



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 21 de Marzo de 2013

VISTO:

El expediente N° 5220 - 2013, con el Informe N° 026-2013-OEPE-HNCH, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el proyecto del Plan Anual de Gestión Clínica 2013; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Informe N° 026-2013-OEPE-HNCH, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico opina favorablemente para la aprobación del Plan Anual de Gestión Clínica 2013 del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en el artículo VI Título Preliminar de la norma legal citada en su primer párrafo establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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; así mismo el artículo IX de la Ley General de Salud indica que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar contra ella;

Que, mediante Resolución Directoral N° 320-2012-SA-DS-HNCH/DG, de fecha 23 de octubre de 2012, se resolvió reconstituir el Comité de Gestión Clínica del Hospital Nacional Cayetano Heredia con la finalidad de lograr la integración y continuidad de los objetivos y metas en el marco de los Planes Operativos para los ejercicios presupuestales 2012, 2013, 2014 respectivamente;

Que, con Resolución Directoral N° 450-2012-SA-D-S-HNCH/DG del 28 de diciembre de 2012, se aprueba la actualización del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016) del Hospital Nacional Cayetano Heredia, incorporando objetivos y acciones estratégicas relacionadas a los riesgos y daños a la salud, abastecimiento y mejoramiento del acceso a medicamentos, impulsar el desarrollo del campo docente y la investigación, además de la pertinencia de incluir indicadores de medición a la satisfacción del usuario en hospitalización y emergencia, la medición de tiempos en espera en procesos clínicos, así como reforzar los indicadores de docencia e investigación;



Que, el Literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, establece como una de las funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, encontrándose articulado con los objetivos del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 y los lineamientos de política del Ministerio de Salud y siendo conveniente para los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario contar con un Plan Anual de Gestión Clínica 2013 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Estando a lo opinado por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante el Informe N° 026-2013-OEPE-HNCH, y a lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 139-2013-OAJ-HNCH;

Con la visación del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Plan Anual de Gestión Clínica 2013 del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el cual se adjunta con sus anexos y forman parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Encargar al Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el seguimiento evaluación y ejecución del Plan Anual de Gestión Clínica 2013 del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Artículo Tercero.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
El presente documento es copia FIEL DEL ORIGINAL

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Dr. EUIB EDUARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 11270

21 MAR 2013
Yvett M. Cárdenas Romero
SECRETARÍA TITULAR
TRÁMITE INTERNO

LEDM/CEWA/PDRG/pdrg.
DG
OEPE
OAJ





PERÚ

**Ministerio
de Salud**

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA



PLAN ANUAL DE GESTIÓN CLÍNICA

2013

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

PLAN DE GESTION CLINICA 2013**HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA****INDICE**

PRESENTACION	5
I. GENERALIDADES	7
1.1 Visión	
1.2 Misión	
1.3 Denominación, Naturaleza	
II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD	7
2.1 Indicadores Sanitarios Del Hospital Nacional Cayetano Heredia	7
2.2 Análisis de la Demanda de Salud	15
2.2.1 Análisis de Morbilidad.	
2.2.2 Análisis de Mortalidad.	
2.3 Análisis de la Oferta del Salud	21
2.3.1 Diseño Organizacional	
2.3.2 Cartera de Servicios y Producción.	
2.3.3 Análisis de Consulta Externa	
2.3.4 Análisis de Hospitalización	
2.3.5 Análisis de Centro Quirúrgico	
2.3.6 Análisis de Emergencia.	
2.3.7 Análisis de Infraestructura.	
2.4 Identificación y Priorización de Problemas	28
III. OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES Y ESPECIFICOS.	30
IV. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	34

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DIRECCION GENERAL

Director General

Dr. Luis Edgardo Dulanto Monteverde

Director Adjunto

Dr. Arturo Eduardo Villena Pacheco

Asesor I

Dr. Roy Germán Dueñas Carbajal

EQUIPO TÉCNICO

Dr. Antonio Hernández Sánchez – Jefe del Departamento de Medicina

Dra. Elsa Chea Woo – Jefa del Departamento de Pediatría.

Dr. Mario del Castillo Irigoyen - Jefe del Departamento de Cirugía

Dr. Jesús Vidaurre Castillo - Jefe del Departamento de Anestesiología

Dr. Raúl Acosta Salas – Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Dra. Mónica Meza García – Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales

Dr. César Ramírez Cotrina – Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes

Dr. Victor Chavez Montalvan - Jefe del Departamento Gineco-Obstetricia

Dr. Eduardo Gottuzo Herencia - Jefe del Departamento de Enfermedades Tropicales y Dermatológicas

Dra. Sandra Yseki Salazar Jefa del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Dr. Henry Martínez Garibay– Jefe del Departamento de Consulta Externa

Dra. Aída Palacios Ramírez - Jefe del Departamento de Patología y Laboratorio Clínico

Dra. Mónica Acevedo Alfaro - Jefa de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental

Dra. Gina Bárcena Luza – Médico Residente en Administración de Salud

Dr. Rubén Rucano Maguiña – Médico Residente en Administración de Salud

Dra. Cecilia Vasquez Zegarra – Médico Residente en Administración de Salud

Dirección, Teléfono, Web

Av. Honorio Delgado Nº262, Urb. Ingeniería, San Martín de Porres, Perú. (511) 482-0402 Anexo 311, (511) 482-1372

Web: www.hospitalcayetano.gob.pe

PRESENTACIÓN

El Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) es un establecimiento de Salud de alta complejidad, categoría III.1 y un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad y de referencia nacional; cuya misión es brindar servicios de salud especializados, con calidad, eficiencia, eficacia y equidad a la población asignada y desarrollar actividades de Docencia e Investigación, formando recursos altamente capacitados.

La procedencia de las atenciones que realiza el HNCH corresponde en el 86% al sector de Lima Norte cuya población actual es de 2,234,431 hab., 49.8% Hombres, 50.2% mujeres; el 50.5% de las mujeres en periodo reproductivo. El 62,3 % tiene entre 0 - 34 años con lento incremento de la población adulta mayor. Es una población en crecimiento, principalmente, por la migración debido a que la tasa bruta de natalidad es de 9,9 x 1000 hab. y la tasa de fecundidad de 1,1 hijos por mujer.

En esta población, de acuerdo a la Disa V Lima ciudad, las enfermedades transmisibles más frecuentes son las infecciones respiratorias (en aumento) Tuberculosis (TBC) y VIH/SIDA (discreta disminución pero mayor que el promedio nacional). Las enfermedades no trasmisibles más frecuentes son: enfermedades cardiovasculares (Hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria), diabetes. Las neoplasias malignas más frecuentes en ambos sexos es el cáncer de estómago, en mujeres le siguen el cáncer de cérvix y mama y en hombres el de pulmón y próstata. Los accidentes de tránsito (en aumento) ocupan un gran porcentaje de morbimortalidad.

A continuación se mencionan las cinco primeras causas de morbilidad en HNCH en el año 2012. En Consultorios Externos: 1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Obesidad. 3. Diabetes Mellitus no insulino dependiente. 4. Hiperplasia prostática. 5. Trastorno de la refracción no especificado. En Hospitalización: 1. Parto por cesárea. 2. Apendicitis aguda no especificada. 3. Ictericia neonatal no especificada. 4. Parto prematuro. 5. Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis. En Emergencia: 1. Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones. 2. Dolor abdominal y pélvico. 3. Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. 4. Fracturas de otros huesos de los miembros. 5. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Entre los principales problemas identificados en las unidades productoras de servicios de salud (UPSS) del HNCH se tiene que la Consulta Externa presenta un tiempo prolongado de espera para la atención y baja satisfacción del usuario externo, los servicios de Hospitalización presentan un tiempo de permanencia prolongado y elevada densidad de incidencia de infecciones intrahospitalarias, en Centro Quirúrgico tenemos un alto porcentaje de cirugías suspendidas, en el servicio de Emergencia se observa una estancia prolongada de los pacientes en Observación; en la Unidades de Cuidados Intensivos existe

una alta densidad de incidencia de infecciones intrahospitalarias y en Centro Obstétrico se tiene una elevada incidencia de endometritis asociada a la atención del parto.

El presente Plan de Gestión Clínica tiene como objetivo resolver los principales problemas relacionados con la atención médica arriba mencionados y concordantes con los lineamientos de política en salud, con la finalidad de brindar una atención con eficacia, eficiencia y calidad a nuestros pacientes.

I. GENERALIDADES**1.1 VISION**

Al 2016, ser un hospital ecológico, acreditado en la atención integral de salud altamente especializada, con pleno respeto a los derechos de los usuarios en salud.

1.2 MISION

Somos un hospital docente de alta complejidad y referencia nacional, comprometidos en brindar atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a la interculturalidad; formando recursos humanos y desarrollando investigación científica y tecnológica.

1.3 DENOMINACIÓN, NATURALEZA.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia es un Órgano Desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad y está situado en la Av. Honorio Delgado N° 262 Urb. Ingeniería - San Martín de Porres.

II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD**2.1. Indicadores Sanitarios del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2012**

Los principales indicadores de desempeño hospitalario del Hospital Nacional Cayetano Heredia se muestran en forma general (tabla 01) y luego por UPSS.

TABLA (01) INDICADORES DE PRODUCCION Y RENDIMIENTO HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
Rendimiento hora – médico	3	4
Concentración de consultas	2.6	4
Utilización de consultorios externos	1.3	4
Intervalo de sustitución de camas*	0.9	1
Promedio de permanencia en hospitalización*	8.4	9
Grado de uso de camas*	90%	90%
Rendimiento de camas*	3.2	3
Rendimiento de sala de operaciones (SOP)	101.7%	90%
Fuente: Oficina de Estadística – Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud – DGSP/MINSA. Año 2012 *Hospitalización (MEDICINA, ENF. TROPICALES Y DERMATOLOGICAS, CIRUGIA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA)		

2.1.1 UPSS Consulta Externa

Durante el año 2012 se atendieron 236,716 consultas médicas, siendo la concentración en consulta externa de 2.6 atenciones por paciente en promedio (Tabla 02). Esto indica que durante el año 2012 los pacientes se han atendido en promedio en dos o tres oportunidades en nuestros consultorios. La razón existente entre las atenciones en Consulta externa y los análisis de laboratorio se encuentran en 0.9 manteniendo un comportamiento similar desde el 2010-2012.

En cuanto al indicador rendimiento hora médico, que mide el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva en consulta externa, tuvo una tendencia ascendente pasando de 2.8 pacientes por hora médica en el 2010 a 2.9 en el 2011 y 3.0 en el 2012. La concentración presento una ligera disminución pasando de 2.8 en el 2010 a 2.9 en el 2011 a 2.6 en el 2012. Este indicador se encuentra por debajo del estándar, sin embargo este indicador esconde la variabilidad entre especialidades.

TABLA (02) INDICADORES DE PRODUCCION Y RENDIMIENTO HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
Rendimiento hora – médico	3	4
Concentración de consultas	2.6	4
Utilización de consultorios externos	1.3	4
Fuente: Oficina de Estadística – Unidad de Procesamiento Datos.		

2.1.2 UPSS Hospitalización

En Hospitalización los departamentos de enfermedades infecciosas, tropicales y dermatológicas, medicina y traumatología tienen las permanencias más largas a diferencia de gineco-obstetricia. El cálculo de este indicador sirve para evaluar la utilización de cama, con él se puede evaluar la prolongación innecesaria de los días de hospitalización, a fin de evitar estancias innecesarias. Asimismo, se concluye que los servicios que más tardan en ocupar una cama son la unidad de trasplante renal y el servicio de traumatología (Tabla 03).

