GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL A. CARRION"

R.D. Nº 097-2020-DG-H.N.D.A.C.

Resolución Directoral

Callao, 18 de Marzo de 2020

VISTOS:

El Informe N° 152-2019-HNDAC/OGC, de fecha 30 de setiembre de 2019 emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad; el Memorando N° 172-2020-UO-OEPE-HNDAC, de fecha 26 de febrero de 2020 emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe Nº 119-2020-HNDAC-OAJ, de fecha 04 de marzo de 2020 emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral III del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud y modificatorias, señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

Que, asimismo, el numeral VI del Título Preliminar del precitado dispositivo legal refiere que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública;

Que, el artículo IX, del Título Preliminar de la citada disposición legal, señala 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 en contra de ella;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" teniendo como objetivo establecer principios, normas, metodologías y procesos para implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientada a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016//MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se aprueba la NTS N° 050/MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud;

Que, en concordancia, el literal c) del Artículo 4º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, aprobado mediante Ordenanza Regional Nº 000006,

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

J.N. HERRERA V.

establece que es función de este recinto hospitalario, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, mediante documento de vistos, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General la aprobación de las Fichas Técnicas de los indicadores de calidad evaluados y modificados por los jefes de los departamentos de Emergencia y Cuidados Críticos, Gineco-Obstetricia e indicadores de calidad institucional para su aprobación y emisión del acto resolutivo;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa a la Oficina de Asesoría Jurídica que modificó y emitió la versión final del Documento Técnico Indicadores de Calidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – DT-OGC-001 Edición N° 003 y solicita se proceda a emitir la Resolución Directoral correspondiente;

Que, el Documento Técnico Indicadores de Calidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, tiene por finalidad garantizar a la persona usuaria, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud, por lo que resulta viable su aprobación;

A. Medina R.

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General en el literal j) del Artículo 8° del "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000006, de fecha 06 de febrero de 2013;

R. HERRERA M.

De conformidad a lo dispuesto por Ley Nº 26842, Ley General de Salud y modificatorias; la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; la Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, aprueba la NTS N° 050/MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; la Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud; la Ordenanza Regional N° 000006, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión,

M.G. CANCINO H.

Con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Documento Técnico **Indicadores de Calidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión** – DT-OGC-001 Edición N° 003, que en documento se adjunta, contenido en treinta y cinco (35) folios, y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución a la Dirección Adjunta de Gestión Clínica, Dirección Adjunta de Gestión en la Producción de Servicios de Salud, Oficinas y Departamentos, para los fines pertinentes.

JM HERRERA V.

ARTÍCULO 3°.- PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional (www.hndac.gob.pe), en cumplimiento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y modificatorias.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

DR. JESÚS AMERICO BRICEÑO VICUÑA
DIRECTOR GENERAL
CMP 34535 RNE 20103

INDICADORES DE CALIDAD

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Elaborado por:	OGC	:	MC. CECILIA MENA SAAVEDRA
	OGC	:	LIC. ROSA ELENA ARROYO ALFARO
	DECC	:	MC. FREDDY ALVAREZ CORNEJO
	DECC-SCIA	:	MC. PATRICIA GUTIERREZ MONTOYA
	DGO	:	MC. JUAN CORDOVA RODRIGUEZ
	OESI	:	LIC. NINFA SOTO ASENCIOS
Revisado por:	DAGC	:	MC. JOSÉ MARIA HERRERA VARGAS
	OAJ	:	ABOG. RUBÉN HERRERA MESTANZA
	OEPE	:	LIC. MILTON CANCINO HERNÁNDEZ
	OEA	:	ABOG. ROBERTO MEDINA RIVEROS
Aprobado por:	DG.	:	MC. JESÚS AMÉRICO BRICEÑO VICUÑA

Resolución Directoral Nº 097 - Fecha: 18 MAR. 2020

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

INDICE

I. INTRODUCCION 03

II. FINALIDAD 03

III. OBJETIVO 04

3.1 Objetivo General 04

3.2 Objetivos Específicos 04

IV. AMBITO DE APLICACIÓN 04

V. BASE LEGAL 04-05

VI. DEFINICIONES GENERALES 05-07

VII. INDICADORES DE CALIDAD 07-36

7.1 Estructura de los indicadores de calidad 07-08

7.2 Antecedentes 08

7.3 Metodología 09

7.4 Indicadores de Calidad adecuados y adaptados de acuerdo a la normatividad vigente 09-10

7.5 Desarrollo de las Fichas Técnicas de los Indicaciones de Calidad 11-35

7.5.1 Fichas de Indicadores de Calidad del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos) 11-18

7.5.2 Fichas de Indicadores de Calidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia 19-26

7.5.3 Fichas de Indicadores de Calidad Institucionales: a cargo de la OGC 27-35

I. INTRODUCCIÓN

El derecho de las personas de tener una atención de salud "cálida, oportuna, segura y de óptima calidad" ha impulsado el desarrollo de políticas públicas destinadas a una mejora continua del servicio de salud, teniendo en cuenta el nivel de conocimiento, la capacidad ética, la calidez de los profesionales de salud, la eficiencia en el uso de recursos financieros, la gestión de los servicios de salud y la infraestructura y tecnología médica, entre otros.

