



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN LA
ATENCION AL USUARIO EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL “EGB”.
NUEVO CHIMBOTE 2015.**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO,DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR:

Lic. MARÍA DEL PILAR CUBA HINOSTROZA

ASESORA:

Dra. Enf. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

**CHIMBOTE - PERÚ
2015**

JURADO EVALUADOR

Dra. PILAR JAVES AGUILAR
PRESIDENTA

Mgtr. FREDY MOSQUEIRA POEMAPE
SECRETARIO

Mgtr. SUSANA CABANILLAS DE LA CRUZ
MIEMBRO.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante como profesional y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfaceller en el intento.

En segundo lugar agradecer a la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, mediante el programa de especialización e emergencia y desastres, dedicada a realizar esta maravillosa especialización y darnos la oportunidad de seguir estudiando.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Enf. Sonia Avelina Girón Luciano por aceptarme para realizar este proyecto de intervención bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

A los maestros del programa de especialización, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional.

DEDICATORIA

Dios por darme la paciencia,
perseverancia y sabiduría para
culminar este proyecto.

A mi esposo, por el cariño y apoyo moral
que siempre he recibido y con el cual he
logrado culminar este gran esfuerzo.

A mis hijas, quiero expresar un
profundo Agradecimiento, quienes con
su ayuda, y comprensión me alentaron a
alcanzar esta hermosa realidad.

A mi madre, gracias por ayudarme cada
día a cruzar con firmeza el camino de la
superación, porque con su aliento hoy he
logrado uno de mis más grandes anhelos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	01
II. HOJA RESUMEN	02
2. 1. Título del Proyecto	02
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	02
2.3. Población beneficiaria	03
2.4. Institución(es) que lo presentan	03
2.5. Duración del proyecto	03
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	03
2.7. Resumen del proyecto.	04
III. JUSTIFICACION	07
IV. OBJETIVOS	22
V. METAS	23
VI. METODOLOGIA	24
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	24
6.2. Sostenibilidad del proyecto	34
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.	35
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	53
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	56
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	67
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	72

I. PRESENTACION

El presente Proyecto de Intervención denominado Mejora del tiempo de espera en la atención al usuario en el servicio de emergencia del Hospital Regional “EGB”. Nuevo Chimbote 2015, como requisito para obtener el título en la Segunda Especialidad en Enfermería, Mención en Emergencia y Desastres; surge como producto de la experiencia profesional en el servicio de emergencias

El proyecto de intervención propuesto, tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de la atención de los usuarios en el servicio de emergencia. Está estructurado según el esquema de Percy Días Bobadilla que incluye: Justificación, Objetivos, Metas e Indicadores de Evaluación, Metodología de Trabajo, Cronograma de Ejecución de Acciones, Aspectos Organizativos e Institucionales y Coordinaciones Interinstitucionales

Por último, espero que el presente proyecto contribuya al quehacer profesional de enfermería, a la realización de otros proyectos de intervención como modelo de un plan dirigido a la calidad de atención del usuario de emergencia.

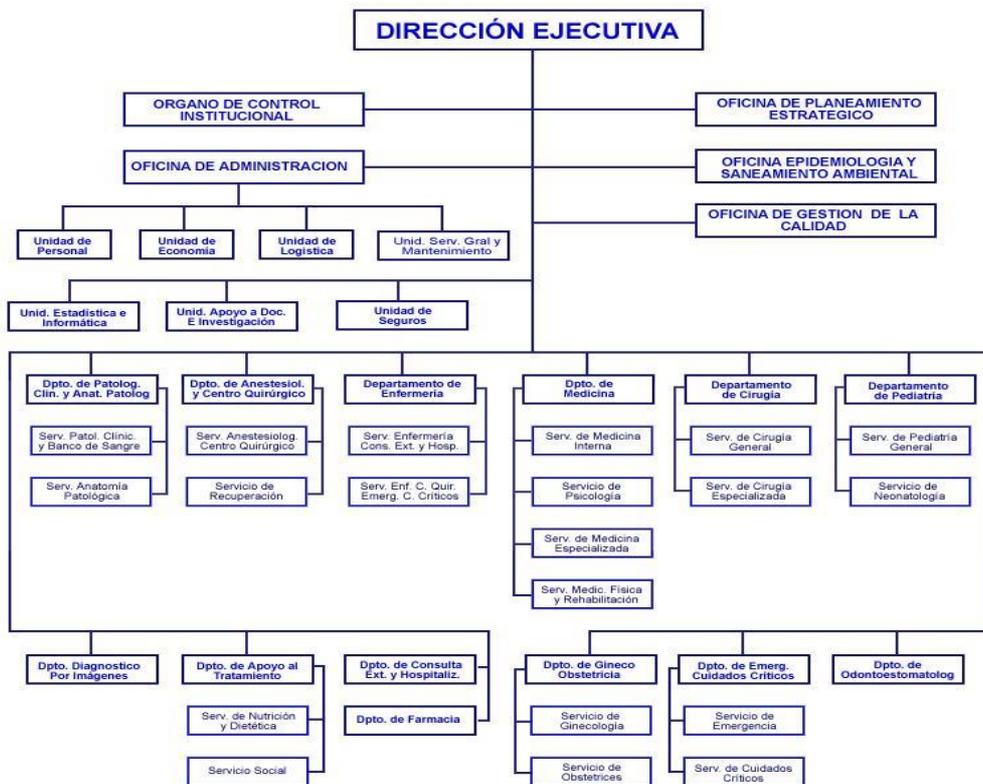
II. HOJA RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL PROYECTO:

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION AL USUARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL “EGB”.NUEVO CHIMBOTE.2015

2.2. LOCALIZACIÓN

- ❖ Hospital Eleazar Guzmán Barrón
- ❖ **Dirección:** Urb. Bellamar s/n
- ❖ **Distrito:** Nuevo Chimbote
- ❖ **Provincia:** Santa
- ❖ **Departamento:** Ancash
- ❖ **Dependencia:**



2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Beneficiarios Directos:

Ciudadanos pertenecientes al ámbito Jurisdiccional de la Red de Salud Pacífico Sur y referencias del distrito de Chimbote que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”.

Beneficiarios Indirectos

Personal de salud que labora en el servicio de emergencia, de la Jurisdiccional de la Red de Salud Pacífico Sur del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”.

2.4. INSTITUCIÓN(ES) QUE LO PRESENTAN

Programa de segunda especialización en Enfermería. Emergencia y desastres. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

Ámbito de intervención

El Servicio de Emergencia perteneciente al departamento de emergencia y cuidados críticos del hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO: 12 meses

2.6. COSTO TOTAL O APOORTE SOLICITADO: Gestión presentado al presupuesto participativo que tiene un costo de 71 400.00 soles

2.7. RESUMEN:

El presente proyecto de mejora, pretende disminuir el tiempo de espera en la atención al usuario del servicio de emergencia, dado que el HEGB es un establecimiento público del Ministerio de Salud, categorizado como nivel II-2 responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Sin embargo en las últimas décadas, la capacidad de atención se ha visto limitada en el servicio de emergencia por el crecimiento población de la jurisdicción, en 1975 en conformidad con Decreto Ley No 19967, se estableció el ámbito de influencia para las provincias de Santa, Casma y Huarmey, para servir a una población estimada de quinientos mil habitantes, hoy esta cifra es supera, conlleva a una mayor demanda del servicio de emergencia.

Acorde a las políticas actuales de la institución lograr la satisfacción del usuario es fundamental y en base a los lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de Calidad en el segundo Nivel, el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón pretende disminuir el tiempo de espera en el área de emergencia con la finalidad de satisfacer la demanda de atención del usuario, disminuir la carga de trabajo al servidor de la Salud,

de tal manera disminuirían las quejas debido al reflejo menor del tiempo de espera en la atención del usuario.

El Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, desde su creación guarda un antecedente importante en la mejora de la salud pública de la población de Ancash, sin embargo en los últimos años con el crecimiento poblacional y la cobertura de aseguramiento universal, la demanda de los servicios de salud aumentado año a año, lo que ha conllevado a una disminución de capacidad de atención, sumándose insuficiente recurso humano, equipamiento, por lo cual plantearon la siguiente Misión y visión:

Misión: Somos un Hospital especializado, de mediana complejidad, docente que brindamos atención medico quirúrgica integral, buscando la satisfacción de los usuarios mediante un servicio con calidad y calidez.

Visión: Al año 2016 ser el principal hospital referencial de la Región, nivel III-1, acreditado, comprometido en brindar una atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a los derechos de los usuarios.

Por lo expuesto el presente proyecto está estructurado según el esquema de Bobadilla Díaz Percy y la estructura del Sistema Nacional Inversión Pública (SNIP), utilizando como herramienta de gestión: Árbol de causa – efecto, Identificación de los medios y fines, Identificación de

soluciones, Marco lógico (metas, indicadores, medios de verificación, supuestos), De monitoreo y evaluación de proyecto.

