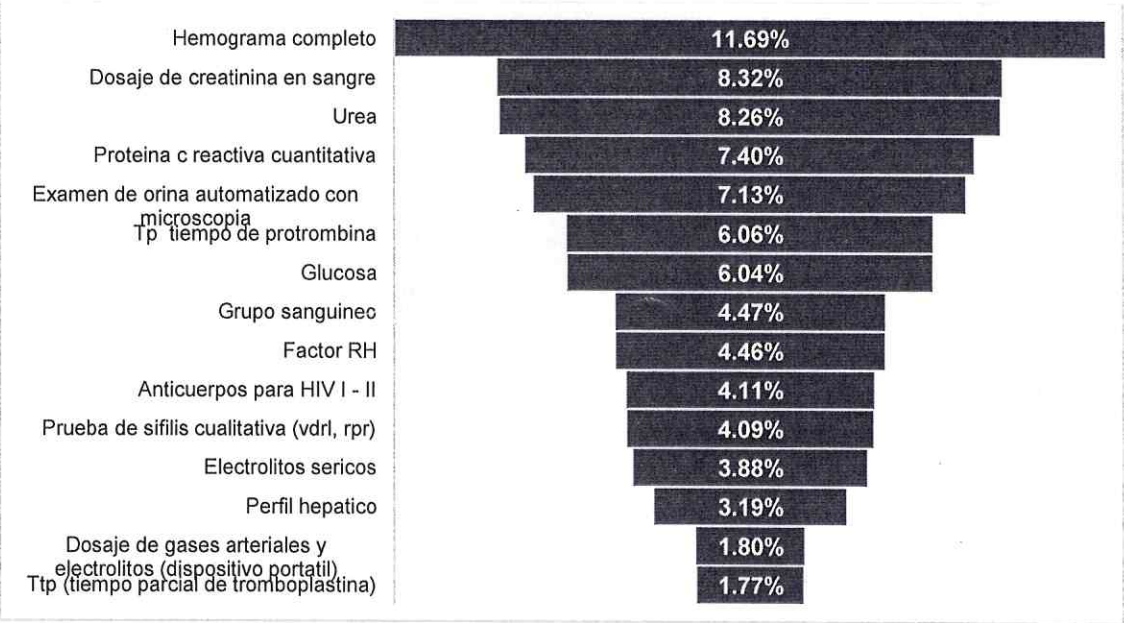


Fuente: Reporteador HEVES

d) Sobre los procedimientos de laboratorio más solicitados

El análisis evidencia que el volumen de solicitudes de exámenes se concentra en un Top 15 de procedimientos, entre los que destacan hemograma completo, dosaje de creatinina en sangre en sangre y urea. En conjunto, estos exámenes representan el 50.1% del total procesado.

Figura N° 10: Procedimientos de laboratorio más solicitados en el Servicio de Emergencia