En ese contexto la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras del sistema, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad. (1)

Los estándares e indicadores son herramientas que permiten autoevaluarnos y que empleados correctamente nos sirven para analizar y cuantificar que hacemos y como hacemos nuestra asistencia, y en caso necesario, cuáles son los aspectos a mejorar, cambiar o utilizar adecuadamente. (2)

En relación al contenido de los estándares, se viene centrando en las prioridades hospitalarias como son: mortalidad materna y perinatal, atención de emergencias, infecciones asociadas a la atención en salud y otros eventos adversos que se presenten durante el cuidado del paciente.

El presente documento contiene los indicadores de calidad cuyas fichas técnicas fueron revisadas y modificadas en reuniones de trabajo por los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Emergencia y Cuidados Críticos (Cuidados Intensivo Adulto) y Oficina de Gestión de la Calidad (OGC).

Por su parte la OGC revisó y modificó los indicadores de calidad de carácter institucional, relacionado a la satisfacción del usuario externo, reclamos, privacidad, información y tiempo de espera.

II. FINALIDAD

Garantizar a la persona usuaria que acude al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud.

(1) Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
(2) Documento de trabajo del MINSA: Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados.

III. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a estandarizar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el uso de indicadores de calidad para la toma de decisiones en la gestión clínica de los Servicios.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer indicadores de calidad para la medición de los estándares de calidad de atención en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Proporcionar insumos que sirvan para el desarrollo de autoevaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Los indicadores de calidad son de medición obligatoria en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos y en el Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Reclamos, Satisfacción del usuario y Tiempo de Espera del HNDAC.

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley Nº 26842 – Ley General de Salud.
- ✓ Ley Nº 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- ✓ Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- ✓ Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo Nº 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Ordenanza Regional N° 0006 – 2013, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- ✓ Resolución Ejecutiva Regional N° 000360, que aprueba el Plan Estratégico Institucional PEI-2019-2021 del Gobierno regional del Callao.
- ✓ RM N° 489-2005/MINSA que aprueba Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

- ✓ RM N° 386-2006/MINSA que aprueba la Norma técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 456-2006/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial Nº 596-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ RM N° 142- 2007/MINSA que aprueba el Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con las Funciones Obstétricas Neonatales.
- ✓ Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial 850- 2016/MINSA, aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- ✓ Documento de trabajo: Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos especializados – DGSP/MINSA.
- ✓ Resolución Directoral Nº 160-2011 que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- ✓ Resolución Directoral N° 202-2019-DG-HNDAC que aprueba el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

VI. DEFINICIONES GENERALES

- ✓ **Adherencia a Guía de Práctica Clínica:** La adherencia a la GPC en los pacientes constituye un instrumento muy útil para evaluar el desempeño médico-quirúrgico, ya que permite identificar las debilidades y fortalezas en la atención de alguna enfermedad, convirtiéndose en una herramienta de gran valor para mejorar continuamente la calidad de la asistencia médica que brinda a los pacientes.
- ✓ **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de uno o varios fetos (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión abdominal.
- ✓ **Censo hospitalario:** Es el número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado.

- ✓ **Consentimiento Informado:** Es el procedimiento por el cual el médico tratante describe al paciente con la mayor claridad posible y en términos sencillos sobre su enfermedad, en que consiste, sus riesgos, formas de tratamiento y eventuales complicaciones. Debe ser firmado por el paciente.

- ✓ **Desgarro vaginal:** Son rasgaduras producidas en la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor.

- ✓ **Demanda insatisfecha**: Cuando los servicios disponibles no son suficientes ni satisfacen la demanda de los pacientes.

- ✓ **Endometritis puerperal:** Infección polimicrobiana ascendente del endometrio o decidua, por gérmenes que colonizan la vagina o el cérvix; con posibilidad de invadir miometrio (Endomiometritis) y parametrios (Endomioparametritis).

- ✓ **Egreso Hospitalario:** Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).

- ✓ **Episiotomía:** Una episiotomía es un corte quirúrgico que se realiza justo antes del parto en el área muscular, que está entre la vagina y el ano (el área llamada perineo) para ampliar la apertura vaginal.

- ✓ **Guías de Práctica Clínica (GPC):** Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

- ✓ **Infección de sitio quirúrgico o herida operatoria:** infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella, durante los primeros 30 días, o hasta un año, si se ha dejado un implante.