TABLA (03) INDICADORES DE HOSPITALIZACION I HNCH 2012

INDICADORES DE RENDIMIENTO	ANUAL	ESTANDAR
PROMEDIO DE PERMANENCIA		
Departamento de Medicina	17.4	9
Departamento de Enf. Tropicales y Dermatológicas	23.9	9
Departamento de Cirugía	9.4	9
Unidad de Trasplante Renal	9.3	9
Servicio de Traumatología	14.8	9
Departamento de Gineco-Obstetricia	3.2	
Departamento de Pediatría	10.1	9
Servicio de Recién Nacidos Intermedios	5.8	9
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN		
Departamento de medicina	0.7	1
Medicina Enf. Tropicales y Dermatológicas	1.4	1
Departamento de Cirugía	0.9	1
Unidad de Trasplante Renal	14.8	1
Servicio de Traumatología	1.6	1
Departamento Gineco-Obstetricia	0.1	1
Departamento de Pediatría	2.6	1
Servicio de Recién Nacidos Intermedios	0.1	1
Fuente: Oficina de Estadística –Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012.		

Respecto al grado de uso, los departamentos de medicina, gineco-obstetricia, enfermedades tropicales y dermatológicas y recién nacidos (R.N.) intermedios sobrepasaron el estándar esperado para el nivel III-1. Nuestros servicios de hospitalización, muestran una ocupación por encima del estándar esperado. El rendimiento de cama por especialidad muestra que el departamento de gineco-obstetricia es el que presenta mayor rendimiento por el tipo de atención que brinda, como es el de partos; seguido del servicio de R.N intermedios y del departamento de cirugía (Tabla 04).

TABLA (04) INDICADORES DE HOSPITALIZACION II HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
GRADO DE USO		
Departamento de Medicina	95.4	90%
Medicina Enf. Tropicales y Dermatológicas	94	90%
Departamento de Cirugía	90	90%
Servicio de Trasplante Renal	38.1	90%
Servicio de Traumatología	89.2	90%
Departamento de Gineco-Obstetricia	95.3	90%
Departamento de Pediatría	79	90%
Servicio de Recién Nacidos Intermedios	97.8	90%
RENDIMIENTO CAMA		
Departamento de Medicina	2	3
Medicina Enf. Tropicales y Dermatológicas	1.4	3
Departamento de Cirugía	3.2	3
Servicio de Trasplante Renal	1.2	3
Servicio de Traumatología	1.7	3
Departamento de Gineco-Obstetricia	9.6	3
Departamento de Pediatría	2.6	3
Servicio de Recién Nacidos Intermedios	7.8	3
Fuente: Oficina de Estadística–Unidad de Procesamiento de Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012		

2.1.3 UPSS Emergencia y Cuidados Críticos

El departamento de emergencia y cuidados críticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia es sumamente complejo. Tiene servicios de tópicos de las cuatro especialidades básicas, tiene una sala de observación que se comporta como una hospitalización dado que su estancia es mayor a las 24 horas en el 37.4% de las atenciones e incluye a cinco unidades críticas (Tabla 05).

TABLA (05) INDICADORES DE EMERGENCIA HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
Razón de Emergencia por Consulta Médica	0.32	0.1
Porcentaje de Fallecidos en Emergencia	0.8%	
Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación con Estancia Mayor o Igual a 12 horas	37.4%	10%
Tasa de Reingresos a Emergencia dentro de las 48 horas	1.6%	<2%
Fuente: Oficina de Estadística –Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012.		

La tasa neta de mortalidad en emergencia evalúa la calidad de la atención que se brinda, ya que se presume que las muertes están asociadas a la atención del servicio. Es la proporción de fallecidos en emergencia después de 48 horas de su admisión, respecto al total de atenciones

en ese servicio durante el mismo periodo. En los últimos años la mortalidad neta ha sido menor que la unidad por cada 100 atenciones en la emergencia (Tabla 05).

En cuanto a las UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), en la Tabla 06 observamos que el promedio de permanencia en las UCI de Medicina, Cirugía y Emergencia que conforman el Servicio de Cuidados Intensivos Generales es mayor al estándar esperado para el tercer nivel de atención; esto debido principalmente a que el hospital, a pesar de la categoría y complejidad que ostenta, no cuenta con Unidad de Cuidados Intermedios. Por otro lado, la UCI de Pediatría tiene una permanencia mucho mayor de lo esperado congruente con un largo intervalo de sustitución.

TABLA (06) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
PROMEDIO DE PERMANENCIA		
UCI general (Medicina, Cirugía y Emergencia)	8.0	6
UCI Medicina	8.9	6
UCI Cirugía	6.6	6
UCI Emergencia	8.5	6
UCI Pediatría	16.7	6
UCI Neonatología	9.6	6
INTERVALO DE SUSTITUCION		
UCI general (Medicina, Cirugía y Emergencia)	0.8	1
UCI Medicina	1.1	1
UCI Cirugía	1	1
UCI Emergencia	0.4	1
UCI Pediatría	3.1	1
UCI Neonatología	0.4	1
RENDIMIENTO DE CAMAS		
UCI general (Medicina, Cirugía y Emergencia)	5.8	5-6
UCI Medicina	5.1	
UCI Cirugía	6.6	
UCI Emergencia	5.8	
UCI Pediatría	3	
UCI Neonatología	6.2	
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS		
UCI general (Medicina, Cirugía y Emergencia)	90.2%	90%
UCI Medicina	88.5%	
UCI Cirugía	86.6%	
UCI Emergencia	95.5%	
UCI Pediatría	81.4%	
UCI Neonatología	95.9%	
Fuente: Oficina de Estadística –Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012.		

2.1.4 UPSS Gineco-Obstetricia

La tasa de mortalidad materna intrahospitalaria mostró un descenso desde 4.2 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2010 hasta cero casos el 2012. Con el fortalecimiento de la vigilancia de este daño y el análisis de las muertes se mejoraron algunos procesos lo cual evidencia la disminución del riesgo de morir de la madre en nuestro hospital. La cobertura de partos en el hospital se esta incrementando de 102.2 en el 2011 a 106.2 en el 2012 es superior al estándar. El porcentaje de cesáreas es alto, no se cumple con el estándar esperado. (Tabla 07).

TABLA (07) INDICADORES DE RESULTADO HNCH 2012

INDICADORES DE RESULTADO	ANUAL	ESTANDAR
Tasa de Mortalidad Materna Intrahospitalaria	0 por cada 100,000 nacidos vivos	
Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	7.7 por cada 100,000 nacidos vivos	
Tasa de Mortalidad Infantil	14.1 por cada 1,000 niños menores de cinco años	
% de Mortalidad Bruta	5.1%	
% de Mortalidad Neta	3.1%	
Cobertura de Partos	106.2%	100%
% de Cesáreas	48.4%	45%
Fuente: Oficina de Estadística –Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012.		

2.1.5 UPSS Centro Quirúrgico

El centro quirúrgico es una UPSS importante y complejo. Está compuesto por seis (06) salas de operaciones para cirugías electivas y dos (02) de emergencia. Su producción depende de varios elementos los cuales tienen que articularse adecuadamente para mejorar su producción. La mitad de intervenciones realizadas en el centro quirúrgico son de emergencia a pesar de ser un hospital III-1 (Tabla 08). Por ello, existe una demanda insatisfecha de cirugías electivas que no está siendo atendida y el tiempo de espera para acceder a una cirugía electiva es prolongado. (Tabla 12A).

TABLA (08) INDICADORES DE CENTRO QUIRURGICO HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL	ESTANDAR
% de Intervenciones de Emergencia	52.7%	15%
Rendimiento de Sala de Operaciones	106.9%	90%
% de Operaciones Suspendidas	10%	< 5%
Fuente: Oficina de Estadística –Unidad de Procesamiento Datos. Estándar: Documento de Trabajo Indicadores Trazadores de Atención Hospitalaria del Sector Salud–DGSP/MINSA. Año 2012.		

El año 2012 se logró una mejora del indicador Porcentaje de Operaciones Suspensas lográndose un 10% (Tabla 08), comparando con el año 2011 que se encontraba en 11.13%. Sin embargo el indicador persiste lejos del estándar esperado; por este motivo es importante analizar las causas que ocasionan las suspensiones y tomar acciones, pues existe una demanda insatisfecha por intervenciones quirúrgicas.

2.1.6 UPSS Laboratorio Clínico

La atención de exámenes de laboratorio es a demanda, durante el año 2012 se atendieron 673,623, cumpliéndose el 99% de la meta programada. La demanda es mayor en emergencia y consulta externa que en hospitalización. (Tabla 09). Todos los resultados de los exámenes realizados en el laboratorio a excepción de los cultivos se entregan en menos de 24 horas.

TABLA (09) INDICADORES DE LABORATORIO HNCH 2012

INDICADOR	ANUAL	%	META (*)
N° de Análisis de Laboratorio por Consulta Externa	233,998	34.7	683,234
N° de Análisis de Laboratorio por Hospitalización	182,051	27.0	
N° de Análisis de Laboratorio por Emergencia	257,574	38.2	

FUENTE: DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

(*) Meta del Plan Operativo Anual HNCH 2012

2.1.7 UPSS Farmacia

La atención de recetas es a demanda, habiéndose despachado 744,987 recetas durante el año 2012, sobrepasando la meta programada. La demanda es mayor en consulta externa (Tabla 10).

TABLA (10) INDICADORES DE FARMACIA HNCH 2012

INDICADOR	ANUAL	%	META (*)
N° de Recetas Despachadas por Consulta Externa	480,624	64.5	618,552
N° de Recetas Despachadas por Hospitalización	57,705	7.7	
N° de Recetas Despachadas por Emergencia	206,658	27.7	

FUENTE: DEPARTAMENTO DE FARMACIA

(*) Meta del Plan Operativo Anual HNCH 2012

2.1.8 UPSS Diagnóstico por Imágenes

La atención de exámenes de radiología y ecografía es a demanda, durante el año 2012 se atendieron 67,318 exámenes de rayos X, cumpliéndose el 93.5% de la meta programada;

asimismo, se realizaron 21398 ecografías, que significa el 73.7% de la meta programada. La demanda de exámenes ecográficos es mayor por consulta externa, mientras que la demanda de placas radiográficas es mayor por hospitalización. En cuanto a las mamografías, realizadas para el diagnóstico de cáncer de mama; se llegó a cumplir el 93.3% de la meta programada. (Tabla 11).

TABLA (11) INDICADORES DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES HNCH 2012

INDICADOR	ANUAL	%	META (*)
N° de Exámenes de Rayos X por Consulta Externa	23,307	34.6	72,000
N° de Exámenes de Rayos X por Hospitalización	25,853	38.4	
N° de Exámenes de Rayos X por Emergencia	18,158	27.0	
N° de Exámenes Ecográficos por Consulta Externa	11,019	51.5	29,040
N° de Exámenes Ecográficos por Hospitalización	4,067	19.0	
N° de Exámenes Ecográficos por Emergencia	6,312	29.5	
N° de Mamografías	1,681		1,800

FUENTE: DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

(*) Meta del Plan Operativo Anual 2012

2.1.9 Indicadores de Calidad de la Atención

El usuario externo mostró, a través de la encuesta SERVQUAL modificada, mayor insatisfacción por la atención recibida en emergencia estando muy por debajo del estándar esperado que es 60% (Tabla 12A).