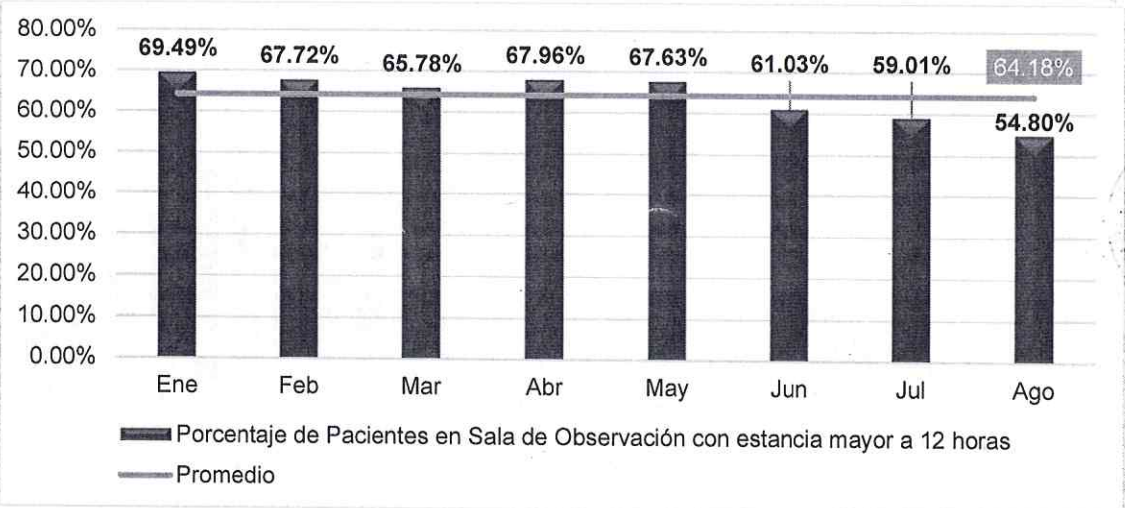


Fuente: Reporteador HEVES

10.5.4. Indicador de Calidad – Estancia en Sala de Observación

De acuerdo con la información reportada por el sistema institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, durante el período enero–agosto de 2025, el porcentaje de pacientes con estancias mayores a 12 horas en Sala de Observación se mantuvo persistentemente elevado, oscilando entre 69.49% en enero y 54.80% en agosto.

Figura N° 11: Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación con estancia mayor a 12 horas



Fuente: Reporteador HEVES

10.5.5. Datos Basales: Aspectos generales

Para el análisis basal del presente proyecto, se integró la información proveniente de los tres meses previos al diseño del mismo (junio, julio y agosto de 2025), utilizando exclusivamente los registros del SISGalen Plus correspondientes al Servicio de Emergencia – Adulto.

Con el propósito de identificar las principales brechas en la gestión de resultados de laboratorio, se solicitó y analizó la siguiente información operativa:

- Hora de generación de la orden médica de laboratorio.
- Hora de toma de muestra por el personal de laboratorio.
- Hora de carga y validación de resultados en el sistema.
- Hora de decisión médica (alta, hospitalización o traslado).

Esta información permitió calcular los valores basales de los indicadores definidos en el proyecto:

- El Tiempo total de gestión del resultado de laboratorio.
- El Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta o traslado).
- El Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados.

10.5.6. Datos Basales: Análisis

El análisis integral de los tiempos asistenciales evidencia demoras significativas en distintas etapas del proceso "orden médica – toma de muestra – validación – decisión clínica".

Tabla N° 10: Análisis de los Datos Basales

Consultorio	Promedio				
	Orden Médica – Toma de Muestra	Toma de Muestra – Resultado	Orden Médica – Alta	Carga de Resultado – Alta	Orden Médica – Resultado
Emer. Tópico de medicina 1	01:21:23 h	01:47:18 h	06:53:10 h	03:44:29 h	03:08:41 h
Mar adulto	01:15:29 h	02:55:21 h	05:13:44 h	01:02:55 h	04:10:49 h
Shock trauma adultos	01:28:05 h	01:42:43 h	07:31:15 h	04:20:27 h	03:10:48 h
Emer. Tópico de cirugía 1	01:19:07 h	01:31:31 h	08:21:41 h	05:31:04 h	02:50:38 h
Observación medicina 3	01:28:59 h	01:47:17 h	09:52:59 h	06:36:43 h	03:16:16 h
Tópico de traumatología	01:36:43 h	01:40:40 h	07:41:35 h	04:24:11 h	03:17:23 h

PROYECTO DE MEJORA: "OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026"

Consultorio	Promedio				
	Orden Médica – Toma de Muestra	Toma de Muestra – Resultado	Orden Médica – Alta	Carga de Resultado – Alta	Orden Médica – Resultado
Observación mujeres	02:44:27 h	04:44:54 h	09:57:54 h	02:28:33 h	07:29:21 h
Observación medicina 1	03:06:05 h	05:00:11 h	10:28:56 h	02:22:39 h	08:06:16 h
Observación varones	02:37:37 h	04:11:34 h	09:18:21 h	02:29:10 h	06:49:11 h
Observación quirúrgica	01:08:44 h	00:20:23 h	09:31:12 h	08:02:05 h	01:29:08 h
Ambientes aislados	01:02:45 h	00:09:38 h	11:56:45 h	10:44:22 h	01:12:23 h
Observación medicina 4	02:54:56 h	01:06:16 h	05:15:56 h	01:14:44 h	04:01:12 h
Total general	01:23:31 h	02:05:24 h	07:00:17 h	03:31:22 h	03:28:55 h

Fuente: UIS – Estadística

Se determinó los consultorios que tienen mayor impacto en este problema, por su volumen representativo y promedios de tiempos específicos desde que se genera la Orden Médica de laboratorio hasta la validación y decisión médica.