- ✓ **Intervención Quirúrgica:** Conjunto de procedimientos quirúrgicos realizado a un paciente en una sala de operaciones, bajo anestesia, para un tratamiento determinado, (efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, cardiólogo y otros según corresponda.

- ✓ **Legrado puerperal:** Es la extracción de restos de placenta y/o membranas que han quedado retenidos dentro del útero tras el parto.

- ✓ **Mortalidad neta ajustada:** Son las muertes de los pacientes hospitalizados que ocurren a partir de las 12 o 48 horas. Considere el servicio hospitalización y servicio de emergencia.

- ✓ **Necropsia:** Es aquel estudio realizado a un cadáver con la finalidad de investigar y determinar las causas de su muerte.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

J.M. HERRERA V.

- ✓ **Parto vaginal:** Cadena de procesos fisiológicos progresivos que se presentan después de las 22 semanas de gestación y que culmina con la expulsión fuera del útero del producto de la concepción (> 500 gramos) y sus anexos.

- ✓ **Paciente día:** Es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día. Un paciente-día refleja los servicios recibidos por un paciente internado dentro de un día censal.

- ✓ **Privacidad:** el ámbito de la vida personal de un individuo, quien se desarrolla en un espacio reservado, el cual debe mantenerse confidencial.

- ✓ **Procedimiento médico:** Es una actividad dirigida o realizada en un individuo con el objetivo de mejorar la salud, tratar enfermedades o lesiones o hacer un diagnóstico.

- ✓ **Reanimación cardio pulmonar:** Conjunto de medidas estandarizadas que aplicadas ordenadamente tienen la finalidad de sustituir y reinstaurar la respiración y circulación espontánea, con el objetivo fundamental de recuperar al íntegro la función cerebral normalizando la entrega de oxígeno a nivel celular.

- ✓ **Reclamo:** Es la disconformidad sobre un servicio prestado. Es la comunicación que presenta un usuario a través de los diferentes canales de atención disponibles, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés.

- ✓ **Reingreso:** Es todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Se utilizan dos periodos de ventana para sub clasificar los reingresos: Antes de los 8 días tras el alta previa y desde el 8º al 30º tras el alta previa.

- ✓ **Satisfacción del usuario:** Es el nivel de conformidad de la persona cuando solicita un servicio.

- ✓ **Tiempo de espera:** Es el tiempo que transcurre para recibir un servicio.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

VII. INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son variables que permiten medir la calidad de los procesos en los servicios del HNDAC, para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios externos, detectando las desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

7.1 Estructura de los indicadores de calidad

La estructura de los indicadores contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados:

- ✓ **Nombre:** Descripción puntual que mejor identifica al indicador, indicando la unidad de medida a emplearse.
- ✓ **Categoría del indicador:** Define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistémica (estructura, proceso o resultado).
- ✓ **Justificación:** Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente al que está enfocado el indicador.
- ✓ **Objetivo del indicador:** Aspecto que se busca medir con el indicador.
- ✓ **Relación Operacional:** Especifican que acciones u operación deben realizarse para medir una variable, teniendo en cuenta al numerador y denominador, los cuales deben ser adecuados al contexto, confiable y valido.
  - **Numerador:** Describe la unidad exacta de la situación o caso en evaluación que se desea comparar considerando las unidades de tiempo y espacio en las que se establece la medición.
  - **Denominador:** Describe la unidad exacta del patrón global de referencia o totalidad de casos con el que se compara el numerador en función del tiempo y del espacio.
- ✓ **Fuente de datos:** Describe la fuente de donde los datos del numerador y denominador por separado deberán ser obtenidos. Asimismo debe incluir al responsable que facilita los datos y quien los oficializa.
- ✓ **Periodicidad del indicador**: Establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador.
- ✓ **Interpretación:** Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso.
- ✓ **Estándar propuesto:** Es la referencia que se orienta a la mejor situación posible, con los recursos disponibles.

A. Medina R.

R. HERRERA M.

J.M. HERRERA V.

7.2 Antecedentes

Con R.D. N° 195-2017-DG-HNDAC de fecha 02 de Junio del 2017 se aprueba los "Indicadores de Calidad del HNDAC" con sus respectivas fichas, los mismos que fueron elaborados por la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación de los jefes de los Departamentos de: Emergencia y Cuidados Críticos (jefes del Servicio de Emergencia y Servicio de Cuidados Intensivos Adulto), Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina, Cirugía, incluyendo otros indicadores de calidad relacionados a la satisfacción del usuario externo, privacidad, información, reclamos, y tiempo de espera a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

7.3 Metodología

La OGC en coordinación con los Jefes de los Departamentos de Emergencia y Cuidados Críticos (UCI adultos) y Ginecología y Obstetricia, realizaron reuniones técnicas para revisar y modificar las fichas técnicas de los indicadores de calidad existentes, basados en el Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periodo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC), con el fin de mejorar y optimizar sus estándares y algunos aspectos relevantes de los procesos asistenciales en cumplimiento con lo establecido en el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2019.