El Proyecto está considerando como líneas de acción: La investigación, formulación y coordinación interinstitucional sobre la mejora en la atención del usuario demandante; coordinación, implementación y difusión de los procesos de atención; coordinación y cooperación institucional sobre la permanencia médica en triaje dichas líneas tienen el propósito de identificar actividades operativas que consoliden la colaboración interinstitucional, así como el impulsar acciones y medidas que coadyuven en la mejora de la calidad de la atención del usuario en el servicio de emergencia

Ante este contexto se han generado acciones o actividades operativas tales como: Garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnóstica; desarrollar una administración eficaz y eficiente en la distribución de los recursos materiales y del personal de salud; desarrollar una gestión de proceso eficiente orientado al usuario; mejorar el trato y las condiciones de atención al usuario, considerando los y por último, pero no menos importante sensibilizar y capacitar al personal médico sobre los efectos de la no permanencia médica en la institución de salud. Finalmente se espera que el presente proyecto contribuya al quehacer profesional de enfermería a la realización de otros proyectos de intervención.

III. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se han desarrollado muchas iniciativas a favor de la calidad en las instituciones del Sector Salud, con muchas limitaciones, pero también con algunos éxitos, y sobre todo con experiencias acumuladas que no deberían ser desestimadas; entre ellas podemos mencionar círculos de calidad, el impulso a la autoevaluación, la auditoría en salud, la acreditación de establecimientos de salud, la puesta en práctica de guías de práctica clínica, la preocupación por la medición de la satisfacción del usuario así como el desarrollo de proyectos de mejora y acciones para el incremento de la calidad en hospitales y establecimientos del primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud del Perú propuso impulsar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con la Resolución Ministerial RM768-2001 SA/DM, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de Salud, siendo actualizado y ampliado en la Resolución Ministerial con la RM 519-2006/ MINSa del 30 de mayo del 2006, en el cual se establecen los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles del Sistema de Gestión de la calidad en servicios de Salud, que han de servir de marco para el desarrollo de las acciones de mejora de la Calidad de atención de las entidades prestadoras de servicios de Salud del sector con eficiencia y eficacia a nivel Nacional, Regional y Local con el propósito de satisfacer a los usuarios, en el corto, mediano y largo plazo (1).

Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones

sanitarias de la población mediante la atención, reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores, el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la propia institución (2).

Por tanto, la atención en el servicio emergencias debe ser prioridad en los hospitales, dado que es un verdadero y grave problema. Los servicios de emergencias permanecen abierto las 24 horas con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de emergencia para solucionar los problemas críticos que presentan y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas. Por tanto, uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de emergencia a escala mundial es el galopante incremento de las emergencia atendidas a nivel hospitalario que podían ser valoradas y tratadas en el Área Primaria de Salud (APS) de haber acudido a ella (3).

Este fenómeno también afecta a las instituciones del sistema de salud peruano pues, la calidad de la atención y por ende el tiempo de espera también son parte de estándares de la acreditación, la cual se realiza en base a un listado de 75 estándares que evalúan 22 macro procesos (gerenciales, prestacionales y

de apoyo) con 361 criterios de evaluación y cuya certificación dura 3 años con un monitoreo anual. Lamentablemente, luego de casi veinte años de hablar de acreditación, en el Perú sólo el 28% de las instituciones prestadoras de salud públicas se han auto-evaluado (de estas sólo el 4% aprobaron) y ninguna ha podido acreditar (4) .

Contexto que difiere a nivel internacional, donde no se limitan a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias y/o emergencia sino, que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales y tienen como pilar fundamental la atención de urgencia en el nivel primario, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro sanitario salvo casos emergentes (3).

No obstante, la sobrecarga de demanda de usuarios es multifactorial y descansa en el grupo de personas que acuden espontáneamente a los hospitales sin constituir emergencia real, violando los filtros sanitarios, son emergencia sentidas por ellos pero no reales, afectando a los usuarios que si ameritan la atención.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en su informe ENSALUD (2014) presenta como como resultados más importantes sobre el servicio de emergencia a nivel nacional que de los 181 establecimientos de salud visitados, se registraron 225 salas de observación, solo 111 establecimientos de salud cuenta con más de una sala de observación, el 24,4% de salas de

observación son de la especialidad de medicina, la edad promedio de los pacientes internados en el servicio de emergencia, en el MINSA-GR es de 39 años, las FF.AA. y PNP es de 40 años, en ESSALUD es de 51 años y en clínicas es de 30 años. Sólo el 87,1% tiene un espacio físico para esperar antes de ingresar al tóxico. Así mismo del total de personas que esperan después de haber sido atendidas en triaje, el 42,3% son hombres mientras que el 57,7% son mujeres; el tiempo promedio de permanencia en una sala de observación de emergencia es de 2 días (5).

Interiano, C y Gross, G (6), en Honduras (2012), realizaron un estudio sobre el “Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas” Propusieron la implementación en el sistema de triaje para disminuir el tiempo de atención. Para el diseño de la investigación utilizaron un enfoque mixto dominante cuantitativo con un pre-experimento de un escenario pre y pos prueba. Para determinar los resultados obtenidos en la presente investigación se utilizó Excel y el software Flexsim para demostrar las áreas críticas que enlentecen el tiempo de atención. Se determinó que el sistema de triaje no influye en la reducción del tiempo total pero si en el tiempo de primera asistencia en un 56.06%. Sin embargo, no reduce significativamente el tiempo de segunda asistencia, ya que este se ve influenciado por los tiempos de laboratorio, rayos-x y espera para sala de operaciones.

Irigaray, R, Serra, P y Villagrasa, M (7), en España (2012), realizaron un estudio sobre “Evaluación y mejora de la asistencia en las urgencias médico-

quirúrgicas del Hospital de Manacor”, tuvo por objetivo mejorar el *triaje* realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Manacor, así como el registro de las actividades relacionadas que se llevan a cabo. Se realizó una evaluación del cumplimiento de estos indicadores antes y después de su inclusión en un registro informatizado. Tuvieron por resultados en una primera evaluación, el número total de incumplimientos fue de 1076 (27,96%). Tras implantar la intervención diseñada dicho número fue de 1120 (23,1%). El mayor porcentaje de incumplimientos correspondió a tres indicadores: el tiempo registro *triaje*, el número de pacientes de nivel 2 que ingresan y el tiempo de espera *triaje*-consulta médica en pacientes de nivel 3.

Se observó una mejoría en todos los indicadores, excepto 2 para el tiempo de espera *triaje*-consulta médica en pacientes nivel 4. Concluyendo que la implantación del sistema SET ha supuesto una mejora en la calidad de la atención médica en urgencias. El desarrollo de una herramienta informática ha contribuido a mejorar dicho proceso. Todo ello implica una disminución de la variabilidad en la asistencia a los pacientes.

Cedeño, T (8), en Costa Rica (2008), realizó un estudio sobre los “Tiempos de Respuesta del Laboratorio Clínico para el Servicio de Urgencias del Hospital San Rafael de Alajuela”. Tuvo por objetivo analizar los tiempos de respuesta del laboratorio, respecto a las solicitudes remitidas por el Servicio de Emergencias. Se analizaron en total 328 solicitudes médicas y se determinó el tiempo desde que ingresó la solicitud hasta que fue enviada al servicio, utilizando el Sistema

de Información del Laboratorio (SIL). Mediante los resultados del estudio, se demostró que, aunque la mayoría de los microbiólogos y la jefatura del Servicio, coinciden en que el tiempo estimado para un análisis de emergencias es de 30 minutos, esto no se cumple, por muchas razones, especialmente la que tiene que ver con el uso irracional de los análisis clínicos, por parte de los médicos tratantes, lo que provoca saturación del servicio del laboratorio.

También se determinó, que los retrasos se hacen aún mayores por problemas internos del laboratorio, otra situación que se presenta con alguna frecuencia, es la duplicidad en el número de identificación, lo que origina pérdida de exámenes y molestias del usuario, por la confusión de sus análisis. En el estudio se evidenció que la generación de los reportes oscila entre los 40 y 70 minutos y no 30 minutos, como lo indica la teoría (8).

La unidad ejecutora del Hospital Nacional Cayetano Heredia (9), en Lima **2013**, realizó un proyecto de mejora denominado “CERO COLAS” Para mejorar la satisfacción del usuario atendido en la consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia” donde tuvo por objetivos 1. Mejorar el acceso para la atención en consulta externa, **2.** Mejorar el trato percibido por el usuario externo y 3. Mejorar la información y orientación del usuario externo. Los resultados obtenidos mostraron tendencia creciente hasta llegar a la meta establecida (\geq 60%) en los niveles de satisfacción del usuario externo, nivel de satisfacción por el trato recibido y por la información y orientación percibida por el usuario.

