

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**Mejorando organizativamente el proceso de referencia de pacientes de
prioridad i a institutos especializados del hospital “Víctor Ramos Guardia”
Huaraz, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

AUTOR

IRMA TEODORA CORAL GARCIA

ASESORA

MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES

HUARAZ - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR Y ASESORA

.....
MGTR. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR
PRESIDENTE ALTERNO

.....
DRA. RUTH COTOS ALVA
MIEMBRO

.....
Mgtr.MARYSABEL VILCHEZ ZUTA
MIEMBRO

.....
DRA.MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES
ASESORA

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el inspirador y darnos

La fuerza para continuar en este proceso de

Obtener uno de los anhelos más deseados.

A hija, mi esposo por su amor sacrificio en todo este tiempo, gracias a ustedes he logrado llegar aquí y convertirme en lo que soy. Es un orgullo y el privilegio de ser madre y ser esposa, son los mejores para mí.

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio.

A mi hija Sofía

Por haberme apoyado en todo momento por su motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

A mi esposo

Tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitieron.

Carátula	i
Hoja del Jurado	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	IV
INDICE	V
I PRESENTACION	1
II. HOJA RESUMEN	3
2. 1. Título del Proyecto	3
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	3
2.3. Población beneficiaria	3
2.4. Institución(es) que lo presentan	3
2.5. Duración del proyecto	3
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	3
2.7. Resumen del proyecto.	4
III. JUSTIFICACION	6
IV. OBJETIVOS	15
V. METAS	16
VI. METODOLOGIA	17
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	
6.2. Sostenibilidad del proyecto	
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.	20
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	23
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	25
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	31
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	31
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. PRESENTACION

El presente trabajo académico mejorando organizativamente el proceso de referencia de pacientes de prioridad I a Institutos especializados del Hospital “Víctor Ramos Guardia” 2018, se encamina a fortalecer los procesos y procedimientos, lo cual nos va permitir continuar y garantizar la atención en forma oportuna, brindándoles una oportunidad de vida, en institutos especializados implementados acorde a ciencia y tecnología.

Teniendo en cuenta los procesos de referencia, consideramos que son parte del sistema prestacional de salud donde hemos constatado que tiene como principio de integrar – administrativamente, las capacidades resolutorias existentes en la oferta de los servicios en los niveles locales, regionales y nacionales que el problema o necesidad de salud necesita para lograr la satisfacción del usuario necesita como un derecho a la vida. (1)

El proceso de referencia a través de sus procedimientos nos va permitir mejorar la calidad de atención a los usuarios internos y externos, en forma efectivo y eficiente con una adecuada implementación de la unidad constituido por el talento humano competente y comprometido con la salud de los pacientes de dependencia IV, con un enfoque tecnológico que tiene en cuenta los aspectos de capacidad , competencias, soporte logístico que garantizará el aspecto estructural del sistema de referencia , mientras el enfoque de vinculación se refiere al aspecto principal de la institución de servicio, la cultura organizacional, considerada como el conjunto de valores, creencias y

actitudes que determina el comportamiento del recurso humano como elemento fundamental de la organización y del cumplimiento de sus objetivos. (2)

Baja el marco normativo del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud y la organización de los establecimientos prestadoras de salud en el contexto de la Descentralización y los derechos ciudadanos de la salud, se toma la decisión de referir pacientes a otra institución de mayor capacidad resolutive para salvar la vida del usuario y por ende para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de manera que la sociedad, en su integridad conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre los actores de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia.

Por ello, el presente trabajo pretende contribuir en el conocimiento de cuáles son las dificultades que presentan en el proceso referencias donde ven limitada y/o complicada su labor asistencial al no contar con medios adecuados de transporte que les permita trasladar a los pacientes en estado crítico, con el riesgo de que se produzcan complicaciones en los pacientes que deben ser trasladados a un establecimiento de referencia con capacidad resolutive necesaria para atenderla.

II. HOJA RESUMEN

2. 1. Título del Proyecto

Deficiente proceso de referencia de pacientes de prioridad I a institutos especializados del Hospital “Víctor Ramos Guardia”- Huaraz-Ancash-2018.

2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)

- Distrito : Huaraz
- Provincia: Huaraz
- Departamento: Ancash

2.3. Población beneficiaria

- Población Directa:

Pacientes de prioridad I de la zona y referidos de Callejón de Huaylas y Callejón de Conchucos y parte del Departamento de Huánuco.

- Población Indirecta:

Equipo de salud que labora en la unidad de referencias y trabajadores en su conjunto del Hospital “Víctor Ramos Guardia”.

2.4. Institución(es) que lo presentan

- Hospital “Víctor Ramos Guardia”

2.5. Duración del proyecto

- Doce (11) meses

Fecha de inicio: 1 de Febrero 2018

Fecha de término: 30 de Noviembre 2018

2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio

S/. Nuevos Soles S/.977,400.00

2.7. Resumen del proyecto

La referencia de los pacientes dentro de un contexto normativo y estructura en la institución prestadora de salud se da en cumplimiento de las normas técnicas vigentes, sin embargo el cumplimiento es deficiente por carecer de una adecuada organización y carecer de recursos disponibles para implementar el proceso de referencia otras instituciones de mayor capacidad resolutive.

El Ministerio de salud viene impulsando un modelo de atención integral para la población, este modelo que pretende solucionar las necesidades de atención de la salud de la población se basa en los principios de: integralidad, universalidad en el acceso, equidad y calidad en la atención y respeto el derecho a las personas.

En base a los principios descritos y ante el evidente desorden existente en la referencia en el ámbito nacional, el Ministerio de Salud ha elaborados normas que es de cumplimiento, sin embargo en el Hospital “V́ctor Ramos Guardia” no se da cumplimiento a cabalidad existiendo de manera deficiencia en el proceso de referencia de los pacientes cŕticos de prioridad I a institutos especializados. Incluyendo adeḿs los aspectos espećficos sobre la organizaci3n de los responsables en cuanto a la necesidad para su operatividad en aquellos usuarios cuya patoloǵa requiere un mayor nivel de capacidad resolutive.

Todos los servicios que reciben los usuarios tanto intra y extrahospitalario, como en otros espacios ya sea, referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación deben estar relacionados e integrados y bien complementados para atender a sus necesidades de salud, ligados dentro del eje sanitario de satisfacer las necesidades de salud en forma integral y de calidad, dinámico, eficiente y eficaz.

La unidad se referencia a través de los responsables y el equipo de guardia tomarán la decisión de la referencia garantizando el destino de los pacientes dependiendo de las carteras de servicio que brinde, para lo cual se utilizará los criterios de referencia, las tablas de información de los recursos de soporte y los flujos de referencia de usuarios entre establecimiento de salud. La referencia de los usuarios en situación emergencia se ejecutará con la oportunidad necesaria para no complicar la salud del paciente y garantizar el cuidado durante su traslado, de lo contrario el establecimiento a través de sus directivos, asumirán la responsabilidad legal y administrativa por las consecuencias que devenga de un período mayor de observación.