TABLA (12A) INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD HNCH 2012

INDICADORES	ANUAL (*)	ESTANDAR (**)
% Global de Satisfacción del Usuario Externo de Consulta Externa	54%	60%
% Global de Satisfacción del Usuario Externo Atendido en Hospitalización	65.80%	60%
% Global de Satisfacción del Usuario Externo de Emergencia Adultos	24.20%	60%
Promedio de Tiempo de Espera para Obtener una Cita	13.8 días	3 días
Promedio de Tiempo de Espera para ser Atendido en Consulta Externa	72 min	60 min
Promedio de Tiempo de Espera del Usuario de Consulta Externa para ser Sometido a Colectectomía Laparoscópica	82 días	
Promedio de Tiempo de Espera del Usuario de Consulta Externa para ser Sometido a Herniorrafia	100 días	
Tiempo de Espera Promedio en Triage de Emergencia Adultos	3 min	<20 min
Tiempo de Espera Promedio en Tópico de Medicina Emergencia Adultos	6 min	<20 min

En la Tabla 12B se evidencia que el nivel de satisfacción con la comunicación que entabla el usuario de emergencia con su médico tratante está también muy por debajo del estándar señalado.

TABLA (12B) NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO RESPECTO A LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE BASADO EN LA ENCUESTA SERVQUAL MODIFICADA

Departamento	% Satisfacción por Variable						% Satisfacción Global
	Explicación sobre el diagnóstico	Explicación sobre la evolución	Explicación sobre el tratamiento	Explicación sobre procedimientos y análisis	Disposición de responder dudas	Indicaciones al alta	
Consulta Externa	71%	-	70.4%	69.9%	67.3%	-	69.7%
Hospitalización	-	58.3%	53.9%	43.4%	-	70.7%	56.6%
Emergencia Adultos	22.6%	19.2%	11.6%	17.4%	10.7%	-	25.2%

FUENTE: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2012

(*) Fecha de medición de acuerdo al cronograma de actividades del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad. (**) Algunos estándares son de acuerdo al histórico del HNCH.

2.2 ANALISIS DE LA DEMANDA DE SALUD

2.2.1 Análisis de la Morbilidad.

Morbilidad en Consulta Externa.

En el Cuadro N°01 se observa la morbilidad de consulta externa en el año 2012, los 20 diagnósticos más frecuentes representan el 24.01% del total y corresponden a enfermedades no trasmisible; la principal morbilidad atendida es hipertensión arterial seguida de obesidad, diabetes mellitus, hiperplasia prostática y trastorno de refracción. El incremento de daños no trasmisibles y enfermedades crónicas corresponden a un fenómeno de transición epidemiológica observado en las últimas décadas. Por otro lado es importante remarcar que la mayor proporción de casos atendidos correspondió a mujeres (62.4%).

Cuadro N°01

PRINCIPALES CAUSAS EN CONSULTA EXTERNA, FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO SEGÚN CIE X
AÑO: 2012

CAUSAS	SEXO				N°	%
	F	%	M	%		
	115227	62.4	69443	37.6	184670	100.0
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3950	2.1	2121	1.1	6071	3.3
OBESIDAD	2077	1.1	953	0.5	3030	1.6
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	1748	0.9	980	0.5	2728	1.5
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0	0.0	2682	1.5	2682	1.5
TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	1858	1.0	729	0.4	2587	1.4
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1683	0.9	794	0.4	2477	1.3
DISPEPSIA	1527	0.8	760	0.4	2287	1.2
CARIES DE LA DENTINA	1381	0.7	809	0.4	2190	1.2
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	1694	0.9	337	0.2	2031	1.1
ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	1743	0.9	189	0.1	1932	1.0
CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	1479	0.8	358	0.2	1837	1.0
EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	1138	0.6	467	0.3	1605	0.9
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	1604	0.9	0	0.0	1604	0.9
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	743	0.4	789	0.4	1532	0.8
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	835	0.5	669	0.4	1504	0.8
ASMA NO ESPECIFICADO. ASMA DE APARICION TARDIA. BRONQUITIS ASMATICA/SOB SIBILIANCIA, HIP	906	0.5	574	0.3	1480	0.8
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1256	0.7	209	0.1	1465	0.8
OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	922	0.5	487	0.3	1409	0.8
HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	940	0.5	405	0.2	1345	0.7
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	751	0.4	586	0.3	1337	0.7
OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	1252	0.7	61	0.0	1313	0.7
OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	951	0.5	305	0.2	1256	0.7
UROPATIA OBSTRUCTIVA Y POR REFLUJO, SIN OTRA ESPECIFICACION	27	0.0	1195	0.6	1222	0.7
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	721	0.4	454	0.2	1175	0.6
HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO POR DEFICIENCIA DE YODO	985	0.5	184	0.1	1169	0.6
Todas las demás Enfermedades	83056	45.0	52346	28.3	135402	73.3

FUENTE: HOJA DE REGISTRO DIARIO - HIS

ELABORADO: OFICINA ESTADISTICA E INFORMATICA-HNCH-2012

Morbilidad en Hospitalización

En el Cuadro N° 02 se aprecian los veinte diagnósticos más frecuentes en hospitalización, que explican el 38.6% de la morbilidad. En este grupo la morbilidad quirúrgica llega a ser 9.1% y la patología obstétrica corresponde al 11.8%.

Sin embargo, la primera causa de hospitalización no corresponde a morbilidad si no a parto único sin otra especificación, explicando el 11.65%. Es importante notar que el mayor porcentaje de morbilidad corresponde al género femenino.

Cuadro N°02

PRINCIPALES CAUSAS EN EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN SEXO						
AÑO: 2012						
CAUSAS	SEXO					
	M	%	F	%	N°	%
	6507	35.3	11938	64.7	18445	100.0
Parto por cesárea, sin otra especificación	0	0.0	1891	10.3	1891	10.3
Apendicitis aguda, no especificada	347	1.9	240	1.3	587	3.2
Ictericia neonatal, no especificada	295	1.6	285	1.5	580	3.1
Parto prematuro	0	0.0	526	2.9	526	2.9
Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	66	0.4	285	1.5	351	1.9
Neumonía, no especificada	163	0.9	184	1.0	347	1.9
Septicemia, no especificada	165	0.9	132	0.7	297	1.6
Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	0	0.0	269	1.5	269	1.5
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	148	0.8	90	0.5	238	1.3
Insuficiencia respiratoria, no especificada	113	0.6	117	0.6	230	1.2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	102	0.6	112	0.6	214	1.2
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	94	0.5	116	0.6	210	1.1
Traumatismo intracraneal, no especificado	138	0.7	70	0.4	208	1.1
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	79	0.4	127	0.7	206	1.1
Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	69	0.4	126	0.7	195	1.1
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	34	0.2	150	0.8	184	1.0
Asma, no especificado	86	0.5	63	0.3	149	0.8
Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	74	0.4	71	0.4	145	0.8
Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	77	0.4	64	0.3	141	0.8
Hiperplasia de la próstata	138	0.7	0	0.0	138	0.7
Todas las demás enfermedades	4319	23.4	4866	26.4	9185	49.8
Parto único espontáneo, sin otra especificación	0	0.00	2154	11.7	2154	11.65

FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS

ELABORADO: OFICINA ESTADISTICA E INFORMATICA-HNCH-2012

Morbilidad en Emergencia.

Los diagnósticos que se muestran en el Departamento de Emergencia corresponden a los tópicos de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, donde notamos que las primeras 20 causas explican el 57% de morbilidad, siendo la primera causa de morbilidad los traumatismo de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones con un 15%; seguido del dolor abdominal pélvico que representa un 8.8% y en tercer lugar se ubica las infecciones agudas de vías respiratorias.

Es importante mencionar que la morbilidad más frecuente en emergencia corresponde a padecimientos que deben ser atendidos en el primer nivel de atención (ver Cuadro N°3).

Cuadro N°03

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIA AÑO: 2012						
Diagnóstico	M	%	F	%	Total	%
	31920	42.4	43402	57.6	75322	100.0
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regio	7768	10.3	3942	5.2	11710	15.5
Dolor abdominal y pélvico	2401	3.2	4214	5.6	6615	8.8
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1862	2.5	1764	2.3	3626	4.8
Fracturas de otros huesos de los miembros	1307	1.7	983	1.3	2290	3.0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1160	1.5	1088	1.4	2248	3.0
Otras enfermedades de los intestinos y del peritoneo	891	1.2	917	1.2	1808	2.4
Asma	875	1.2	877	1.2	1752	2.3
Traumatismo intracraneal	896	1.2	597	0.8	1493	2.0
Fiebre de origen desconocido	606	0.8	713	0.9	1319	1.8
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	649	0.9	664	0.9	1313	1.7
Otras enfermedades del sistema respiratorio	669	0.9	579	0.8	1248	1.7
Otras enfermedades del sistema urinario	175	0.2	1030	1.4	1205	1.6
Aborto espontáneo	0	0.0	903	1.2	903	1.2
Septicemia	469	0.6	404	0.5	873	1.2
Otras trastornos de las vías genitourinarias	1	0.0	817	1.1	818	1.1
Neumonía	351	0.5	420	0.6	771	1.0
Colelitiasis y colecistitis	236	0.3	514	0.7	750	1.0
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	264	0.4	478	0.6	742	1.0
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	393	0.5	319	0.4	712	0.9
Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	320	0.4	386	0.5	706	0.9
TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES	10627	14.1	21793	28.9	32420	43.0

FUENTE: FICHAS DE EMERGENCIA - MORBILIDAD

ELABORADO OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA - HNCH

Morbilidad en Medicina Física y Rehabilitación

En el Cuadro N° 04 se informa que el departamento de medicina física y rehabilitación tuvo como principales causas de consulta durante el año 2012: lumbago no especificado, trastorno específico del desarrollo de la función motriz, trastorno específico de la pronunciación, trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado, dolor en articulación, cervicalgia, rigidez articular, artrosis, otras lesiones del hombro y hemiplejía.