Los resultados financieros muestran un incremento en los ingresos directamente recaudados, en las atenciones médicas, el número de atenciones por exámenes de laboratorio y radiológicos en la consulta externa. Respecto a los indicadores de proceso, se muestra una tendencia decreciente en los tiempos de espera en las áreas de atención al usuario como admisión, laboratorio, farmacia y servicio de radiología hasta llegar a la meta esperada (≤ 10 minutos). El tiempo de espera por el médico mostró una tendencia decreciente sin llegar a la meta esperada. Respecto a la disponibilidad de programación para que el usuario acceda con facilidad a una cita se muestra un incremento progresivo hasta llegar a la meta esperada. Respecto a la disponibilidad de historias clínicas para la atención de los usuarios en la consulta externa se observa un incremento progresivo sin llegar a la meta esperada (9).

Medina S y González A (10). En Lima 2010, realizaron un estudio denominado “Reducir tiempos de espera de pacientes en el departamento de emergencias de un hospital utilizando simulación” el cual tuvo por objetivo reducir los tiempos de espera de los pacientes al menos en 30% durante su estancia en el área de obstetricia-ginecología del departamento de emergencias. Para lo cual desarrollaron un modelo de simulación discreta del departamento de Obstetricia-Ginecología de emergencias de un hospital público de la región.

Se utilizó el software Arena de Rockwell Automation para analizar el flujo de pacientes, identificar los cuellos de botella y proponer mejoras que reduzcan los tiempos de espera de los pacientes durante su estancia. El modelo de

simulación cubrió desde la llegada del paciente al módulo de información hasta la salida del área de recuperación. Se utilizó la evaluación de escenarios para determinar las propuestas de mejora obteniéndose una reducción de un 76% en tiempos de espera total (10).

Segundo C (11). En Lima 2010, realizó un estudio sobre la “Calidad de atención y mejora continua en el tópico de ginecoobstetricia del Departamento de Emergencia de un Hospital Nacional Cayetano Heredia, tuvo por objetivo; determinar la calidad de atención y desarrollar un proyecto de mejora continua de la calidad en el tópico de ginecoobstetricia de un departamento de emergencia. Diseño: Estudio descriptivo, los participantes estuvieron constituidas por las usuarias externas del tópico de ginecoobstetricia. Se diseñó un plan de mejora continua de la calidad a nivel del problema actitudinal de la relación médico-paciente, así, como en la forma de presentarse, de la información acerca del examen clínico y sobre la información de los resultados de los mismos.

Los resultados del plan de mejora continua tuvo lugar en los meses julio, agosto y noviembre de 2008, el 50% del personal se identificó, se presentó adecuadamente verbalmente durante la atención; sobre el objetivo de mejorar en 90% la información sobre el examen clínico, explicaron el examen a efectuar en 21 (70%), 9 (30%) 12 (60%), respectivamente. En el objetivo de mejorar en 90% la información sobre los resultados del examen clínico, lo hicieron 24(80%), 12(40%) y 12 (60%), respectivamente. Por lo que concluyó que las actividades

de mejora continua promovieron un cambio de actitud del usuario interno, mejoraron la información que se brinda en la atención de las pacientes en el tópico de Ginecoobstetricia (11).

Ante la revisión bibliográfica, es necesario recalcar que, el tiempo de espera es un indicador de la calidad de la atención por tanto es necesario mencionarlo así como la satisfacción laboral del usuario, dado que es una de las metas del plan de mejora.

Por tanto, la calidad de los servicios de urgencias requiere una atención especial. El servicio prestado a los pacientes está directamente relacionado con su estado emocional, así aspectos como la accesibilidad, amabilidad y especialmente la mejora de su estado de salud son aspectos extremadamente importantes de la calidad del servicio. Niedz B, (12). Afirma que un servicio de salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo de urgencias. Así, se debe apostar por una gestión del servicio centrada en la calidad, orientada a la participación y al bienestar del paciente, evitando los riesgos clínicos y difundiendo una cultura de seguridad, en el contexto de una mejora de la práctica clínica (13).

Es por ello que Fornell C (14). Clarifica la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en

experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas.

Pero, además de calidad y satisfacción, suelen considerarse como principales antecedentes del concepto fidelidad la imagen del proveedor de servicios y la confianza del cliente. Por su parte, la confianza es entendida como un estímulo a la utilización de los servicios por parte de los usuarios, una vez que se ha establecido la relación con el usuario y a través de esa confianza se obtiene una calidad elevada en las interacciones entre los usuarios y los servidores de salud de la institución (15).

El concepto de calidad percibida supone trasladar la valoración de la calidad del servicio desde criterios objetivos hasta criterios subjetivos, lo cual hace que en la calidad del servicio de un servicio de urgencias deban tenerse en cuenta dos aspectos: a) la calidad técnica (es el resultado, y se refiere a lo que recibe el cliente), y b) la calidad funcional (relacionada con el proceso, es decir, cómo lo recibe). Estas dos dimensiones básicas pueden estar condicionadas por la imagen corporativa y/o local del servicio, que puede influir en la calidad percibida, ya que, por ejemplo, si el servicio de urgencias tiene una imagen favorable probablemente se le perdonarán los errores menores, si bien si dichos errores se producen con frecuencia su imagen se deteriorará, y puede pasar a una situación en que cualquier error tendrá un efecto mayor de lo que sería de otra manera (16)

Para Donabedian, considerado padre de la Calidad de la Atención en Salud, propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera:” La obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del usuario así mismo las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes”, la calidad de atención se fundamenta en la relación de un diagnóstico adecuado para cada usuario, en la administración de un tratamiento idóneo para restablecer la salud (17,18).

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (19). Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios (18).

Florence Nightingale fue la pionera en introducir el concepto de calidad en el cuidado del enfermo quien postuló que las “Leyes de la enfermedad pueden

ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales” (20).

Para el usuario, un cuidado de calidad incluye tener información, acceso a un sistema de provisión de servicios sin importar su situación económica, status social, creencia religiosa, estado civil o característica que los haga parte de un grupo determinado, tener derecho a decidir de manera autónoma e informada, tener privacidad en el cuidado, derecho a la confidencialidad, a un trato digno (cortés, considerado, respetuoso), a instalaciones adecuadas, a tener continuidad en el cuidado, a opinar y sugerir cambios o mejoras (21).

Todo este interés, deriva del compromiso gubernamental establecido en 1978 en Alma Ata, bajo el propósito de lograr la meta Salud para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000, cualquier país aspira a una cobertura de servicios de salud básicos para 100 % de la población (22). La cobertura de servicios, matizada por la accesibilidad (condición de la población para usar o ser atendido por los servicios de salud). puede ser económica, geográfica, cultural y organizacional; promoviendo la accesibilidad es como las instituciones propiciarán la utilización de sus servicios (23).

Desde esta perspectiva, el tiempo de espera para recibir consulta constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y, según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia

de la opinión del usuario (24).

El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del prestador y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios. Algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado (2).

Las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio. Sin embargo, cabe señalar que el profesional que atiende en primera orden en el servicio de emergencia, es el profesional de enfermería, que ante un contexto de estrés e incertidumbre, es quien interacción y brinda el cuidado.

Por tanto la calidad del cuidado de enfermería está orientada a satisfacer las necesidades en forma integral en el ser humano. La calidad puede ser apreciada en forma diferente, dependiendo de la perspectiva de quien la defina, según sus conocimientos valores y recursos. Para el personal de salud es lo idóneo y óptimo y para el usuario es satisfacer sus necesidades. Por ello la enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes (25).

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la

valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes (26).

En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones (27).

No olvidando que la interacción enfermera- paciente es uno de los aspectos más sensibles del cuidado que suelen ser determinantes en la percepción positiva o negativa de la calidad de atención de Enfermería en la hospitalización, así mismo la percepción de los servicios de salud se evidencia en la importancia de ciertos factores como: el tiempo de espera, trato recibido, el nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, la competencia técnica y seguimiento por parte del personal de salud (20).

Ante el análisis de la situación, han sido numerosos los problemas identificados en el proceso de atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional EGB – Nuevo Chimbote, lo que han sido analizados mediante el uso de herramientas de calidad y fue el tiempo de espera prolongado, uno de los mayores causante de la insatisfacción del usuario.

La intervención de mejora se justifica en la importancia de garantizar la oportunidad, integralidad y continuidad en el proceso de atención constituyéndose la demora en una barrera de seguridad del paciente que además repercute en las actividades laborales y personales del usuario y por ende, en la

satisfacción del usuario. Se conformara un equipo de trabajo con los actores involucrados en el proceso afectado con la finalidad de abordar el problema y las posibles soluciones en general; aquí se planteó **¿cómo mejorar el tiempo de espera en el servicio de emergencia ?**, y se optará por rediseñar el proceso actual de consulta, identificando alternativas factibles de un nuevo método de gestión que permita innovar conectando e integrando a las personas (usuarios internos/ externos) con los procesos hospitalarios (clínicos/administrativos).