El propósito del presente trabajo es fortalecer los procesos de referencia del Hospital “Víctor Ramos Guardia” a otras instituciones de mayor capacidad resolutoria, así mismo integrar en forma técnica asistencia y administrativa, las capacidades resolutorias existentes en la oferta de servicio de los niveles locales, regionales y nacionales donde el problema o necesidad de salud requiere para lograr la satisfacción del usuario y su entorno como un derecho a la vida.

III. JUSTIFICACIÓN.

Para desarrollar el presente trabajo académico se tuvo en cuenta el análisis mediante el árbol de problemas identificados según prioridad llegando a determinar: deficiente proceso de referencias de pacientes de prioridad I a institutos especializados (Anexo 1)

El proceso de referencia es un aspecto fundamental en la recuperación del paciente, si se logra una buena organización basado en las norma técnicas y la competencia del equipo de trabajo, se generara en los usuarios una satisfacción positivamente en la evolución de su enfermedad. Es importante ofrecer al paciente un servicio que sea efectiva garantizando que la evolución de su enfermedad que se deba a un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado eficiente del cuidado y la percepción de satisfacción considerado como un indicador fundamental de la calidad asistencial.

Los lineamientos del sector salud para la referencia de pacientes de prioridad I, constituye una herramienta dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones prestadoras de salud involucradas en alcanzar los objetivos de elevar la calidad de atención de los usuarios mediante una atención integral, oportuna optimizando los recursos (3).

Nos va permitir incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia, tales como: los retrasos de atención, duplicidad de recursos y esfuerzos, elevación de costos, interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en

insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema).

El procedimiento de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema dirigidos a las personas la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutiveidad, las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida desarrolladas con núcleo humano involucrado y en contacto habitad natural y social (3).

Constituirá una puerta de filtro para acceder a los servicios especializados; entrada al sistema de salud, al mismo tiempo es el punto de inicio de la atención, donde el médico es el especialista tiene aptitudes y habilidades que le permiten identificar procesos agudos que exigen ser valorados por otros especialistas o que requieren tratamientos o pruebas diagnósticas que requieren ser remitidos al segundo o tercer nivel de atención para su abordaje.

Buscamos la resolutiveidad, entendemos como la “capacidad de un prestador de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados”. La resolutiveidad creemos que es un concepto complejo cuya aplicabilidad responde a variables tales como la diversidad territorial, el perfil de los equipos profesionales, la dotación de recursos materiales y de infraestructura en los servicio. Por ende no es fácil medir con precisión la resolutiveidad, tanto desde una perspectiva global del conjunto del sistema como desde las contribuciones de los distintos niveles que lo forman (3).

La demanda creciente de atención médica en población, la evidente transición epidemiológica, la necesidad creciente de incrementar la calidad y cantidad de los servicios de atención médica que se ofertan a la población, la baja y deficiente dotación de recursos en muchos establecimientos de salud, ha hecho de la referencia y contrareferencia de pacientes un procedimiento, un modelo, un sistema o simplemente una estrategia administrativo asistencial de mucha importancia, que al estar bien implementado, permite el desplazamiento “justificado” del enfermo hacia establecimientos con mejor o mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y ubicados en los distintos niveles de atención, siempre de acuerdo con la naturaleza y severidad de su proceso patológico y no como una práctica de “enviar enfermos” a cualquier otro establecimiento, sin responsabilidad institucional de quien lo remita (4).

Toda referencia incluye el intercambio de información, el apoyo técnico administrativo y la superación y análisis periódico de la dinámica y funcionamiento de la red asistencial y demostrar, así, la capacidad conjunta o compartida de los establecimientos en satisfacer la demanda de atención a la población y las oportunidades como estas se realizan, para evitar sobrecarga o subutilización de los establecimientos y servicios que se ofertan.

De esta manera se implementa una mejor forma de brindar accesibilidad y continuidad a la atención dispensada desde un nivel primario hasta un nivel más complejo, donde se le ofrezcan alternativas médicas viables que le permitan recibir la asistencia que exigen sus necesidades de salud, donde se requiere además, determinar las condiciones y operatividad de los mecanismos de traslado y transferencia de pacientes, incluyendo

aquellos aspectos relacionados con las oportunidades de atención y la consecuencia de “cupos” en los servicios que se ofertan dentro de las instituciones (5).

Doménech D, Strozzi D, Antúnez de Oliveira L, Antúnez M, Castro G, Alves J, Durante R, Fernández A, Guilleminot N, Heinzen J, Odella K, Santo J.(6) En su investigación “Capacidad resolutoria del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014), teniendo como **objetivo:** conocer el número de las características de las consultas de urgencia trasladadas a los servicios de emergencia del Hospital Escuela del Litoral –ASSE o COMEPA, por las UDA N° 74, en el período enero a diciembre 2014. **Metodología:** que emplea se trató de un estudio observacional, descriptivo y de corte población objetivo. Todos los usuarios que acudieron a la consulta de los integrantes de la UDA de MF y C en el período de enero a diciembre. **Resultados:** Del total de consultas realizadas por la UDA en el período de estudio en los cinco servicios de salud (n=8,265), el 1% (75 consultas) requirieron traslado al servicio de urgencias, variando según policlínica desde 0% en policlínica ASECIO A 1,04 % (n=67) en policlínica Santa Mónica. El 59 % (n=44) de las personas trasladadas fueron de sexo femenino, y el grupo etario que predominó fueron los adultos jóvenes (27 %; n=20), agrupándose en los restantes tercios los niños y adolescentes (31%; n=23) y los adultos y adultos mayores (30%; n=22). En diez traslados no se registró edad del usuario. **Conclusión:** La capacidad resolutoria de la UDA de MF y C de Paysandú considerada específicamente en el abordaje de la patología aguda y de la referencia a especialistas del SNA es elevada. La misma debe leerse en función de la organización y característica de las mismas. Es muy relevante señalar la necesidad de poder dotar de

mayores recursos al PNA para mejorar dicha resolutiveidad por ejemplo, contar con oftalmoscopios para la realización de fondo de ojo.