Tabla N° 11: Consultorios que generan mayor impacto en el Servicio de Emergencia

Consultorio	Cantidad de registros	V.R.	Promedio Orden Médica – Alta	Impacto
Emer. Tópico de medicina 1	5770	36.14%	06:53:10 h	0.103693356
Mar adulto	4076	25.53%	05:13:44 h	0.055622306
Shock trauma adultos	2285	14.31%	07:31:15 h	0.044842969
Emer. tópico de cirugía 1	2208	13.83%	08:21:41 h	0.048182503
Observación medicina 3	593	3.71%	09:52:59 h	0.015277557
tópico de traumatología	452	2.83%	07:41:35 h	0.009071395
Observación mujeres	179	1.12%	09:57:54 h	0.004650333
Observación medicina 1	136	0.85%	10:28:56 h	0.003712454



Consultorio	Cantidad de registros	V.R.	Promedio Orden Médica – Alta	Impacto
Observación varones	109	0.68%	09:18:21 h	0.002636653
Observación quirúrgica	94	0.59%	09:31:12 h	0.002340333
Ambientes aislados	52	0.33%	11:56:45 h	0.001642552
Observación medicina 4	11	0.07%	05:15:56 h	0.000153579
Total general	15965	100.00%	07:00:17 h	

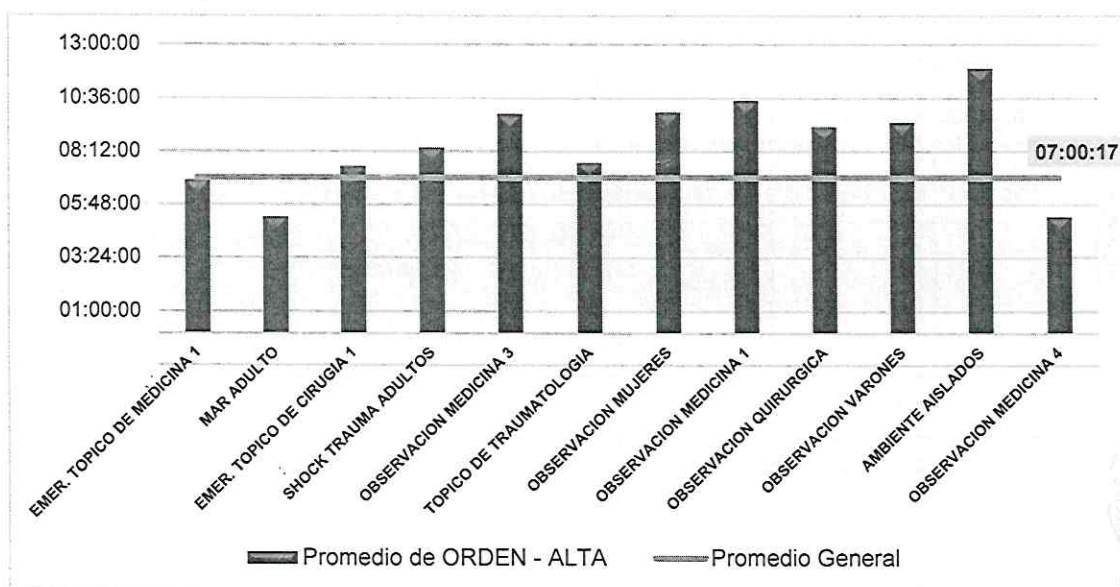
Fuente: UIS – Estadística

a) Sobre el Indicador de Resultado: Tiempo promedio total del ciclo de resultado de laboratorio (orden médica hasta decisión médica)

El análisis del indicador de resultado, que mide el tiempo total del ciclo de atención desde la emisión de la orden médica hasta la decisión médica final (alta/traslado), evidencia un promedio general de 07:00:17 h

Este valor representa el tiempo total de permanencia del paciente en el servicio de emergencia hasta que se resuelve su situación clínica, incluyendo todos los tiempos intermedios (gestión del laboratorio, espera de resultados y toma de decisión médica). La duración significativa de este ciclo sugiere áreas de oportunidad para la optimización de procesos a lo largo de toda la cadena de valor.