Cuadro N° 04

**PRINCIPALES CAUSAS - MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN - SEGÚN SEXO
ENERO - DICIEMBRE: 2012**

COD	CAUSAS	SEXO				TOTAL	
		M	%	F	%	N°	%
		3417	43.17	4498	56.83	7915	100.00
M54.5	Lumbago no especificado	228	2.9	460	5.8	688	8.7
F82.X	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz	230	2.9	178	2.2	408	5.2
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación	247	3.1	138	1.7	385	4.9
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	239	3.0	113	1.4	352	4.4
M25.5	Dolor en articulación	109	1.4	196	2.5	305	3.9
M54.2	Cervicalgia	61	0.8	201	2.5	262	3.3
M25.6	Rigidez articular, no clasificada en otra parte	106	1.3	151	1.9	257	3.2
M19.9	Artrosis, no especificada	60	0.8	173	2.2	233	2.9
M75.8	Otras lesiones del hombro	68	0.9	165	2.1	233	2.9
G81.9	Hemiplejía, no especificada	118	1.5	103	1.3	221	2.8
M77.9	Entesopatía, no especificada	56	0.7	148	1.9	204	2.6
Z02.7	Extensión de certificado médico	110	1.4	77	1.0	187	2.4
G51.0	Parálisis de Bell	76	1.0	102	1.3	178	2.2
M54.9	Dorsalgia, no especificada	41	0.5	121	1.5	162	2.0
M17.9	Gonartrosis, no especificada	40	0.5	116	1.5	156	2.0
P94.9	Trastorno no especificado del tono muscular en el recién nacido	70	0.9	67	0.8	137	1.7
T12.X	Fractura de miembro inferior, nivel no especificado	63	0.8	66	0.8	129	1.6
T10.X	Fractura de miembro superior, nivel no especificado	54	0.7	58	0.7	112	1.4
M15.0	Osteoartritis primaria generalizada	23	0.3	86	1.1	109	1.4
M54.4	Lumbago con ciática	40	0.5	66	0.8	106	1.3
M41.9	Escoliosis, no especificada	38	0.5	66	0.8	104	1.3
M75.9	Lesión del hombro, no especificada	39	0.5	64	0.8	103	1.3
G81.1	Hemiplejía espástica	57	0.7	23	0.3	80	1.0
Q90.9	Síndrome de Down, no especificado	22	0.3	44	0.6	66	0.8
M54.6	Dolor en la columna dorsal	7	0.1	56	0.7	63	0.8
M60.9	Miositis, no especificada	15	0.2	44	0.6	59	0.7
Z51.9	Atención médica, no especificada	30	0.4	28	0.4	58	0.7
R26.8	Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas	24	0.3	28	0.4	52	0.7
S82.8	Fractura de otras partes de la pierna	21	0.3	31	0.4	52	0.7
Z48.8	Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía	20	0.3	27	0.3	47	0.6
	Todas las demás enfermedades	1105	14.0	1302	16.4	2407	30.4

ELABORADO: OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA HNCH

Infecciones Intrahospitalarias (IIH)

La Oficina de Epidemiología realiza la vigilancia de las IIH a nivel de los servicios del Hospital Cayetano Heredia según el tipo de infección o sitio de infección, servicios de hospitalización, categoría del establecimiento y factores de riesgo reconocidos.

En el Cuadro N° 05, se muestran las infecciones detectadas en el 2012, donde se evidencia que todas las tasas se encuentran por encima del valor estándar, lo que indica la escasa capacidad administrativa y resolutoria de la entidad para enfrentar dicha problemática.

Cuadro N°05 Infecciones intrahospitalarias 2012 HNCH

SERVICIO	INDICADOR	VALOR ANUAL	ESTANDAR
UCI Neonatal	Densidad de incidencia de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central (CVC)	11.03 x 1000 días de CVC	1 a 3 x 1000 días de CVC
UCI Medicina	Densidad de incidencia de infección de torrente sanguíneo	14.05 x 1000 días de CVC	1 a 3 x 1000 días de CVC
	Densidad de incidencia de neumonía por ventilación mecánica (VM)	28.39 x 1000 días de VM	1 a 3 x 1000 días de CVC
Medicina	Densidad de incidencia de infección urinaria asociado a catéter urinario permanente (CUP)	6.71 casos x 1000 días CUP	0 casos x 1000 días CUP
Cirugía	Densidad de incidencia de infección urinaria asociado a CUP	4.86 casos x 1000 días CUP	0 casos x 1000 días CUP
Gineco-Obstetricia	Incidencia acumulada de Endometritis asociado a parto vaginal	0.74 x 100 partos vaginales	<1 x 100 partos vaginales
	Incidencia acumulada de Endometritis asociado a parto cesárea	1.44 x 100 partos cesáreas	<1 x 100 partos vaginales

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – HNCH – 2012
Elaboración Propia

2.2.2 Análisis de Mortalidad

Mortalidad en Hospitalización

El Cuadro N° 05 muestra las principales causas de mortalidad en los servicios de hospitalización que son septicemia, insuficiencia respiratoria y neumonía, comprenden el 49.2% de todas las causas.

Cuadro N° 06

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, SIN EMERGENCIA HOSPITALIZACION SEGÚN SEXO						
AÑO: 2012						
CAUSAS	SEXO				N°	%
	M	%	F	%		
	237	58.4	169	41.6	406	100.0
Septicemia, no especificada	54	13.3	56	13.8	110	27.1
Insuficiencia respiratoria, no especificada	32	7.9	29	7.1	61	15.0
Neumonía, no especificada	20	4.9	9	2.2	29	7.1
Hipertensión intracraneal benigna	7	1.7	2	0.5	9	2.2
Otros recién nacidos pretérmino	6	1.5	3	0.7	9	2.2
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	4	1.0	3	0.7	7	1.7
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	4	1.0	2	0.5	6	1.5
Pancreatitis aguda	3	0.7	2	0.5	5	1.2
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra es	4	1.0	0	0.0	4	1.0
Tumor maligno del colon, parte no especificada	2	0.5	2	0.5	4	1.0
Todas las demás enfermedades	101	24.9	61	15.0	162	39.9

FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS

ELABORADO: OFICINA ESTADISTICA E INFORMATICA-HNCH-2012

Mortalidad en Emergencia

El Cuadro N° 07 se muestra las principales causas de mortalidad en el departamento de emergencia, las más frecuentes son neumonía e insuficiencia respiratoria.

Cuadro N° 07 Mortalidad en Emergencia.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALIZADOS AÑO: 2012						
CAUSAS	SEXO					
	M	%	F	%	N°	%
	265	50.4	261	49.6	526	100.0
Neumonía, no especificada	63	12.0	79	15.0	142	27.0
Insuficiencia respiratoria, no especificada	23	4.4	22	4.2	45	8.6
Hemorragia intraencefálica, no especificada	6	1.1	16	3.0	22	4.2
Septicemia, no especificada	8	1.5	11	2.1	19	3.6
Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	11	2.1	6	1.1	17	3.2
Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o h	11	2.1	5	1.0	16	3.0
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	9	1.7	4	0.8	13	2.5
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	6	1.1	5	1.0	11	2.1
Hemorragia subaracnoidea, no especificada	2	0.4	9	1.7	11	2.1
Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	5	1.0	5	1.0	10	1.9
Todas las demás enfermedades	121	23.0	99	18.8	220	41.8

FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS

ELABORADO: OFICINA ESTADISTICA E INFORMATICA-HNCH-2012

2.3 Análisis de la Oferta del Salud

2.3.1 Diseño Organizacional

El Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado según Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA de fecha 9 de Marzo del 2009, considera dentro de su estructura orgánica:

- Órgano de Dirección
- Órgano de Control
- Órganos de Asesoramiento
- Órganos de Apoyo
- Órganos de Línea

La estructura orgánica con todos sus componentes se visualiza en el siguiente organigrama estructural.

2.3.2 Cartera de Servicios y Producción

En el Cuadro N° 01 se muestra la cartera de servicios que oferta el Hospital que se compone de las siguientes líneas:

Cuadro N° 01
Cartera de Servicios del Hospital Nacional Cayetano Heredia

CARTERA DE SERVICIOS		CARTERA DE SERVICIOS	
MEDICINA	PEDIATRIA	ESTRATEGIAS SANITARIAS	DIAGNOSTICO POR IMAGENES
Endocrinología Gastroenterología Cardiología Neuro – Psiquiatría Neumología Nefrología Inmuno-Reumatología Hematología Especialidades Medicas Medicina Física y Rehabilitación	Neonatología Medicina Pediátrica Cirugía de pediatría Gastroenterología Cardiología Nefrología Infectología Endocrinología Neurología	Prevención y Control de Tuberculosis Salud Sexual y Reproductiva Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH – SIDA Prevención y Control de Daños No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes, Obesidad y Osteoporosis) Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Inmunizaciones Salud Bucal Salud Mental y Cultura de Paz Alimentación y Nutrición Saludable Área de Atención Diferenciada del Adolescente Crecimiento y Desarrollo	Radiología Convencional y Procedimientos Especiales Ecografías Doppler a Color Tomografía Multicorte (TEM) Resonancia Magnética Nuclear Mamografía
CIRUGIA	ODONTOESTOMATOLOGIA	EMERGENCIA ADULTOS	
Cirugía general y Laparoscopia Traumatología y Ortopedia Neurocirugía Urología Otorinolaringología Oftalmología Cirugía de Tórax y cardiovascular Cirugía Oncológica Cirugía Plástica	Atención de Pacientes Especiales (APE) Cirugía Máxilo Faciales Odontología General	EMERGENCIA PEDIATRICA	
ONCOLOGIA MEDICA	PSICOLOGIA	Shock Trauma Tópico Medicina Tópico Cirugía Tópico Ginecología y Obstetricia Sala Observación Emergencia RX Ecografía de Emergencia Laboratorio – Toma de Muestras Procedimientos	Emergencia Médico Pediatricas Emergencias Quirúrgicas en Niños Shock Trauma RX Emergencias Unidad de Cuidados Intensivos Trauma Shock
PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	UCI GENERAL	
Patología Clínica Anatomía Patológica Banco de Sangre Laboratorio	Centro Quirúrgico Recuperación Atención Ambulatoria	UCI PEDIATRICA	
NUTRICION Y DIETETICA	GINECO - OBSTETRICIA	UCI EMERGENCIA	
Nutrición Nutrición Ambulatoria y Vigilancia Nutricional	Obstetricia Medicina Reproductiva Atención Integral del Adolescente	UCI NEONATAL	
		Cuidados Intermedios Neonatales	

2.3.3 Análisis de Consulta Externa

En el Cuadro N° 02 se puede notar que el Hospital logro 279,211 atenciones de consulta externa, el cual incluye las atenciones en los consultorios médicos, consultorios no médicos y las estrategias sanitarias.

Cuadro N°02
Atendidos y Atenciones en Consulta Externa HNCH 2012 y 2011

TIPO DE CONSULTORIO	ATENDIDOS 2012			ATENCIONES 2012		
	AÑO	MES	AÑO	AÑO	MES	DIA
Total de Consultorios Externos	108,633	9,053	362	279,211	23,268	931
Consultorios Médicos	92,632	7,719	309	236,716	19,726	789

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012

Elaboración Propia

Las especialidades que tuvieron mayor número de atenciones fueron las de medicina, liderado por endocrinología, cardiología, reumatología y psiquiatría (ver Anexo 01), medicina interna estuvo entre los servicios que atendieron menos consultas externas. Mientras que en cirugía las especialidades que fueron más demandados por los pacientes fueron cirugía general, oftalmología, traumatología, otorrinolaringología (cuadro N°03).

Cuadro N°03

Atendidos y Atenciones en Consulta Externa por Especialidades Médicas y No Médicas HNCH 2012

ESPECIALIDADES	ATENDIDOS 2012			ATENCIÓNES 2012		
	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
Medicina	27,738	2,312	92	87,731	7,311	292
Atención Inmediata del Adulto	14,816	1,235	49	15,839	1,320	53
Trasplante Renal	44	4	0	393	33	1
Medicina Física y Rehabilitación	4,140	345	14	7,915	660	26
Medicina de Personal	122	10	0	263	22	1
Enfermedades Tropicales y Dermatología	11,325	944	38	26,510	2,209	88
Cirugía	17,604	1,467	59	50,656	4,221	169
Gineco – Obstetricia	5,340	445	18	18,257	1,521	61
Pediatría	8,291	691	28	25,548	2,129	85
Anestesiología	3,212	268	11	3,604	300	12
Psicología	3,812	318	13	13,511	1,126	45
Psicología MAMIS	1,064	89	4	4,424	369	15
Atención por Obstetra	5,897	491	20	10,832	903	36
Salud Bucal	3,613	301	12	11,199	933	37
Total Nutrición	1,615	135	5	2,529	211	8

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012

Elaboración: Propia

En el **cuadro N° 04** se evidencia que la mayor parte de consultorios pertenecen al área de medicina y cirugía. Existe un bajo grado de utilización de los consultorios físicos sobretodo por la tarde. El detalle por cada especialidad se encuentra en el anexo 2.