Talaigua M. (7) En su trabajo de investigación titulado “Evaluación del Sistema de Referencia y Contrareferencia (Municipio de Montería, Colombia)” Tiene como **objetivo:** evaluar el sistema de Referencia y Contrareferencia de los prestadores de salud en el Municipio de Montería para establecer propuestas de mejoramiento. **Metodología** de uso fue de enfoque descriptivo y retrospectivo, de los pacientes que han estado en momento del proceso de Referencia y Contrareferencia en el municipio de Montería. Los **resultados** presentan los once casos en los que tuvo lugar una tardanza en el traslado del paciente. Tal y como se puede observar, todas las condiciones clínicas allí consignadas revisten una gravedad suficiente para que cualquier demora injustificada. A pesar de ello, en no pocos casos el retraso no fue de minutos ni de horas, fue en ocasiones de día, lo que pone en evidencia la ineficiencia de un sistema que debería ser el más oportuno de todos que integran el sistema de salud. En **conclusión** un sistema de referencia y contrareferencia promueve la eficiencia en el sector de salud; tanto la eficiencia productiva como la eficiencia económica a fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante velar porque los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponda a su. No obstante, tomando la estructura de una red asistencial de salud como base, es frecuente observar que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atiende problemas de salud muy sencillos.

Fuertes V, Tipaz A. (6) realizaron una investigación sobre “Impacto Del Sistema de referencia y contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema que acuden al Centro De Salud N° 1, de la Ciudad de Tulcán en el Periodo Marzo – Agosto 2014” en la Ciudad De Tulcán – Ecuador. Tiene Como **Objetivo:** Mejorar el proceso de referencia y contrareferencia. **Metodología:** Tiene un enfoque descriptivo. **Conclusión:** El Impacto que ha provocado el sistema de referencia y contra referencia es negativo en relación a la calidad de atención del usuario externo, porque no satisface las necesidades requeridas por parte de ellos.

Hacen mención que las Instituciones prestadoras de Salud, como Clínicas Hospitales deben agilizar y dinamizar los procesos de atención al usuario de forma integral de modo que los servicio se presten en las mejores condiciones, por lo tanto un sistema de referencia de pacientes reúna las condiciones adecuadas, tanto interno como externo deben ser la base fundamental para mejorar la calidad del servicio y que se espera consecuentemente mejorar la calidad de vida del enfermo.

Por lo tanto este sistema debe cumplir a demás con un objetivo fundamental: articular los diferentes servicio de salud, prescritos por la ley, por parte las instituciones prestantes a cada uno de los usuarios particularizando su régimen y sus condiciones tanto en su salud como en su entorno social, a pesar que todo, está regulado en las normas vigentes, son muchas las noticias a nivel nacional que contradicen el nivel nacional que contradicen el espíritu del sistema.

Nos hace mención que el Municipio de Montería que no es ajeno a la realidad nacional, a pesar de la poca implementación de los protocolos de los procesos de referencia y contrareferencia, es necesario evaluar el sistema para determinar alternativas de solución para un sistema eficiente, ágil y que se esté verdaderamente en favor del bienestar de los usuarios.

Zapata Pineda R. (7) trabajo realizado “Análisis de la Oficina de Referencia y Contrareferencia en el Centro de Atención Primaria (CAP). III Metropolitana Puno ESSALUD-2015”, tiene como **objetivo:** analizar la oficina de referencia y contrareferencia en el Centro de Atención Primaria III Metropolitana Puno ESSALUD. **La metodología:** que uso es un estudio descriptivo, no experimental. **Los resultados:** podemos ver que el 72.9 % de personas atendidos conocen sobre el traslado de los pacientes, mientras que un 13.3 % no lo conocen y un 7.5 % no especifican. **En conclusión:** existe una población que no conoce el sistema de referencia y contrareferencia, lo cual influye en el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

En Huaraz el proceso de Referencia y Contrareferencia se implementa de acuerdo a los niveles de atención y la capacidad resolutoria que tiene estas instituciones prestadoras de servicios de salud acorde a la complejidad de las patologías que conlleva a implementar el proceso de referir pacientes a otro establecimiento de mayor capacidad resolutoria puede salvar la vida de la persona, por ello para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad, en su totalidad, conozca las características y los

objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada, entre el equipo de salud de los establecimientos con las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia.

No existen trabajos de investigación en la Ciudad de Huaraz sobre referencias y contrareferencias.

El sistema de referencia y contrareferencia que tiene como principio de integrar en forma técnica, asistencia y administrativa las capacidades resolutorias existentes en la oferta de los servicios de los niveles locales, regionales y nacionales que el problema de salud lo requiere para lograr la satisfacción del usuario como un derecho a la vida. El sistema de diseñado y organizado de tal manera que involucre todos los actores de salud, incorporando a la población organizada, Puestos de Salud, Centros de Salud Hospitales e institutos especializados así como las autoridades locales, regionales y nacionales que permitan la optimización de este sistema sobre todo la viabilizarían. Dentro de este contexto se considera la accesibilidad económica al servicio de salud.(8)

Es un conjunto de procedimientos asistenciales a través del cual se asegura la continuidad de la atención del usuario con la debida oportunidad eficiencia y eficacia transfiriéndole a un instituto de mayor capacidad resolutoria.

Organización Mundial Salud (OMS), los gobiernos de todo el mundo tienen responsabilidad de garantizar que sus sistemas de salud respondan a las necesidades de la población con eficiencia y eficacia, basando sus modelos de salud en la Atención Primaria (APS). En función de esta premisa, los Estados Miembros se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de todas las personas tuvieran acceso a

los servicios y manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos, a este objetivo se le definió como “Cobertura Universal”

Según Chan M, directora de OMS, 2005 “entre el 20 % y el 40% del gasto en salud se pierde por la ineficiencia en los sistemas de salud”. La falta de planeación en la prestación de servicios, la duplicidad de recursos, el ineficiente sistema de registro e información, la falta de recursos humanos debidamente formados y capacitados llevan a la ineficiencia de las redes de prestación de servicios, generando graves problemas de inequidad, acceso y cobertura que conducen a la muerte a muchas personas cada año.(8)

Los sistemas nacionales de salud en muchos de los países del mundo, se han organizado bajo la estrategia de niveles de atención médica o escalonadamente de los servicios dentro de los cuales encontramos las unidades operativas del primer nivel, que brindan atención específica y de carácter ambulatorio, resuelve del 80 a 85 % de los problemas de salud más frecuentes, con tecnología de baja complejidad. Los hospitales generales, clínicas de hospitales o policlínicos que corresponden al segundo nivel son responsables de resolver el 10-15 % de los problemas de salud referidos por el nivel de atención o consultados espontáneamente a través de los servicio de Urgencia y requieren tecnología de mediana complejidad (9).

Los Institutos Nacionales de Salud y Centros Médicos de Especialidades los cuales están diseñados para resolver el 5% de los problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad.

Se define al SRCRP como el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

El Sistema de referencia y contrareferencia (SRCR), está organizado de acuerdo a las necesidades de cada país en dos formas básicamente: geográfica o institucional, como puede haber mezcla de ambas. Podría decirse que existen diferentes niveles de estructura organizacional, que van desde el nivel nacional, estatal y local variando la eficacia y la eficiencia del Sistema, principalmente en la ejecución de los procesos.