Del mismo modo la OGC revisó y modificó los indicadores de calidad de Satisfacción del Usuario externo, Reclamos y Tiempo de Espera del HNDAC.

7.4 Indicadores de Calidad adecuados y adaptados de acuerdo a la normatividad vigente

7.4.1 Indicadores de Calidad del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

El Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos (UCI-Adultos), la Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos y la OGC elaboraron diez Indicadores de Calidad los cuales fueron aprobados en Junio del año 2017, de los cuales a la fecha se vienen desarrollando ocho.

En ese sentido en reunión técnica con la Jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos se revisaron los diez Indicadores de Calidad y se determinó continuar con el desarrollo de ocho de ellos, porque no se cuentan con la fuente de datos de dos indicadores ("Porcentaje de uso de Guías de Atención por estar en proceso de elaboración y Porcentaje de procedimientos suspendidos"), según consta en actas, acordándose continuar con el desarrollo de los siguientes indicadores:

1. Número de Paciente Día
2. Porcentaje de Demanda insatisfecha
3. Porcentaje de Mortalidad Neta ajustada (12 horas)
4. Porcentaje de Mortalidad Neta ajustada (48 horas)
5. Porcentaje de Mortalidad de los 3 daños más frecuentes
6. Porcentaje de Satisfacción del paciente/familiar
7. Porcentaje de Necropsias
8. Porcentaje de reingreso precoz al Servicio de Cuidados Intensivos

7.4.2 Indicadores de Calidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia

El Departamento de Ginecología y Obstetricia cuenta con diez Indicadores de Calidad desde el año 2017; de los cuales se vienen implementando ocho de ellos, pues dos de ellos no cuentan con fuente de datos ("Tasa de gestantes que ingresan a UCI/trauma shock sin presencia de patología severa previa al momento de su ingreso y Porcentaje de hemorragia puerperal"), según consta en actas; motivo por el cual los ocho indicadores fueron revisados, se modificaron los estándares establecidos en las Fichas Técnicas de acuerdo a la normatividad vigente, y se acordó que a partir de la fecha se desarrollarán los siguientes indicadores:

1. Tasa de infección de herida operatoria en pacientes post cesárea.
2. Tasa de cesáreas.
3. Porcentaje de pertinencia de cesáreas.
4. Porcentaje de procedimientos/intervenciones quirúrgicas en los que se aplica el consentimiento informado.
5. Porcentaje de legrado puerperal.
6. Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal y cesárea.
7. Tasa de episiotomía en parto vaginal.
8. Tasa de desgarro del tercer y cuarto grado en parto vaginal.

R. HERRERA M.

7.4.3 Indicadores de Calidad de Satisfacción del Usuario Externo, Reclamos y Tiempo de Espera del HNDAC, a cargo de la OGC.

La OGC viene desarrollando nueve Indicadores de Calidad institucionales desde el año 2017; de los cuales se ha observado que los estándares establecidos en las fichas técnicas no llegaron a cumplir con las expectativas esperadas, en ese sentido se ha visto por conveniente plantear estándares de nivel básico cuyos resultados alcancen de manera progresiva.

Luego de revisar y modificar los estándares de las Fichas Técnicas de acuerdo a la normatividad vigente, y se acordó que a partir de la fecha se desarrollarán los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC.
2. Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención.
3. Porcentaje de usuarios atendidos en hospitalización que percibieron privacidad durante la atención.
4. Porcentaje de usuarios atendidos en emergencia que percibieron privacidad durante la atención.
5. Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente.
6. Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Consulta Externa.
7. Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Hospitalización.
8. Porcentaje de satisfacción en el servicio de Emergencia.
9. Medición del tiempo de espera para la atención de Consulta Externa.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

7.5 Desarrollo de las Fichas Técnicas de los Indicadores de Calidad

Ficha técnica que detalla el indicador y las acciones que permitirán el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión Hospitalaria.

7.5.1 Indicadores de Calidad del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	
FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-1)	
UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Número de Paciente Día
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado ☒
3. JUSTIFICACIÓN	Evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
4. OBJETIVO	Establecer el número de pacientes día para determinar los dias en que las camas del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos que se encuentran ocupados.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	(N° de pacientes censados) + (ingresos del día) - (egresos del día) + (N° de pacientes egresados que ingresaron el mismo día).
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de pacientes censados, más ingreso del día, menos los egresos de día, más del número de egresados que ingresaron el mismo días * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el uso de las camas del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	No aplica
OBSERVACIONES	
* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).	