Figura N° 12: Tiempo promedio total del ciclo de resultado de laboratorio (orden médica hasta decisión médica)



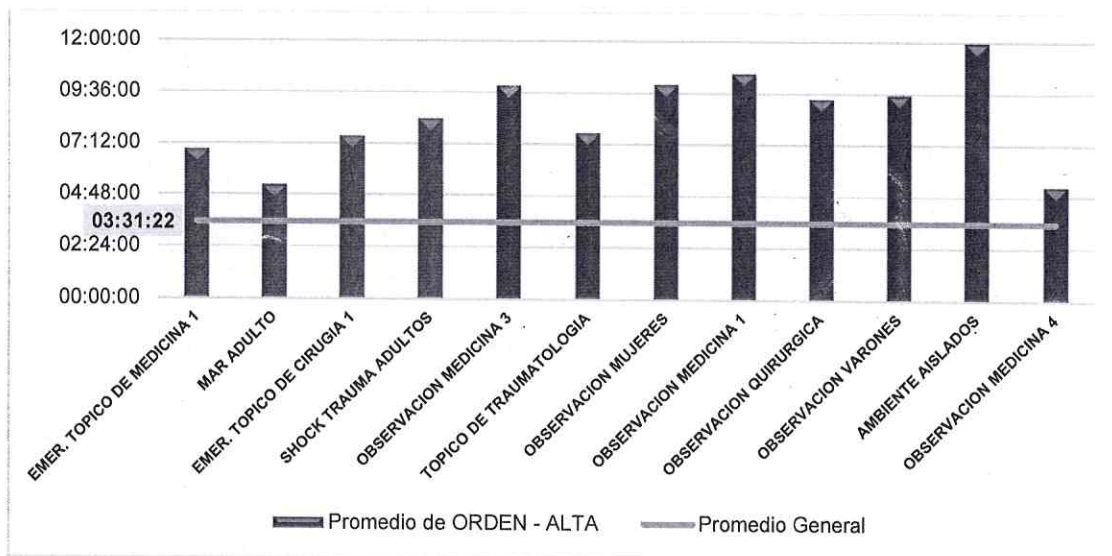
Fuente: UIS – Estadística

b) Sobre el Indicador de Proceso: Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta o traslado).

Respecto al indicador de proceso, el tiempo transcurrido entre la carga del resultado en el sistema y la decisión médica final muestra un **promedio general de 03:31:22 horas**,

evidenciando una brecha significativa incluso después de que el resultado ya está disponible para el médico.

Figura N° 13: Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta o traslado)



Fuente: UIS – Estadística

c) Sobre el Indicador de Proceso: Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados.

Se identificó la necesidad de excluir 2 275 registros debido a inconsistencias críticas: la hora de alta del paciente era anterior a la carga del resultado de laboratorio. Esta situación imposibilita la medición fidedigna de la oportunidad real de la decisión clínica.

Por lo tanto, el análisis final se basó en una muestra depurada de 13 690 registros válidos.

La distribución de la oportunidad de las decisiones médicas dentro de las primeras seis horas tras la validación del resultado se detalla en la siguiente tabla:

Tabla N° 12: Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados.

Rango de tiempo entre carga de resultado y decisión médica	Cantidad	V.R. (%)
00:00:00	0	0.0%
00:00:00 - 01:00:00	2757	20.1%
01:00:00 - 02:00:00	2018	14.7%
02:00:00 - 03:00:00	1402	10.2%
05:00:00 - 06:00:00	605	4.4%

Fuente: UIS – Estadística

Observaciones clave:

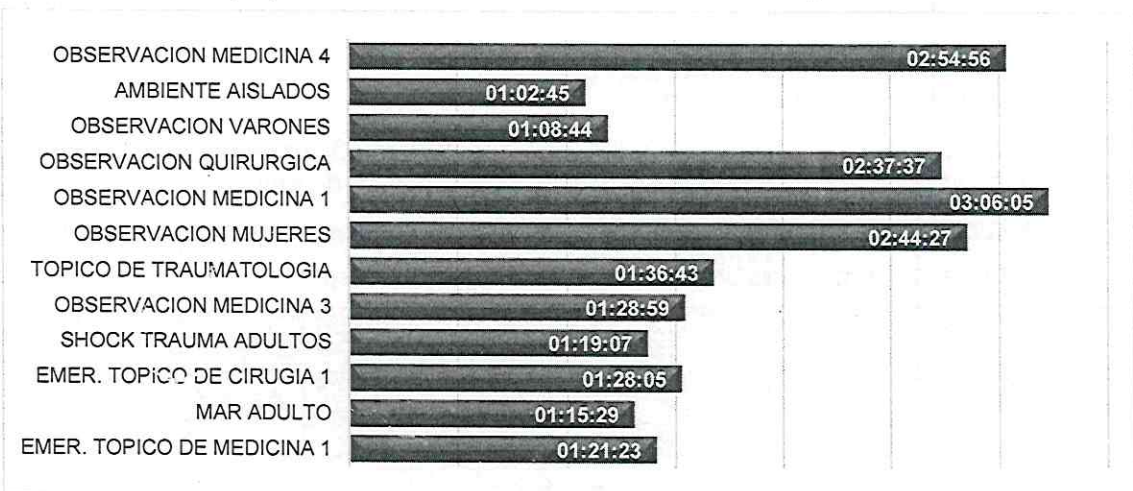
- El 20.1% de las decisiones médicas se tomaron dentro de la primera hora tras la disponibilidad del resultado.



d) Sobre el Indicador de Proceso: Tiempo promedio de ubicación del paciente para toma de muestra.