IV. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Mejorar los procesos de referencia de los pacientes de prioridad I del Hospital “Víctor Ramos Guardia” a institutos especializados.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Mejorar la socialización, de las normas a los responsables.
2. Contar con profesional entrenado en referencias de Pacientes Prioridad I.
3. Garantizar el trámite documentario y accesibilidad en la admisión de los pacientes a institutos especializados.

V. METAS:

- 100% de las referencias de los pacientes de prioridad I a institutos especializados.
- 100% del personal de la unidad de referencias-seguros capacitados según la norma técnica.
- 90 % de los profesionales responsables de la referencia capacitados en RCP básico.
- 100 % de juntas médicas realizadas para la referencia en casos de emergencia.
- 100 % de informes tramitados oportunamente acorde a la norma técnica, de los pacientes en condiciones de referencias
- 100 % de equipos biomédicos e insumos en buenas condiciones para el uso durante la referencia.
- 100 % de planes de inducción dirigido al personal nuevo que ingresa a la unidad.
- 100 % personal con disponibilidad de tiempo para efectivizar el traslado de pacientes a institutos especializados.
- 100 % de referencias coordinadas según las carteras de servicio
- 100 % de referencias recibidas en los institutos especializados
- 100 % de fortalecimiento de capacidades en monitoreo de pacientes de prioridad I
- 100 % de informes realizados de los pacientes referidos, para su reembolso económico.

VI. METODOLOGIA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención

A: Capacitación.

Es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones –incluida la capacitación- interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización. Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación (10).

Por lo que en el Hospital “Víctor Ramos Guardia” los responsables no insertan sus planes de capacitación oportunamente al Plan de Desarrollo de las personas, para que los cursos se desarrollen trimestralmente.

Acciones:

- 1(a) Talleres de capacitación sobre las normas técnicas al personal responsable
- 1(b) Pasantías y actualización del personal responsables en referencia.

B. Referencia.

Es un conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos a través del cual se asegura la continuidad de la atención con la debida oportunidad eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive (11).

Por ende que la Institución asistencial “Víctor Ramos Guardia” se dan en forma desordenada, careciendo de la disponibilidad de los recursos adecuados para la referencia de los pacientes, incrementando las tasas de morbimortalidad.

Acciones:

2(a) Seleccionar personal profesional con conocimiento RCP.

2(b) Disponibilidad de personal con conocimiento en manejo de pacientes, diferentes grupos atareos.

C. DOCUMENTO DE GESTIÓN.

El formato es el único a Nivel Nacional y será usado en todos los establecimientos de salud del MINSA bajo la responsabilidad del técnico o profesional de la salud que requiera referir a un usuario (por emergencia o consulta externa) o solicitar exámenes

de ayuda diagnóstica a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, esté afiliado o no a algún tipo de seguro (12).

Donde el Hospital “V́ctor Ramos Guardia” cuenta con herramientas de gesti3n institucional, que nos permiten agilizar el trámite para la referencia de los pacientes a instituciones especializadas, para continuar con su recuperaci3n.

Acciones:

3(a) Coordinaci3n oportuna y anticipada con las instituciones especializadas

3(b) Garantizar el traslado por ley de emergencia por decisi3n de la junta m3dica.

6.2. Sostenibilidad del proyecto

La sostenibilidad del proyecto estar3 a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en la unidad de Seguro Integral de Salud (SIS) seg3n las pol3ticas de salud tiene la obligaci3n y el compromiso de mejorar los procesos de referencias de pacientes de prioridad I en coordinaci3n con la direcci3n ejecutiva del Hospital, “V́ctor Ramos Guardia” con la finalidad de impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible y que genere impacto social en la zona. Ser3 sostenible porque las autoridades son los principales involucrados y todo el personal que conforma el equipo de gesti3n (12).

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

MATRIZ DE SUPERVISIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO TRABAJAR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p>PROPOSITO</p> <p>Mejorar los proceso de referencias a pacientes de prioridad I a institutos especializados en el Hospital-“Víctor Ramos Guardia”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir 100% los procedimientos de referencia de los pacientes según norma técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes referidos 	<ul style="list-style-type: none"> N° de pacientes referidos sobre N° de pacientes en espera. 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de pacientes referidos según prioridad I. Informe de referencias. 	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos de referencia Cuadernos de registro
<p>RESULTADOS</p> <p>Objetivo específico 11.Mejorar la socialización, de las normas técnicas a los responsables.</p>	<p>1.1. El 90% de profesionales desarrollaran capacidades en los procesos de referencia.</p>	<p>1.1 100 % de profesionales con conocimientos de los procedimientos.</p>	<p>1.1 N° de profesionales que realizan referencias sobre N° profesionales socializados en normas técnicas</p>	<p>Registros de asistencia a los talleres de socialización</p>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Cuadernos de asistencia a los talleres de sensibilidad.

<p>Objetivo Especifico. 2</p> <p>2.Suficiente personal profesional entrenado en referencias de Pacientes Prioridad I.</p>	<p>2.1. 20 profesionales serán entrenados en Referencias de pacientes de prioridad I.</p>	<p>2.1. 100% de los profesionales con habilidades y destrezas desarrolladas</p>	<p>2.1. Total de profesionales entrenados garantizan las referencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No registro en libro de reclamaciones 	<p>Mensual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotejo del libro reclamaciones.
<p>Objetivo específico 3</p> <p>3. Oportuno trámite documentario y accesibilidad en la admisión de los pacientes a institutos especializados.</p>	<p>3.1 15 referencias documentados tramitados y admitidos para ser referidos.</p>	<p>3.1 100% documentos correctamente llenados para referencia de los pacientes.</p>	<p>3.1. N° de documentos correctamente llenados sobre documentos incompletos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Pacientes, en espera por documentos no tramitados 	<p>Mensual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de pacientes en espera.

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIAS	RECOJO DE LA INFORMACIÓN
Objetivo Específico 1 1. Mejorar la socialización, de las normas técnicas a los responsables.	Acciones del Objetivo 1 1.a Talleres de capacitación sobre las normas técnicas al personal responsable.	1.a.03 capacitaciones Dirigidas a 30 personas.	1.a .100% capacitaciones en forma satisfactoria.	1.a N° de capacitaciones desarrolladas	1.a Registros de asistencia a los talleres de capacitación	Trimestral	Registros de la Unidad de capacitación
	1.b Pasantías y actualización del personal responsables en referencia.	1b .15 personas responsables actualizadas para realizar referencias.	1.b pasantías implementadas en referencias	1.b 80 % de pasantías ejecutadas sobre pasantías programadas	1.b Registro de constancias de pasantía.	Semestral	Constancia de instituciones donde realizaron las pasantías.
Objetivo Específico 2 2. Suficiente personal profesional entrenado en referencias de Pacientes Prioridad I.	Acciones del Objetivo 2 2.a. Seleccionar personal profesional con conocimiento Reanimación cardiopulmonar.	2.a. 20 profesionales capacitados Reanimación cardiopulmonar.	2.a 90% de profesionales con competencias en Reanimación cardiopulmonar	2.a. 90 % de profesionales, con habilidades y destrezas	2.a Registro de profesionales capacitados en referencias.	Trimestral.	Certificaciones expedidas de capacitación.

