



# **INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**

**“Postulación al Reconocimiento a la Gestión  
de Proyectos de Mejora 2007”**



**“PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE  
MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO EN  
SALA DE OPERACIONES Y RECUPERACIÓN  
DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO  
PERINATAL AÑO 2007”**

**Categoría:**

**Establecimientos del Tercer Nivel  
de Atención (III-2).**

**Lima 2007**

# **TABLA DE CONTENIDOS**

## ÍNDICE

• Información General de la Organización	05
• Organigrama	10
• Término de Aceptación	11
• Resumen de Postulación	13
• Glosario de términos y abreviaciones	16
• Respuestas a los Criterios y Subcriterios.	18
• Anexos	39

# **INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN**

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

### A. Información del establecimiento u organización

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dirección: JR. Antonio Miroquesada Nº 941. El Cercado. Lima

Telefono: (51) 1 3281370 / 328 1012

Telefax: 1 3280998

[webmaster@iemp.gob.pe](mailto:webmaster@iemp.gob.pe)



### B. Categoría a la que postula

Se postula a la categoría III-2 de Institutos Especializados.

### C. Tamaño del establecimiento u organización

#### Recursos Humanos INMP- 2006\*

Número Total del personal asistencial: 1,256 personas.

Número Total del personal técnico: 549 personas.

Número Total del personal administrativo: 265 personas.

Porcentaje de personal asistencial: 82.58%

Porcentaje de personal administrativo: 17.42%

Fuente : Oficina de Recursos Humanos./Oficina de Logística.

\* Información al Primer Semestre 2006

### D. Aspectos importantes de la organización

#### 1. Lista de competidores:

Otros establecimientos de atención materno perinatal.

#### 2. Servicios que ofrece

SERVICIO FINALES	
OBSTETRICIA	* Atención del Mediano y Bajo Riesgo Obstétrico
	* Atención del Alto Riesgo Obstétrico
	* Atención Integral Diferenciada de Adolescencia
	* Cirugía Obstétrica
	* Endocrinología Obstétrica
	* Atención del Parto
	* UCI – Materna
	* Psicoprofilaxis Obstétrica
	* Medicina Fetal
	* Consulta Externa Obstétrica

SERVICIO FINALES	
GINECOLOGÍA	* Ginecología General
	* Climaterio
	* Infertilidad
	* Colposcopia
	* Cirugía Ginecológica
	* Consulta Externa Ginecológica
NEONATOLOGÍA	* UCI – Neonatal
	* Procedimientos Invasivos en Neonatología
	* Cuidados Intermedios Neonatales
	* Seguimiento Ambulatorio del Niño de Alto Riesgo
	* Puericultura
	* Crecimiento y Desarrollo
ESPECIALIDADES MEDICAS	* Oftalmología
	* Odontostomatología
	* Cirugía General
	* Cardiología
	* Medicina Interna
	* Psicología
	* Endocrinología
	* Medicina Física y Rehabilitación

### 3. Relación de principales grupos de usuarios.

- Mujeres en edad fértil.
- Gestantes
- Mujeres con problemas ginecológicos.
- Neonatos y niños de alto riesgo hasta los 5 años.

### 4. Relación de principales proveedores

- San Juan de Lurigancho.
- San Martín de Porres.
- Lima cercano
- San Juan de Miraflores

### E. Representante Oficial de la organización y alterno

Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo.

[jolivos@iemp.gob.pe](mailto:jolivos@iemp.gob.pe) / [juancarlosolivos@yahoo.es](mailto:juancarlosolivos@yahoo.es)

Lic. Gilda Hinojosa Flores

[ghinojosa@iemp.gob.pe](mailto:ghinojosa@iemp.gob.pe) / [ghinojosa2006@yahoo.com](mailto:ghinojosa2006@yahoo.com)

### F. Miembros de la Alta Dirección

Dra. JULIA ROSMARY HINOJOSA PÉREZ	Directora General del Instituto Nacional Materno Perinatal
Dr. FELIX DASIO AYALA PERALTA	Subdirector General
CPC. LAURA REATEGUI DEL CASTILLO	Directora Ejecutiva del Órgano de Control Institucional

Dr. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA	Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Dra. RUTH VEGA CARREAZO	Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica
Dra. GLORIA TARCILA LARRABURE TORREALVA	Director de la Oficina de Cooperación Científica Internacional
Dr. JUAN CARLOS OLIVOS RENGIFO	Director de la Oficina de Gestión de Calidad
Dr. PEDRO GARCÍA APARCANA	Director de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Dr. WALTER ABSALON PÉREZ DIAZ	Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración
Dr. RAMIRO MERCADO TOLEDO	Director de la Oficina de Estadística e Informática
Sra. BEGONIA OTINIANO JIMÉNEZ	Directora de la Oficina de Comunicaciones
Dr. AUGUSTO GUILLERMO PAREDES DIAZ	Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
Dr. WALTER HÉCTOR EGUSQUIZA HERRERA	Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
Dr. EMILIANO SALAS REYES	Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
Dra. TANIA PAREDES QUILICHE	Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

#### G. Firma

#### H. Organización para la Calidad

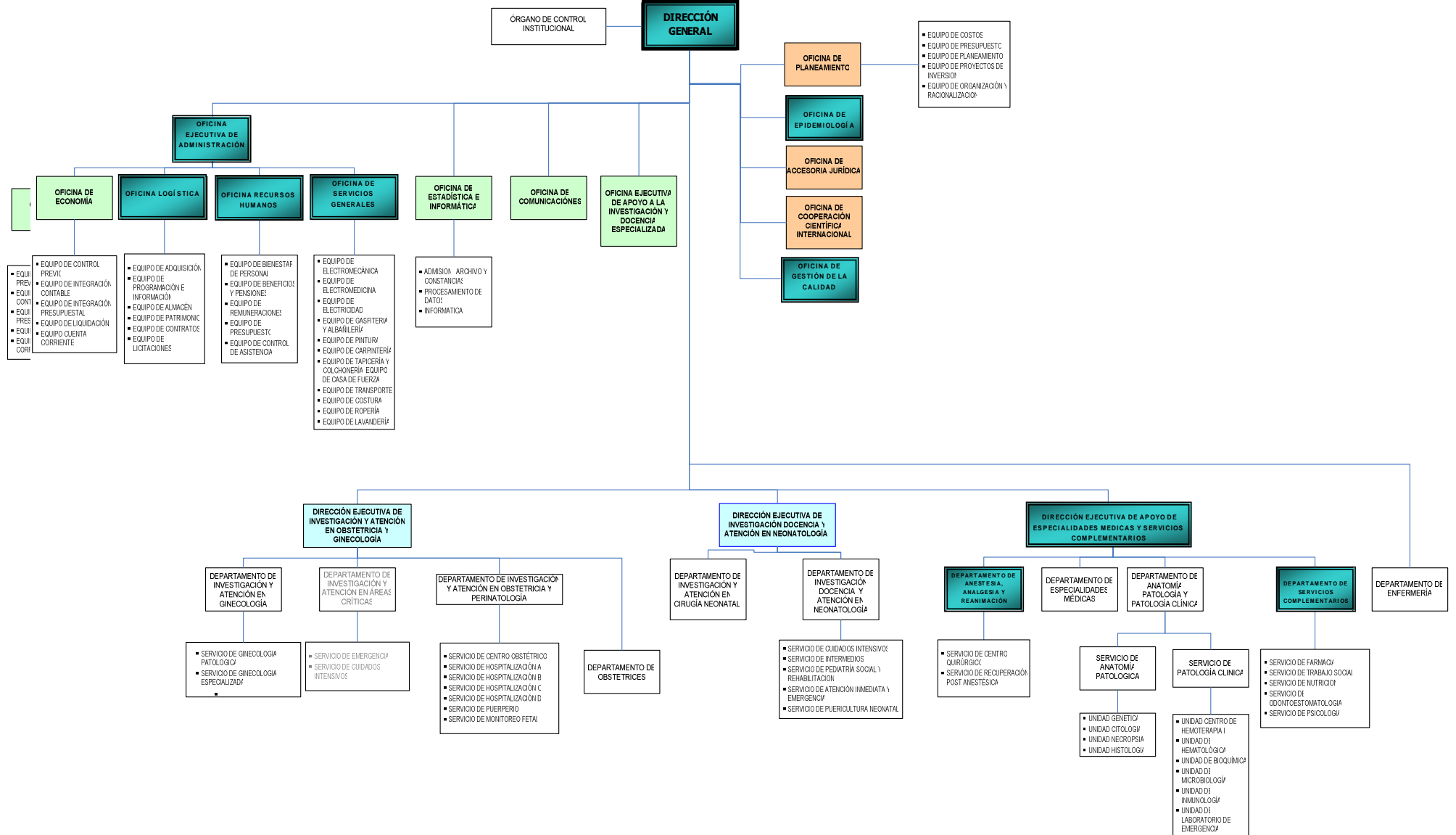
##### **EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN:**

- Dr. Víctor Baca Romero - Miembro integrante del equipo.
- Lic. Enf. Dora Gamarra Chavez - Miembro integrante del equipo
- Dra. Carmen Aylas Muñoz - Miembro integrante del equipo.
- Dra. Marlene Huayanay Bernabé - Miembro integrante del equipo.
- Dr. Eduardo Guzmán Collazos - Miembro integrante del equipo.
- Lic. Enf. Carmen Fuertes Gamarra - Miembro integrante del equipo.
- Lic. Enf. Susana Cachay Del Águila - Miembro integrante del equipo.
- Lic. Enf. Carmen del Carmen Ramos - Miembro integrante del equipo.
- Lic. Enf. Fredy Lazo López. - Miembro integrante del equipo.
- Dr. Julio Chávez Pita. - Equipo técnico de la OGC.
- Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo. - Equipo técnico de la OGC.
- Lic. Enf. Gilda Hinojosa Flores. - Equipo técnico de la OGC.
- Dr. Walter Egusquiza Herrera - Colaborador del equipo
- Dra. Marianella Rios Herrera - Colaborador del equipo
- Dra. Celina Montes Ruiz - Colaborador del equipo
- Dra. Elsy Mini Diaz - Colaborador del equipo
- Dra. Nelly Fuentes Sotelo. - Colaborador del equipo
- Dra. Elizabeth Díaz. - Colaborador del equipo
- Q.F. Rocío Varas Ponce. - Colaborador del equipo
- Q.F. Julia Soldevilla Ureta. - Colaborador del equipo
- Q.F. Eduardo Palomino. - Colaborador del equipo
- Q.F. Gina Soto Rivera. - Colaborador del equipo
- Q.F. Richard Estrada Gálvez. - Colaborador del equipo
- Lic. Enf. Edda Salazar Fuertes - Colaborador del equipo
- Lic. Enf. Francisco Villacorta Chavez - Colaborador del equipo



## **6. ORGANIGRAMA**

INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



## **7. TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN**

## **TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN**

Declaramos que conocemos las Bases del Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de Mejora, correspondiente al año 2007 y al presentar nuestra postulación nos sometemos a ellas de manera irrevocable.

Asimismo, aceptamos el carácter inapelable de las decisiones de la Dirección de Salud de las Personas y de la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud. Entendemos que esta postulación será revisada por los miembros del Jurado Evaluador.