Cuadro N° 04
Consultorios Físicos y Funcionales HNCH 2012

DEPARTAMENTO	N° CONSULTORIOS FÍSICOS	CONSULTORIOS FUNCIONALES		
		TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TOTAL
Anestesiología	1	1	1	2
Medicina	34	27	19	46
Cirugía	21	16	12	28
Pediatría	9	5	7	12
Ginecología	7	6	5	11
Medicina Física y Rehabilitación	3	3	1	4
Medicina Tropical y Dermatología	9	7	5	12
Psicología	8	8	6	14
Crecimiento y desarrollo	1	1	0	1
MAMIS	4	4	3	7
Total General	105	78	59	137

*El servicio de Odonto-Estomatología se encuentra cerrado por refacción.

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012

Elaboración Propia

2.3.4 Análisis de Hospitalización

En el **cuadro N° 05** se muestra la distribución de camas Hospitalarias entre los diferentes servicios.

Cuadro N° 05
Camas en el área de Hospitalización

SERVICIO	Camas	%	% total	DEPARTAMENTO
Medicina	61	16%	25%	Medicina
Medicina Tropical	35	9%		
Cirugía	61	16%	33%	Cirugía
Unidad de Trasplante Renal	9	2%		
Traumatología y Ortopedia	60	15%		
Pediatría	61	16%	19%	Pediatría
Recién Nacidos Intermedios	12	3%		
Gineco – Obstetricia	54	14%	14%	Gineco-Obstetricia
Unidad de Cuidados Críticos	24	6%	6%	UCI
TOTAL	377	100%	100%	

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012

Elaboración Propia

2.3.5 Análisis de Centro Quirúrgico

En el **cuadro N° 06** se observa la distribución de las salas de operaciones que estuvieron operativas en el 2012. Para el 2013 se contará con dos salas más en el edificio de traumatología, con las cuales se espera atender adecuadamente a la demanda insatisfecha que presenta el Hospital.

Cuadro N° 06
Salas de Operación Operativas 2012 HNCH

Distribución	N°
Salas de Operación Central	3
Salas de Operación de Emergencia	2
Salas de Operación de Ginecología	2
Salas de Operación de Traumatología (en remodelación)	0
TOTAL	7

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012
Elaboración Propia

2.3.6 Análisis de los Servicios de Emergencia

En el cuadro N° 07 se evidencia que triaje medico presenta una baja producción, a pesar de ser la puerta de ingreso a los tópicos de emergencia, una de las causas es el sub-registro por parte de Admisión, que solo considera la atención de triaje cuando el paciente no tuvo que ser derivado a ningún tópico, la otra causa es que el horario de atención de triaje hasta el mes de octubre del 2012 era solo de 12 horas.

Cuadro N° 07
Atendidos en Emergencia HNCH 2012

EMERGENCIA	ATENDIDOS 2012		
	AÑO	MES	DIA
Tópico Medicina	27,395	2,283	76
Tópico Cirugía	14,694	1,225	41
Emergencia Pediátrica	17,762	1,480	49
Tópico Obstetricia	13,381	1,115	37
Triaje Médico	2,553	213	7
TOTAL	75,785	6,315	211

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012
Elaboración Propia

En el **cuadro N° 08** se evidencia la distribución de camas en emergencia, se debe mencionar que la mayor proporción de camas de emergencia adultos se encuentra en Observación pero no se encuentran divididas por sexo, los cuales son usados en su mayoría por el tópico de Medicina, donde se evidencia un elevado porcentaje de pacientes que permanecen más de 12 horas en el área de observación.

Cuadro N° 08
Camas en el Área de Emergencia.

DISTRIBUCIÓN	N°
Emergencia Adultos	50
• Observación	30
• Tópico Medicina	10
• Tópico Cirugía	8
• Trauma Shock	2
Emergencia Pediátrica	7
TOTAL	57

Fuente: Estadística e informática – HNCH – 2012
Elaboración Propia

2.3.7 Análisis de Recursos Humanos

El Hospital Nacional Cayetano Heredia hasta diciembre del 2012 presentó una fuerza laboral de 2,470 personas, el 51% corresponde al personal de planta o nombrado, el 31% a la modalidad contrato administrativo de servicios (CAS) y 18% a personal bajo la modalidad de contrato de terceros.

Los profesionales de salud representan al 77% del total de la población laboral, en este grupo se consideran a los médicos, enfermeras, obstetras, psicólogas, tecnólogos, biólogos, nutricionistas y técnicas en enfermería entre otros. El área administrativa corresponde al 22% de la fuerza laboral (**ver cuadro N° 09**).

Es importante mencionar que la incorporación de personal por CAS se ha orientado al área asistencial, ante la carencia de plazas para nombramiento previa a la ley de nombramiento de diciembre del 2012.

Cuadro N° 09
Recurso Humano del HNCH 2012

Cargo	Nombrado	CAS	Terceros	Total	%
Medico	190	132	100	422	17%
Enfermera	215	172	31	418	17%
Obstetras	32	14	15	61	2%
Cirugía Dentistas	7	2	0	9	0%
Psicólogo	13	5	3	21	1%
Tecnólogo Médico	24	20	18	62	3%
Técnicos Asistenciales	486	0	1	487	20%
Otros de la Salud	152	202	76	430	17%
Área Administrativa	138	219	190	547	22%
Funcionarios	13	0	0	13	1%
TOTAL	1,270	766	434	2,470	100%

Fuente: Oficina de Personal de Recursos Humanos – HNCH – 2012
Elaboración Propia

2.3.8 Análisis de Infraestructura

El Hospital Nacional Cayetano Heredia, tiene 44 años de funcionamiento y tiene un área de terreno de 51,769 m² y un área construida de 34,222 m², su estructura posee edificios que alcanzan hasta los tres pisos de altura y sótanos.

El HNCH desde su creación se diseñó para ser un centro de salud de apoyo docente, que fue creciendo en forma desordenada por la presión de la demanda. Los servicios y actividades funcionan en diferentes ambientes, con áreas sub-dimensionadas, subdivididas y compartidas. La Organización Panamericana de la Salud-OPS y el Ministerio de Salud- MINSa, a través de la Oficina de Defensa Nacional, realizaron el Análisis de Vulnerabilidad Sísmica en Hospitales del Perú, encargando el estudio de Vulnerabilidad Estructural, al Centro Peruano Japonés de Investigaciones Sísmicas y Mitigación de Desastres – CISMID de la Universidad Nacional de Ingeniería-UNI, concluyendo que se cuenta con un componente arquitectónico insuficiente, alta vulnerabilidad estructural, nivel de daño moderado, riesgo para la vida, riesgo de pérdida del bien y riesgo de pérdida funcional. Ante este panorama se está reforzando el Hospital mediante el fondo de Hospitales Seguros dado por el MINSa y además el Plan Maestro de Inversiones 2012 se encuentra en proceso de evaluación por el Ministerio de Salud, de acuerdo a la Resolución Ministerial N°386-2010/MINSa, que aprueba la Directiva Administrativa N°161-MINSa/OCPPV.01 - Directiva Administrativa para la elaboración del Plan Maestro de Inversiones en Hospitales e Institutos.

2.4 Identificación y priorización de problemas

UPSS	PROBLEMA PRIORIZADO	DESCRIPTOR
CONSULTA EXTERNA	Bajo número de atenciones médicas en consultorios externos.	El rendimiento hora médico en el año 2012 fue de 3, siendo 4-6 el estándar.
		La concentración de consultas en el año 2012 fue 2.6, el estándar es 4-5.
		La razón de emergencias por consultas médicas fue de 0.3 el 2012, siendo 0.1 el valor esperado.
	Bajo nivel de satisfacción del usuario externo de Consulta Externa.	El promedio de tiempo de espera para ser atendido en consulta externa fue de 72 minutos en el 2012.
El nivel de satisfacción del usuario externo medido por la encuesta SERVQUAL en el 2012 fue de 54.4%, el estándar es de 60%.		
EMERGENCIA	Bajo nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en Emergencia Adultos.	El nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en Emergencia Adultos, basado en la encuesta SERVQUAL modificada, fue 25.2% (setiembre 2012) siendo el resultado esperado 60% a más.

UPSS	PROBLEMA PRIORIZADO	DESCRIPTOR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Estancia prolongada de los pacientes en las UCI de Medicina y Emergencia.	En el 2012, el promedio de permanencia en UCI Medicina fue de 8.9 días y en UCI Emergencia fue de 8.5 días. El estándar es de 6 días.
	Elevada densidad de incidencia de infecciones intrahospitalarias.	En el 2012 la densidad de incidencia de neumonía por ventilación mecánica en la UCI Medicina fue 28.39 y en la UCI Emergencia fue 20.18. El estándar es 7. Para el 2012 la densidad de incidencia de la infección urinaria por CUP en UCI Medicina fue 4.98, en UCI Cirugía fue 4.86 y para UCI Emergencia fue 6.10; el valor referencial es 0.
HOSPITALIZACIÓN	Estancia prolongada de los pacientes en los servicios de Hospitalización.	En el 2012 el promedio de permanencia en Hospitalización Medicina fue 17.4 y en Medicina Tropical fue 23.9, siendo el estándar 6 a 9 días.
		Debido a este problema no se puede responder a la necesidad de ingresos desde Emergencia, por ello el porcentaje de pacientes en la Sala de Observación de Emergencia Adultos con estancia mayor a 12 horas fue de 37.4% siendo el estándar para el tercer nivel de atención el 10%.
	Bajo nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en los servicios de Hospitalización.	En el 2012 el promedio de permanencia en Hospitalización Pediatría fue 10.1, siendo el estándar 6 a 9 días. El nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en los servicios de Hospitalización, basado en la encuesta SERVQUAL modificada fue de 56.6% (diciembre 2012), siendo el resultado esperado 60% a más.
CENTRO QUIRÚRGICO	Alto porcentaje de cirugías programadas (electivas) suspendidas.	El porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas fue 10% en el 2012, siendo el estándar < 5%.
	Prolongado tiempo de espera para acceder a una colecistectomía laparoscópica y herniorrafia por Consulta Externa.	El tiempo de espera del paciente de consulta externa para ser sometido a una colecistectomía laparoscópica fue medido en 82 días en el 2012 y para ser sometido a una herniorrafia la demora fue de 100 días.
GINECOLOGÍA Y CENTRO OBSTÉTRICO	Incremento de la tasa de cesáreas.	La tasa de cesáreas en el 2012 fue 48.4%. Estándar: 20%. Para el 2012 el rendimiento de sala de partos (camillas de expulsivo) fue de 101.7 por mes. Estándar: 120.
	Elevada incidencia acumulada de endometritis asociada a parto por cesárea.	La incidencia acumulada de endometritis asociada a parto por cesárea fue de 1.44, siendo el estándar <1.
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	No se cuenta con indicador del cumplimiento de solicitudes de exámenes radiológicos y ecográficos para los usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS).	El establecimiento no cuenta con indicadores para evaluar las mejoras de la atención de los pacientes asegurados. El porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes radiológicos en usuario SIS debe ser $\geq 95\%$.
	Baja cobertura de la mamografía para el apoyo al diagnóstico precoz de cáncer de mama.	Durante el 2012 se realizaron sólo 1,681 mamografías, siendo nuestra población de referencia las mujeres de 40 a 65 años de Lima Norte estimada en 298,326.