Objetivo Especifico 3 3. Oportuno trámite documentario y accesibilidad en la admisión de los pacientes a institutos especializados.	2.b.Disponibilidad de personal con conocimiento en manejo de pacientes diferentes grupos atareos.	2.b 20 personas con habilidades y destrezas en manejo de pacientes de diferentes edades.	2.b. 100 % del personal con conocimientos desarrollados en manejo de pacientes de todas las edades	2.b.Reporte de la oficina de racionalización de los especialistas	2.b.Reporte de la oficina de racionalización de los especialistas	Diario	Rol de Programación de Turnos las 24 horas del día.
	Acciones del objetivo 3.a Coordinación oportuno y anticipada a los institutos especializadas.	3.a 15 coordinaciones mensuales	3.a -Número total de referencias realizadas con anticipación.	3.a. Historias clínicas, con epicrisis llenados de pacientes referidos sobre historias clínicas	3.a Historias clínicas, con epicrisis llenados de pacientes referidos.	Diario	Registro de salida de los pacientes referidos.
	3.b Garantizar el traslado por la ley de emergencia, por decisión de junta médica.	3.b. Programar 5 juntas médicas en según las patologías.	3.b. 50 % de juntas médicas implementadas	3.b Actas de las juntas médicas Sobre número de pacientes referidos por ley emergencia s.	3.b Actas de las juntas médicas	Diario	Actas de las juntas médicas

7.1 BENEFICIOS

➤ Beneficios de Proyecto

- Disminuirá las tasas de morbimortalidad en el Hospital “Víctor Ramos Guardia”
- Disminuirá el tiempo de permanencia en espera de ser referidos a Institutos especializados.
- Satisfacción de los familiares que acompañan al paciente,
- Mejora los indicadores de tiempo de espera de los pacientes en brindar atención según necesidad

➤ Beneficios sin proyecto

- Complicación de las patologías de los pacientes
- Incremento de las tasas de mortalidad de los pacientes de prioridad I.
- Descontento y queja de los usuarios externos por el tiempo de espera
- Denuncias penales por negligencia médica.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	HORAS MENSUALES	COSTO POR HORAS	COSTO TOTAL EN TRES AÑOS
MÉDICO	150	S/. 50.00	S/.30,240.00
ENFERMERA	150	S/. 30.00	S/. 20,000.00
TECNICO EN ENFERMERIA	150	S/. 20.00	S/. 16,000.00
CHOFER	150	S/. 15.00	S/. 12,000.00
COSTO TOTAL RECURSO HUMANO			S/. 782,400.00

8.2. RECURSOS MATERIALES

CÓDIGOS	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
SIGA	CAMA CAMILLA	10	S/.700.00	S/. 70,000.00
SIGA	ASPIRADOR	05	S/.2,000.00	S/. 10,000.00
SIGA	LAGINGOSCOPIO	05	S/.4,000.00	S/. 20,000.00
SIGA	MONITOR PALAMETRICO	03	S/. 20,000,00	S/. 60,000.00
TOTAL				S/. 160,000.00

8.3. Presupuesto aportes propios, / aportes solicitados (institución Población)

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
SIGA	SERVICIOS HONORARIOS PROFESIONALES	10	S/. 4,000.00	S/. 40,000.00
SIGA	BIENES	15	S/. 1,000.00	S/. 15,000.00
TOTAL				S/. 55,000.00

RESUMEN DE PRESUPUESTO

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS	S/. 782,400.00		S/. 782,400.00
MATERIALES	S/. 160,000.00		S/. 160,000.00
PRESUPUESTO PARA PASANTIA	S/. 15,000.00	S/. 2,000.00	S/. 17,000.00
PRESUPUESTO PARA MANTENIMIENTO	S/. 20,000.00		S/. 20,000.00
TOTAL	S/. 977,000.00	S/. 2,000.00	S/. 977,400.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Mejorar los procesos de referencia a pacientes de prioridad I a Institutos especializados

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2017		2018		
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	
1	1.a. Talleres de capacitación sobre las normas técnicas al personal responsable	04	<ul style="list-style-type: none"> Planes de capacitación, reuniones técnicas. 	S/. 10,000.00	X				<ul style="list-style-type: none"> Planes presentados
2	1.b. Pasantías y actualización del personal responsables en referencia.	10	<ul style="list-style-type: none"> Convenios 	S/. 2,000.00	X				<ul style="list-style-type: none"> Pasantías realizadas
3	2.a. Seleccionar personal profesional con conocimiento RCP.	15	<ul style="list-style-type: none"> Selección de personal 	S/.1,000.00	X				<ul style="list-style-type: none"> Personal seleccionado
4	2.b. Disponibilidad de personal con conocimiento en manejo de Pcts. diferentes grupos atareos.	15	<ul style="list-style-type: none"> Planes Capacitación. 	S/. 1,000.00		X			<ul style="list-style-type: none"> Personal con capacidades desarrolladas
5	3.a Coordinación oportuno y anticipada a los institutos especializados.	70	<ul style="list-style-type: none"> Convenios 	S/. 2,000.00		X			<ul style="list-style-type: none"> Informes presentados
6	3.b Garantizar el traslado por la ley de emergencia-decisión junta médica	100%	<ul style="list-style-type: none"> Convenios 	S/. 1,000.00		X	X		<ul style="list-style-type: none"> Juntas médicas programadas

OBJETIVO ESPECIFICO 1. Mejorar la socialización, de las normas técnicas a los responsables.

N°	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018 - 2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTO	I	II	I	II
1	1 (a) Talleres de capacitación sobre las normas técnicas al personal responsable.	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de capacitación integradas al Plan de Desarrollo de las Personas. • Adecuada socialización de las normas técnicas a los responsables. • Conocimiento de las normas de referencia. • Presentación de los informes de los cursos de capacitación. • Retroalimentación de los tópicos desarrollados. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 plan de desarrollo de las personas al año. • 4 socializaciones de la norma técnica. • Posicionamiento de los procedimientos. 	S/. 500.00	1			
2	1(b) Pasantías y actualización del personal responsables en referencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de planes de pasantías en institutos especializados. • Asistencia obligatoria a los cursos de capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización en los procedimientos de referencia. 	S/. 2000.00		X		
			<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer desarrollo de competencias. 	S/. 500.00		X	X	

OBJETIVO ESPECIFICO 2. Contar con personal profesional entrenado en referencias de Pacientes Prioridad I.