Si nuestra organización fuera seleccionada para presentar el Proyecto de Mejora durante el “Cuarto Encuentro Nacional de Experiencias Exitosas en Mejoramiento de la Calidad en Salud” aceptamos preparar una presentación power point y un panel de exposición del proyecto, de acuerdo a las indicaciones dadas por la Dirección de Calidad en Salud.

Si nuestra organización resultara ganadora aceptamos la difusión de nuestro proyecto si el Ministerio de Salud así lo estima conveniente.

## **8 . RESUMEN DE POSTULACIÓN**

## **PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO EN SALA DE OPERACIONES Y RECUPERACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL AÑO 2007**

¿Cómo el Proyecto se inserta dentro de la Estrategia de Mejoramiento Continuo y de la Organización?

Este proyecto permite disminuir la brecha existente entre la realidad y los Objetivos Institucionales que son disminuir la morbimortalidad materno perinatal y mejorar la seguridad del paciente al garantizar el control del 100% de las medicinas y material médico en el Centro Quirúrgico. Se elimina el riesgo de la utilización de insumos de dudosa procedencia adquiridos por los pacientes y su almacenamiento inadecuado (stocks informales) por parte del personal de C.Q. no calificado para estas tareas.

Al realizar el mejoramiento de los procesos de dispensación de medicamentos y material médico en C.Q. e implementar esta estrategia tuvimos que modificar otros procesos como son la entrega de ropa limpia para ingresar al C.Q., cambiando las vías de acceso, los ambientes de almacenamiento y atención, mejorando el flujograma de ingreso a sala de operaciones; esto permitió la utilización de un ambiente para el funcionamiento de la farmacia satélite de C.Q., que era usado como almacén.

El proyecto permite reasignar funciones y tareas a los actores implicados en el cambio, por ejemplo el personal de enfermería deja de controlar, almacenar, recepcionar, implementar, etc. los medicamentos y material médico, pasando al control del Servicio de Farmacia, permitiendo la eficacia en la utilización del tiempo para la atención asistencial de los profesionales de enfermería como de los técnicos de enfermería. Los anestesiólogos están involucrados y con mayor responsabilidad en el control y la correcta prescripción de las medicinas utilizadas en el C.Q. al coordinar directamente con el Químico Farmacéutico. Además cuenta con mayor seguridad en su trabajo al disponer en forma rápida de las diversas y modernas medicinas al decidir la técnica anestésica a emplear.

¿Qué criterios metodológicos se han utilizado?

Se conformó un Comité de Calidad en el DAAR, participando médicos anestesiólogos y enfermeras, el cual buscó el apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad para implementar una metodología de mejoramiento continuo en la resolución de sus problemas.

Se identificaron los problemas y se priorizaron, utilizando diversas herramientas de análisis y solución de problemas; se designaron tareas entre los miembros del Comité y se trabajo en equipo, programando reuniones de coordinación durante el horario de productividad, plasmando la teoría en la elaboración de un proyecto de mejora y la ejecución de un Piloto para ir mejorándolo en la practica.

Soporte de la Organización al Proyecto.

La conformidad de diversos comités en el DAAR permitió el inicio de una nueva gestión más horizontal, delegando tareas y responsabilidad. Se presentó este plan de trabajo en la reunión organizada por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de los Planes Operativos del 2006. Los cuales fueron dando sus frutos durante ese año.

El Comité de Calidad tuvo el apoyo institucional (Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Dirección General del INMP). Por lo que se pudo implementar el inicio del Piloto.

## Resultados Obtenidos.

El Comité se encontró con una actitud de resistencia al cambio por parte de un grupo de Anestesiólogos, Enfermeras y Técnicos de enfermería, lo que generó diversas reuniones con profesionales Químicos Farmacéuticos, Enfermeros y Anestesiólogos con capacitación en el extranjero y en otros hospitales de la Sanidad y Essalud, para buscar el consenso, además se realizaron alianzas estratégicas con la Dirección General, Oficina de Epidemiología, Administración, Mantenimiento, Ropería y Costura, Logística y Farmacia.

Se fue prolongando el tiempo, hasta que fueron cambiando los escenarios y al presentarse la coyuntura se inicia el Piloto.

Resultando que era necesario implementar el sistema las 24 horas del día, incluir a todas las pacientes atendidas en el C.Q. (operaciones programadas y de emergencia).

Implementado el proyecto las pacientes programadas para cirugía no reciben recetas en el consultorio externo, no entregan medicinas ni material médico, no reciben recetas duplicadas en C.Q. Actualmente no existen estos motivos de quejas por parte de nuestros usuarios, ahorrando tiempo y dinero.

Todas las pacientes sin excepción reciben en C.Q. los insumos que necesitan para su intervención que luego se regulariza el pago por facturación.

El SIS ya no rechaza las recetas con prescripciones incoherentes producto de la manipulación de la receta por terceros, que ocasionaba pérdidas a la Institución.

El control, la dispensación y el almacenamiento de medicinas y material médico lo realizan los Químicos Farmacéuticos, garantizando estos procesos. Lográndose la integración de estos a las labores del Centro Quirúrgico.

El porcentaje de error en la prescripción de recetas se reduce dramáticamente por la comunicación directa del Anestesiólogo con el Químico Farmacéutico.

Todos estos resultados benefician directamente a nuestros usuarios internos y externos, permitiendo mayor seguridad en la atención al garantizar insumos de procedencia conocida.

También hay ahorro en la receta por que sólo se prescribe lo que realmente se ha necesitado, pero a la vez se produce una mayor captación de recursos económicos por parte de la Institución al atender el 100% los insumos utilizados. Esto obliga a optimizar los procesos logísticos para la adquisición de insumos y mejorar el sistema de previsión y abastecimiento por parte de farmacia ocasionando una mejor coordinación entre todos los actores.

Finalmente se ha podido notar un mejor clima laboral por cuanto ya no existe conflictos entre el personal médico y de enfermería motivado por la falta de insumos.

## **9 . GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIACIONES**



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Almacenamiento:** actividad por la cual se conservan bajo custodia los medicamentos y material médico en una estructura física siguiendo las buenas prácticas de almacenamiento.

**Dispensación:** Acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos y/o material médico según receta elaborada por profesional autorizado.

**Prescripción:** Acto médico de indicación de un tratamiento incluyendo: tipo del medicamento, tiempo y frecuencia de administración y elaboración de la receta.

**Administración de medicamentos:** Acto profesional por el cual se administra al paciente la medicación prescrita por el médico.

**Facturación:** Proceso de registro de medicamentos y material médico en la prefectura de hospitalización del paciente, utilizando el sistema de ventas LOLCLI.

## ABREVIATURAS

<b>INMP.</b>	Instituto Nacional Materno Perinatal.
<b>OGC.</b>	Oficina de Gestión de la Calidad.
<b>DAAR.</b>	Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación.
<b>SOP.</b>	Sala de Operaciones.
<b>CQ.</b>	Centro Quirúrgico.

## **10. RESPUESTAS A LOS CRITERIOS DE CALIFICACIÓN**

### **1. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección (120 puntos)**

#### **1.1 Organización de Soporte para Promover el Trabajo en Equipo (20 puntos)**

El Instituto Nacional Materno Perinatal tiene como política capacitar al potencial humano mediante el trabajo en equipo con eficiencia, participación, compromiso y responsabilidad con nuestros usuarios y la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población.

La Dirección General en su último Reglamento de Organización y Funciones consideró a la Oficina de Gestión de la Calidad dentro de sus órganos de asesoría con la intención de implementar en el INMP procesos de mejoramiento continuo con el fin de mejorar la calidad de atención que se brinda a nuestros usuarios. Además de apoyar e implementar las recomendaciones emitidas por los diferentes equipos de mejora continua de la calidad.

Es así que la Oficina de Gestión de la Calidad inicia su trabajo en las áreas críticas de la institución comenzando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, posteriormente y por iniciativa de la jefatura del Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación de constituir su comité de calidad en ese departamento, se inicia un trabajo en conjunto con el fin de mejorar la calidad de atención que brinda esa área.

#### **1.2 Facilidades Otorgadas a los Equipos de Proyectos de Mejora (20 puntos)**

La Dirección General del INMP apoyó al equipo de mejora continua de la calidad del DAAR durante el ciclo de mejora a través de la OGC y de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios.

La Oficina de Gestión de la Calidad:

- Apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad con el asesoramiento permanente.
- Apoyo logístico (computadora, equipo multimedia cuando se requería, material de escritorio, fotocopios, acceso al Internet)
- Coordinación permanente con el equipo de mejora continua de la calidad del DAAR por medio de la jefatura.
- Capacitación del equipo de mejora, respecto a la metodología implementada. Ciclo PHEA.

El Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación.

- La designación de los integrantes del equipo de mejora continua de la calidad.
- Las facilidades a través de la asignación de horas de productividad para desarrollar el trabajo del equipo de mejora.
- Se contaba con la sala de reuniones del Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación a disposición del equipo de mejora de la calidad para la realización de las reuniones de trabajo.
- Apoyo logístico respecto a fotocopios, material de escritorio.

Cabe mencionar que el equipo de mejora continua de la calidad del DAAR continua con el desarrollo de sus actividades pese a los cambios de jefaturas desde la Dirección General, Direcciones y jefatura del departamento.

### **1.3 Apoyo de la Alta Dirección en la Implantación de las Propuestas de Solución (30 puntos)**

#### **PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO EN SALA DE OPERACIONES Y RECUPERACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL AÑO 2007**

Tradicionalmente el Instituto Nacional Materno Perinatal trabajaba con un sistema de dispensación centralizada de medicamentos y material médico, dependiente de farmacia central que ocasionaba desabastecimiento y falta de control del destino de los mismos.

Este sistema de dispensación centralizada, realiza mensualmente en promedio las siguientes atenciones:

- Atención de 700 recetas de sala de operaciones y 620 recetas de recuperación, con un valor total en medicamentos de 65,000 nuevos soles. El costo promedio por receta es de 80 nuevos soles por paciente no asegurado y 100 nuevos soles por paciente del Seguro Integral de Salud.
- En Farmacia de Consultorios Externos, se atiende un promedio de 15 recetas mensuales para intervención quirúrgica programada, sin embargo, son 110 intervenciones quirúrgicas programadas, por lo tanto existen 95 pacientes que adquieren sus medicamentos en establecimientos externos

### **JUSTIFICACIÓN**

- Abastecimiento inadecuado de medicamentos y material médico en SOP que producía quejas del usuario externo e interno.
- El tiempo de espera prolongado de los usuarios para entregar medicamentos y material médico en SOP es de 55 minutos aproximadamente. Este tiempo se prolonga si es necesario corregir la receta emitida.
- Errores en las recetas y por lo tanto en la facturación, ya que las pacientes programadas de consultorios externos adquieren sus productos según receta del prescriptor que no siempre es quién realiza la anestesia y cirugía ocasionando duplicidad y cobros en exceso o en defecto.
- La adquisición de dichos medicamentos y/o material médico en establecimientos extrainstitucionales en un 85% aprox. que es un riesgo de garantía de los mismos porque esta comprobada la existencia de adulteraciones y tráfico de medicinas, poniendo en riesgo la seguridad de nuestras pacientes.
- No devolución de medicamentos y material médico no utilizados y éstos se quedan como stock en el servicio, stock que con el tiempo aumenta, y pueden sufrir deterioro y/o vencimiento y que no puede ser devuelto a farmacia central.
- La existencia de un sistema informal de abastecimiento dado por stocks o sub almacenes diversos generado y usado por el personal para poder desempeñar sus labores. Esto no garantiza la disposición oportuna, adecuada y permanente de todos los requerimientos que estos pacientes críticos puedan tener.
- El uso de medicamentos procedentes de “stocks” diversos que no garantizan la aplicación de las buenas practicas de almacenamiento que a su vez no garantiza la óptima calidad de los mismos, genera deterioro, vencimiento y falta de control.
- Pérdida de anestésicos en Sala de operaciones.