Para calcular este indicador, se tomó como referencia el registro de orden médica y el de toma de muestra. El tiempo promedio general entre la emisión de la orden médica y la toma de muestra es de 01:23:31 horas.

Figura N° 14: Tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra



Fuente: UIS – Estadística

Finalmente, se presenta los Valores Basales de los Indicadores:

Tabla N° 13: Valores Basales de los Indicadores propuestos para el Proyecto de Mejora.

N°	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Fuente	Valor Basal
1	Tiempo promedio total del ciclo de resultado de laboratorio (desde orden médica hasta decisión médica final).	$\Sigma (\text{Hora de decisión médica} - \text{Hora de emisión de la orden médica})$ N° Casos	SISGalen Plus	07 h 00 min
2	Tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra.	$\Sigma (\text{Hora de Toma de muestra} - \text{Hora de emisión de la orden médica})$ N° Casos	SISGalen Plus	01 h 23 min
3	Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta o traslado).	$\Sigma (\text{Hora de decisión médica} - \text{Hora de carga/validación de resultados})$ N° Casos	SISGalen Plus	03 h 31 min
4	Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados (≤ 1 hora)	$\frac{\text{N° de decisiones médicas } (\leq 1 \text{ hora})}{\text{Total de resultados validados}} \times 100\%$	SISGalen Plus	20.10%

Fuente: Eje de GCCMCA - UGC

10.5.7. Identificación de Limitaciones

Durante el desarrollo del análisis basal y la revisión de la información disponible, se identificaron las siguientes limitaciones que deben ser consideradas para la adecuada interpretación de los resultados del proyecto:

- Proceso manual de notificación de solicitudes de laboratorio
- Ausencia de registros clínicos sistematizados asociados a la demora en el alta médica

10.5.8. Indicadores

a) Indicadores del Proyecto

Se establecieron indicadores orientados a medir tanto los procesos como los resultados derivados de la implementación del presente proyecto de mejora.

A continuación, se presenta el Tabla consolidado de los indicadores para el proyecto:

Tabla N° 14: Indicadores propuestos para el Proyecto de Mejora.

N°	Tipo	Indicador	Fórmula del Indicador	Fuente	Valor Basal	Valor Meta	Responsable
1	Resultado	Tiempo promedio total del ciclo de resultado de laboratorio (orden médica – decisión médica final).	Σ (Hora de decisión médica – Hora de emisión de la orden médica)	SGL	07 h 00 min	06 h 00 min	Servicio de Emergencia – Adulto
			N° Casos				
2	Proceso	Tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra.	Σ (Hora de toma de muestra - Hora de orden médica)	SGL	01 h 23 min	30 min	Servicio de Emergencia – Adulto
			N° Casos				
3	Proceso	Tiempo promedio entre la carga del resultado de laboratorio y la decisión médica (alta, hospitalización o traslado).	Σ (Hora de decisión médica - Hora de carga/validación de resultados)	SGL	03 h 31 min	01 h 00 min	Servicio de Emergencia – Adulto
			N° Casos				
4	Proceso	Porcentaje de decisiones médicas oportunas posteriores a resultados validados (≤ 1 hora)	N° de decisiones médicas (≤ 1 hora) x 100%	SGL	20.10%	30%	Servicio de Emergencia – Adulto
			Total de resultados validados				

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

b) Indicadores de Impacto del Proyecto

Tabla N° 15: Indicadores de Impacto del Proyecto de Mejora.