N ^a	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018 - 2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTO	I	II	I	II
1	2 (a). Seleccionar personal profesional con conocimiento RCP.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de proceso de selección de personal RCP. • Profesionales especialistas en Unidad de Cuidados Intensivos. • 6 técnicos de enfermería con conocimientos básicos de RCP. • Personal responsable con cursos de actualización en RCP. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 planes 	S/. 500.00	1	1	1	1
			<ul style="list-style-type: none"> • Estudios concluidos • 4 cursos de actualización al año. 	S/. 500.00	1	1	1	1
2	2(b) .Disponibilidad de personal con conocimiento en manejo de Pacientes diferentes grupos atareos.	<ul style="list-style-type: none"> • Roles de turnos del equipo de guardia, firmadas por las autoridades. • Planes de capacitación en RCP. En todas las edades. • Programación de retenes, del equipo de turno. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 roles 	S/. 200.00	1	1	1	1
			<ul style="list-style-type: none"> • 4 planes 	S/. 500.00	1	1	1	1

OBJETIVO ESPECIFICO 3. Garantizar el trámite documentario y accesibilidad en la admisión de los pacientes a institutos especializados.

N°	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018 - 2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTO	I	II	I	II
1	3 (a) Coordinación oportuno y anticipada con los institutos especializadas.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar camas según el perfil epidemiológico mensual. Contar con la aceptación de las referencias según las carteras de servicios. Comunicación a través de los servicios de telemática médica, Responsabilidad de los jefes de área en la coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> 12 camas disponibles 	S/. 200.00	1	1	1	1
			<ul style="list-style-type: none"> 10 mensuales 	S/.100.00	1	1	1	1
			<ul style="list-style-type: none"> 12 cursos de actualización al año. 		1			
2	3 (b) Garantizar el traslado por la ley de emergencia, por decisión de junta médica.	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el presidente del cuerpo médico para las juntas médicas no programadas. Coordinar y garantizar la admisión de los pacientes en institutos especializados. Reuniones mensuales para el monitoreo de las referencias por emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> 12 roles 	S/. 200.00	1	1	1	1
			<ul style="list-style-type: none"> 4 planes 	S/. 500.00	1	1	1	1

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS INSTITUCIONALES

El presente trabajo académico deficiente procesos de referencias de pacientes de prioridad I del Hospital “V́ctor Ramos Guardia” a institutos especializados estará a responsabilidad para su ejecución e implementación de la autora en coordinación activa con el equipo de gestión de la Unidad de Seguros y referencias de la institución para organizar, dirigir materializar los objetivos lo cual genere impacto social en los usuarios externos e internos en cumplimiento a las políticas y lineamientos de salud, para lo cual se requiere la participación del equipo multidisciplinario de gestión .

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Las coordinaciones al interno de la institución con las áreas involucradas en las referencias lo cual garantizaran el llenado y trámite de los documentos que evidencien las condiciones de referencias al mismo tiempo con las Instituciones prestadoras de Salud Especializadas de la Ciudad de Lima según las patologías de los pacientes en condiciones de referencias , con la finalidad de garantizar con quienes establecer coordinaciones para el logro del trabajo académico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Fernández M, Irigoyen A, Blanco S, Edward A, Juárez T. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Revista Brasileira Medicina Familiar Comunidad- 2016.
- 2.- MINSA, Dirección Ejecutiva De Los Servicios de Salud, Norma Técnica de Referencias y Contrarreferencias de los Establecimientos de los Ministerios de Salud, Lima, Primera Edición 2005.
- 3- Doménech D, Strozzi D, Antúnez L, Castro G, Durante R, Odella K. Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014).
- 4.- JOSÉ R. GARCÍA S. Sistema de Referencia-Contrarreferencia de pacientes, Licenciatura en Medicina y Cirugía en Sevilla (1958) y revalida en la UCV de Caracas (1960) realizando luego cursos de postgrado en Pediatría y Salud Pública.
- 5.- Talaigua M. de Publicaciones. Salud Publica, Números de libros: 32 Organización Panamericana De la Salud., Tomando control de su salud.
- 6.- Fuertes V, Tipaz A. realizaron una investigación sobre “Impacto Del Sistema De Referencia Y Contrarreferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema que acuden al centro de salud N° 1, de La ciudad

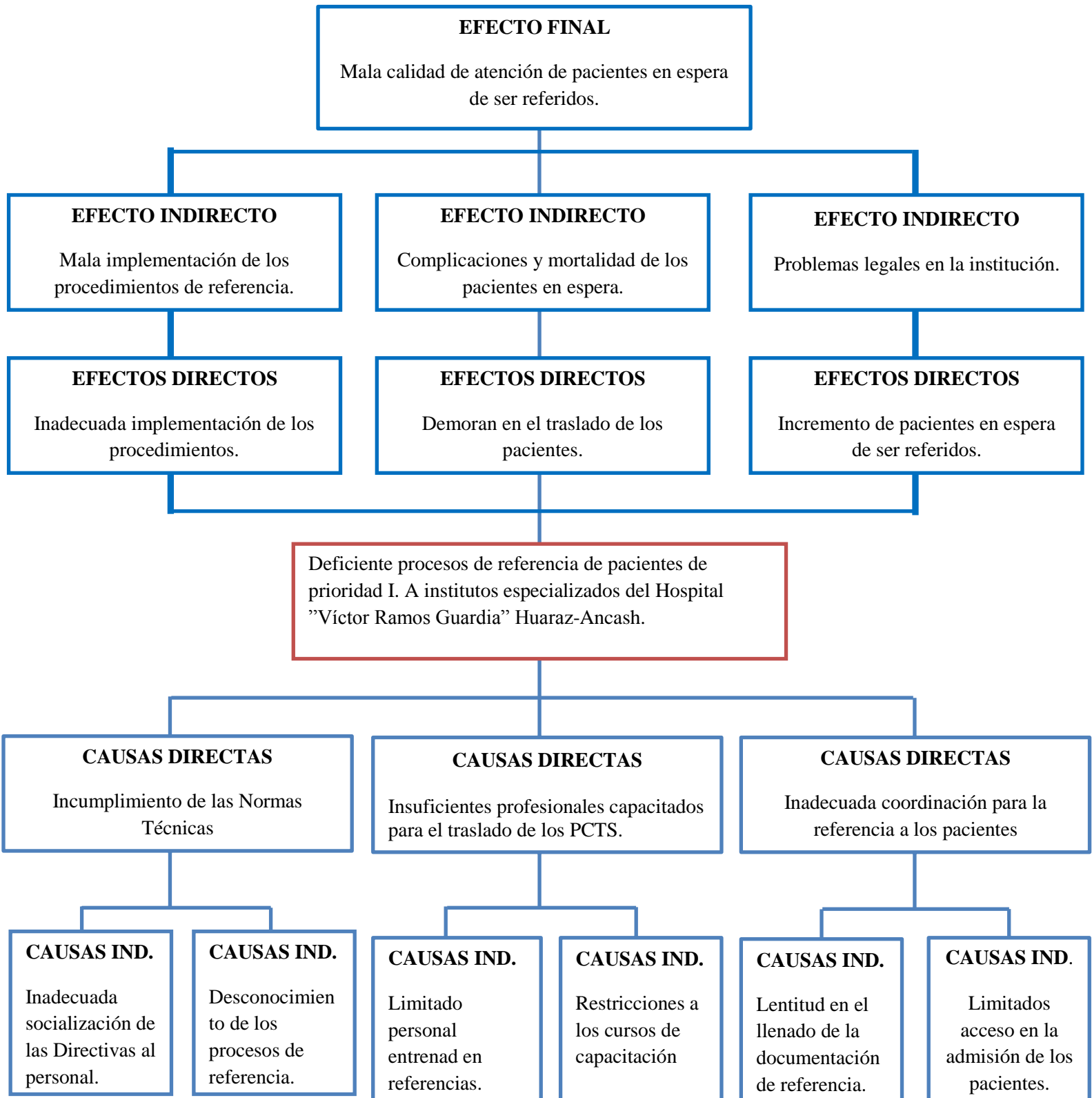
de Tulcán en el Periodo Marzo – Agosto 2014” en el Año 2014 en la Ciudad De
Tulcán – Ecuador