Para cuya mejora se plantearon los siguientes objetivos:

### **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar el manejo de medicamentos y material médico en los servicios de sala de operaciones y recuperación post anestésica del Instituto Nacional Materno Perinatal.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Eliminar el tiempo de espera del paciente para la entrega de medicamentos.
2. Disminuir el costo promedio por receta de las pacientes.
3. Disminuir pérdidas de medicamentos y material médico por deterioro y o vencimiento.
4. Disminuir los errores en la elaboración de recetas.
5. Mejorar el abastecimiento permanente, oportuno y adecuado de todos los requerimientos de estos pacientes.
6. Mejorar los ingresos económicos institucionales.

### **PROCESO DE ATENCIÓN ACTUAL:**

#### **A EN CONSULTORIO EXTERNO**

Médico anestesiólogo y Cirujano NO emiten receta médica a la paciente, salvo casos excepcionales donde la paciente requiera algún insumo que no disponga el Instituto Nacional Materno Perinatal. A partir de la implementación del proyecto la institución le proporcionara los medicamentos y el material médico que requiera durante su intervención quirúrgica, cuyo costo será recargado a su cuenta, la cual deberá ser cancelada al momento del alta médica.

#### **B EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES.**

Implementación de una farmacia satélite en Sala de Operaciones que entrega maletines organizadores que contienen medicamentos e insumos médicos necesarios (para dos cirugías con anestesia epidural y una de anestesia general) a cada médico anestesiólogo de turno.

También entrega al personal de Enfermería un set de material médico dependiendo del tipo de intervención quirúrgica a realizarse.

Las vitrinas de insumos de cada quirófano son equipadas dos veces por día con material médico (guantes quirúrgicos, sonda Foley, sonda de aspiración, sonda nelaton, agujas descartables, tubos endotraqueales, frascos de cloruro de sodio y poligelina) y controladas por la farmacia satélite.

#### **C SERVICIO RECUPERACIÓN**

La entrega de recetas de recuperación es de 08:00 a 10:00 y la dispensación de los mismos es de 10:00 a 11:00.

### **INDICADORES**

1. Porcentaje de medicamentos y material médico deteriorados y/o vencidos.
2. Porcentaje de recetas duplicadas.
3. Porcentaje de errores en recetas.
4. *Costo promedio por receta.*
5. *Porcentaje de medicamentos devueltos.*
6. *Tiempo de espera de paciente para entrega de medicamentos.*

*7. Total de ingresos mensuales por dispensación de medicamentos y material médico.*

## **PRESUPUESTO**

Proyecto presupuestado en aproximadamente 3.500.00 nuevos soles.

Se envió el proyecto de mejora en el manejo de medicamentos y material médico de Sala de Operaciones y Recuperación del INMP a la Dirección General a través de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios para ser aprobado y dar inicio a la implementación de dicho proyecto.

La Dirección General del Instituto Nacional Materno Perinatal evalúa y finalmente aprueba el proyecto emitiendo la Resolución Directoral N° 144-DG-INMP-07 de fecha 23 de Mayo del 2007. (ANEXO N° 01).

### **1.4 Reconocimiento a los Equipos de Proyectos de Mejora (50 puntos)**

Es política del Instituto nacional Materno Perinatal el reconocer anualmente al mejor trabajador en las diferentes áreas a través de Resoluciones Directorales.

Del mismo modo la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios emite un reconocimiento a todos los trabajadores del DAAR por el trabajo realizado.

La Oficina de Gestión de la Calidad emite el Memorando Circular N° 11-INMP-OGC-07 de felicitaciones por el trabajo realizado a los integrantes del equipo de mejora continua de la calidad del DAAR.

La Dirección General del Instituto Nacional Materno Perinatal emitió una CARTA DE FELICITACIONES para cada uno de los integrantes del equipo de mejora.

## **2. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora (80 puntos)**

### **2.1 Análisis de la Estrategia de la Organización y de Oportunidades de Mejora (50 puntos)**

En el artículo N° 7 del Reglamento de Organización de Funciones del INMP uno de los objetivos estratégicos es disminuir en un 50% la morbilidad materna perinatal en el INMP aplicando tecnología de punta por recursos humanos altamente especializados, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Y en su artículo N° 8 dentro de los objetivos funcionales generales inciso d, se considera lograr eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios altamente especializados.

Es así que se ha realizado un análisis de los procesos de atención del servicio de sala de operaciones dentro de ellos de la dispensación de medicamentos y material médico en sala de operaciones.

***Encontrándose que desde la perspectiva financiera:***

- En la institución se tenía pérdidas económicas, pues las recetas de los pacientes para cirugías programadas sólo eran atendidas en un 13.6% el resto las adquirían en establecimientos extra institucionales no generándose de esta manera la captación de ingresos económicos del 86.4% de recetas no atendidas. Con la implementación del proyecto se buscaba la captación de ingresos por dispensación de medicamentos y material médico al 100% de las pacientes programadas para cirugías.
- Se generaban cobros excesivos al usuario externo por duplicidad de recetas o recetas sobredimensionada.

***Respecto a la mejora de los procesos:***

- La OGC de la institución dentro de sus actividades considera desarrollar el programa de mejoramiento continuo de la calidad en los diferentes servicios de la institución para lograr mejoras significativas en la atención de las necesidades de los usuarios externos e internos. Es así que al analizar el proceso de atención en el Centro Quirúrgico se plantea el proyecto de mejora en el manejo de medicamentos y material médico para en la mejorar de la atención de las necesidades de ambos usuarios.

***En relación al Desempeño del personal:***

- Ante la falta de una estrategia eficiente de la organización para un adecuado almacenamiento y abastecimiento de los medicamentos y material médico en Sala de operaciones el personal para poder desarrollar sus labores usaba un sistema informal de diversos sub-almacenes y stocks informales con riesgos para la seguridad de los pacientes y falta de control de los mismos.
- El proyecto propuesto centraliza el trabajo de la dispensación y almacenamiento en una farmacia satélite en C.Q. que es regentada por un profesional Químico Farmacéutico el cual garantiza un mejor almacenamiento y dispensación, ocasionando que todo el personal de médicos, enfermeros y técnicos de enfermería realicen mejor su verdadera labor de atención al paciente.

***En relación a la seguridad del paciente:***

- El sistema informal de abastecimiento (diversos stocks) es un riesgo para la seguridad del paciente por el vencimiento, deterioro, falta de garantía y falta de control. La adquisición de insumos fuera de la institución es igualmente un riesgo confirmado por los medios de comunicación respecto a la existencia de venta de medicamentos y /o material médico adulterados en nuestros alrededores y la confirmación del tráfico de medicamentos y/o material médico.

***Respecto a la satisfacción del usuario externo:***

- El sistema de prescripción de medicamentos en consultorios externos ocasionaba insatisfacción en los usuarios externos por que tenían que invertir tiempo para adquirir fuera de la institución los medicamentos y material médico, pues ésta no contaba con la totalidad de ellos.
- Empleaba un día adicional para la entrega de su paquete quirúrgico previamente a la intervención.
- Tiempo de espera prolongado para la entrega de estas medicinas ocasionando perdida de tiempo e incomodidad en el usuario.

- Se producía duplicidad de recetas ocasionando doble gasto al usuario.
- Todo esto ocasionaba quejas por maltrato a los pacientes y sus familiares.

***Respecto a la satisfacción del usuario interno:***

- El desabastecimiento de los medicamentos y material médico ocasionaba, incomodidad y conflictos entre los profesionales de salud que laboran en el servicio de Sala de Operaciones, alterando el clima laboral.
- El proyecto ha mejorado las relaciones entre el personal. Los profesionales de la salud que laboran en Centro Quirúrgico ya no distraen su tiempo en agenciarse las medicinas necesarias para su labor y actualmente disponen de un suministro oportuno y completo en el mismo lugar por medio de la farmacia satélite de C.Q.

**2.2 Impacto en los Resultados de la Organización y Definición del Proyecto (30 puntos)**

Es un problema que compromete a toda la organización afectando al cliente, al usuario interno, el abastecimiento de insumos, a logística y farmacia. Es decir todas las áreas que intervienen en el proceso de atención al usuario para su intervención quirúrgica son parte del problema.

Por lo que se selecciona este proyecto, proponiendo una alternativa de solución a un problema que afecta a toda la organización en su conjunto.

El impacto económico es que actualmente la farmacia factura el 100% de las pacientes programadas incrementándose notablemente los ingresos económicos de la institución. Pero en el transcurso de la implementación del proyecto se amplió la cobertura para las pacientes de emergencia que es el mayor porcentaje de las atenciones de sala de operaciones, ya que este problema afecta a todas las pacientes.

El impacto en la calidad de atención, se aprecia en la reducción del tiempo de espera para la entrega de medicamentos de 55 minutos aproximadamente en promedio a cero.

El porcentaje de quejas institucionales respecto al manejo de medicamentos y material médico en sala de operaciones se ha disminuido a cero.

La satisfacción del usuario ha mejorado.

Ha mejorado la seguridad para el paciente pues el porcentaje de desabastecimiento de Sala de operaciones se ha disminuido de 11% a Cero.

La eliminación de sub almacenes disminuyo el porcentaje de medicamentos vencidos y/o deteriorados.

El suministro de medicamentos y material médico por la farmacia del INMP asegura la garantía de la calidad de los medicamentos y material médico, sin riesgos de adulteración como lo era antes al ser estos adquiridos extra institucionalmente.

**Respecto al clima laboral** se ha mejorado, se observa mejor coordinación, el personal ya no distrae tiempo en asegurarse del abastecimiento de medicamentos pues ahora es el personal de Farmacia quien se hace cargo de ello. También se

observa disminución de los conflictos laborales por falta de medicamentos y/o material médico lo que ocasionaba estrés adicional al estrés propio del trabajo en Centro Quirúrgico, por ejemplo el reclamo de los médicos al personal de enfermería por falta de algún medicamento y/o material médico.

Actualmente esto no se observa pues el abastecimiento ha mejorado y está a cargo del profesional Químico Farmacéutico.

### **En la Productividad**

La productividad del Servicio de Farmacia ha mejorado debido a la dispensación de medicamentos y material médico al 100% de pacientes para cirugía programada.

El servicio de Farmacia hace un control preventivo diario de los insumos que se encuentran en niveles críticos de desabastecimiento y lo reporta a Logística para que priorice su adquisición.

La coordinación entre Farmacia y Logística ha mejorado por lo cual Logística cumple oportunamente con los requerimientos del Servicio de Farmacia evitando el desabastecimiento.

Antes Logística no atendía a tiempo los requerimientos de Farmacia porque no entendían la prioridad de estas necesidades.