UPSS	PROBLEMA PRIORIZADO	DESCRIPTOR
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	No se cuenta con indicador del cumplimiento de solicitudes de exámenes de laboratorio para usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS)	El establecimiento no cuenta con indicadores para evaluar las mejoras de la atención de los pacientes asegurados. El porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes de laboratorio en usuario SIS debe ser $\geq 95\%$.
	No se cuenta con indicador del cumplimiento de solicitudes de exámenes de anatomía patológica.	El Servicio de Anatomía Patológica no cuenta con la información sobre el número de exámenes solicitados. El porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes de anatomía patológica debe ser $\geq 95\%$.
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION	No se cuenta con indicadores de resultado de terapia física para las patologías más frecuentes.	El Departamento de Medicina Física y Rehabilitación no cuenta con información acerca del número de pacientes rehabilitados de las patologías más frecuentes: lesiones articulares y ligamentarias a nivel de hombro, dolor lumbar y retraso de desarrollo psicomotor simple. Tales patologías pueden rehabilitarse en un periodo de terapia física determinado menor a un año y el porcentaje de pacientes rehabilitados debe ser $\geq 90\%$ para el tercer nivel de atención.
	No se cuenta con indicadores de resultado del programa de estimulación temprana para pacientes pediátricos con riesgo de retraso psicomotor leve.	Se desconoce el impacto del programa de estimulación temprana para pacientes pediátricos con riesgo de retraso psicomotor leve.

III. OBJETIVOS FUNCIONALES GENERALES Y ESPECIFICOS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (Plan Estratégico Institucional 2012-2016)	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE 2012	VALOR ESPERADO 2013		
<p>Objetivo General OGG7: Fortalecer la capacidad resolutive Hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III-1.</p> <p>Objetivo Específico: Lograr el desarrollo de una gestión de procesos de salud orientada al usuario, integrando el concepto de Aseguramiento Universal</p>	Mejorar el acceso a la atención médica y la satisfacción del usuario externo de Consulta Externa	Incrementar el número de atenciones médicas en Consulta Externa.	Rendimiento hora médico	N° de atenciones médicas realizadas / N° de horas médico programadas <small>No incluye la atención de pacientes nuevos por las especialidades de psiquiatría, neuropediatría, neurología y geriatría.</small>	3	4		
			Rendimiento de consultorio médico	N° de horas programadas/ N° de horas funcionales		0.8		
			Concentración de consultas	N° total de atenciones médicas (a partir de enero)/N° de atendidos	2.6	3.5		
			Razón de Emergencias por Consultas Médicas	N° de atenciones de Emergencia/N° de atenciones en Consulta Externa	0.3	0.2		
	Mejorar la satisfacción del usuario externo de Consulta Externa.	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en Emergencia Adultos.	Promedio de tiempo de espera para ser atendido en Consulta Externa	Σ tiempos de espera medidos/N° de mediciones realizadas	72 min	57.6 min		
			Días promedio de espera para obtener una cita	Fecha de la cita disponible – Fecha de la solicitud de la cita	13.2 días	10.6 días		
			Nivel de satisfacción del usuario externo en Consulta Externa	N° de usuarios externos encuestados satisfechos/N° total de usuarios externos encuestados X 100	54.4%	64.4%		
	Mejorar la calidad de atención en el Servicio de Emergencia Adultos.	Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en Emergencia Adultos.	Disminuir la estancia de los pacientes en los Servicios de Cuidados Intensivos Generales.	Promedio de permanencia en UCI Medicina	N° de días de estancia de egresados de UCI Medicina (vivos o fallecidos)/N° total de egresos de UCI Medicina (vivos o fallecidos)	8.9 días	7.1 días	
				Promedio de permanencia en UCI Emergencia	N° de días de estancia de egresados de UCI Emergencia (vivos o fallecidos)/N° total de egresos de UCI Emergencia (vivos o fallecidos)	8.5 días	6.8 días	
				Promedio de permanencia en UCI Quirúrgica	N° de días de estancia de egresados de UCI Quirúrgica (vivos o fallecidos)/N° total de egresos de UCI Quirúrgica (vivos o fallecidos)	6.6 días		
			Garantizar la calidad de atención en los Servicios de Cuidados Intensivos Generales.	Disminuir la densidad de incidencia de infecciones intraHospitalarias en los Servicios de Cuidados Intensivos Generales	Densidad de incidencia de neumonía por ventilación mecánica en UCI Medicina	N° de casos nuevos de neumonía por ventilación mecánica/días-exposición a VM x 1000	28.4	22.7
					Densidad de incidencia de la infección urinaria por CUP en UCI Medicina	N° de casos nuevos de infección urinaria intraHospitalaria/días-exposición a CUP x 1000	5.0	4.0
					Densidad de incidencia de neumonía por ventilación mecánica en UCI Emergencia	N° de casos nuevos de neumonía por ventilación mecánica/días-exposición a VM x 1000	20.2	16.1
					Densidad de incidencia de la infección urinaria por CUP en UCI Emergencia	N° de casos nuevos de infección urinaria intraHospitalaria/días-exposición a CUP x 1000	6.1	4.9
					Densidad de incidencia de la infección urinaria por CUP en UCI Cirugía	N° de casos nuevos de infección urinaria intraHospitalaria/días-exposición a CUP x 1000	4.9	3.9

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (Plan Estratégico Institucional 2012-2016)	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	LÍNEA BASE 2012	VALOR ESPERADO 2013	
<p>Objetivo General OGG7: Fortalecer la capacidad resolutive Hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III-1.</p> <p>Objetivo Específico: Lograr el desarrollo de una gestión de salud orientada al usuario, integrando el concepto de Aseguramiento Universal</p>	Optimizar la atención en los servicios de Hospitalización.	Disminuir la estancia de los pacientes en los servicios de Hospitalización de Medicina y Medicina Tropical.	Promedio de permanencia en el servicio de Hospitalización de Medicina	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de los egresados de Medicina}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}}$	17.4	13.9	
				Promedio de permanencia en el servicio de Hospitalización Medicina Tropical	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de los egresados de Medicina Tropical}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}}$	23.9	19.1
				Porcentaje de pacientes en la Sala de Observación de Emergencia Adultos con estancia mayor a 12 horas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos con más de 12 horas en sala de observaciones de Emergencia Adultos}}{\text{Total de egresos de sala de observaciones de Emergencia}}$	37.4%	27.4%
			Disminuir la estancia de los pacientes en los servicios de Hospitalización de Pediatría.	Promedio de permanencia en el servicio de Hospitalización de Pediatría	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de los egresados de Pediatría}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}}$	10.1	9
			Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en los Servicios de Hospitalización.	Nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en los Servicios de Hospitalización.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios externos encuestados satisfechos}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios externos encuestados}} \times 100$	56.6%	66.6%
	Mejorar el acceso de los usuarios a las cirugías electivas	Reducir el número de cirugías suspendidas.	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas}} \times 100$	10%	8%	
		Reducir el tiempo de espera para acceder a una colecistectomía laparoscópica o herniorrafia por Consulta Externa.	Promedio de Tiempo de Espera del Usuario de Consulta Externa para ser sometido a Colecistectomía Laparoscópica (COLELAP)	$\frac{\text{Fecha de la cita disponible para la programación de la COLELAP} - \text{Fecha de solicitud de la cita}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios}} \times 100$	82 días	41 días	
			Promedio de Tiempo de Espera del Usuario de Consulta Externa para ser sometido a herniorrafia	$\frac{\text{Fecha de la cita disponible para la programación de la herniorrafia} - \text{Fecha de solicitud de la cita}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios}} \times 100$	100 días	50 días	
	Mejorar los procesos de atención del parto en Gineco-Obstetricia	Disminuir la tasa de cesáreas.	Tasa de cesáreas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos}} \times 100$	48.4%	38.4%	
			Rendimiento de sala de partos (camillas de expulsivo)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos}}{\text{N}^\circ \text{ de sala de partos (camillas de expulsivo)}}$	101.7	120	
		Disminuir la incidencia acumulada de endometritis asociada a parto por cesárea.	Incidencia acumulada de endometritis asociada a parto por cesárea	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de endometritis post-cesárea}}{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas}} \times 100$	1.4	1.2	
	Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes radiológicos para usuarios del SIS.	Porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes radiológicos en usuario SIS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de rayos X realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de rayos X solicitados en usuarios del SIS en Consulta Externa}} \times 100$		95%	
		Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes ecográficos para usuarios del SIS.	Porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes ecográficos en usuario SIS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes ecográficos solicitados en usuarios SIS en Consulta Externa}} \times 100$		95%	
		Apoyar al diagnóstico oportuno de cáncer de mama.	Número de mamografías bilaterales en mujeres de 40 a 65 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mamografías bilaterales}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 40 a 65 años}}$	1,681	1,849	

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (Plan Estratégico Institucional 2012-2016)	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE 2012	VALOR ESPERADO 2013	
<p>Objetivo General OG7: Fortalecer la capacidad resolutive Hospitalaria y de gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, acorde a la categoría III-1.</p> <p>Objetivo Específico: Lograr el desarrollo de una gestión de procesos de salud orientada al usuario, integrando el concepto de Aseguramiento Universal</p>	Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes de laboratorio para usuarios del SIS.	Porcentaje de cumplimiento de exámenes de laboratorio solicitados para usuario SIS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio procesados para usuario SIS}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio solicitados en usuarios del SIS en Consulta Externa}} \times 100$		95%	
			Porcentaje de órdenes de compra de insumos demoradas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de órdenes de compra de insumos demoradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de órdenes del mes}} \times 100$		<10%	
			Porcentaje de demanda insatisfecha por falta de reactivos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio no atendidos por falta de insumos}}{\text{N}^\circ \text{ total de exámenes de laboratorio solicitados}}$		<5%	
		Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes de anatomía patológica.	Porcentaje de cumplimiento de solicitudes de exámenes de anatomía patológica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitudes de anatomía patológica procesadas}}{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de anatomía patológica solicitados}} \times 100$		95%	
			Porcentaje de órdenes de compra de insumos demoradas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de órdenes de compra de insumos demoradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de órdenes del mes}} \times 100$		10%	
			Porcentaje de demanda insatisfecha por falta de reactivos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exámenes de laboratorio no atendidos por falta de insumos}}{\text{N}^\circ \text{ total de exámenes de laboratorio solicitados}}$		<5%	
	Optimizar los resultados de la atención del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación	Incrementar el porcentaje de pacientes rehabilitados de lesiones articulares y ligamentarias a nivel de hombro.	Porcentaje de pacientes adultos rehabilitados de lesiones articulares y ligamentarias a nivel de hombro.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos rehabilitados de lesiones articulares y ligamentarias}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de esa misma discapacidad que reciben tratamiento de rehabilitación}} \times 100$		90%	
			Incrementar el porcentaje de pacientes rehabilitados de dolor lumbar.	Porcentaje de pacientes adultos rehabilitados dolor lumbar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos rehabilitados de dolor lumbar, dados de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de esa misma discapacidad que reciben tratamiento de rehabilitación}} \times 100$		90%
		Incrementar el porcentaje de pacientes pediátricos con retraso de desarrollo psicomotor simple rehabilitados.	Porcentaje de pacientes pediátricos con retraso de desarrollo psicomotor simple rehabilitados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes pediátricos rehabilitados con retraso de desarrollo psicomotor simple, dados de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de esa misma discapacidad que reciben tratamiento de rehabilitación}} \times 100$		90%	
			Disminuir el porcentaje de pacientes pediátricos que desarrollan retraso psicomotor leve.	Porcentaje de pacientes pediátricos que desarrollan retraso psicomotor leve	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes pediátricos con retraso psicomotor leve}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes pediátricos con riesgo de retraso}} \times 100$		≤ 10%
	Optimizar el programa de estimulación temprana para pacientes pediátricos con riesgo de retraso psicomotor						

IV. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Se diseñó un plan de actividades para cada objetivo específico.