Así mismo cabe recalcar que este plan pretende disminuir el tiempo de espera ya que los últimos meses, se ha elevado mucho y la demanda de pacientes ha ido en aumento, por tal motivo se pretende buscar una solución a esta debilidad reflejada en la institución. No obstante, la calidad del cuidado o atención tiene un valor importante como la salud; por tanto el personal de enfermería, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar cuidado con una actitud pro-activa. A fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad-

El propósito principal de este estudio, es mejorar la calidad de la atención de los usuarios y esclarecer el rol que ejerce el profesional de enfermería, como agente transformador social en el ámbito de cuidado a la salud de los individuos, cuya responsabilidad no sólo recae en elevar el nivel de salud sino además simultáneamente incrementar el nivel de la calidad del cuidado que se brinda al paciente.

El presente proyecto de intervención es de suma importancia porque los resultados permitirán ampliar y fortalecer los conocimientos del profesional de salud así como a la institución que oferta este servicio, se otorgará importantes aportes para el manejo de la atención y cuidado de enfermería, donde se generará líneas de acción como base para la solución del problema planteado.

Para el Hospital, el tomar en importancia la disminución del tiempo de espera permitirá reorientar sus acciones en la atención que brinda al usuario en el servicio de emergencia.

Para la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote servirán como base bibliográfica para el desarrollo de nuevos trabajos de investigación, incrementar los conocimientos referentes al tema, en docentes, estudiantes, ampliar y mejorar los contenidos en el área de enfermería.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General:

Disminuir el tiempo de espera para la atención de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, Nuevo Chimbote.2015.

4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Mejorar la capacidad resolutive en la atención del usuario demandante

- ❖ Implementar procesos de atención claramente definidos, difundidos y orientados al usuario
- ❖ Contar con permanencia medica en el servicio de emergencia permitiendo disminuir el tiempo de espera en el proceso de atención a la consulta médica.

V. METAS

- ❖ Aumenta la calidad de la atención en un 20% mayor al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto
- ❖ Reducción del tiempo de espera en un 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto
- ❖ Aumentará la capacidad resolutive en 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto
- ❖ El 75% de los Usuario conocerán claramente el proceso de atención al servicio de emergencia
- ❖ Permanencia médica en un 80% al finalizar el primer año de ejecución de proyecto.

VI. METODOLOGÍA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

A. INVESTIGACIÓN, FORMULACIÓN Y COORDINACIÓN

INSTITUCIONAL SOBRE LA MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO DEMANDANTE.

Toda estrategia o intervención debe de iniciar con una exhaustiva investigación, no se puede formular ni coordinar si no se conoce todas las aristas que pueden debilitar una estrategia institucional, por ello la investigación es la primera línea de acción el cual es el conjunto de acciones, y el resultado de las mismas, que busca metódica y formalmente explicar fenómenos, desarrollar técnicas y tecnología o proponer fórmulas para difundir mejoras y avances; se desarrolla en el ámbito institucional con el propósito de apoyar los procesos de planeación estratégica, evaluación y desarrollo institucional. Implica investigación descriptiva, estudios de tendencia evaluación de resultados, entre otros.

Luego de investigar, se procede a formular alternativas en base de los resultados obtenidos pasando a la siguiente línea de acción la **formulación** consiste en aclarar lo que pretendemos conseguir y cómo nos proponemos conseguirlo. Esta formulación se plasma en un documento de consenso donde concretamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión excelente y por ende en la mejora en la atención del usuario demandante

Luego de elaborado y formulados, para que se dé una buena implementación es necesario la línea de acción de **Coordinación institucional**, proceso a través del cual se da orden al esfuerzo institucional de las dependencias y las unidades orgánicas de gestión, el propósito primordial de esta coordinación es evitar la duplicidad de esfuerzos, transparentar y hacer más eficiente el uso de los recursos.

Dado que, para el usuario, cobra mucha importancia la percepción de la resolución del problema de salud que lo aqueja y por el cual acude a solicitar atención; la capacidad resolutive es el resultado de la atención (17).

La capacidad que tiene un establecimiento o institución de salud, para atender personas que solicitan atención, se considera como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud, que involucra accesibilidad geográfica, socio institucional este último referente a la falta de atención cuando esta es solicitada, la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos (28).

Por tanto, en un sentido amplio, es necesario investigar y formular y coordinar alternativas de solución que contribuyan a un entendimiento de tal situación y permitan intervenciones de mayor alcance. Por lo cual se plantea las siguientes actividades operativas:

ACTIVIDADES:

A.1. GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD Y DE AYUDA DIAGNOSTICA.

- ❖ Convocar a reunión con las unidades orgánicas competentes (Unidad de gestión de calidad y la oficina de planeamiento estratégico) y el departamento de emergencia y el departamento de imágenes, laboratorio y el servicio de anatomía patológica de HREGB) para realizar el diagnóstico situacional de los servicios analizar y responder al incremento de usuarios demandantes e insatisfacción de cada uno de los servicios
- ❖ Elaborar informe sobre acuerdos tomados para la formulación y programación presupuestal anual
- ❖ Revisión de los documentos de Gestión actualizados y tramitados (ROF, MOF, CAP, MAPRO, TUPA)
- ❖ Elaborar Plan de estratégico trabajo sobre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica sobre el servicio de emergencia y solicitar validación tramitaría.
- ❖ Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico basado en coordinación interinstitucional
- ❖ Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención por el médico en triaje, para laboratorio, para radiología, farmacia.
- ❖ Disminuir el sistema burocrático de las quejas y reclamos

- ❖ Estandarizar el proceso para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones al personal de salud con el fin de garantizar los derechos de los usuarios y su satisfacción
- ❖ Evaluar la capacidad resolutoria de la quejas en el servicio de emergencia.

A.2. DESARROLLAR UNA ADMINISTRACIÓN EFICAZ Y EFICIENTE EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y DEL PERSONAL DE SALUD

- ❖ Formular e implementar un plan anual de atención al usuario en horas picos o situación de emergencia y desastre.
- ❖ Convocar a reunión del equipo de salud del servicio de emergencia para la unificación criterios en procedimientos y Protocolos Clínicos de atención
- ❖ Capacitar al profesional en la aplicación sobre las Guías Clínicas/Protocolos Clínicos de atención de emergencia
- ❖ Abastecimiento y stock de kits de emergencia
- ❖ Evaluar y mejorar la distribución física de los espacios de atención al usuario demandante y a su familiar o acompañante.
- ❖ Solicitar la movilización del recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia y desastre en el servicio de emergencia.

- ❖ Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención desde el inicio de su llegada hasta su egreso y/o hospitalización o referencia.
- ❖ Planificar presupuesto para la dotación de personal de salud (Médico, Enfermería, personal técnico).

B. COORDINACIÓN, IMPLEMENTACION Y DIFUSION DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.

La línea de acción de **Coordinación institucional**, es el proceso a través del cual se suman acciones y esfuerzos de las unidades de gestión de la calidad y de los os servicios para optimizar los proceso de atención, dado que persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del proceso de atención (29).

Esta coordinación, permitirá de manera loable seguir con la lineación de acción **Implementación** es no es más que poner en funcionamiento o llevar a cabo los acuerdos tomados, es decir iniciar la concertaciones de la previa planificación.

Luego de implementado los paquetes de información de los proceso de atención al paciente, es necesario **difundirlo**, esta línea de acción es el proceso de propagación o divulgación de las actividades operativas

desarrolladas e implementadas. Dado que los pacientes tienen un conocimiento general acerca del funcionamiento del proceso de atención, especialmente en Atención Primaria, no obstante, tienen dificultades para entender el funcionamiento de la atención especializada. Además les cuesta orientarse en los centros hospitalarios, localizar los diferentes servicios, identificar a los profesionales y realizar las diversas pruebas diagnósticas. Más aun en una situación de emergencia y más si es la primera vez, donde una persona se encuentra vulnerable y acude para que le brinden atención.

Sumado a esto, que en ocasiones el personal de salud les brinda Información fragmentada, utilizan lenguaje técnico, todo ello conlleva a que surjan barreras entre el paciente y la institución de salud. No obstante el **respeto al usuario, es valorar su cultura y condiciones individuales, brindar un información completa**, oportuna, entendible que permita a las personas tomar decisiones sobre su salud estos alcances son atributos de los estándares de calidad de las instituciones de salud.