## **3. Método de Solución de Problemas y Herramientas de la Calidad (220 puntos)**

### **3.1 Método de Solución de Problemas (60 puntos)**

- Se conformó el equipo de Mejora continua de la calidad del Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación.
- Este equipo de mejora trabajó con el asesoramiento de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Se programaron capacitaciones respecto a mejoramiento continuo de la calidad y metodologías de trabajo.
- Se realizó la definición de la Situación Actual.
- Se realizó un diagnóstico situacional de los problemas que ocurrían en Sala de operaciones

#### **A. Identificación de posibles problemas.**

- Se utilizó la lluvia de ideas para la problematización.(ANEXO N° 02)
- Posteriormente se hizo uso del diagrama de afinidad.

#### **B. Decidir que problema será tratado primero.**

La herramienta empleada fue la tabla de jerarquización y una vez obtenido el problema priorizado se realiza el Diagrama de Análisis de Procesos para una mejor identificación de las actividades que se realizan en el proceso de atención en el Servicio de Sala de Operaciones. (ANEXO N° 02 y 03)

Obteniendo como resultado el Problema priorizado:

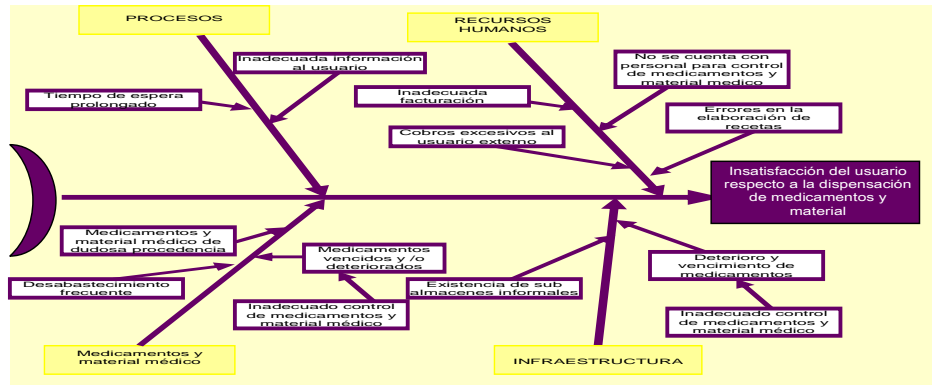
Insatisfacción del usuario respecto a la  
dispensación de medicamentos y material



C. Descripción de la oportunidad de mejora.

A través de la lluvia de ideas y el flujo grama. (ANEXO 04)

D. Identificar las causas raíz del problema



E. Identificar una solución efectiva que se pueda implementar.

Se utilizó la lluvia de ideas y la agrupación por afinidad, obteniendo como alternativa de solución al problema priorizado la implementación de paquetes de medicamentos y material médico para las cirugías programadas la que sería dispensada por el servicio de Farmacia directamente.

Se invitó a personal de farmacia y a otros profesionales con experiencia en el manejo de paquetes para cirugías en otras instituciones nacionales como internacionales. Es así que gracias a las diversas aportaciones y diversos puntos de vista a través de la lluvias de ideas y la agrupación por afinidad se planteó la implementación del proyecto de mejora en el manejo de medicamentos y material médico en el Departamento de Analgesia, Anestesia y Reanimación, a través de la implementación de una farmacia satélite en Sala de Operaciones cuya viabilidad fue previamente evaluada:

**RECURSOS HUMANOS:**

Químico Farmacéutico	700.00
Técnico	510.00

**RECURSOS MATERIALES:**

01 Equipo de cómputo	1200.00
01 Escritorio	300.00
01 Silla	100.00
02 Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	20.00
Material de Escritorio: lápiz, papel bond, vinifan	200.00
Archivadores	200.00

**INFRAESTRUCTURA**

Prevía consulta a la Oficina de Epidemiología y evaluación de la misma se designa un ambiente del Departamento.

Habiendo evaluado la viabilidad para la implementación del proyecto, este se envía a la Dirección General para su aprobación e implementación de la prueba piloto.

Obteniéndose la aprobación a través de la Resolución Directoral N° 144-DG-INMP-07 con fecha Lima, 23 de mayo del 2007. (ANEXO N° 01)

F. Implementar la solución efectiva.

Una vez aprobado, la Dirección General dispone su implementación según el plan de acción plasmado en el Diagrama de Gantt planteado.

La implementación se inicia en el mes de mayo como prueba piloto.

G. Monitoreo.

El monitoreo fue realizado mensualmente según la programación, a través de los cuadros porcentuales, posteriormente con histogramas, gráficos de control y tablas de registro y seguimiento de la evolución de los indicadores planteados.

**PRIMER MES**

Se decide ampliar la cobertura de las 12 horas de atención a 24 horas,

Además se amplía la atención de pacientes de cirugías programadas a las de Emergencias.

**SEGUNDO MES.**

Se decide incorporar en el proceso de atención a las pacientes de servicio bajo tarifario diferenciado (clínica)

Es decir actualmente la farmacia satélite de Sala de Operaciones del INMP es responsable de la dispensación de medicamentos y material médico durante las 24 horas y para todas las cirugías.

**3.2 Recolección y Análisis de la Información (60 puntos)**

*Tiempo de Espera*

Medición del tiempo de espera a través de la observación directa y lista de registro.

*Registro de quejas:*

Información recabada de la base de datos del comité de quejas y sugerencias institucional.

*Porcentaje de Desabastecimiento:*

Información recabada del servicio de Farmacias a través de informes mensuales de indicadores propios de dicho servicio.

Listado preventivo de insumos en riesgo de desabastecimiento.

*Medicamentos deteriorados o de dudosa procedencia:*

Información registrada en el cuaderno de recepción de medicamentos de manejo del personal de enfermería

*Medicamentos deteriorados y/o vencidos:*

Informe recabado al momento de realizar el inventario en Sala de Operaciones por el Servicio de Farmacia.

*Costo por recetas:*

Información recabada de los informes mensuales de la Farmacia Satélite de Sala de Operaciones.

*Devolución de medicamentos no utilizados al paciente:*

En el sistema informal de abastecimiento no se realizaba devolución de medicamentos y/o material médico a pesar que quedaban algunos de ellos luego de la cirugía, los cuales eran insumo para la formación de los stocks y sub almacenes informales.

El análisis de esta información fue realizado por el equipo de mejora con identificación de las tendencias respecto a cada uno de los indicadores planteados.

### **3.3 Herramientas de la Calidad (60 puntos)**

*Lluvia de ideas.*

Herramienta utilizada para permitir al equipo de mejora crear y expresar la mayor cantidad de ideas en un corto periodo, en las diferentes etapas del ciclo de mejoramiento.

En oportunidades en las que los integrantes del equipo de mejora no participan en su totalidad una alternativa fue la de utilizar la tormenta de ideas que facilita la creatividad y participación de todos los integrantes.

*Tabla de jerarquización.*

Herramienta que nos permitió realizar la priorización de las diferentes oportunidades de mejora a través de la evaluación de criterios como frecuencia, gravedad, tendencia características de solución, disponibilidad, accesibilidad entre otros según se detalla en el ANEXO N° 03.

Para lo cual cada integrante realizó la valoración de manera individual, para finalmente sumar los puntajes y obtener la jerarquización de los problemas.

*Flujo gramas*

Representación gráfica que nos permitió visualizar mejor la secuencia de todos los pasos dentro del proceso de atención en el servicio de Sala de Operaciones y en el

proceso de dispensación de medicamentos y material médico, además de ayudarnos en el diseño del nuevo proceso a seguir después de la implementación del proyecto.

#### *Diagrama de análisis de procesos.*

Esta herramienta nos permitió visualizar e identificar actividades innecesarias dentro del proceso de atención logrando disminuir el tiempo utilizado en busca de mejorar la satisfacción del usuario.

#### *Análisis Causa Efecto.*

La utilización de esta herramienta nos permitió la mejor organización de las ideas producto de la lluvia de ideas, simplificando de esta manera el análisis de la solución al problema priorizado.

#### *Histogramas y gráfica de control*

Herramientas cuantitativas que nos permitió observar el comportamiento en el tiempo de los diferentes indicadores planteados para la evaluación y monitoreo del presente proyecto de mejora de una manera gráfica y de mejor entendimiento.

#### *Gráfico de gantt*

Matriz que nos permitió la programación de las diferentes actividades, en el tiempo y con los respectivos responsables, lo que facilita el monitoreo y el seguimiento al cumplimiento de las actividades.

### **3.4 Concordancia entre el Método y las Herramientas (40 puntos)**

#### *Identificación de posibles problemas.*

Se usaron las herramientas de Lluvia de ideas, diagrama de afinidad, tabla de jerarquización o priorización, flujo gramas.

#### *Definición del problema.*

Se utilizó la lluvia de ideas, el diagrama de análisis de procesos.

#### *Análisis del problema para identificar las causas del problema*

Se utilizó la lluvia de ideas, flujo gramas, diagrama causa efecto, histograma y el diagrama de Gantt.

#### *Desarrollo de las soluciones y medidas para mejora la calidad...*

Se utilizó la lluvia de ideas, priorización, flujo grama y diagrama de gantt.

#### *Implementación y evaluación de las actividades.*

Se utilizó los histogramas, gráfico de control, tablas de seguimiento de los indicadores.

## 4. Gestión del Proyecto y Trabajo en Equipo (140 puntos)

### 4.1 Criterios para la Conformación del Equipo de Proyecto (20 puntos)

El Departamento de Analgesia Anestesia y Reanimación conforma su equipo de mejora motivado con la mejora de sus procesos de atención.

El equipo fue enriquecido en tres momentos:

- Su alianza con la OGC
- Se selecciono a personal multidisciplinario entre médicos y enfermeras comprometidos con los procesos de cambio y con experiencias en mejoramiento, además del compromiso de los jefes de servicio.
- La integración de farmacia al equipo de mejora.

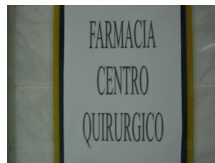
### 4.2 Planificación del Proyecto (40 puntos)

En base al problema priorizado es que el equipo de mejora plantea el objetivo de mejorar el manejo de medicamentos y material médico en sala de operaciones, se elaboro un plan de trabajo plasmado en el Diagrama de Gantt detallando las actividades a realizar, los plazos y los responsables.

Se llevaron a cabo reuniones de trabajo múltiples donde se realizaba el monitoreo y seguimiento de los objetivos alcanzados, como se detalla en el listado de las actas de todas las reuniones realizadas.

Se asigno recursos para el logro de los objetivos como son:

**Infraestructura:** después de una gran discusión, se designo un ambiente para la implementación del proyecto.



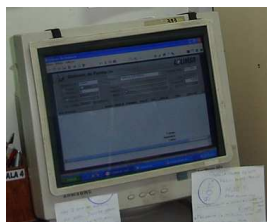
**Recursos Humanos:** fueron asignados personal de farmacia: 01 Químico Farmacéutico por Servicios No personales y 05 Técnicos farmacéuticos para cubrir la atención de 24 horas.



**Recursos materiales:** Estantería, Punto de Red, Muebles, Silla, Computadora, Útiles de escritorio, participación de informática.



**Recursos Tecnológicos:** En el Software de manejo del Servicio de Farmacia se incorpora el rubro específico para registrar el movimiento de medicamentos y material médico específico de Sala de Operaciones.



Durante la ejecución del proyecto de mejora se tuvo que ampliar la cobertura de atención de las pacientes programadas a las pacientes de emergencia.