N°	Tipo	Indicador	Fuente	Valor Promedio	Valor Estándar
1	Calidad	Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación con estancia mayor a 12 horas	Reporteador HEVES	64.18 %	0 %

Fuente: Reporteador HEVES

10.6 Planteamiento de Hipotesis sobre los cambios o intervenciones.

Tabla N° 16: Matriz de Planteamiento de Hipótesis para el Cambio

Matriz De Planteamiento De Hipótesis Para El Cambio		
Problema:	Demora significativa en la toma de decisiones clínicas asociadas a la atención de los pacientes que requieren resultados de laboratorio.	
Objetivo general:	Reducir el tiempo de toma de decisiones médicas posteriores a la validación de resultados de laboratorio, mediante la optimización de los mecanismos de visualización y comunicación de resultados en el Servicio de Emergencia – Adulto del Hospital de Emergencias Villa El Salvador	
N°	Causa raíz	Hipótesis de cambio
1	Flujo manual de comunicación de la orden médica de laboratorio, basado en impresión física y traslado del ticket.	Reducir la dependencia del flujo manual permitirá disminuir retrasos, pérdidas de información y reprocesos en la comunicación con laboratorio.
2	Sistema de información de laboratorio sin funcionalidades de gestión clínica en tiempo real (alertas, visualización progresiva y seguimiento del estado del resultado).	Incorporar funcionalidades de gestión clínica en tiempo real permitirá reducir el tiempo de revisión de resultados y agilizar la toma de decisiones médicas.
3	Ausencia de alertas visuales y/o sonoras que notifiquen al médico la disponibilidad de resultados validados.	Implementar alertas visuales y/o sonoras permitirá que el médico identifique oportunamente los resultados disponibles, reduciendo tiempos de espera innecesarios.
4	Falta de priorización automática de exámenes críticos relevantes para la toma de decisiones clínicas en emergencia.	Priorizar automáticamente exámenes críticos permitirá acelerar la disponibilidad de información clave para decisiones clínicas oportunas.
5	Ausencia de protocolos estandarizados para la comunicación de resultados no críticos entre laboratorio y médicos tratantes.	Estandarizar la comunicación de resultados no críticos permitirá evitar esperas innecesarias y mejorar la continuidad del proceso asistencial.
6	Sobrecarga asistencial del médico en emergencia que limita la revisión oportuna de resultados disponibles en el sistema.	Facilitar la identificación rápida de resultados disponibles permitirá al médico priorizar la revisión clínica aun en contextos de alta demanda asistencial.

Fuente: Equipo de mejora del presente proyecto

10.7 Priorización de Causas Raíz

La evaluación se efectuó en coordinación con el equipo de mejora, aplicando los criterios de frecuencia, importancia y factibilidad (escala del 1 al 5, de menor a mayor prioridad).

Tabla N° 17: Matriz de Priorización de Causas Raíz

N°	Causa Raíz	Gravedad		Relación		Factibilidad		Resultado
1	Flujo manual de comunicación de la orden médica de laboratorio, basado en impresión física y traslado del ticket.	3	5	5	2	3	3	21
2	Sistema de información de laboratorio sin funcionalidades de gestión clínica en tiempo real (alertas, visualización progresiva y seguimiento del estado del resultado).	5	3	2	5	2	5	22
3	Ausencia de alertas visuales y/o sonoras que notifiquen al médico la disponibilidad de resultados validados.	4	4	4	5	2	4	23
4	Falta de priorización automática de exámenes críticos relevantes para la toma de decisiones clínicas en emergencia.	1	2	4	5	3	3	18
5	Ausencia de protocolos estandarizados para la comunicación de resultados no críticos entre laboratorio y médicos tratantes.	2	3	4	3	4	2	18
6	Sobrecarga asistencial del médico en emergencia que limita la revisión oportuna de resultados disponibles en el sistema.	4	2	1	2	5	5	19

Fuente: Equipo de mejora del presente proyecto

XI. RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de las mejoras propuestas tiene como finalidad optimizar la oportunidad de la toma de decisiones clínicas en el Servicio de Emergencia – Adulto, mediante el fortalecimiento del flujo de comunicación y visualización de los resultados de laboratorio.

11.1 Resultados de Orientación hacia el Cliente Interno / Externo

11.1.1 Cliente externo (usuarios / pacientes adultos y familiares):

- Disminución del tiempo que los pacientes permanecen en áreas de observación y atención, como consecuencia de una toma de decisiones médicas más oportuna posterior a la validación de los resultados de laboratorio.
- Atención más ágil y predecible, al reducirse los tiempos de espera entre la disponibilidad del resultado de laboratorio y la definición de la conducta clínica (alta, hospitalización o traslado).
- Mayor confianza del usuario en el proceso asistencial, al evidenciar un flujo de atención más organizado y con menor congestión.