4.1 UPSS Consulta Externa

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar el acceso a la atención médica y la satisfacción del usuario externo de Consulta Externa								
Objetivo específico: Incrementar el número de atenciones médicas en Consulta Externa.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Monitoreo del cumplimiento de la hora-médico programada	N° de informes de las acciones de monitoreo realizadas	60	Director Ejecutivo Jefe del Departamento de Consulta Externa	Semanal			
2	Cumplimiento de la metas trazadas en el Plan de Mejora Continua de la Calidad "Zero Colas"	% de cumplimiento de metas	50%	Jefe del Departamento de Consulta Externa. Oficina de Gestión de la Calidad. Director General.	X	X	X	X
3	Realizar campañas de atención integral de salud en Lima Norte para captar pacientes nuevos.	N° de campañas realizadas	5	Oficina de Comunicaciones. Unidad de Estrategias Sanitarias.	Bimensual			
4	Aumentar el número de consultorios y turnos de atención de Atención Inmediata.	N° de consultorios funcionales implementados	2	Jefe de Consulta Externa. Director Ejecutivo.	X	X		
5	Estudios operativos para identificar barreras de acceso o nudos críticos de la atención al usuario externo en los consultorios de Cardiología, Endocrinología, Gineco-Obstetricia y Cirugía.	N° de estudios operativos realizados	4	Jefe de Consulta Externa	X			
6	Plan de Mejora Continua (PMC) para los consultorios estudiados.	N° de PMC elaborados	1	Jefe de Consulta Externa				
		N° de PMC ejecutados	1			X	X	X
		N° de PMC evaluados	1					

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar el acceso a la atención médica y la satisfacción del usuario externo de Consulta Externa								
Objetivo específico: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Realizar talleres de "Buen trato" para el personal de Consulta Externa.	N° de talleres realizados	9	Jefe de Consulta Externa Oficina de Capacitación. Departamento de Psicología.	X	X	X	
2	Realizar retroalimentación de las quejas de los usuarios de Consulta Externa con cada área implicada.	N° de reuniones realizadas	10	Jefe de Consulta Externa. Director Ejecutivo. Oficina de Gestión de la Calidad.	Mensual			
3	Reuniones de capacitación y motivación a las facilitadoras y personal de informes.	N° de reuniones realizadas	20	Jefe de Consulta Externa. Jefe de la Oficina de Comunicaciones.	Dos veces por mes			

4.2 UPSS Emergencia Adultos

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar la calidad de atención en el Servicio de Emergencia Adultos.								
Objetivo específico: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en Emergencia Adultos.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Cumplimiento de la metas del Plan de Calidad “Mejorando el Nivel de Comunicación e Información hacia el usuario externo en el servicio de emergencia adultos”.	% de cumplimiento de metas	50%	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Oficina de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X
2	Cumplimiento de metas del “Plan de Implementación de Área Rígida de Acceso al Servicio de Emergencia Adultos”.	% de cumplimiento de metas	50%	Director General. Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.		X	X	X

4.3. UPSS Cuidados Intensivos Generales

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Garantizar la calidad de atención en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales								
Objetivo específico: Disminuir la estancia de los pacientes en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Revisión y actualización de las guías de práctica clínica (GPC) aprobadas	N° de guía revisadas y actualizadas	5	Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales.	X	X		
2	Elaboración del instrumento para la verificación de la implementación de las GPC	N° de instrumentos elaborados	5	Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales.			X	
3	Auditoría de la implementación de la GPC.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
4	Auditoría de casos de pacientes con estancia prolongada.	N° de informes de auditoría	2	Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales. Oficina de Gestión de la Calidad.			X	X
5	Implementación de las recomendaciones de las auditorías realizadas	% de implementación de recomendaciones	60%	Director Ejecutivo Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales.			X	X
6	Implementación de un sistema de información en tiempo real con los indicadores clínicos de acuerdo a norma técnica.	N° de sistemas informáticos implementados	1	Director Ejecutivo Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales. Oficina de Estadística e Informática.	X	X		

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Garantizar la calidad de atención en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales.								
Objetivo específico: Disminuir la densidad de incidencia de infecciones intraHospitalarias en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Cumplimiento de las metas del Proyecto de Intervención para la Disminución de Pacientes Colonizados e Infecciones IntraHospitalarias en el Servicio de Cuidados Intensivos Generales.	% de cumplimiento de metas	50%	Director Ejecutivo Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	X	X	X	X
2	Cumplimiento de las metas Plan de Capacitación de I Servicio de Cuidados Intensivos para el Personal de Enfermería y Técnico	% de personal capacitado	60%	Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Generales. Jefa de Departamento de Enfermería. Jefe de la Oficina de Capacitación. Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación	X	X	X	X

4.4 UPSS Hospitalización

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la atención en los servicios de Hospitalización.								
Objetivo específico: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario externo respecto a la comunicación médico – paciente en los Servicios de Hospitalización.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Cumplimiento de las metas del Plan de Calidad “Mejorando el Nivel de Comunicación e Información hacia el usuario externo en los servicios de Hospitalización”.	% de cumplimiento de metas	50%	Jefes de los Departamentos con servicios de Hospitalización. Oficina de Gestión de la Calidad. Director General.	X	X	X	X

4.4.1 Servicios de Hospitalización de Medicina y Medicina Tropical

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la atención en los servicios de Hospitalización.								
Objetivo específico: Disminuir la estancia de los pacientes en los servicios de Hospitalización de Medicina, Medicina Tropical.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Supervisión del cumplimiento de las Directivas para informar semanalmente el estado de cuenta a los pacientes Hospitalizados, preparar el alta de los pacientes y epicrisis el día anterior, entregar las historias clínicas de los pacientes de alta a las 8:00 a.m a Cuentas Corrientes.	N° de informes de supervisión	10	Director Adjunto. Jefes de Departamento.	Mensual			
2	Visita de junta administrativa a los Departamentos de Medicina y Medicina Tropical para solucionar las altas ocupadas.	N° de visitas	32	Director Adjunto. Jefes de Departamento. Oficina de Asesoría Jurídica. Jefe del Departamento de Asistencia Social.	Semanal			
3	Elaborar un manual del procedimiento de solicitud y respuesta a Interconsultas.	N° de MAPROs elaborados	1	Jefes de Departamento		X		
4	Priorizar la respuesta de las interconsultas provenientes de Medicina y Medicina Tropical.	% de interconsultas respondidas a Medicina y Medicina Tropical en menos de 24 horas	60%	Jefes de Departamento. Oficina de Gestión de la Calidad	X	X	X	X
5	Priorizar la entrega de resultados de los exámenes de laboratorio solicitados por Medicina y Medicina Tropical	% de resultados de laboratorio entregados a Medicina y Medicina Tropical en menos de 12 horas	60%	Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	X	X	X	X
6	Priorizar la entrega de resultados de los exámenes de diagnóstico por imágenes (placas radiográficas e informes de ecografía no doppler) solicitados por Medicina y Medicina Tropical.	% de resultados de diagnóstico por imágenes (placas radiográficas e informes de ecografía no doppler) entregados a Medicina y Medicina Tropical en menos de 12 horas	60%	Jefe de Departamento de Diagnóstico por Imágenes	X	X	X	X
7	Elaboración de guías de práctica clínica (GPC) para las cinco patologías más frecuentes en Medicina y en Medicina Tropical.	N° de GPC aprobadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X
8	Implementación de GPC para las cinco patologías más frecuentes.	N° de GPC implementadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
9	Auditoría del cumplimiento de la implementación de las GPC.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
10	Elaborar Manual de Procedimientos Médicos (MPM) para los cinco procedimientos más frecuentes.	N° de MPM elaborados	5	Jefes de Departamento.		X	X	X
11	Implementación de MPM para los cinco procedimientos más frecuentes.	N° de GPM implementadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
12	Auditoría del cumplimiento de la implementación de las MPM.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
13	Auditoría de casos de pacientes con estancia prolongada.	N° de informes de auditoría	3	Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
14	Implementación de las recomendaciones de las auditorías de casos de pacientes con estancia prolongada.	% de implementación de recomendaciones	60%	Jefes de Departamento.		X	X	X
15	Reporte de estancia Hospitalaria por servicios y especialidades.	N° de reportes	10	Oficina de Estadística e Informática	Mensual			

4.4.2 Servicios de Hospitalización de Pediatría

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la atención en los servicios de Hospitalización.								
Objetivo específico: Disminuir la estancia de los pacientes en los servicios de Hospitalización de Pediatría.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Supervisión del cumplimiento de las Directivas para informar semanalmente el estado de cuenta a los pacientes Hospitalizados, preparar el alta de los pacientes y epicrisis el día anterior, entregar las historias clínicas de los pacientes de alta a las 8:00 a.m a Cuentas Corrientes.	N° de informes de supervisión	10	Director Adjunto. Jefe de Departamento de Pediatría.	Mensual			
2	Visita de junta administrativa a los servicios de Hospitalización de Pediatría para solucionar las altas ocupadas.	N° de visitas	32	Director Adjunto. Jefe de Departamento de Pediatría. Oficina de Asesoría Jurídica. Jefe del Departamento de Asistencia Social.	Semanal			
3	Elaborar un manual del procedimiento de solicitud y respuesta a Interconsultas.	N° de MAPROs elaborados	1	Jefe de Departamento de Pediatría.		X		

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
4	Priorizar la respuesta de las interconsultas provenientes de Pediatría.	% de interconsultas respondidas a Pediatría en menos de 24 horas	60%	Jefe de Departamento de Pediatría. Oficina de Gestión de la Calidad	X	X	X	X
5	Priorizar la entrega de resultados de los exámenes de laboratorio solicitados por Pediatría.	% de resultados de laboratorio entregados a Pediatría en menos de 12 horas	60%	Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	X	X	X	X
6	Priorizar la entrega de resultados de los exámenes de diagnóstico por imágenes (placas radiográficas e informes de ecografía no doppler) solicitados por Pediatría.	% de resultados de diagnóstico por imágenes (placas radiográficas e informes de ecografía no doppler) entregados a Pediatría en menos de 12 horas	60%	Jefe de Departamento de Diagnóstico por Imágenes	X	X	X	X
7	Elaboración de guías de práctica clínica (GPC) para las cinco patologías más frecuentes en Pediatría.	N° de GPC aprobadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X
8	Implementación de GPC para las cinco patologías más frecuentes.	N° de GPC implementadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
9	Auditoría del cumplimiento de la implementación de las GPC.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
10	Elaborar Manual de Procedimientos Médicos (MPM) para los cinco procedimientos más frecuentes.	N° de MPM elaborados	5	Jefes de Departamento.		X	X	X
11	Implementación de MPM para los cinco procedimientos más frecuentes.	N° de GPM implementadas	5	Jefes de Departamento. Jefes de Servicio. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
12	Auditoría del cumplimiento de la implementación de las MPM.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
13	Auditoría de casos de pacientes con estancia prolongada.	N° de informes de auditoría	3	Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
14	Implementación de las recomendaciones de las auditorías de casos de pacientes con estancia prolongada.	% de implementación de recomendaciones	60%	Jefes de Departamento.		X	X	X
15	Reporte de estancia Hospitalaria por servicios y especialidades.	N° de reportes	10	Oficina de Estadística e Informática	Mensual			