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.C. CARCIKOI

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-2)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Demanda insatisfecha
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La demanda insatisfecha en cuidados intensivos supera la disponibilidad de atención, obligando el racionamiento de este recurso. Un factor determinante para decidir la admisión es la disponibilidad de camas.
4. OBJETIVO	Determinar la demanda asistencial insatisfecha en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos, siendo enfáticos en los criterios de ingreso.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de pacientes con criterio de ingreso - N° de ingresos al Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo X 100 / N° de pacientes con criterio de ingreso al Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de pacientes con criterio para el ingreso al Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo. **Denominador:** Número de ingresos al Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. CENARUE.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de la demanda insatisfecha para la hospitalización en Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	Coberturar paulatinamente la demanda insatisfecha del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos, hasta cubrir el 100% de satisfacción.

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

J.N. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-3)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Mortalidad Neta ajustada (12 horas)
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Este indicador determina la calidad de atención que se brinda a los pacientes de Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos, permitiendo un mayor nivel de precisión en la tasa de mortalidad neta ajustada (12horas), ya que se presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria. Asimismo esta evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos despues de 12 horas de su admisión en un periodo X 100 N° de egresos de Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos despues de 12 horas de su admisión en un periodo **Denominador:** Número de egresos del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de fallecidos después de las 12 horas de admitidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	No aplica

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN HNDAC REGIÓN CALLAO
A. Medina R.

OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA HNDAC REGIÓN - CALLAO
R. HERRERA M.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD REGIÓN CALLAO

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO H.N.D.A.C. REGIÓN CALLAO
DIRECCIÓN ADJUNTA DE GESTIÓN CLÍNICA H.N.D.A.C. REGIÓN CALLAO
J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-4)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Mortalidad Neta ajustada (48 horas)
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Este indicador determina la calidad de atención que se brinda a los pacientes del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos, permitiendo un mayor nivel de precisión en la tasa de mortalidad neta ajustada (48 horas), ya que se presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria. Asimismo esta evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos despues de 48 horas de su admisión en un periodo X 100 Nº egresos del Servicio de Cuidados Intensivos de Adulto en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos despues de 48 horas de su admisión en un periodo **Denominador:** Número de egresos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de fallecidos dentro de las 48 horas de admitidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	No aplica

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-5)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Mortalidad de los 3 daños más frecuentes
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Permite obtener una apreciación global de la situación de la mortalidad por los 3 daños más frecuentes de los pacientes del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos, detectar problemas de calidad de la atención y comparar con otros Servicios de Cuidados Intensivos y con estándares de la Organización Mundial de la Salud.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de atención brindada al paciente en el Servicio de Cuidados Intensivos Adultos.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos por los 3 daños más frecuentes en un periodo X 100 ——— N° egresos del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos más frecuentes en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos por los 3 daños más frecuentes un un periodo **Denominador:** Número de egresos en Servicio de el Cuidados Intensivos de Adultos con los 3 daños más frecuentes en el mismo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de fallecidos de los 3 daños mas frecuentes en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	Sin estándar (año 2015 mb:25.6 % y mn:23.3%)

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Martina R.

R. HERRERA M.

M.G. CONDINO H.

J.N. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-6)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Satisfacción del paciente/familiar
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en tornoa ella.
4. OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención en el Servicio de cuidados intensivos adultos.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de encuestados en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos que declara haber sido bien atendido X 100 / N° de encuestados del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de de encuestados en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos que declara haber sido bien atendido. **Denominador:** Número de encuestados en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo. * Encuesta por personal del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
7. PERIODICIDAD	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral/semestral.
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de satisfacción del usuario en relación a la atención brindada.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 85 %

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-7)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de Necropsias
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado ☒
3. JUSTIFICACIÓN	La obtención de la necropsia cada vez que un enfermo fallece podría ayudar a mejorar el diagnóstico y contribuir a la mejora de la calidad de atención. La práctica de la necropsia se considera como uno de los mejores métodos de diagnóstico y también de detección de errores.
4. OBJETIVO	Evaluar la proporción de Necropsias realizadas sobre el total de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en quienes se realizó necropsia en un periodo X 100 / N° de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en quienes se realizó necropsia en un periodo **Denominador:** Número de fallecidos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos- Servicio de Anatomía Patológica.
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica la calidad de atención en los paciente del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en relación a la búsqueda de errores diagnósticos en pacientes con una estancia inferior a las 24 horas.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	10% de los pacientes fallecidos.