#### **4.3 Gestión del Tiempo (40 puntos)**

Se realizó un cronograma de actividades por medio del diagrama de Gantt, monitoreado mensualmente.

Además se realizaron reuniones semanales previa coordinación con los integrantes del equipo de mejora con la finalidad de que coincidieran sus horas de productividad, y algunas personas según disponibilidad de tiempo.

Se realizaban citaciones previas para la formalización de estas reuniones.

Finalizada las reuniones se realizaba el acta de reuniones el que era revisado y firmado por todos los asistentes.

El seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas fue realizado semanalmente. Además de existir una comunicación permanente vía correo electrónico.

#### **4.4 Gestión de la Relación con Personas y Áreas Clave de la Organización (20 puntos)**

Las estrategias utilizadas:

- Se inició una alianza con el Servicio de Farmacia al incluir a un personal profesional Químico Farmacéutico en el desarrollo del proyecto antes de su implementación. Ya actualmente el Servicio de Farmacia emite informe mensual de los indicadores planteados en el proyecto de mejora, con la finalidad de ir monitorizando los logros obtenidos, los que son analizados por los integrantes de equipo de mejora y de los jefes de servicio.

- Además se realizó reuniones permanentes con el personal de Sala de Operaciones (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería) con el fin de mantenerlos al tanto del proyecto de mejora y de la implementación de los cambios recibiendo sus sugerencias para ser tomadas en cuenta para el mejor funcionamiento.
- Se solicitó al personal de la Oficina de Epidemiología su opinión técnica respecto a la designación del ambiente adecuado para el funcionamiento de la farmacia satélite.
- El Servicio de Farmacia solicitó al área de Logística la posibilidad de garantizar el abastecimiento continuo para esta área crítica.

#### **4.5 Documentación (20 puntos)**

Se cuenta con la siguiente documentación:

- Actas de reuniones archivadas en el libro de actas en la Oficina de Gestión de la Calidad y una copia del acta archivada en el Departamento de Analgesia, Anestesia y Rehabilitación.
- Informes mensuales del proyecto.
- Fichas de quejas atendidas por el comité de quejas y sugerencias institucional almacenadas en la base de datos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Informes emitidos por Farmacia satélite de Sala de Operaciones hacia el servicio de Farmacia con copia a la Oficina de Gestión de la Calidad y a su vez al equipo de mejora.
- El informe de medicamentos y/o material médico adulterados.
- Memorandos realizados institucionalmente cuyo archivo lo lleva las áreas generadoras de dicha documentación.
- Listado de la conformación de los diferentes paquetes y/o de sets de medicamentos y material médico según el tipo de cirugía.
- Documentación con los requerimientos dirigidos hacia el área de Logística.
- El manejo de la Información esta a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad y el DAAR.

### **5. Capacitación (80 puntos)**

#### **5.1 Programa de Capacitación del Equipo (60 puntos)**

La capacitación estuvo a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, dirigida a los integrantes del equipo de mejora, durante las primeras reuniones, continuándose con éstas conforme se avanzaba con el proyecto.

#### **5.2 Impacto de las Actividades de Capacitación (20 puntos)**

##### **Impacto:**

Los integrantes del equipo de mejora del DAAR, aumentaron sus competencias respecto al manejo de herramientas de calidad, muestra de ello es la elaboración del presente proyecto de mejora que es el más avanzado del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Además de haberse realizado un curso taller dirigido al personal del INMP dentro de cuyos asistentes estuvieron los integrantes del equipo de mejora cuyos resultados fueron evaluados considerando los siguientes dimensiones:

## **Reacción:**

### **a) RESPECTO AL DOCENTE.**

El 55% de los evaluados refiere que el dominio de los temas por los docentes estuvo bien, los temas presentados fueron actualizados y el contenido es aplicable a nuestra realidad; el 91% de los evaluados calificó a los docentes del curso entre bien y muy bien y las estrategias didácticas utilizadas buenas en un 52% de los evaluados.

### **b) CON RELACIÓN AL ALUMNO (AUTO EVALUACIÓN)**

El 88% de los evaluados refirió que el desarrollo del curso los satisfizo y comprendieron los temas de manera regular a buena, el 61% refirió haber participado bien, el 64% cree que los contenidos del curso le permitirán mejorar la calidad de la institución y el 91% califica su participación en el curso como buena y muy buena.

### **c) RESPECTO AL ROL DEL COORDINADOR-FACILITADOR.**

Los evaluados refieren que el rol del coordinador- facilitador respecto a que se informe sobre las reglas del curso, la entrega oportuna del material de trabajo, la solución de problemas y el apoyo administrativo brindado estuvo entre bueno (64%) y muy bueno (30%).

### **d) CON RELACIÓN A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS**

El 70% refiere que las condiciones de los ambientes donde se desarrolló el curso fueron buenas, el 94% refiere que los equipos estuvieron en buenas condiciones, y más del 80% refieren que dispusieron de los equipos para facilitar el trabajo individual y en equipo.

### **e) CON RELACIÓN AL MATERIAL DIDÁCTICO (IMPRESOS)**

El 55% de los evaluados refirió que la utilidad de los material fue buena y el 30% muy buena, más del 70% de los evaluados refirió que dispusieron del material didáctico para el trabajo individual y en equipo; y el 85% refirió que la calidad del material didáctico esta entre bueno y regular y el 15% muy bueno.

## **Aprendizaje**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Aprobados	29	54%
Desaprobados	8	15%
No se presentaron	17	31%

## **Cambios importantes**

- Los que se observan al haberse implementado la Farmacia Satélite en Sala de Operaciones, lo que mejoró la dispensación de medicamentos y material médico, además actualmente ya no existen stocks informales y el personal de sala de operaciones ya no se encuentra ocupado ni preocupado por los medicamentos y material médico, pues esta labor está siendo desarrollada por el personal de farmacia.



- Hubo una mejora de la calidad de servicio brindado en sala de operaciones a los usuarios externos como se pueden observar en los resultados. El paciente ya no compra recetas y se evitan exceso de medicinas en las recetas para abastecer los stocks informales.
- Además se mejoró la calidad del servicio brindado por farmacia a los usuarios internos (personal de Sala de Operaciones) en la dispensación de medicamentos y material médico.
- Mayor seguridad para los pacientes evitando medicamentos de dudosa procedencia, eliminando stock informal y asegurando una dispensación de medicamentos permanente y oportuna para todas las cirugías las 24 horas.

## **6. Creatividad (80 puntos)**

### **6.1 Habilidad para Encontrar Soluciones de Bajo Costo y Alto Impacto (40 puntos)**

Se plantearon diversas soluciones:

- Cajita de medicamentos.
- Vitrinas implementadas en cada sala de operaciones.
- Dispensación de los medicamentos y material médico desde la farmacia central.
- Entre otras.

Se priorizo la solución más adecuada que fue la Farmacia Satélite, pues se obtuvieron beneficios tanto institucionales como para el usuario externo.

### **6.2 Originalidad de la solución planteada (40 puntos)**

Existen otros hospitales que cuentan con farmacia en su sala de operaciones pero en el INMP se diseñó la propia en base a las experiencias (ESSALUD, INEN, FAP y de hospitales mexicanos) traídas por el personal de sala de operaciones, creando finalmente la Farmacia Satélite del Servicio de Sala de Operaciones en base a las necesidades propias de la institución, pues por ser el único Instituto Materno Perinatal y cuya población es de alto riesgo y en su mayor porcentaje (80%) son cirugías de emergencia (Cesáreas), requiere características singulares como:

- Se diseñó un ambiente adecuado para el funcionamiento de la farmacia satélite.(ANEXO N° 06)
- El diseño de los paquetes de medicamentos y material médico para cada tipo de cirugía realizado, en base a un consenso del personal que labora en Sala de Operaciones, lo que permite el mejor control de los mismos.(ANEXO N° 7)
- Implementación de un paquete de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y un paquete para anestesia General Sellados en cada quirófano, para caso de complicaciones.(ANEXO N° 8)
- Se implementaron maletines organizadores con dos paquetes de anestesia Epidural y uno de anestesia General, con una adecuada distribución que permite la rápida verificación, el que es entregado al inicio de turno de cada médico anestesiólogo. Dicho maletín es abastecido durante el día según la necesidad.(ANEXO N° 09)
- La implementación de las vitrinas en cada quirófano con material médico de mayor volumen y lo necesario en caso de complicaciones fuera de los dos paquetes antes mencionados (RCP y Cirugía general).(ANEXO N° 10)
- La programación de personal propio para la farmacia satélite de Sala de Operaciones y durante las 24 horas incluidos domingos y feriados.

- Este sistema garantiza la prescripción real de los insumos utilizados.
- Les ahorra tiempo y dinero a nuestros usuarios.
- Desaparecen los riesgos de adquirir medicinas adulteradas.
- Optimiza la compra, abastecimiento, distribución, almacenamiento y dispensación por parte del Servicio de Farmacia.
- Mejora los procesos de adquisición por parte de Logística y optimiza la comunicación y coordinación con el Servicio de Farmacia.
- Disminuyen las quejas de los usuarios.
- Mejora el clima laboral en el Centro Quirúrgico.
- Mejora la seguridad para el paciente.

## **7. Continuidad y Mejora de los Resultados (80 puntos)**

### **7.1 Continuidad y Mejora de los Resultados (80 puntos)**

La continuidad del proyecto persistió a pesar de los cambios de jefaturas y del equipo de gestión (tres Directores Generales de la Institución).

**Peligros:** la oposición y/o resistencia de algunos trabajadores del servicio de sala de operaciones que cada vez es menor. Todo cambio genera resistencia.

**A futuro:** se han identificado algunas oportunidades de mejora respecto al proyecto implementado tales como:

- Se logró la conexión a la red propia para el manejo de la Farmacia satélite de SOP.
- Se realizó el proceso de contratación de profesional químico farmacéutico para Farmacia de Sala de Operaciones.
- Cambio de ambiente a uno más amplio.
- Adquisición de una refrigeradora específica para farmacia satélite de SOP para la conservación de algunos fármacos.

#### **Definición de indicadores:**

Se han definido los indicadores específicos para realizar el monitoreo del proyecto implementado, respecto:

- Satisfacción del Usuario.
- Económicos.
- Seguridad del usuario.

## **8.1 Resultados de Orientación hacia el Cliente Interno/Externo (70 puntos)**

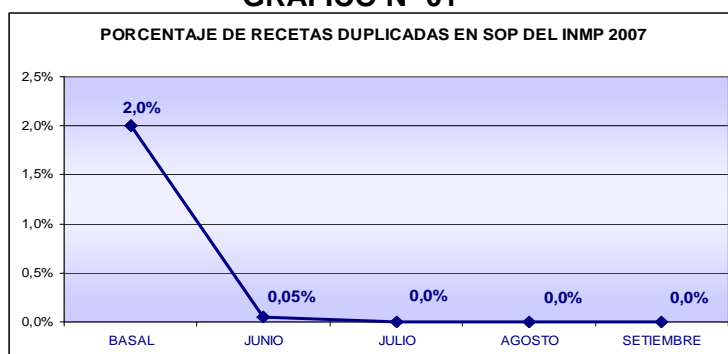
### **Usuario Externo:**

#### **Satisfacción:**

**Tiempo de espera** para la entrega de medicamentos disminución de 55 minutos en promedio a cero pues actualmente la paciente no necesita dejar medicamentos.