- d) Contribución a la reducción progresiva del porcentaje de pacientes con estancia mayor a 12 horas en Sala de Observación, como resultado de una toma de decisiones médicas más oportuna.

11.1.2 Cliente interno (personal médico, de enfermería y de triaje):

- a) Disponibilidad oportuna y visible de los resultados de laboratorio que permita al médico tratante identificar rápidamente los exámenes validados y priorizar la evaluación clínica.
- b) Disminución de actividades repetitivas o de seguimiento manual de resultados, lo que contribuye a una mejor gestión del tiempo del personal asistencial.
- c) Menor probabilidad de omisiones, duplicidades o retrasos derivados de la falta de información oportuna o de fallas en la comunicación de resultados.

11.2 Resultados Financieros

- a) Uso más eficiente del recurso humano y de los espacios asistenciales, al reducirse los tiempos de espera innecesarios posteriores a la validación del resultado de laboratorio.
- b) Disminución de gastos derivados de la prolongación de estancias en observación y del uso innecesario de recursos por demoras en la toma de decisiones clínicas.

11.3 Resultados de la Eficiencia Organizacional

- a) Proceso de atención más continuo y dinámico, con decisiones clínicas sustentadas en información disponible de manera oportuna.
- b) Optimización de la disponibilidad de camas y espacios asistenciales críticos, contribuyendo a una mejor capacidad de respuesta del servicio.

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

12.1 Cronograma de la Etapa de Planificación

La fase de planificación está diseñada para identificar, analizar y documentar la oportunidad de mejora priorizada por el Servicio de Emergencia – Adulto.

Tabla N° 18: Cronograma de la Etapa de Planificación

Objetivo	Tareas	Criterio de éxito	Plazo	Responsable
Planificar el Proyecto de Mejora que aborde una Oportunidad de Mejora priorizada por el Servicio de Emergencia – Adulto	Identificación de la oportunidad de mejora.	Oportunidad de Mejora identificada	Setiembre 2025	Equipo de Mejora / UGC
	Planteamiento del problema	Problemática planteada	Setiembre 2025	Equipo de Mejora / UGC
	Determinación de las causas	Causas identificadas	Setiembre 2025	Equipo de Mejora
	Determinación de indicadores para medir los logros	Datos analizados	Setiembre 2025	Equipo de Mejora / UGC
	Recopilación de datos basales	Causas priorizadas	Octubre 2025	Equipo de Mejora

PROYECTO DE MEJORA: "OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026"

Objetivo	Tareas	Criterio de éxito	Plazo	Responsable
	Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones	Soluciones potenciales identificadas	Noviembre 2025	Equipo de Mejora
	Priorizar las causas raíz a intervenir	Actividades detalladas	Noviembre 2025	Equipo de Mejora / UGC
	Formular el plan de acción	Objetivos determinados	Noviembre 2025	Equipo de Mejora / UGC
	Conclusión de la documentación del Proyecto de Mejora	Proyecto de Mejora documentado	Noviembre 2025	Equipo de Mejora / UGC

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

12.2 Cronograma de la Etapa de Ejecución

Tabla N° 19: Cronograma de la Etapa de Ejecución

Objetivo específico	Acción de mejora	Tareas	Criterio de éxito	Plazo		Responsables
				Dic	Ene	
Reducir el tiempo promedio entre la orden médica de laboratorio y la toma de muestra en el Servicio de Emergencia – Adulto.	Establecer la priorización inmediata del traslado del ticket de orden médica por enfermería hacia laboratorio	Definir el tiempo estándar máximo para el traslado del ticket.	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto
		Socializar el tiempo máximo de traslado del ticket	Memorando y/o medio formal		X	Servicio de Emergencia - Adulto
	Incorporar en el ticket físico el registro obligatorio de área y número de cama actualizado antes del traslado.	Definir el campo obligatorio "Área y N° de cama" como requisito previo al traslado del ticket.	Acta de reunión	X		Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia - Adulto
		Socializar con enfermería y técnicos de enfermería la obligatoriedad del registro completo.	Memorando y/o medio formal		X	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia - Adulto
	Sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia del traslado oportuno del ticket como parte crítica del proceso asistencial.	Elaborar material breve de sensibilización (mensaje clave o ficha informativa).	Memorando y/o medio formal		X	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia - Adulto
		Reforzar la relación entre retraso en el traslado del ticket y demora en la toma de decisiones clínicas.	Acta de reunión		X	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia - Adulto