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (I-8)

UNIDAD ORGANICA	**Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos (Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos)**
1. NOMBRE	Porcentaje de reingreso precoz al Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Un porcentaje de reingresos elevado puede reflejar altas prematuras, una incorrecta atención en las salas de hospitalización o una mala respuesta al tratamiento a pesar de una atención adecuada. En general el reingreso se relaciona con una estancia hospitalaria más larga, un aumento del consumo de recursos y una mayor morbi-mortalidad.
4. OBJETIVO	Establecer el número de pacientes que reingresan dentro de las 48 horas del alta del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos por la misma patología.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	N° de reingreso dentro de las 48 horas del alta de Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un periodo X 100 / N° de egresos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos de Adultos en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Número de reingreso dentro de las 48 horas del alta del Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en un mismo periodo **Denominador:** Número de egresos en el Servicio de Cuidados Intensivos de Adultos en el mismo periodo * Censo diario de enfermería- Oficina de Estadística y sistemas Informáticos
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	Indica la pertinencia del alta.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	5%

OBSERVACIONES

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. N° 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobiemo Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.N. HERRERA V.

7.3.2 Indicadores de Calidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-1)

UNIDAD ORGANICA	**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
1. NOMBRE	Tasa de infección de herida operatoria en pacientes post cesárea
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Refleja los cuidados de la herida operatoria durante la atención de la paciente mediante el control y el manejo de las infecciones asociadas a la atención en salud, el cual representa un indicador del servicio de Ginecología y Obstetricia y del nivel de eficacia de sus servicios para minimizar los riesgos de infección en los usuarios como resultado de una adecuada vigilancia y control de sus procedimientos.
4. OBJETIVO	Prevenir las complicaciones de las infecciones asociadas a la atención en salud. Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones de herida operatoria.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de pacientes con infección de herida operatoria en pacientes post cesáreas X 100 Total de pacientes post cesáreadas en un periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica. **Denominador:** Historia Clínica. Reporte de Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos **Responsable de proveer los datos**: Departamento de Ginecología y Obstetricia. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginec-Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de infección de herida operatoria en pacientes post cesárea
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≤ 3%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.C. CANCINO

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-2)

UNIDAD ORGANICA	**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
1. NOMBRE	Tasa de césarea.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Siendo la cesárea un procedimiento de cirugía mayor, con los riesgos que conlleva; la indicación inadecuada de cesárea, puede por tanto aumentar innecesariamente el riesgo y reflejar la inadecuada utilización de recursos (quirúrgicos, estancias etc.); asimismo establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo.
4. OBJETIVO	Conocer la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Nº de Cesáreas realizadas}}{\text{Nº Total de partos Atendidos}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Centro Quirúrgico. Historia Clínica **Denominador:** Centro Quirúrgico.Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Departamento de Ginecología y Obstetricia. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Oficina de Estadística y Sistemas Informaticos. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginecología y Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	$\leq$ 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-3)

UNIDAD ORGANICA	**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
1. NOMBRE	Porcentaje de pertinencia de cesáreas
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Evidencia que las cesáreas en exceso reflejan problemas de calidad, porque su incremento impacta económicamente (costos directos, estancia, uso de quirófanos). Esta tendencia está posiblemente favorecida por una sobrestimación de sus riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de césareas adecuadamente indicadas en un periodo X 100 Número de cesáreas realizadas en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos**: Departamento de Ginecología Obstetricia. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la información**: Departamento de Ginec-Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Mensual
8. INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de cesáreas adecuadamente indicadas
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 90%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-4)

UNIDAD ORGANICA	**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
1. NOMBRE	Porcentaje de procedimientos/intervenciones quirúrgicas en los que se aplica el consentimiento informado.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Contribuye al fortalecimiento de la calidad y seguridad de la atención de la salud y al uso adecuado de los recursos, mediante la aplicación de Consentimientos Informados en los procedimientos/intervenciones quirúrgicas realizados en los servicios de Ginecología y Obstetricia.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de consentimientos informados aplicados a las pacientes cesareadas en un periodo X 100 Total de pacientes cesareadas en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica, Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Sistema de registro del Departamento de Ginecología y Obstetricia/Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginec-Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de Consentimientos Informados aplicados en las pacientescesareadas, a fin de cumplir con las normas vigentes.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 95 %

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-5)

UNIDAD ORGANICA	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1. NOMBRE	Porcentaje de legrado puerperal a término
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Contribuye al fortalecimiento de la calidad y seguridad de la atención de la salud, mediante la eficacia de la realización del legrado puerperal cuya intervención se realiza, en general, después de un aborto. No obstante, en algunos casos, también es necesario aplicarla durante el periodo puerperal -después del parto- para retirar restos de placenta o membranas que permanecen dentro del útero y pueden dar lugar a hemorragias irregulares o infecciones.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de puérperas con legrado puerpertal a término X 100 Total de partos en un periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica. **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Departamento de Ginecología y Obstetricia. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la Información:** Departamento de Gineco-Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de legrado puerperal realizados
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≤ 1%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina K.