Por tanto es importante que el departamento de emergencia coordine e implemente estrategias de difusión sobre los procesos de atención del servicio de emergencia, permitiendo de esta manera un mejor acceso y orientación al servicio. A continuación se presentan las siguientes actividades operativas:

ACTIVIDADES:

B.1. DESARROLLAR UNA GESTIÓN DE PROCESO EFICIENTE ORIENTADO AL USUARIO

- ❖ Convocar a reunión con el comité de gestión y el departamento de emergencia para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre la información y orientación del proceso de atención.
- ❖ Capacitación de sensibilización sobre el proceso de atención
- ❖ Formular e implementar normativa de proceso de atención y un plan anual de orientación a la atención al usuario en el servicio y solicitar validación administrativa.
- ❖ Elaborar documento sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación a Dirección
- ❖ Desarrollar e implementar paquetes de información (fluxograma geográfico y diagrama de operaciones, señalización para el desplazamiento del paciente, etc.)
- ❖ Dotación de personal técnico para la orientación e información del paciente sobre los procesos de atención
- ❖ Aplicación de Encuestas de percepción sobre la difusión y orientación del proceso de atención de emergencia al usuario demandante

**B.2 MEJORAR EL TRATO Y LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN
AL USUARIO, CONSIDERANDO LOS ATRIBUTOS DE
CALIDAD Y CALIDEZ**

- ❖ Convocar a reunión con el equipo de salud de emergencia sobre el trato y las condiciones de atención al usuario
- ❖ Evaluar e identificar las barreras que impiden brindar un trato digno de calidad y calidez
- ❖ Formular e implementar planes de trabajo en mejora de trato y las condiciones del usuario y en orientación a la atención del servicio
- ❖ Desarrollar capacitaciones sobre competencias del talento humano para el desarrollo individual y organizacional
- ❖ Evaluar el clima organizacional del equipo de salud de emergencia
- ❖ Evaluar la satisfacción del usuario según percepción de atención brindada en el servicio de emergencia
- ❖ Evaluar y monitorias los acuerdos de las reuniones y los objetivos de los planes de trabajo.

C. COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN INSTITUCIONAL SOBRE LA PERMANENCIA MEDICA EN TRIAJE

La **coordinación institucional** prevé que cada uno de las unidades de gestión y unidades orgánicas correspondientes, lleve a cabo las actividades que corresponden a su marco de responsabilidad, y se comunique e interactúe con los demás niveles y grupos, es decir, globalizar las coordinadoras sectoriales y éstas con los grupos de las subunidades.

Así mismo la **cooperación institucional**, es el acuerdo por medio del cual dos o más unidades orgánicas deciden unir esfuerzos procurando un propósito común.

Desde un enfoque deductivo, el término “cooperación”, está inscrito dentro de lo que se concibe como cooperación interinstitucional, es decir, es un concepto que comprende las diferentes modalidades de ayuda entre instituciones, entidades similares e incluso apoyo estatal e internacional.

Por tanto, el objetivo es contar con los recursos necesarios para consolidar y optimizar al máximo los recursos existentes. Se requiere de la cooperación de las unidades de gestión, así como del cumplimiento y fiscalización del recurso humano, por tanto es necesario fortalecer la oportunidad de la atención favoreciendo la satisfacción de los usuarios y mejorar la imagen institucional del servicio y del hospital (30).

Dado que, los usuarios llegan a una atención con cierta expectativa, buscando satisfacer sus necesidades mediante el servicio que se les brinda

que incluye una buena atención y un buen trato. Sobre todo cuando se trata de instituciones públicas, por tanto lo que más incómoda al paciente es primero las largas colas o el tiempo que tienen que esperar para que sean atendidos por el personal médico, más aun es de conocimiento que el promedio de espera va desde 30 minutos hasta 2 a 3 o más horas, por tanto la coordinación y cooperación institucional de las unidades de gestión y de más servicios se salud favorecen permitirán que se cumpla con los acuerdos tomados según su responsabilidad institucional (10).

Por tal situación a continuación presentamos una serie de actividades que permitan mejorar el contexto antes descrito:

ACTIVIDADES:

C.1 SENSIBILIZAR Y CAPACITAR AL PERSONAL MÉDICO SOBRE LOS EFECTOS DE LA NO PERMANECÍA MEDICA EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD

- ❖ Reunión con el comité de gestión y el cuerpo médico de HREGB para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre el retraso de la atención médica, incumpliendo con los lineamientos de calidad del hospital HREGB
- ❖ Capacitación de sensibilización sobre la permanencia medica en triaje al personal médico rotante del servicio de emergencia
- ❖ Elaborar documento sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación a Dirección

- ❖ Monitorear el cumplimiento de las actividades acordadas
- ❖ Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención de la consulta médica.
- ❖ Realizar supervisiones inopinadas
- ❖ Programar personal reten y evitar la movilización a áreas ajenas a emergencia
- ❖ Reuniones Técnicas de Evaluación de cumplimiento de actividades, acuerdo firmados.
- ❖ Planificar presupuesto para la dotación de personal médico especialista.

6.2. SOSTENIBILIDAD

La gerencia del Hospital EGB tiene la experiencia y capacidad de gestión en la organización del proyecto en su etapa de formulación e implementación, tal es así que cuenta con una oficina de planificación estratégica y una oficina de gestión de la calidad para la aprobación del proyecto generando por el equipo de salud de departamento de emergencia y la jefa de enfermería del servicio de emergencia, este último equipo de salud estará a cargo de la implementación y ejecución del problema con la finalidad de mantener este trabajo en forma sostenible a través del tiempo (31).

Durante la etapa de funcionamiento del proyecto, la responsabilidad de la Dirección recaerá en el jefe del departamento del servicio y la jefa de enfermería del servicio, quienes se harán cargo del cumplimiento de las actividades.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO

7.1.MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTOS
Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de los usuarios	Aumenta la calidad de la atención en un 20% mayor al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto					
Contribuir en la disminución del tiempo de espera para la atención de los usuarios con la ejecución del proyecto	Reducción del tiempo de espera en un 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de tiempo (minutos) de espera}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos del mismo periodo}}$	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico	Informe estadístico del tiempo de espera en emergencia	Trimestral	Hoja de medición
Mejorar la capacidad resolutiva en la atención del usuario demandante	Aumentará la capacidad resolutiva en 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas resueltas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de quejas recibidas}}$	Porcentaje de quejas resueltas por el equipo de servicio	Registro de quejas recibidas y quejas resueltas	Trimestral	Libro de reclamo
		Nº de reuniones realizadas sobre las Guías Clínicas y Protocolos Clínicos de atención	reuniones realizadas sobre las Guías Clínicas y Protocolos Clínicos de atención	Libro de actas	Trimestral	Informe /documentación
		Reuniones programadas				

		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acuerdos cumplidos}}{\text{N}^\circ \text{ de acuerdos tomados}}$	Cumplimiento de acuerdo tomadas en la reuniones del equipo de salud para la unificación de criterios y protocolos clínicos	Informe de cumplimiento Guías clínicas y protocolos actualizados	Trimestral	Informe /documentación
		Nº de Kits de emergencia en stock de			Trimestral	Informe /documentación
		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	usuarios encuestados luego de la atención en el servicio de emergencia	Informe de la encuesta SERVQUAL sobre la satisfacción del usuario		Encuesta SERVQUAL
Implementar procesos de atención claramente definidos, difundidos y orientados al usuario	El 75% de los Usuario Conocerán claramente el proceso de atención al servicio de emergencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Personal conocedor de los protocolos sobre la orientación a la atención al usuario en el servicio}}{\text{N}^\circ \text{ de Personal sensibilizado}}$	de Personal sensibilizado sobre protocolos sobre la orientación a la atención al usuario en el servicio	Informe de la encuesta de nivel de conocimiento protocolos sobre la orientación a la atención al usuario en el servicio	Anual	Encuesta
		Implementación de paquetes de información del proceso de atención	Nº de paquetes de información implementados y difundidos	Fluxograma y panel de señalización implementada	Anual	Lista de cotejo
		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios que conocen los proceso de atención}}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	usuarios encuestados sobre proceso de atención luego de la atención en el servicio	Informe de la encuesta de nivel de conocimiento sobre proceso de atención	Trimestral	Encuesta

		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$	usuarios encuestados sobre la satisfacción del servicio luego de la atención en el servicio	Informe de la encuesta SERVQUAL sobre la satisfacción del usuario	Trimestral	Encuesta
Contar con permanencia médica en el servicio permitiendo disminuir el tiempo de espera en el proceso de atención a la consulta medica	Permanencia médica en un 80% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	% de cumplimiento permanencia medica programada	cumplimiento permanencia medica programada	Informe del cumplimiento de permanencia medica	Trimestral	Informe /documentación
		% de supervisiones inopinadas	supervisiones inopinadas	Programación de turnos del servicio Informe de la supervisiones inopinadas del personal medico		Informe /documentación
		Tiempo de espera para ser atendido por el medico	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención medica en el servicio de urgencias	Informe estadístico del tiempo de espera en emergencia para ser atendido por el medico		Hoja de medición de tiempo de espera
		Nº de reuniones realizada/reuniones programadas	Reuniones realizada con el comité de gestión y el cuerpo médico del HREGB	Actas de reuniones		Informe /documentación