PROYECTO DE MEJORA: "OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026"

Objetivo específico	Acción de mejora	Tareas	Criterio de éxito	Plazo		Responsables
				Dic	Ene	
Reducir el tiempo entre la validación del resultado de laboratorio y la decisión médica en el Servicio de Emergencia – Adulto.	Implementar alertas automáticas visibles en el sistema al momento de la carga de resultados validados.	Definir eventos que generen alerta (resultado validado, examen crítico).	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto
		Validar diseño funcional del sistema de alertas con usuarios finales.	Acta de reunión		X	Servicio de Emergencia - Adulto // UTI
		Difundir el uso del sistema de alertas durante el turno asistencial.	Memorando y/o medio formal		X	Servicio de Emergencia - Adulto
	Incorporar alertas diferenciadas para resultados críticos y relevantes para la decisión clínica oportuna.	Definir el listado de exámenes críticos y relevantes para decisión médica.	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto
		Coordinar con UTI la implementación de la diferenciación de alertas.	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto
		Desarrollar e implementar de alertas diferenciadas para resultados clínicos y relevantes para la decisión clínica oportuna.	Correo institucional		X	UTI
		Socializar con el personal médico el significado de cada tipo de alerta.	Memorando y/o medio formal		X	Servicio de Emergencia - Adulto
	Optimizar la visualización y notificación de resultados de laboratorio validados para el médico tratante en el Servicio de Emergencia – Adulto	Coordinar aspectos generales para el desarrollo de un sistema de seguimiento en tiempo real de gestión de atención de muestras de laboratorio.	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto // UTI
		Definir los criterios de visualización del estado de los exámenes de laboratorio.	Acta de reunión	X		Servicio de Emergencia - Adulto // UTI

PROYECTO DE MEJORA: "OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE GESTIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD DE TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – ADULTO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, SETIEMBRE 2025 – MAYO 2026"

Objetivo específico	Acción de mejora	Tareas	Criterio de éxito	Plazo		Responsables
				Dic	Ene	
		Solicitar el desarrollo de un sistema de seguimiento en tiempo real de gestión de atención de muestras de laboratorio.	Informe de requerimiento	X		Servicio de Emergencia - Adulto
		Desarrollar e implementar de un sistema de seguimiento en tiempo real de gestión de atención de muestras de laboratorio.	Correo institucional		X	UTI

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

12.3 Cronograma de la Etapa de Verificación

En esta tercera fase, se presenta el cronograma de la etapa de Verificación, que incluye las actividades orientadas a la medición y análisis de los resultados obtenidos en la ejecución. Esta etapa permite contrastar los logros alcanzados con los indicadores definidos, identificar desviaciones y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas.

Tabla N° 20: Cronograma de la Etapa de Verificación

Objetivo	Tareas	Criterio de éxito	Plazo	Responsable
Verificar el cumplimiento de los objetivos planificados, en base a los resultados alcanzados.	Solicitar data estadística y realizar análisis.	Información consolidada	1 - 14 mayo 2026	Unidad de Gestión de la Calidad
	Comparar resultados obtenidos y verificar objetivos planificados.	Acta de Reunión / Ficha de Acción de Mejora	1 - 14 mayo 2026	Equipo de Mejora / Unidad de Gestión de la Calidad
	Realizar informe con los resultados	Informe de verificación de resultados	1 - 14 mayo 2026	Unidad de Gestión de la Calidad
	Elaboración del Plan de Acción que aborde actividades por estandarizar o replantear.	Plan de Acción propuesto.	1 - 14 mayo 2026	Equipo de Mejora / Unidad de Gestión de la Calidad

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

12.4 Cronograma de la Etapa de Actuar

En esta cuarta fase, se presenta el cronograma de la etapa de Actuar.

Tabla N° 21: Cronograma de la Etapa de Actuar

Objetivo	Tareas	Criterio de éxito	Plazo	Responsable
Contribuir a la mejora de los resultados, su continuidad y estandarización.	Realizar seguimiento a Plan de Acción	Seguimiento realizado.	15 - 31 mayo 2026	Unidad de Gestión de la Calidad
	Realizar informe con los logros obtenidos en la etapa de Actuar	Informe de estandarización	15 - 31 mayo 2026	Unidad de Gestión de la Calidad

Fuente: Equipo de Mejora del presente Proyecto

XIII. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN

Para el desarrollo normal y adecuado del proyecto se contará con los recursos administrativos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.