R. HERRERA M.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-6)

UNIDAD ORGANICA	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1. NOMBRE	Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal y cesárea
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Indicador que muestra el número de infección del endometrio (tejido que recubre la cavidad del útero) adquiridos por gérmenes que tienen, como puerta de entrada la herida que queda en la zona del endometrio donde estuvo insertada la placenta, y desde ahí la infección se propaga a toda la mucosa endometrial. La endometritis que se presenta durante el puerperio es más frecuente en mujeres menores de 20 años y en mayores de 40 años.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones por endometritis puerperal,
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de puérperas con endometritis en un periodo X 100 Total de partos en el mismo periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Departamento de Ginecología Obstetricia. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginec-Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica la tasa de puérperas con endometritis puerperal
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	$\leq$ 1%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-7)

UNIDAD ORGANICA	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1. NOMBRE	Tasa de episiotomía en parto vaginal
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Permite conocer la calidad y seguridad de la atención de la salud. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está considerada por la Organización Mundial de la Salud. Las episiotomías no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de partos vaginales con episiotomías}}{\text{Total de partos vaginales en un periodo}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Estadística e Informática. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginecología y Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de pacientes a quienes se le realiza la episiotomía en parto vaginal.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≤ 10%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-8)

UNIDAD ORGANICA	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1. NOMBRE	Tasa de desgarro del tercer y cuarto grado en parto vaginal.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Indica la calidad y seguridad de la atención de la salud, determinando el incremento en el número de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, de ser así indicaría una mala asistencia al parto y un aumento de las complicaciones maternas a largo término como la incontencia fecal. Los desgarros son más comunes entre las mujeres que tienen su primer parto vaginal. Estos pueden ser desde pequeños cortes y abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico.
4. OBJETIVO	Prevenir las complicaciones por desgarro del tercer y cuarto grado en parto vaginal.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de partos con desgarro del tercer y cuarto grado en parto vaginal X 100 / Total de partos en un periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginecología y Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de desgarro del tercer y cuarto grado en parto vaginal, asi como el grado de complicación.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	≤ Menor de 1%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Molina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

7.3.3 Indicadores de Satisfacción del Usuario Externo, Reclamos, y Tiempo de Espera

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-1)

UNIDAD ORGANICA	**OFICINA DE GESTION DE CALIDAD**
1. NOMBRE	Porcentaje de reclamos resueltos en el HNDAC
2.CATEGORIA	Estructura [ ] Proceso [ ] Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencia de la calidad de la atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos. Por tal motivo se requiere que el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión cuente con un sistema eficaz de gestión de reclamos de los usuarios a fin de incrementar su satisfacción.
4. OBJETIVO	Establecer la capacidad del HNDAC para resolver los reclamos de sus usuarios.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de reclamos resueltas en un periodo}}{\text{Total de reclamos recibidas en un periodo}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador :** Plataforma de atención al Usuario **Denominador:** Plataforma de Atención al Usuario **Responsable de proveer los datos:** Plataforma de atención **Responsable del análisis y emisión de la Información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de reclamos en el HNDAC y si el sistema que se emplea es eficaz.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 80%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.N. HERRERA V

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-2)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención
2.CATEGORIA	Estructura [ ] Proceso [ ] Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La privacidad es un derecho de los usuarios externos y el establecer los mecanismos necesarios para que esta se cumpla denota el respeto a la persona, brindándoles una atención personalizada en ambientes apropiados.
4. OBJETIVO	Determinar el porcentaje de usuarios externos que perciben privacidad durante la atención recibida
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos en consulta externa enuestados que perciben privacidad durante la atención}}{\text{Total de usuarios encuestados en consulta externa}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos**: Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información**: Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios externos atendidos en consulta externa que percibieron privacidad durante la atención
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANTONO H.

J.N. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-3)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Porcentaje de usuarios atendidos en hospitalización que percibieron privacidad durante la atención
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La privacidad es un derecho de los usuarios externos y el establecer los mecanismos necesarios para que esta se cumpla denota el respeto a la persona, brindándoles una atención personalizada en ambientes apropiados.
4. OBJETIVO	Determinar el porcentaje de usuarios externos que perciben privacidad durante la atención recibida
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de usuarios atendidos en hospitalización y encuestados que perciben privacidad durante la atención X 100 Total de usuarios encuestados en en el Servicio de Hospitalizaciòn en un periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos**: Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios externos atendidos en hospitalizaciòn que percibieron privacidad durante la atención
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-4)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Porcentaje de usuarios atendidos en emergencia que percibieron privacidad durante la atención
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La privacidad es un derecho de los usuarios externos y el establecer los mecanismos necesarios para que esta se cumpla denota el respeto a la persona, brindándoles una atención personalizada en ambientes apropiados.
4. OBJETIVO	Determinar el porcentaje de usuarios externos que perciben privacidad durante la atención recibida
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos en emergencia y encuestados que perciben privacidad durante la atención}}{\text{Total de usuarios encuestados en consulta externa}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos:** Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios externos atendidos en Emergencia que percibieron privacidad durante la atención
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-5)