7.2. MATRIZ DE MONITOREO

Resultados	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicador	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento
Mejorar la capacidad resolutive en la atención del usuario demandante	AO1.1.Garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica	Incremento del 30% la cobertura de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica					
	Convocar a reunión con las unidades orgánicas competentes (Unidad de gestión de calidad y la oficina de planeamiento estratégico) y el departamento de emergencia y el departamento de imágenes, laboratorio y el servicio de anatomía patológica de HREGB) para realización	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales Informe de la Identificación del 80% del diagnóstico situacional del servicio	Reuniones ejecutadas y/o realizadas	Es el número de reuniones ejecutadas o realizadas sobre el Numero de reuniones programadas	Libro de acta, Informe y/o documentación	Trimestral	Lista o hoja de registro de Reuniones

del diagnóstico situacional del servicios analizar y responder al incremento de usuarios demandantes e insatisfacción de cada uno de los servicios							
Elaborar informe sobre acuerdos tomados para la formulación y programación presupuestal anual	Aprobación del 80% de los acuerdos por unanimidad	Acuerdos cumplidos y programados	Cumplimiento de acuerdo tomadas en la reuniones para la formulación y programación presupuestal anual	Libro de acta	Trimestral	Informe /documentación	
Revisión de los documentos de Gestión actualizados y tramitados (ROF, MOF, CAP, MAPRO, TUPA)	Revisión del 100% de los documentos de gestión durante el termino anual	Revisiones concluidas y evaluadas	Numero de Revisión de los documentos de Gestión actualizados y tramitados (ROF, MOF, CAP, MAPRO, TUPA)	Documentos de gestión Libro de acta	Trimestral	Informe /documentos de Gestión actualizados y tramitados	
Elaborar Plan de estratégico trabajo sobre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda	Ejecución del 75% del Plan estratégico elaborado y tramitado al final el año.	Plan estratégico elaborado	Presentación de Plan estratégico elaborado y tramitado	Plan estratégico	Anual	Plan estratégico	

	diagnostica sobre el servicio de emergencia y presentación del plan estratégico a la oficina de planeamiento estratégico para su asesoría y aprobación						
	Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico basado en coordinación interinstitucional	Informe de evaluación y monitorización al 65% la ejecución del plan estratégico	Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico	Numero de Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico	Informe	Trimestral	Lista de evaluación y monitoreo del plan estratégico
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención por el médico en triaje, para laboratorio, para radiología, farmacia.	Disminución del 80% del tiempo de espera	Tiempo de espera	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico	Informe	Trimestral	Hoja de medición
	Disminuir el sistema burocrático de las quejas y reclamos	Disminución del 75% del sistema burocrático de las quejas y reclamos	Disminución del sistema burocrático de las	Informe de disminución del sistema burocrático de las quejas y reclamos	Informe	Trimestral	Encuestas sobre el sistema burocrático de las quejas y

			quejas y reclamos				reclamos Medición del tiempo del sistema burocrático de las quejas y
	Estandarizar el proceso para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones al personal de salud con el fin de garantizar los derechos de los usuarios y su satisfacción	Lograr estandarizar el 75% del proceso de atención	el proceso para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones Estandarizados	Numero de planes estandarizados para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones	Planes estandarizados	Anual	Formato de estandarización de los planes de atención
	Evaluar la capacidad resolutoria de la quejas en el servicio de emergencia	75% de quejas resueltas	# de quejas resueltas	Porcentaje de quejas resueltas por el equipo de servicio	Informe	Trimestral	Libro de Reclamo
	AO.1.2.Desarrollar una administración eficaz y eficiente en la distribución de los recursos materiales y del personal de salud	Incremento del 80% de eficacia y eficiencia de RRHH y materiales					

Formular e implementar un plan anual de atención al usuario en horas picos o situación de emergencia y desastre.	Elaboración e implementación de plan anual de atención al usuario tramitado y validado	Plan anual formulado e implementado	Presentación de Plan Anual de atención al usuario en horas picos o situación de emergencia y desastre elaborado y tramitado	Documentación	Anual	Formato y/o protocolo para plan anual de atención al usuario en horas picos o situación de emergencia y desastre.
Reunión del equipo de salud para la unificación criterios en procedimientos y Protocolos Clínicos de atención	Unificación criterios en procedimientos y Protocolos Clínicos de atención	Reuniones ejecutadas y/o realizadas	Es el Numero de reuniones ejecutadas o realizadas sobre el Numero de reuniones programadas	Libro de acta	C/ 6 meses	Informe /documentación Protocolos Clínicos de atención
Capacitar al profesional en la aplicación de las Guías Clínicas/Protocolos Clínicos de atención en emergencia	80% de capacitaciones efectivas sobre las guías y protocolos de atención en emergencia	Numero de capacitaciones efectivas	Numero de capacitaciones efectivas sobre las guías y protocolos de atención en emergencia	Hoja de registro de asistencia Guías y Protocolos de atención	Trimestral	Plan de trabajo de capacitación Lista de asistencia
Abastecimiento y stock de kits de emergencia	80% de kits implementado en el servicio de emergencia	Numero de kits en stock	Numero de kits de emergencia en stock	Kits de Emergencia/documentación	Trimestral	Lista de registro de kits de emergencia
Evaluar y mejorar la distribución física de los	El 65% de la inmobiliaria y espacio físicos	Numero de inmobiliarios	Numero de inmobiliarios	Inmobiliaria	Trimestral	Lista de registro de inmuebles.

	espacios de atención al usuario demandante y a su familiar o acompañante.	mejor distribuidos					
	Solicitar la movilización del recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia y desastre en el servicio de emergencia.	El 80% de los jefes de sección de hospitalización acepten y brinden el RRHH en horas picos en emergencia	Documentación de aprobación de movilización del recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia	Numero de documentos sobre movilización del recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia	Documentación	Trimestral	Documentación Memorándum
	Movilizar recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia y desastre.	Disposición del 10% del RRHH de los servicios de hospitalización movilizados en horas picos en emergencia	# de disposiciones de personal de salud	# de disposiciones de personal de salud	Informe y/o Documentación Programación mensual de personal	Trimestral	Lista de Programación mensual de personal
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención desde el inicio de su llegada hasta su egreso Y/o hospitalización o	Disminución del 80% del tiempo de espera desde el inicio de su llegada hasta su egreso Y/o hospitalización o	Tiempo de espera en minutos	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias	Informe y/o Documentación	Trimestral	Hoja de medición

	referencia.	referencia.		y el inicio de esta por el egreso del hospital /o hospitalización o referencia.			
	Planificar presupuesto para la dotación de personal de salud(Enfermería, personal técnico)	75% de disposición de presupuesto para dotación del personal	Dotación de personal	Número de personal dotado y presupuestado	Informe y/o Documentación	Anual	Hoja de dotación de personal

Resultados	Actividades	Metas	Indicador	Definición del indicador	Fuentes de verificación	Frecuencia	Instrumento
Implementar procesos de atención claramente definidos, difundidos y orientados al usuario	AO 2.1.Desarrollar una gestión de proceso eficiente orientado al usuario	75% de eficiencia en la gestión del proceso de atención orientado al usuario					
	Reunión con el comité de gestión y el departamento de emergencia para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre la información y orientación del proceso de atención.	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Reuniones ejecutadas y/o realizadas	Es el número de reuniones ejecutadas o realizadas sobre el Numero de reuniones programadas	Libro de acta Informe y/o Documentación	Trimestral	Lista o hoja de registro de Reuniones
	Capacitación de sensibilización sobre el proceso de atención	Participación del 80% del personal de salud del servicio	Personal salud capacitado	Número de personal capacitado	Hoja de registro de asistencia e Informe y/o Documentación	C/ 6 meses	Lista de asistencia de capacitaciones ejecutadas
	Formular e implementar normativa de proceso de atención y un plan anual de orientación a la atención al usuario en el servicio, solicitando validación	Documentos elaborados y tramitados	Documentos formulados e implementados	Numero de documentos formulado e implementados	Informe y/o Documentación	Anual	Hoja de registro de documentos formulado y tramitado

	administrativa						
	Elaborar documento sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación administrativa	Documentos elaborados y tramitados	Acuerdos cumplidos y programados	Cumplimiento de acuerdo tomadas en la reuniones para la formulación y programación presupuestal anual	Libro de acta Informe y/o Documentación	Anual	Informe /documentación
	Desarrollar e implementar paquetes de información (Fluxograma geográfico y diagrama de operaciones, señalización para el desplazamiento del paciente etc.)	Paquetes de información implementados y difundidos	Nivel de conocimiento de los usuarios sobre los paquetes de información	Informe del nivel de conocimiento de los usuarios sobre los paquetes de información	Panel de señalización	Anual	Encuestas
	Dotación de personal técnico para la orientación e información del paciente sobre los procesos de atención	Contar con un personal técnico para la orientación e información del paciente sobre los procesos de atención al finalizar el proyecto	Dotación de Personal técnico para la orientación e información de los procesos de atención	Número de personal dotado y presupuestad	Personal técnico de asistencia Informe y/o Documentación	Anual	Hoja de dotación de personal