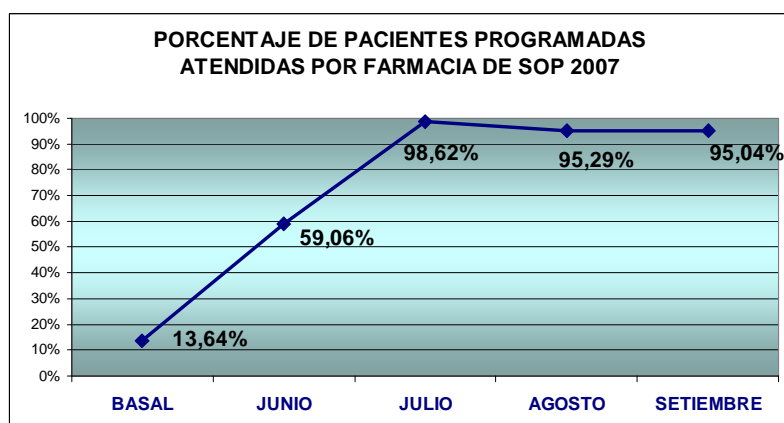
**Porcentaje de recetas duplicadas** las que ocasionaban cobros excesivos y quejas por parte de los pacientes, han disminuido notablemente como se observa en el gráfico N° 01.

**GRAFICO N° 01**



**Porcentaje pacientes de cirugías programadas** atendidas por la farmacia satélite de SOP, y como se observa en el gráfico N° 02 su cobertura de atención mejora del 13.6% a un promedio del 96% de pacientes atendidas, correspondiendo la diferencia a las cirugías suspendidas.

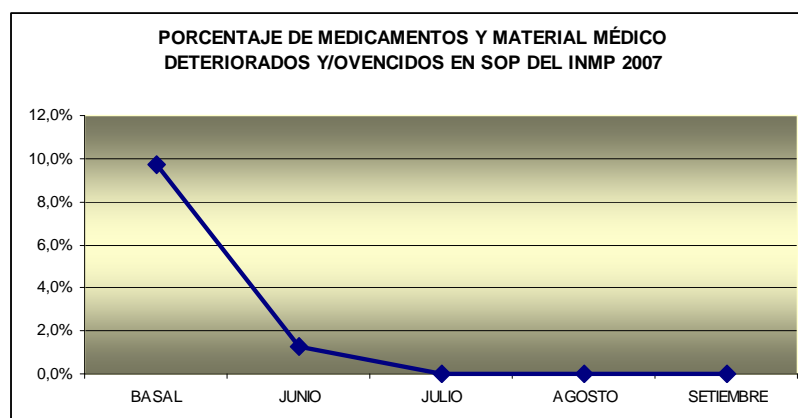
**GRAFICO N° 02**



**Seguridad:**

**Porcentaje de medicamentos y material médico deteriorado y/o vencido**, cuya información basal fue recogida del inventario realizado por farmacia a los sub almacenes de SOP. Como se observa bajó drásticamente en dos meses a 0%.

**GRAFICO N° 03**

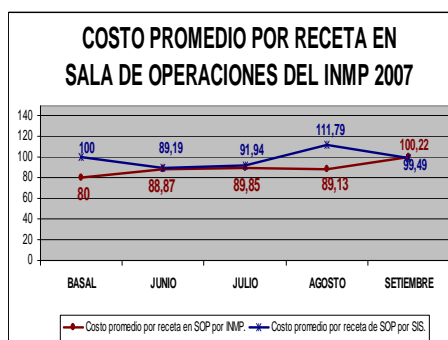


### Menor costo:

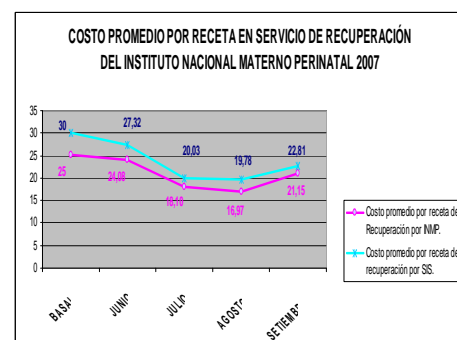
**Costo promedio por receta en los servicios de Sala de Operaciones y Recuperación:** Como se observa en los gráficos N° 04 y 05 el costo promedio de receta se mantuvo con la diferencia que actualmente se vienen empleando fármacos de mayor costo y material médico que anteriormente no se empleaba tales como el tegaderm para la zona operatoria en lugar de los apósitos tradicionales.

Además que el costo de la medición basal no reflejaba el total de lo recetado debido a que el usuario de todas maneras tenía que adicionar algunos productos adquiridos en otros establecimientos extra institucionales, debido al desabastecimiento frecuente.

**GRAFICO N° 04**



**GRAFICO N° 05**

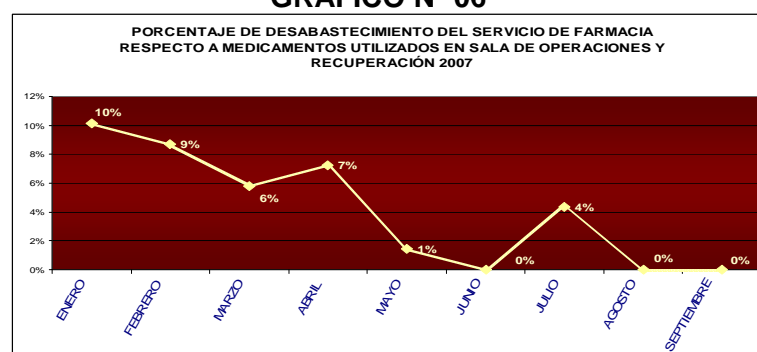


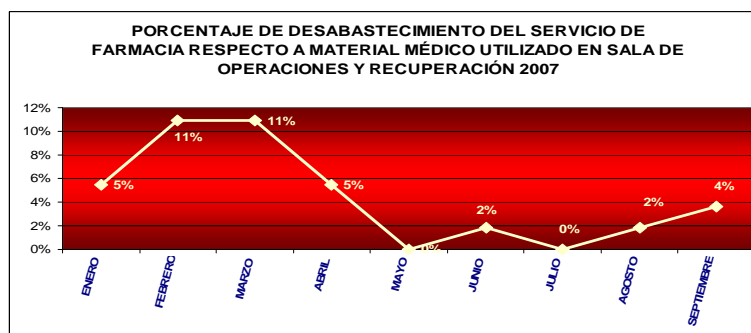
### **Usuario Interno:**

### Satisfacción:

- Actualmente el personal de Sala de Operaciones (Enfermería) se encuentra con mayor **disponibilidad de tiempo para la atención** directa al usuario externo, como para realizar instrumentación en las cirugías lo que favorece a la seguridad del paciente y la comodidad del cirujano, además permite el incremento de programación de operaciones laparoscópicas.
- El porcentaje de **desabastecimiento** de medicamentos disminuyó de 8% antes del proyecto a 1% después del mismo. y el porcentaje de desabastecimiento de material medico también disminuyó de 8% a 2%. El personal médico (anestesiólogos, cirujanos) cuenta con los insumos necesarios para cumplir su labor asistencial como se observa en la gráfica N° 06, observándose un mejor clima laboral.
- Respecto al pequeño incremento del desabastecimiento en los meses de Junio, Agosto y Setiembre fue por un tipo de hilos de sutura (catgut crómico N° 1 1/2 CR 40 x 100 CM y/o catgut simple N° 0 1/2 CR 40 x 100 CM.) pero había en stock los otros.

**GRAFICO N° 06**





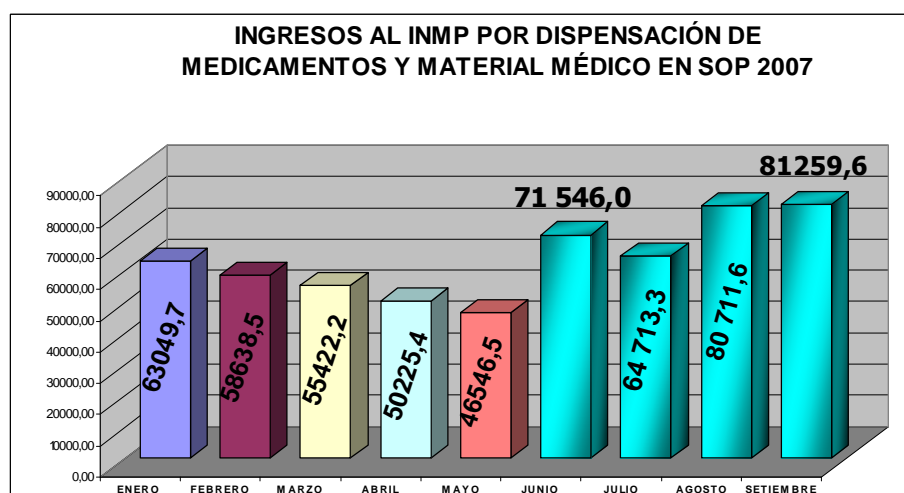
- El personal del Servicio de Recuperación Post Anestésica cuenta con **mayor tiempo para la atención asistencial** ya que anteriormente el técnico de enfermería tenía que recoger los medicamentos y material medico de la farmacia central desatendiendo su trabajo y no pudiendo ser controlado por la enfermera del servicio. Actualmente son abastecidos dos veces por día por la farmacia satélite del Centro Quirúrgico. Ocasionando mayor satisfacción en el personal de enfermería y en los pacientes que cuentan con mayor apoyo por parte del personal asistencial.
- El Piloto obligó a hacer un **cambio en el flujograma de entrega de ropa limpia** para ingresar al Centro Quirúrgico por que en el antiguo ambiente de ropa se ubico la Farmacia de SOP; esto produce mayor orden en los vestidores y en la entrega y recepción de la ropa con menores pérdidas. Además se han cambiado los casilleros por otros más funcionales optimizando su uso para el personal de transito observándose mayor satisfacción de los usuarios internos.

## 8.2 Resultados Financieros (70 puntos)

En el gráfico N° 07 se observa la evolución respecto a los ingresos institucionales por medicamentos y material médico en sala de operaciones, notándose un incremento notable en todos los meses posteriores al proyecto comparado con cualquier mes anterior; además hay tendencia creciente de aumento.

El ingreso promedio mensual anterior al proyecto entre enero y mayo fue de S/. 54 776.46 y posterior al proyecto entre junio y setiembre fue de S/. 74 557.62 lo que da un aumento neto mensual de S/. 19 781.16 que proyectado representaría un **incremento anual** de ingresos institucionales de S/. 237 373.92

**GRAFICO N° 07**



### **8.3 Resultados de la Eficiencia Organizacional (60 puntos)**

Existe una mejor coordinación entre las áreas involucradas como son:

- Sala de Operaciones.
- Servicio de Farmacia.
- Área de Logística / adquisiciones y programación.

El que a su vez es respaldado por la Dirección General y las direcciones correspondientes, lo que mejoro el abastecimiento.