4.5 UPSS Centro Quirúrgico

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar el acceso de los usuarios a las cirugías electivas.								
Objetivo específico: Reducir el número de cirugías suspendidas.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Evaluar el indicador de % de cirugías suspendidas por servicios o especialidades para identificar especialidades críticas.	N° de informes de evaluación realizados	1	Jefe del Departamento de Cirugía	X			
2	Estudio operativo para identificar las causas de suspensión de cirugías en las especialidades críticas.	N° de estudios operativos realizados	1	Oficina de Gestión de la Calidad		X		
3	Implementación de las recomendaciones del estudio operativo	% de recomendaciones implementadas	60%	Jefe del Departamento de Cirugía. Jefe del Departamento de Anestesiología. Jefe del Departamento de Enfermería.		X	X	X

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar el acceso de los usuarios a las cirugías electivas.								
Objetivo específico: Reducir el tiempo de espera para acceder a una colecistectomía laparoscópica o herniorrafia por Consulta Externa.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Implementación de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)	N° de UCMA implementadas	1	Director General. Jefe del Centro Quirúrgico y Anestesiología. Jefe del Departamento de Cirugía. Jefe del Departamento de Enfermería	X			
2	Cumplimiento de las metas del Proyecto de Calidad "Mejorando el acceso del usuario para las cirugías electivas de colecistectomía por vía laparoscópica y cirugías ambulatorias"	% de cumplimiento de metas	50%	Jefes de los Departamentos. Oficina de Gestión de la Calidad. Director General.	X	X	X	X

4.6 Departamento de Gineco-Obstetricia

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar los procesos de atención del parto en Gineco-Obstetricia								
Objetivo específico: Disminuir la tasa de cesáreas								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Auditoría de las cesáreas primarias realizadas.	N° de informes de auditoría	4	Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Oficina de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X
2	Retroalimentación de las conclusiones de las auditorías de las cesáreas primarias realizadas.	N° de reuniones realizadas	4	Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología.	X	X	X	X
3	Auditoría del cumplimiento de la implementación de las GPC del MINSA para la atención obstétrica.	N° de informes de auditoría	2	Oficina de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X
4	Realizar reuniones de coordinación con las oficinas de referencia y contrarreferencia de las redes de Rimac-SMP-Los Olivos, Tupac Amaru y Puente Piedra.	N° de reuniones realizadas	10	Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Jefe de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia.	Mensual			
5	Realizar reuniones de coordinación con las Oficina de Referencia y Contrarreferencia de DISA V Lima Ciudad.	N° de reuniones realizadas	4	Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Jefe de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia.	X	X	X	X

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Mejorar los procesos de atención del parto en Gineco-Obstetricia								
Objetivo Específico: Disminuir la incidencia acumulada de endometritis asociada a parto por cesárea.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Elaborar el Protocolo de Atención de Parto por Cesárea	N° de protocolos elaborados	1	Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia.		X		
2	Implementación del Protocolo de Atención de Parto por Cesárea	N° de protocolos implementadas	1	Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
3	Auditoría del cumplimiento de la implementación del Protocolo de Atención de Parto por Cesárea	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X

4.7 Departamento de Diagnóstico por Imágenes

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.								
Objetivo específico: Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes radiológicos y ecográficos para usuarios del SIS.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Implementación del PACS-RIS (Picture Archiving and Communication Systems - Radiology Information Systems)	N° de PACS-RIS implementados	1	Jefe de Departamento de Diagnóstico por Imágenes		X		
2	Monitorización mensual del cumplimiento de solicitudes	N° de informes	10	Jefe de Departamento	Mensual			
3	Incrementar el número de radiólogos	N° de radiólogos contratados	5	Jefe de Departamento. Oficina Ejecutiva de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos		X	X	

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.								
Objetivo específico: Apoyar al diagnóstico oportuno de cáncer de mama.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Reuniones mensuales de coordinación con los departamentos de Oncología y Ginecología.	N° de reuniones realizadas	10	Jefes de departamento de Diagnóstico por Imágenes, Oncología y Ginecología	Mensual			
2	Campaña preventivo-promocional de cáncer para los usuarios internos que incluya toma de mamografía a mujeres mayores de 40 años.	N° de campañas realizadas	1	Oficina de Bienestar Social		X		
3	Reunión de coordinación con las redes de salud de Rimac-SMP-Los Olivos, Tupac Amaru y Puente Piedra.	N° de reuniones realizadas	4	Responsable de la estrategia sanitaria de prevención y control de cáncer	X	X	X	X
4	Campañas extramurales preventivo-promocional de Cáncer de Mama en Lima Norte.		4	Responsable de la estrategia sanitaria de prevención y control de cáncer	X	X	X	X

4.8 Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.								
Objetivo específico: Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes de laboratorio para usuarios del SIS.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Solicitud oportuna de los insumos.	N° de informes de pedido de insumos	10	Jefa del Departamento	Mensual			
2	Monitoreo de los procesos de compra de insumos	N° de informes de los procesos de compra	10	Jefe de la Oficina de Logística	Mensual			
3	Monitoreo de las órdenes de compra	N° de órdenes de compra elaboradas	10	Jefe de la Oficina de Logística	Mensual			

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar la prestación de servicios del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.								
Objetivo específico: Garantizar el cumplimiento de solicitudes de exámenes de anatomía patológica.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Solicitud oportuna de los insumos.	N° de informes de pedido de insumos	10	Jefa del Departamento	Mensual			
2	Monitoreo de los procesos de compra de insumos	N° de informes de los procesos de compra	10	Jefe de la Oficina de Logística	Mensual			
3	Monitoreo de las órdenes de compra	N° de órdenes de compra elaboradas	10	Jefe de la Oficina de Logística	Mensual			

4.9 UPSS Medicina Física y Rehabilitación

PLAN DE ACTIVIDADES								
Objetivo General: Optimizar los resultados de la atención del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación								
Objetivo específico: Incrementar el porcentaje de pacientes rehabilitados de hombro doloroso.								
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Implementación de GPC para Hombro Doloroso (lesiones articulares y ligamentarias a nivel de hombro.	N° de guías implementadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y Comité Técnico de Implementación de GPC del DMFyR. Oficina de Gestión de la Calidad.		X	X	X
2	Auditoría del cumplimiento de la implementación de la GPC.	N° de informes de auditoría	1	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
3	Implementar un registro de seguimiento de pacientes con hombro doloroso.	N° de registros implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Hombro Doloroso.		X	X	X
4	Implementar un sistema de seguimiento telefónico y/o visitas domiciliarias de pacientes con hombro doloroso desertores de la terapia.	N° de sistemas de seguimiento implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Hombro Doloroso.		X	X	X
5	Implementar un registro de observaciones, quejas y sugerencias sobre el tratamiento recibido por los pacientes con hombro doloroso.	N° de registros de observaciones, quejas y sugerencias implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Hombro Doloroso.		X	X	X
6	Reunión de evaluación del equipo de Medicina Física y Rehabilitación sobre las recomendaciones del Informe de Auditoría del Cumplimiento de la Implementación de la GPC.	N° de reuniones realizadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Hombro Doloroso.				X
7	Reunión de evaluación del equipo de Medicina Física y Rehabilitación sobre las observaciones, quejas y sugerencias registradas.	N° de reuniones realizadas	4	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Hombro Doloroso.		Bimensual		

PLAN DE ACTIVIDADES

Objetivo General: Optimizar los resultados de la atención del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Objetivo específico: Incrementar el porcentaje de pacientes rehabilitados de dolor lumbar.

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Implementación de GPC para dolor lumbar.	N° de guías implementadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y Comité Técnico de Implementación de GPC del DMFyR.	X	X	X	X
2	Auditoría del cumplimiento de la implementación de la GPC.	N° de informes de auditoría	2	Oficina de Gestión de la Calidad.				X
3	Implementar un registro de seguimiento de pacientes con lumbago.	N° de registros implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Lumbago.		X	X	X
4	Implementar un sistema de seguimiento telefónico y/o visitas domiciliarias de pacientes con lumbago desertores de la terapia.	N° de sistemas de seguimiento implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Lumbago.		X	X	X
5	Implementar un registro de observaciones, quejas y sugerencias sobre el tratamiento recibido por los pacientes con lumbago.	N° de registros de observaciones, quejas y sugerencias implementados	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Lumbago.		X	X	X
6	Reunión de evaluación del equipo de Medicina Física y Rehabilitación sobre las recomendaciones del Informe de Auditoría del Cumplimiento de la Implementación de la GPC.	N° de reuniones realizadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Lumbago.				X
7	Reunión de evaluación del equipo de Medicina Física y Rehabilitación sobre las observaciones, quejas y sugerencias registradas.	N° de reuniones realizadas	4	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Terapia Física para Lumbago.	Bimensual			

PLAN DE ACTIVIDADES

Objetivo General: Optimizar los resultados de la atención del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Objetivo específico: Incrementar el porcentaje de pacientes pediátricos rehabilitados de retraso de desarrollo psicomotor simple.

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
	Implementación de GPC para Retraso de Desarrollo Psicomotor Simple.	N° de guías implementadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y Comité Técnico de Implementación de GPC del DMFyR.	X	X	X	X
	Auditoría del cumplimiento de la implementación de la GPC.	N° de informes de auditoría	2	Oficina de Gestión de la Calidad.		X		X

PLAN DE ACTIVIDADES

Objetivo General: Optimizar el programa de estimulación temprana para pacientes pediátricos con riesgo de retraso psicomotor leve.

Objetivo específico: Disminuir el porcentaje de pacientes pediátricos que desarrollan retraso psicomotor leve.

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	AÑO 2013/TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
1	Implementación de GPC para hombro doloroso.	N° de guías implementadas	1	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y Comité Técnico de Implementación de GPC del DMFyR.	X	X	X	X
2	Auditoría del cumplimiento de la implementación de la GPC.	N° de informes de auditoría	2	Oficina de Gestión de la Calidad.		X		X
3	Implementar consultorios médicos funcionales.	N° de consultorios médicos funcionales implementados	2	Director General. Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.		X		X
4	Implementar área de Terapia Física Pediátrica.	N° de áreas de Terapia Física Pediátrica implementadas	1	Director General. Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.			X	
5	Reunión de coordinación interdepartamental con Pediatría y Gineco-Obstetricia para la derivación oportuna de pacientes y minimizar los factores de riesgo para retraso de desarrollo psicomotor.	N° de reuniones realizadas	4	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Jefe de Departamento de Pediatría. Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia.		Bimensual		
6	Realizar charlas informativas para padres de familia o tutores de los pacientes del programa.	N° de charlas realizadas	4	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Coordinador de Programa de Estimulación Temprana		Bimensual		