	Aplicación de Encuestas de percepción sobre la difusión y orientación del proceso de atención de emergencia al usuario demandante	Informe de medición de las encuestas aplicadas	Nivel de percepción de la difusión y orientación del proceso de atención de emergencia al usuario demandante	Informe de la percepción de la difusión y orientación del proceso de atención de emergencia	Informe y/o Documentación	Trimestral	Encuesta
	AO 2.2.Mejorar el trato y las condiciones de atención al usuario, considerando los atributos de calidad y calidez	85% de usuarios demandantes satisfechos con el trato y las condiciones de atención					
	Convocar a reunión con el equipo de salud de emergencia sobre el trato y las condiciones de atención al usuario	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Reuniones ejecutadas y/o realizadas	Es el número de reuniones ejecutadas o realizadas sobre el Numero de reuniones programadas	Libro de acta Informe y/o Documentación	Trimestral	Lista o hoja de registro de Reuniones
	Evaluar e identificar las barreras que impiden brindar un trato digno de calidad y calidez	Informe de identificación sobre las barreras de acceso a un servicio digno.	Informes elaborados Implementados	Numero de Informes elaborados Implementados	Libro de acta Informe y/o Documentación	Anual	Hoja de registro de documentos elaborados e implementados
	Formular e implementar planes de trabajo en mejora de trato y las	Planes de trabajo elaborados y tramitados	Planes formulados e implementados	Presentación de Plan de trabajo en mejora de	Documentación	C/6 meses	Formato y/o protocolo para plan de trabajo en

	condiciones del usuario y en orientación a la atención del servicio			trato y las condiciones del usuario y en orientación a la at			mejora de trato y las condiciones del usuario y en orientación a la ate
	Desarrollar capacitaciones sobre competencias del talento humano para el desarrollo individual y organizacional	80% de capacitaciones efectivas sobre competencias del talento humano	Numero de capacitaciones efectivas	Numero de capacitaciones efectivas sobre las competencias del talento humano para el desarrollo individual y organizacional	Informe de capacitaciones	C/6 meses	Plan de trabajo de capacitación Lista de asistencia
	Evaluar el clima organizacional del equipo de salud de emergencia	Informe de medición de las encuestas aplicadas	Nivel de Clima organizacional	Informe del Nivel de clima organizacional	Informe y/o Documentación	Trimestral	Encuesta de Clima Organizacional MINSA
	Evaluar la satisfacción del usuario según percepción de atención brindada en el servicio de emergencia	Informe de medición de las encuestas aplicadas	Nivel de la satisfacción del usuario externo	Informe del Nivel del satisfacción del usuario	Informe y/o Documentación	Trimestral	Encuesta
	Evaluar y monitorias acuerdos de los planes de trabajo	Informe de acuerdo tomados	Acuerdos en Actas	Numero de acuerdo tomados	Libro de actas	Trimestral	Lista de acuerdos tomados

Resultados	Actividades	Meta Anual	Indicador	Definición del indicador	Fuentes de verificación	Frecuencia	Instrumento
Contar con permanencia médica en el servicio de emergencia permitiendo disminuir el tiempo de espera en el proceso de atención a la consulta médica.	AO.3.1.Sensibilizar y capacitar al personal médico sobre los efectos de la no permanencia medica en la institución de salud	El 85% del personal médico capacitado y sensibilizado sobre los efectos de la no permanencia medica en la institución					
	Reunión con el comité de gestión y el cuerpo médico de HREGB para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre el retraso de la atención médica, incumpliendo con los lineamientos de calidad del hospital HREGB	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Reuniones ejecutadas y/o realizadas	Es el Numero de reuniones ejecutadas o realizadas sobre el Numero de reuniones programadas	Libro de actas	Trimestral	Informe /documentación sobre el retraso de la atención médica, incumpliendo con los lineamientos de calidad del hospital HREGB
	Capacitación de sensibilización sobre la permanencia medica en triaje al personal médico rotante del servicio de emergencia	Participación del 80% del personal médico invitado	Personal médico capacitado	Número de personal médico capacitado y/o sensibilizado	Hoja de registro de asistencia e Informe y/o Documentación	c/6meses	Lista de asistencia a la capacitación de la permanencia medica en triaje en el servicio de emergencia

	Elaborar documento sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación a Dirección	Documentos de acuerdos elaborados	Acuerdos en actas	Numero de acuerdos en actas	Acta	Trimestral	Hoja de registro de acuerdos
	Monitorear el cumplimiento de las actividades acordadas	Cumplimiento del 75% de actividades acordadas	Cumplimiento de las actividades acordadas	Numero de cumplimiento de las actividades acordadas	Informe y/o Documentación	Trimestral	Hoja de cotejo sobre el cumplimiento de las actividades acordadas
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención de la consulta médica.	Realizar trimestralmente mediciones del tiempo de espera de la consulta medica	Tiempo de espera para la atención de la consulta médica.	Promedio de minutos que transcurren desde que solicita la atención en el servicio de emergencias y el inicio de consulta médica	Informe y/o Documentación	Trimestral	Hoja de medición
	Realizar supervisiones inopinadas	Cumplimiento del 85% de las supervisiones inopinadas	Supervisiones inopinadas	Informe de la supervisiones inopinadas	Informe y/o Documentación	Trimestral	Acta de levantamiento de supervisión inopinada
	Programar personal reten y evitar la movilización a áreas ajenas a emergencia	85% de inmovilizaciones del personal médico y cumplimiento de personal	Atenciones médicas	Número de atenciones médicas por turno	Informe y/o Documentación	Trimestral	Hoja His

	Reuniones Técnicas de Evaluación de cumplimiento de actividades y toma de Decisiones	100% de asistencia y participación en las reuniones Técnicas	cumplimiento de actividades y toma de Decisiones	Evaluación de cumplimiento de actividades y toma de Decisiones	Libro de acta	Trimestral	Hoja de cotejo de cumplimiento de actividades y toma de Decisiones
	Planificar presupuesto para la dotación de personal médico especialista	Presupuesto de dotación de personal medico	Presupuesto para la dotación de personal médico especialista	Informe de la dotación de personal médico especialista	Informe y/o Documentación	Anual	Hoja de dotación de personal médico especialista

7.3 Beneficios

❖ **Beneficios con proyecto**

- Disminución de la tasa de morbi - mortalidad en la Jurisdicción
- Satisfacción del usuario de emergencia
- Aumento en el ingreso económico por los servicios de atención

❖ **Beneficios sin proyecto**

- ❖ Aumento de la tasa de morbi - mortalidad en la Jurisdicción
- ❖ Insatisfacción del usuario de emergencia
- ❖ Se mantiene o decrecen los ingreso económico por los servicios de atención

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. RECURSOS HUMANOS

- La autora
- Asesora
- Equipo de salud del servicio de emergencia personal de enfermería: enfermeras y técnicos de enfermería.

8.2. RECURSOS MATERIALES

8.2.1. BIENES

- Material de escritorio
- Libros
- Revistas
- Equipo de computadoras
- Televisor
- Proyector Multimedia
- Pizarra acrílica
- Mesas
- Sillas
- Trípticos
- Cd's
- Papel
- Cámara fotográfica

8.2.2. SERVICIOS

- Típeo e impresión por computadoras
- Fotocopias
- Internet
- Encuadernación
- Movilidad local

8.3.PRESUPUESTO

RECURSOS FINANCIEROS: El costo será 5310.00

CODIGO	DENOMINACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
5.3.0	SERVICIOS Honorarios Profesionales	01	1000.00	1000.00
5.3.11.20	Viáticos y Asignaciones Movilidad Local	01	1500.00	1500.00
5.3.11.30	BIENES DE CONSUMO			
	Papel Bond A4 x 80 gr	2000	18.00	36.00
	Papel Bulky			
	Plumones de pizarra	1000	25.00	25.00
	Plumones gruesos	04	3.50	14.00
	Papel sábana	04	2.50	10.00
	Cartulina de colores	50	0.50	25.00
	Cartón dúplex	50	0.50	25.00
	Folder plastificado	30	2.50	70.00
	Lapiceros	06	4.00	24.00
	Lápices	50	0.50	25.00
	Cd's	50	1.00	50.00
	Corrector	50	1.00	50.00
	Borradores	2	10.00	20.00
		4	1.50	6.00
5.3.11.39	Libros y Suscripciones Búsqueda de base de datos			300.00