- 7.- Zapata R. Análisis de la Oficina de Referencia y Contrareferencia en el Centro de Atención Primaria CAP. III Metropolitana Puno ESSALUD-2015.
- 8.- MINSA, sistema de Referencias contrareferencias, Lima, 2004
- 9.- MINSA, Propuesta de Mejoramiento De Referencias y Contrareferencias, Lima 2008.
- 10.- Guglielmetti P. La Gestión De La **Capacitación** En Las Organizaciones (Citado Julio 2012.).
- 11.- MINSA, Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. “Referencia y Contrareferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 5”
- 12.- MINSA, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud, 2010.

ANEXOS

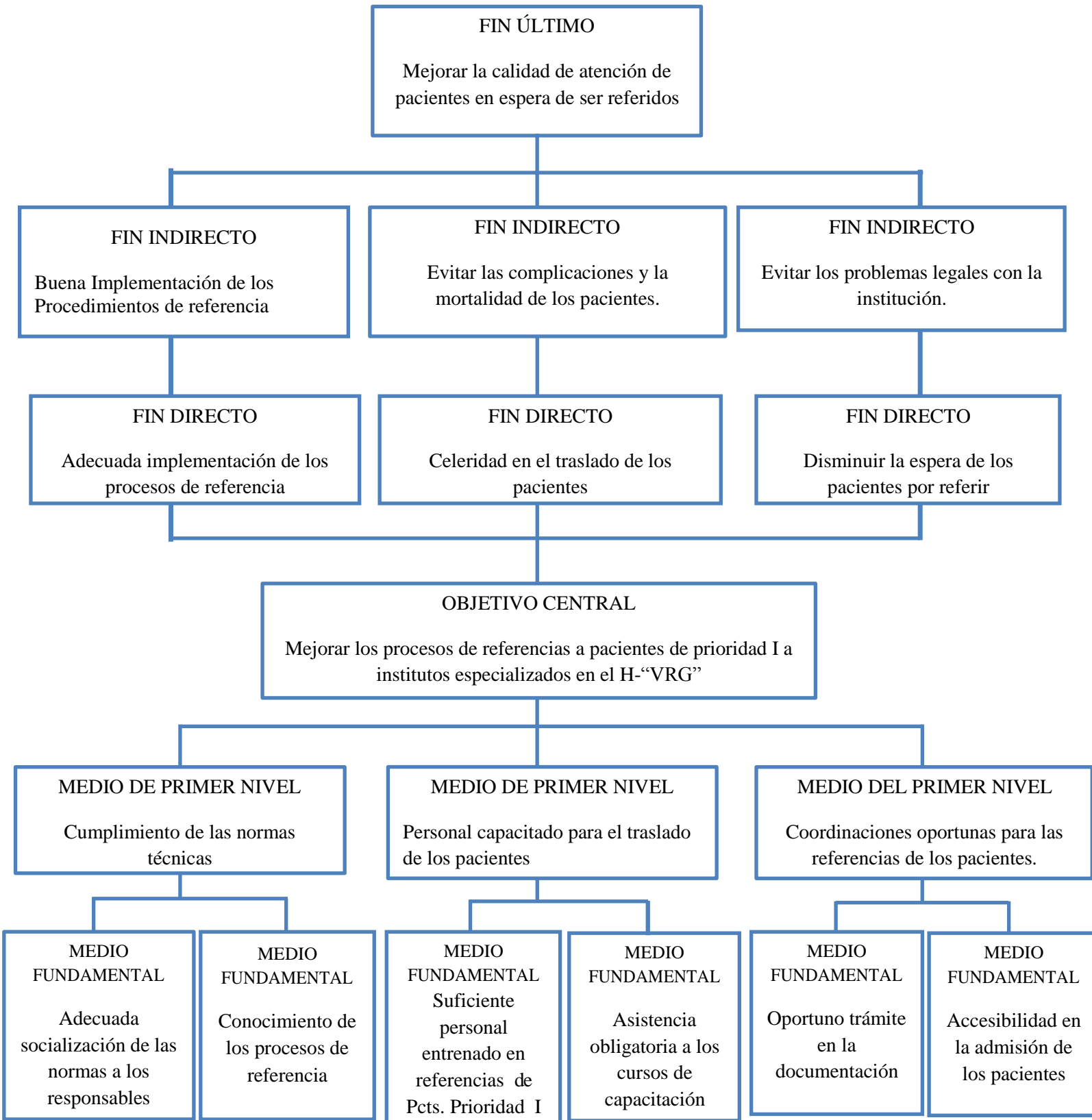
Anexo 01

ÁRBOL CAUSA - EFECTO



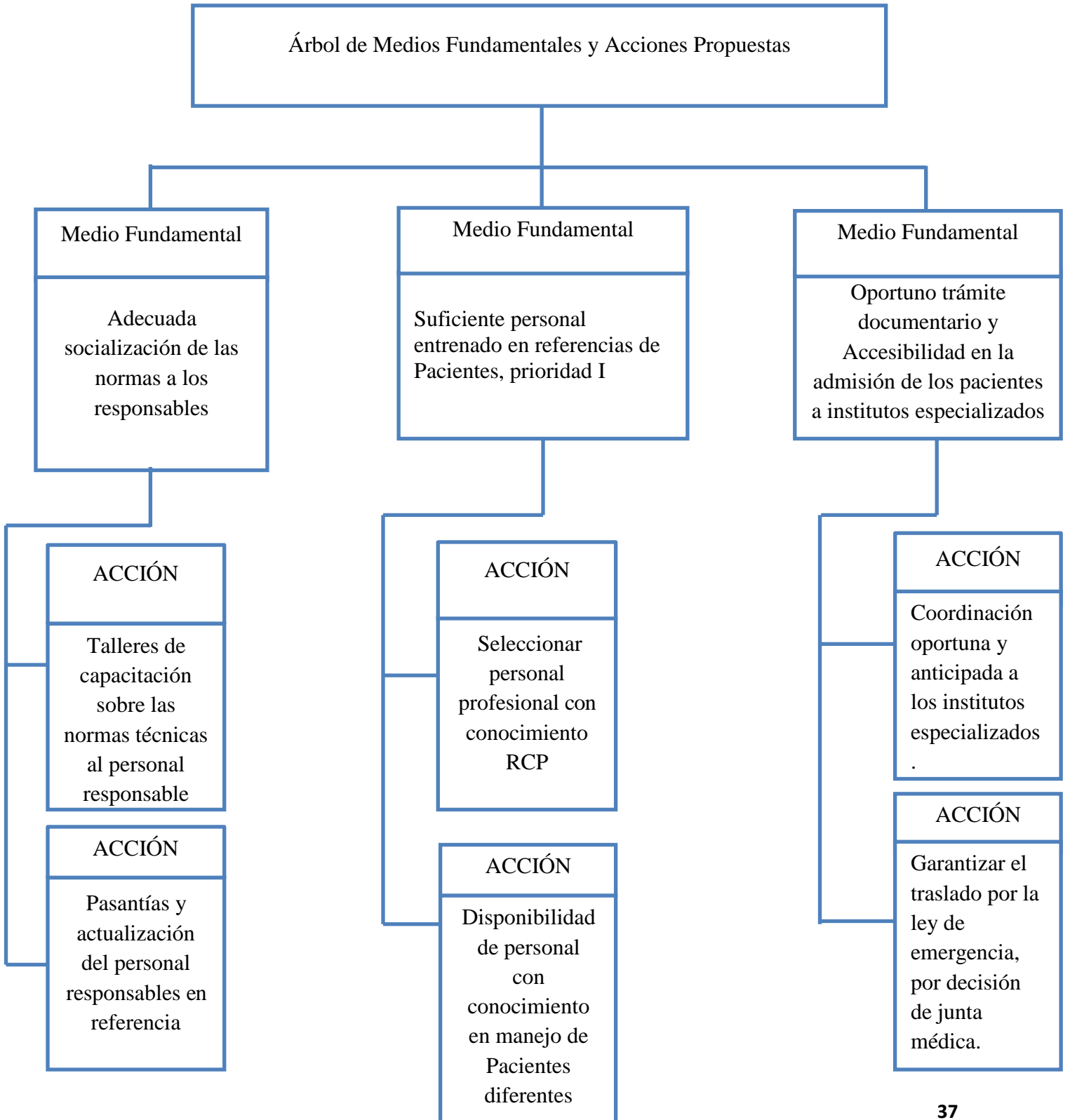
Anexo 02

ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES



Anexo 03

ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MARCO LOGICO

	RESUMEN DE OBJETIVOS	META	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN	Mejorar la calidad de atención de pacientes en espera de ser referidos.				
PROPOSITO	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar los procesos de referencias a pacientes de prioridad I a institutos especializados en el Hospital "VRG" 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir al 100% los procedimientos de referencia de los pacientes según norma técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> 70 % de guías elaboradas en relación al número de patologías según norma técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de pacientes referidos según prioridad I. Informe de referencias. 	<ul style="list-style-type: none"> La Dirección ejecutiva garantiza el cumplimiento de las normas.
COMPONENTE	<ol style="list-style-type: none"> Adecuada socialización, de las normas a los responsables. Suficiente personal profesional entrenado en referencias de Pcts. Prioridad I. Oportuno trámite documentario y accesibilidad en la admisión de los pacientes a institutos especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> El 90% de profesionales desarrollaran capacidades en los procesos de referencia. 20 profesionales serán entrenados en Referencias de pacientes de prioridad I 15 de documentos tramitados admitidos para ser referidos. 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % de profesionales con conocimientos de los procedimientos. 100% de los profesionales con habilidades y destrezas desarrolladas. 