UNIDAD ORGANICA	**OFICINA DE GESTION DE CALIDAD**
1. NOMBRE	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente
2.CATEGORIA	Estructura [ ] Proceso [ ] Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Dentro del área de evaluación de satisfacción al usuario es importante determinar la comprensión y aceptación de los contenidos que le son entregados por el personal de salud, lo cual se puede medir mediante encuestas, para lograr el cumplimiento del estándar e indicador. Ellos se constituirán en fuente de cambio sostenido de las actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos que el usuario externo comprenda
4. OBJETIVO	Determinar la percepción del usuario externo respecto a la comprensión de la información proporcionada por el personal de salud
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Nº de usuarios externos encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa X 100 Nº total de usuarios externos encuestados en un periodo
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos:** Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-6)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Porcentaje de satisfacción del usuario externo en el Servicio de Consulta Externa.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en torno a ella.
4. OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención en los establecimientos de salud.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de usuarios externos encuestados satisfecho en el Servicio de Consulta Externa}}{\text{Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio de Consulta Externa}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos**: Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios atendidos en el Servicio de consulta Externa que mostraron su grado de satisfacción.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	> 40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.M. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (III-7)

UNIDAD ORGANICA	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1. NOMBRE	Tasa de episiotomía en parto vaginal
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	Permite conocer la calidad y seguridad de la atención de la salud. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está considerada por la Organización Mundial de la Salud. Las episiotomías no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales.
4. OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y prevenir las complicaciones.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Número de partos vaginales con episiotomías}}{\text{Total de partos vaginales en un periodo}} \times 100$
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Historia Clínica **Denominador:** Historia Clínica. Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos. **Responsable de proveer los datos:** Estadística e Informática. **Responsable del análisis y emisión de la información:** Departamento de Ginecología y Obstetricia
7. PERIODICIDAD	Trimestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de pacientes a quienes se le realiza la episiotomía en parto vaginal.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	$\leq$ 10%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M.

M.G. CANCINO H.

J.N. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-8)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Porcentaje de satisfacción en el servicio de Emergencia.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☐ Resultado [x]
3. JUSTIFICACIÓN	La satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en torno a ella en el Servicio de Emergencia
4. OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención en los establecimientos de salud.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Número de usuarios externos encuestados satisfecho en el servicio de Emergencia X 100 / Total de usuarios encuestados en un periodo en el Servicio Emergencia
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Denominador:** Encuestas de satisfacción del usuario en el HNDAC a cargo OGC **Responsable de proveer los datos:** Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Semestral
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el porcentaje de usuarios atendidos en Emergencia que mostraron su grado de satisfacción en los servicios solicitados.
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	>40%

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Medina R.

R. HERRERA M

M.G. CANCINO H.

J.N. HERRERA V.

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR (IV-9)

UNIDAD ORGANICA	OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
1. NOMBRE	Medición del tiempo de espera para la atención de Consulta Externa.
2.CATEGORIA	Estructura ☐ Proceso ☒ Resultado ☐
3. JUSTIFICACIÓN	El tiempo de espera es uno de los factores que influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios. El tiempo de espera prolongado es una limitación para el uso de los servicios y a su vez, es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio que espera el paciente en los servicios de consulta externa para atención, se podrán identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio.
4. OBJETIVO	Determinar el tiempo promedio de espera para atención de Consulta Externa.
5. RELACIÓN OPERACIONAL	Tiempo promedio de espera del usuario externo para la atención de Consulta Externa.
6. FUENTE DE DATOS	**Numerador:** Medición de Tiempo de espera a cargo de la OGC **Responsable de proveer los datos:** Oficina de Gestión de la Calidad **Responsable del análisis y emisión de la información:** Oficina de Gestión de la Calidad
7. PERIODICIDAD	Anual
8. INTERPRETACIÓN	El resultado indica el tiempo de espera para la atención en el Consultorio Externo
9. ESTÁNDAR PROPUESTO	< 90 minutos

* Propuesta de ficha técnica y descripción del indicador, diseñada y adaptada por la OGC, según Manual de Indicadores Hospitalarios PERU/MINSA/ OGE-01/004, Normas Técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos Especializados e Indicadores de Gestión, documento de trabajo sobre Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA; y R.E. Nº 000360-2018-D.G.HN.DAC.C que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) Periódo 2019-2021-Gobierno Regional del Callao (HNDAC).

A. Mendoza R.

R. HERRERA M.

M.G.

J.M. HERRERA V.