- El Anestesiólogo de Consultorio Externo dispone de mayor tiempo para la atención de los pacientes que se van ha operar por cuanto ya no elaboran recetas, produciéndose mayor empatía y superando las expectativas de los usuarios.
- Los usuarios no se preocupan por conseguir sus medicinas y material medico, cancelando el valor real de los insumos utilizados en el Centro Quirúrgico.
- El Servicio de Farmacia garantiza la procedencia de los insumos utilizados, disminuyendo los factores de riesgo en la atención del paciente.
- Al mejorar el clima laboral en el Centro Quirúrgico se garantiza una mejor comunicación entre el personal asistencial y el paciente optimizando la calidad en la atención.
- El personal de Sala de Operaciones no distrae su valioso tiempo en agenciarse medicamentos para desempeñar sus labores y otorga una mejor atención a los pacientes

## ANEXO N° 01



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 144-DG-INMP-07

Lima, 23 de Mayo del 2007

#### VISTO:

El Expediente N° 4272 que contiene el Memo N° 257-DEESC-NMP-07, Memorando N° 160-DAAR-INMP y Memorando N° 090-INMP-OGC-07;

#### CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Perú y la Ley 26842 Ley General de Salud prescriben la obligación del Estado a través de los órganos de salud competente, proteger la dignidad de la persona y promover la salud bajo los principios de solidaridad, integridad equidad y calidad;

Que, el Reglamento de los Establecimientos de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en su capítulo III del Personal establece las funciones del Director del Médico responsable del funcionamiento de Salud entre otros la de planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud asegurando la oportuna y eficiente prestación del mismo; aseguran la calidad de los servicios prestados a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA se ha aprobado la Política Nacional de Medicamentos, dentro de los que considera como objetivo específico el acceso universal al uso de los medicamentos esenciales, el aseguramiento del acceso universal a los medicamentos esenciales como componente fundamental de la atención integral de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 677-2005/MINSA de fecha 05 de setiembre del 2005, se constituyó la Red Regional de establecimientos de Salud que cuenten con Sistemas de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria en el ámbito del sector Salud, el mismo que tiene como objetivo contribuir el uso racional de los medicamentos en el ámbito hospitalario a través de la implementación y/o fortalecimiento de Sistemas de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMU) en el Sector Salud;

Que, ese contexto es preocupación permanente del Instituto Nacional Materno Perinatal, garantizar la calidad de asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brindan a la población de nuestro instituto;

Que, con el Memorando N° 090-INMP-OGC-07, emitido por el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita se apruebe el Proyecto de Mejora de la calidad en el Manejo de Medicamentos y Material Médico en Sala de Operaciones y Recuperación del Instituto Nacional Materno Perinatal para el año 2007, el mismo que ha sido elaborado conjuntamente con la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación cuenta con la aprobación de los órganos de línea del Instituto;

Con la opinión favorable del Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, y conocimiento de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Conocimiento de la Dirección Ejecutiva de Administración, visación de la Oficina de Asesoría Jurídica y en armonía



con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial 699-2003-SAVDM, su modificatoria la Resolución Ministerial N° 1002-2004/MINSA y Resolución Ministerial N° 053-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**



**ARTICULO PRIMERO:** Aprobar LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD "EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO EN SALA DE OPERACIONES Y RECUPERACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL PARA EL AÑO 2007", el mismo que consta de Seis (06) folios que forma parte de la presente resolución.



**ARTICULO SEGUNDO:** La Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, y conocimiento de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Gestión de la Calidad, son las responsables de brindar las facilidades que requieran para implementación del mencionado proyecto en el artículo precedente, quienes cada treinta(30) días deberán emitir los informes correspondientes.



Regístrese, Comuníquese y Archívese,

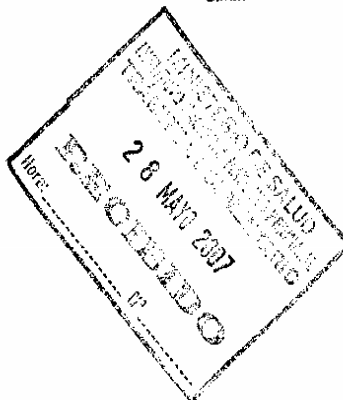
**MINISTERIO DE SALUD**  
**Instituto Nacional Materno Perinatal**

**Dr. Santiago Quevedo Ríos**  
**DIRECTOR GENERAL (a)**  
C.M.P. 19758 R.N.E. 8746



EGR/RVC/miv

- ☐ C.C.
- ☐ Direcciones Ejecutivas
  - ☐ Oficinas
  - ☐ Departamentos
  - ☐ Servicios
  - ☐ Unidades
  - ☐ Archivo





## ANEXO Nº 02

### LLUVIA DE IDEAS

DEPARTAMENTO DE ANALGESIA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN	
PROBLEMATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO, RECUPERACIÓN Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
-	PERSONAL TEC. NO ESTABLE EN CONSULTORIOS EXTERNOS (Para evaluación preanestésica)
-	ELIMINAR ACTIVIDAD RECEP. DE MEDICAMENTOS
-	PACIENTE EN RECEPCIÓN ESPERA MUCHO TIEMPO
-	INADECUADA DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
-	NO SE CUENTA CON PERSONAL RESPONSABLE DE TRASLADO DE PACIENTE A QUIRÓFANO,
-	PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA DESCONOCE PRIORIZACIÓN PARA BRINDAR APOYO
-	PERSONAL SIN ACTITUD DE CAMBIO (en especial personal técnico de enf.)
-	ALGUNOS TÉC. De Enf. NO CUMPLEN SUS FUNCIONES
-	PERSONAL DESMOTIVADO
-	PERSONAL NO CAPACITADO (Téc. De Enf)
-	30% DE PERSONAL DE ENFERMERÍA CON DEFICIENCIAS EN CUANTO A LIDERAZGO Y CONOCIMIENTOS.
-	NO SE CUMPLE CIRCUITO CERRADO
-	PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA INSUFICIENTE. (CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA) no proporcionalidad de personal con intervenciones)
-	ATENCIÓN A PACIENTE DE EMERGENCIA
-	DEFICIENCIA EN LA COORDINACIÓN DE PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA CON CQX
-	CARENCIA DE PERSONAL PROF. RESPONSABLE EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE EMERGENCIA.
-	INGRESOS DE PACIENTES SIN ANÁLISIS DE LAB.
-	DESCOORDINACIÓN EN CUANTO A LA PRIORIZACIÓN DE EMERGENCIAS.
-	PERSONAL PROF. DE ENF. EN MENOR NÚMERO EN GUARDIAS.
-	ATENCIÓN EN RECUPERACIÓN
-	INCREMENTO DEL TIEMPO DE ESTANCIA DE PCTE, EN SERV. DE RECUPERACIÓN DEBIDO A TOMA DE MUESTRAS.
-	PERSONAL TÉCNICO INSUFICIENTE.
-	INADECUADAS CAMILLAS PARA PACIENTES (muy estrechas)
-	SE CUENTA SOLO CON 2 MONITORES
-	REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA NO SISTEMATIZADOS.
-	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
-	AUTOCLAVE EN MAL ESTADO
-	PERSONAL CON ESCASA CAPACITACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN EN EL ÁREA

## ANEXO Nº 03

### JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

		1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Falta de personal capacitado	15	14	16	14	15	14	88
2	Tiempo de espera prolongado en la entrega de medicamentos	16	15	17	16	15	15	94
3	Personal insuficiente (en todas las áreas)	16	14	11	14	15	15	85
4	Falta de monitorización de procesos	18	16	16	16	16	17	99
5	Inadecuada coordinación en los diferentes áreas de atención	18	15	16	16	25	17	107
6	Insuficiente número de equipos y materiales	16	11	11	10	14	14	76
7	Personal desmotivado	18	13	14	14	11	16	86

1 Dra. Huayanay  
2 dr. Guzman  
3 Dr. Baca  
4 Lic. Francisco  
5 Lic. carmen F.  
6 Lic. Susana

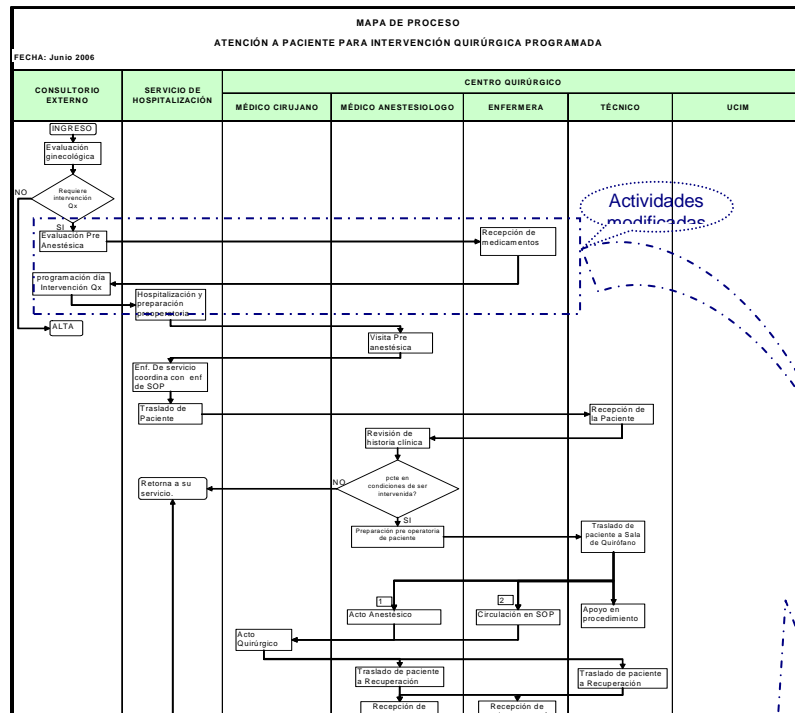
Priorización individualizada realizada en base a las siguientes variables.

	PUNTAJE	2	1	0
VARIABLE	A	Muy frecuente	Medianamente frecuente	Poco frecuente
B	Grave	Medianamente grave	Poco grave	
C	Fácil solución	Difícil solución	Muy difícil solución	
D	En aumento	Estable	En descenso	
E	Modificable	Poco modificable	No modificable	
F	Deseada	Aceptada	Rechazada	
G	Fácil registro	Difícil registro	Muy difícil registro	
H	Existen los recursos	Requiere recursos indispensables	Requiere recursos extraordinarios	
I	Fácil acceso	Poco accesible	Inaccesible	

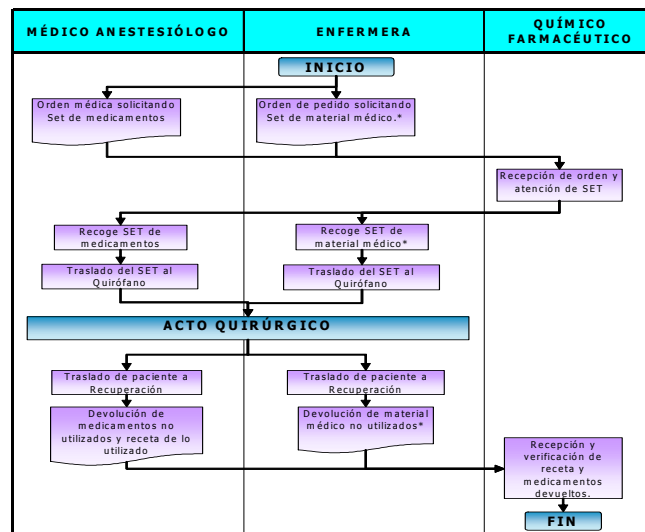
### DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROCESOS

ANÁLISIS DE PROCESO: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS									
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO	OPERACIÓN	INSPECCIÓN	TRANSPORTE	SEÑAL	ALMACENAMIENTO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Programación de consultorios externos	Médico cirujano y anestesiólogo	Papeleta de Solicitud de Sala	X						Responsabilidad signa al servicio
Recepción de medicamentos para cirugía	Enfermera	Cuaderno de recepción de medicamentos	O					55 m in.	
Servicio de hospitalización, previa preparación	Técnico de enfermería	Historia Clínica			⇒				Responsabilidad signa al servicio
Recepción de la usuaria	Enfermera/Técnico de Enf.	Papeleta de Solicitud de Sala	O					5 m in.	
Usuaria en recepción	Enfermera/Técnico de Enf.	Sin registro				D		32 m in. Promed.	
Traslado de usuaria a sala de operaciones	Enfermera/Técnico de Enf.	Sin registro	O					1 m in.	
Acto anestésico	Médico anestesiólogo	Historia Clínica	O					20 m in.	
Preparación preoperatoria	Enfermera	REGISTRO centro quirúrgico	O					10 m in.	
Preparación de instrumental	Enfermera	Libro de SOP	O					10 m in.	
Acto quirúrgico	Médico cirujano.	Historia Clínica/Libro de SOP	O					50 m in.	
Instrumentación circulación.	Enfermera / Técnico de Enf.		O						
Traslado de Paciente a sala de recuperación	Enfermera y médico anestesiólogo				⇒			1 m in.	
Recepción en sala de recuperación	Enfermera	Kardex de Enf./Historia Clínica	O					3 m in.	
Monitorización de la paciente	Médico anestesiólogo / enfermera	Historia clínica/Kardex de enfermería	O					4 horas	
Administración de medicamentos y cuidados de enfermería	Enfermera	Historia clínica/Kardex de enfermería	O					30 m in.	
Evaluación y alta médica	Médico anestesiólogo	Historia clínica.	O					30 m in.	
Traslado de usuaria a área de altas	Técnico de enfermería				⇒			1 m in.	
Limpieza de SOP	Técnico de enfermería		O						

## ANEXO 04



### FLUJOGRAMA DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO EN SALA DE OPERACIONES.



\* ENFERMERA INSTRUMENTISTA II (Será la responsable)

## ANEXO 05

### DIAGRAMA DE GANTT

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES																			
Nº DE OGC	ACTIVIDADES	METODO Y/o PROCEDIMIENTO	RECURSOS A EMPLEAR		DURACIÓN	CRONOGRAMA												PRODUCTO	RESPONSABLES
			RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES		O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A			
I	Busqueda y análisis de Información	Reunión multidisciplinaria del equipo de mejora de la calidad del Dpto de Anestesia, Anestesia y Reanimación.	Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia y Dep. de Enfermería.	Material de escritorio Computadora	2 horas	X	X										Proyecto aprobado con RD.	Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia, OGC  Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Equipo de Mejora y Dirección General	
	2 horas						X	X	X										
												X							
II	Presentación de proyecto Aprobación de proyecto con resolución directoral	Presentación de proyecto a través de Jefatura de Departamento.	Personal responsable de cada área	Material de escritorio	48 horas				X	X	X						Área física definida para implementar el proyecto.	Oficina de Epidemiología  Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia	
	Evaluación técnica de los ambientes propuestos	Solicitar evaluación técnica a las áreas competentes (Equipo de mejora, Epidemiología, farmacia)																	
	Definición de área física en base a opiniones técnicas.	Reunión de equipo de mejora de la calidad.			Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia y Dep. de Enfermería.	Material de escritorio, computadora	2 horas				X	X							
	Coordinación con Jefatura de farmacia para la ejecución inmediata de piloto del proyecto.	solicitud dirigida a Jefa de farmacia.	Secretaria de Departamento.	Material de escritorio, computadora	2 días				X	X	X	X	X			Piloto iniciado Sala operaciones y recuperación.	Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y reanimación, Equipo de Mejora		
III	Comunicar a los jefes de servicio respecto al proyecto.	Memorando para cada jefe se servicio.	Secretaria de Departamento.	Material de escritorio	1 semana							X				Personal de Sala de Operaciones y Recuperación Informado.	Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Equipo de Mejora Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Equipo de Mejora		
	Difusión implementación de proyecto piloto, a todo el personal de Sala de Operaciones y recuperación.	Memorando circular.		Computador	1 semana							X							
	Diseño de indicadores	Reunión de equipo de mejora de la calidad.		Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia y Dep. de Enfermería.	Material de escritorio, computadora	2 días				X	X							Indicadores Diseñados	Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia, OGC
IV	Implementación del Proyecto de mejora.	Implementación	Personal de Farmacia con la colaboración de los jefes de Servicio y los integrantes de equipo de mejora de la calidad	Medicamentos y material médico. Material de escritorio, computadora	03 meses							X	X	X	X	Proyecto implementado	Personal de farmacia e integrantes del equipo de mejora		
	Realizar informe mensual de personal de farmacia de Sala de Operaciones y recuperación de los indicadores.	Recabación de datos y análisis de los mismos	Personal de farmacia	Material de escritorio, computadora	1 día/mes							X	X	X				Informe mensual	Personal de farmacia e integrantes del equipo de mejora
	Monitoreo y análisis de los indicadores	Reunión de equipo de mejora de la calidad.	Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia y Dep. de Enfermería.	Material de escritorio, computadora	1 día /mes								X	X	X		Monitoreo Realizado	Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y reanimación, Equipo de Mejora, OGC	
		Evaluación de piloto implementado	Reunión de equipo de mejora de la calidad.	Integrantes del equipo de mejora de la calidad y personal de farmacia y Dep. de Enfermería.	Material de escritorio, computadora	1 día									X		Evaluación realizada	Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y reanimación, Equipo de Mejora y Farmacia, OGC	

## ANEXO 06

### AMBIENTE ASIGNADO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE FARMACIA SATELITE DE SALA DE OPERACIONES



## ANEXO 07

### RELACIÓN DE PAQUETES Y SETS UTILIZADOS EN SALA DE OPERACIONES DEL INMP 2007

MALETIN DE ANESTESIOLOGO		
* ATROPINA 0.5 MGR / ML INY		4
* APOSITO TRANSPARENTE 6 X 7		1
* AGUA DESTILADA X 10 ML INY		2
* AMINOFILINA 250 MG		
* BROMURO DE		
* LEVOBUPIVACA		
* GLUCONATO D		
* DEXAMETASON		
* DOPAMINA 40 MG		
* ETILEFRINA 10		
* EPINEFRINA CL		
* FENTANILO 0.0		
* FUROSEMIDA 2		
* HIDROCORTIS		
* KETAMINA 10 MG		
* LIDOCAINA C/E		
* LIDOCAINA CL		
* METAMIZOL S		
* METOCLOPRA		
* MIDAZOLAN 5		
* CLORFENAMIN		
* NEOSTIGMINA		
* PROPOFOL 1%		
* RANITIDINA 25		
* BICARBONATO		
* CLORURO DE S		
* TIOPENTAL SO		
* DIMENHIDRINA		
* AGUJA ANESTE		
* AGUJA DESCAR		
* AGUJA DESCAR		
* AGUJA DESCAR		
* CATETER INTR		
* CATETER EPID		
* ELECTRODOS		
* GUANTES QUIR		
* GUANTES QUIR		
* GUANTES QUIR		
* JERINGAS DES		
* JERINGAS DES		
* JERINGAS DES		
* JERINGAS DES		
* LLAVE TRIPLE		
* EQUIPOS DE V		
SET BTB		
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 6 ½		3
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7		
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7		
* SUT. CAT. CRÓMICO Nº 1½ CR40		
* SUT. CAT. CRÓMICO Nº 2/0 CR30		
* HOJA DE BISTURÍ DESCARTABLE		
SET NEONATOLOGIA		
* APOSITO TRANSPARENTE 6 X 7		3
* EQUIPOS DE VENOCISIS		1
* EQUIPO DE VOLTROL		1
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 6 ½		4
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7		4
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7 ½		4
* Sonda ASPIRACION ENDOT. Nº 10		3
* Sonda ALIMENTACION		
* Sonda ALIMENTACION		
* EQUIPO BOMBA INFUSION		
* Sonda ALIMENTACION		
KIT DE LAPAROSCOPIA E HISTEROSCOPIA		
* APOSITO TRANSPARENTE 6 X 7		1
* AGUA DESTILADA 1 LITRO		3
* BOLSA COLECTORA ORINA ADULTO		1
* GLICINA 1.5% EN AGUA 3,000 ML SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN UROLÓGICA		2
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 6 ½		5
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7		4
* HOJA DE BISTURÍ Nº 21		
* JERINGA DESCAR. 5 CC C/A		
* JERINGA DESCAR. 10 CC C/A		
* JERINGA DESCAR. 20 CC C/A		
* LLAVE TRIPLE VIA C / EXTENS		
* Sonda FOLEY DESC. Nº 14 X		
* Sonda NASOGASTRICA Nº 14		
* SUT. CAT. CRÓMICO Nº 2 / 0 X		
* SUTURA ACIDO POLIGLICÓLICO		
SET ENDOVENOSO - ANTESAL		
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 6 ½		
* EQUIPOS DE VENOCISIS		
* LLAVE TRIPE VIA C/EXT. DIS		
* CATETER INTRAVENOSO Nº18 X 1¼		
SET DE CESAREA		
* APOSITO TRANSPARENTE 9 X 25 CM		
* APOSITO TRANSPARENTE 6 X 7		
* BOLSA COLECTORA ORINA ADULTO		
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 6 ½		4
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7		4
* GUANTES QUIRURG. DESC. Nº 7 ½		4
* HOJA DE BISTURÍ DESCARTABLE Nº 21		1
* JERINGA DESCAR. 10 CC C/A 21 ½		1
* JERINGA DESCAR. 20 CC C/A 21 ½		1
* JERINGA DESCAR. 5 CC C/A 21 ½		1
* LLAVE TRIPE VIA C/EXT. DIS		1
* Sonda NELATON Nº 12		1
* SUT. CAT. CRÓMICO Nº 1½ CR40 X 100CM		2
* SUT. CAT. CRÓMICO Nº 2/0 ½ CR30 X 100CM 6		
* NAYLON AZUL MC 25 Nº 3		1
* SUT. CAT. SIMPLE Nº 0 ½ CR40 X 100CM		1
* SUT. CAT. SIMPLE Nº 1½ CR40 X 100CM		1
* SUTURA ACIDO POLIGLICÓLICO 1% CR35 X 100CM		1
COMPLICACIONES RCP (6 PAQUETES)		
* EPINEFRINA CLORH. 1 MG X ML INY		5
* ATROPINA SULFATO 0.5 MG X ML INY		5
* HIDROCORTISONA SUCC 250 MG INY		3
* BICARBONATO DE SODIO 8.4 % X 10 ML		5
* GLUCONATO DE CALCIO 10% - 10 ML INY		5
* GLUCOSA (DEXTRO) 33.3% X 20 ML INY		5
* CATETER INTRAVENOSO Nº18 X 1¼		5
* LIDOCAINA CLOR. S/E 2% SP 20 ML INY		1

## ANEXO 08

### PAQUETES DE REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR Y ANESTESIA GENERAL.



## ANEXO 09

### MALETINES ORGANIZADORES CON MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO





## ANEXO 10

### VITRINAS DE INSUMOS EN CADA QUIRÓFANO