100% documentos previstos y accesibles para ser referidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de asistencia a los talleres. Videos de mesas de conversación. Resultados de exámenes de manejos de pacientes de prioridad I. Registros de pacientes referidos. H-Cl. pacientes referidos 	<ul style="list-style-type: none"> La unidad de Seguros fiscaliza los procesos de referencia. Jefe de personal, responsables de provisión de personal responsable. Contar con los recursos necesarios.

<p style="text-align: center;">ACCIONES</p>	<p>1.1. Talleres de capacitación sobre las normas técnicas al personal responsable</p> <p>1.2. Pasantías y actualización del personal responsables en referencia.</p> <p>2.1. Seleccionar personal profesional con conocimiento RCP.</p> <p>2.2. Disponibilidad de personal con conocimiento en manejo de pacientes diferentes grupos atareos.</p> <p>3.1. Coordinación oportuno y anticipada a los institutos especializadas</p> <p>3.2. Garantizar el traslado por la ley de emergencia, por decisión de junta médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 03 capacitaciones anuales con la participación de 30 personas responsables. • 15 personas programadas para las pasantías a institutos especializados. • 20 profesionales capacitados RCP. • 20 personas con habilidades y destrezas en manejo de pacientes de diferentes edades. • 15 coordinaciones mensuales con institutos. • Programar 5 juntas médicas en según las patologías. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% con el número capacitaciones en forma satisfactoria. • 80 % de pasantías ejecutadas. • 100 % con competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar). • 100 % del personal con capacidades desarrolladas en manejo de pacientes de todas las edades • Número total de referencias realizadas con anticipación. • 50 % de juntas médicas implementadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Personal acreditados con certificación en referencias. • Registro de constancias de pasantía. • Registro del personal acreditado en RCP. • Reporte de la oficina de racionalización de los especialistas. • Historias clínicas, con epicrisis llenados de pacientes referidos. • Actas de las juntas médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las aseguradas fiscalizan el cumplimiento de los procesos de referencias. • Programadas y presupuestadas en el PDP institucional. • Reclutar profesionales con especialidad en emergencias. • Todos los profesionales del hospital capacitados. • Directivas emanadas por la DIRESA, en relación a las referencias. • Cumplimiento la ley de emergencias para las referencias.
--	--	---	---	--	---