5.3.11.32	SERVICIOS DE CONSULTORIA Gastos de Transporte OTROS SERVICIOS A TERCEROS: Impresión Espiralado Fotocopiado Empastado Alquiler de equipo multimedia Refrigerios	200 4 500 6 10 horas 150	0.50 2.50 0.10 20.00 40.00 3.00	200.00 400.00 100.00 10.00 50.00 120.00 400.00 450.00
5.3.0	CONSOLIDADO Servicios			1000.00
5.3.11.20	Viáticos y Asignaciones			1500.00
5.3.11.27	Servicios No Personales			400.00
5.3.11.30	Bienes de Consumo			380.00
5.2.11.39	Servicio de Búsqueda			300.00
5.3.11.32	Servicio de Consultoría Gastos de Transporte Otros Servicios a Terceros			200.00 400.00 1130.00
	TOTAL			5310.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

Objetivo Específico 1: MEJORAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO DEMANDANTE

Objetivo General	N°	Actividades	Metas	Recursos		Cronograma				Indicador
				Descripción	Costos	I	II	III	IV	
Disminuir el tiempo de espera para la atención de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón"	OE1	AO1.1. Garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnóstica	Incremento del 30% la cobertura de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnóstica							
		Convocar a reunión con las unidades orgánicas competentes (Unidad de gestión de calidad y la oficina de planeamiento estratégico) y el departamento de emergencia y el departamento de imágenes, laboratorio y el servicio de anatomía patológica de HREGB) para realización del diagnóstico situacional del servicios analizar y responder al incremento de usuarios demandantes e insatisfacción de cada uno de los servicios	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Informe de la Identificación del 80% del diagnóstico situacional del servicio	Libro de acta, Informe y/o documentación	150.00	x	x	x	x

	Elaborar informe sobre acuerdos tomados para la formulación y programación presupuestal anual	Aprobación del 80% de los acuerdos por unanimidad	Libro de acta	150.00	x	x	x	X	Acuerdos tomados y programados
	Revisión de los documentos de Gestión actualizados y tramitados (ROF, MOF, CAP, MAPRO, TUPA)	Revisión del 100% de los documentos de gestión durante el termino anual	Documentos de gestión Libro de acta	150.00	x	x	x	X	Revisiones concluidas y evaluadas
	Elaborar Plan de estratégico trabajo sobre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica sobre el servicio de emergencia y presentación del plan estratégico a la oficina de planeamiento estratégico para su asesoría y aprobación	Ejecución del 75% del Plan estratégico elaborado y tramitado al final el año.	Plan estratégico	2000.00	x				Plan estratégico elaborado
	Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico basado en coordinación interinstitucional	Informe de evaluación y monitorización al 65% la ejecución del plan estratégico	Informe	3000.00		x	x	x	Ejecución, evaluación y monitoreo del plan estratégico
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención por el médico en triaje, para laboratorio, para radiología, farmacia.	Disminución del 80% del tiempo de espera	Informe	1500.00	x	x	x	x	Tiempo de espera

	Disminuir el sistema burocrático de las quejas y reclamos	Disminución del 75% del sistema burocrático de las quejas y reclamos	Informe	3000.00	x	x	x	x	Informes
	Estandarizar el proceso para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones al personal de salud con el fin de garantizar los derechos de los usuarios y su satisfacción	Lograr estandarizar el 75% del proceso de atención	Planes estandarizados		x				el proceso para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones Estandarizados
	Evaluar la capacidad resolutive de la quejas en el servicio de emergencia	75% de quejas resueltas	Informe		x	x	x	x	# de quejas resueltas
	AO.1.2.Desarrollar una administración eficaz y eficiente en la distribución de los recursos materiales y del personal de salud	Incremento del 80% de eficacia y eficiencia de RRHH y materiales							
	Formular e implementar un plan anual de atención al usuario en horas picos o situación de emergencia y desastre.	Elaboración e implementación de plan anual de atención al usuario tramitado y validado	Documentación	2000.00	x				Plan anual formulado e implementado
	Reunión del equipo de salud para la unificación criterios en procedimientos y Protocolos Clínicos de atención	Unificación criterios en procedimientos y Protocolos Clínicos de atención	Libro de acta	150.00	x		x		Reuniones ejecutadas y/o realizadas

	Capacitar al profesional en la aplicación de las Guías Clínicas/Protocolos Clínicos de atención en emergencia	80% de capacitaciones efectivas sobre las guías y protocolos	Libro de acta Guías y Protocolos de atención	400.00	x	x	x	x	# de capacitaciones efectivas
	Abastecimiento y stock de kits de emergencia	80% de kits implementado en el servicio de emergencia	Kits de Emergencia/documentación	3000.00	x	x	x	x	# de kits en stock
	Evaluar y mejorar la distribución física de los espacios de atención al usuario demandante y a su familiar o acompañante.	El 65% de la inmobiliaria y espacio físicos mejor distribuidos	Inmobiliaria	5000.000	x	x	x	x	# de inmobiliarios
	Solicitar la movilización del recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia y desastre en el servicio de emergencia.	El 80% de los jefes de sección de hospitalización acepten y brinden el RRHH en horas picos en emergencia	Documentación	2000.00	x	x	x	x	Documentación de aprobación de solicitud
	Movilizar recurso humano disponible en horas picos o en situación de emergencia y desastre.	Disposición del 10% del RRHH de los servicios de hospitalización movilizados en horas picos en emergencia	Informe y/o Documentación	500.00	x	x	x	x	# de disposiciones de personal de salud
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención desde el inicio de su llegada hasta su egreso Y/o	Disminución del 80% del tiempo de espera desde el inicio de su llegada hasta su egreso Y/o	Informe y/o Documentación	1500.00	x	x	x	x	Tiempo de espera en minutos

	hospitalización o referencia.	hospitalización o referencia.							
	Planificar presupuesto para la dotación de personal de salud(Enfermería, personal técnico)	75% de disposición de presupuesto para dotación del personal	Informe y/o Documentación	16000.00				x	Dotación de personal
SubTotal				40500.00					

Objetivo Especifico 2: IMPLEMENTAR PROCESOS DE ATENCIÓN CLARAMENTE DEFINIDOS, DIFUNDIDOS Y ORIENTADOS AL USUARIO

Objetivo General	N°	Actividades	Metas	Recursos		Cronograma				Indicador
				Descripción	Costos	I	II	III	I V	
Disminuir el tiempo de espera para la atención de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”	OE2	AO 2.1.Desarrollar una gestión de proceso eficiente orientado al usuario	75% de eficiencia en la gestión del proceso de atención orientado al usuario							
		Reunión con el comité de gestión y el departamento de emergencia para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre la información y orientación del proceso de atención.	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Libro de acta Informe y/o Documentación	150.00	x	x	x	x	Reuniones ejecutadas y/o realizadas
		Capacitación de sensibilización sobre el proceso de atención	Participación del 80% del personal de salud del servicio	Hoja de registro de asistencia e Informe y/o Documentación	500.00	x		x		Personal salud capacitado
		Formular e implementar normativa de proceso de atención y un plan anual de orientación a la atención al usuario en el servicio, solicitando	Documentos elaborados y tramitados	Informe y/o Documentación	200.00	x				Documentos formulados e implement

validación administrativa								ados
Elaborar documento sobre los acuerdos tomados en reunión y solicitar validación administrativa	Documentos elaborados y tramitados	Libro de acta Informe y/o Documentación	200.00	x				Informes elaborados Implementados
Desarrollar e implementar paquetes de información (Fluxograma geográfico y diagrama de operaciones, señalización para el desplazamiento del paciente etc.)	Paquetes de información implementados y difundidos	Panel de señalización	500.00		x			Informe del nivel de conocimiento de los usuarios sobre los paquetes de información
Dotación de personal técnico para la orientación e información del paciente sobre los procesos de atención	Contar con un personal técnico para la orientación e información del paciente sobre los procesos de atención al finalizar el proyecto	Personal técnico de asistencia Informe y/o Documentación	12000.00				x	1 Personal técnico
Aplicación de Encuestas de percepción sobre la difusión y orientación del proceso de atención de emergencia al usuario demandante	Informe de medición de las encuestas aplicadas	Informe y/o Documentación	1500.00	x	x	x	x	# de informes de encuestas

								aplicadas	
	AO 2.2.Mejorar el trato y las condiciones de atención al usuario, considerando los atributos de calidad y calidez	85% de usuarios demandantes satisfechos con el trato y las condiciones de atención							
	Convocar a reunión con el equipo de salud de emergencia sobre el trato y las condiciones de atención al usuario	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Libro de acta Informe y/o Documentación	150.00	x	x	x	x	Reuniones ejecutadas y/o realizadas
	Evaluar e identificar las barreras que impiden brindar un trato digno de calidad y calidez	Informe de identificación sobre las barreras de acceso a un servicio digno.	Libro de acta Informe y/o Documentación	200.00	x				Informes elaborados Implementados
	Formular e implementar planes de trabajo en mejora de trato y las condiciones del usuario y en orientación a la atención del servicio	Planes de trabajo elaborados y tramitados	Documentación	2000.00	x		x		Planes formulados e implementados
	Desarrollar capacitaciones sobre competencias del talento humano para el desarrollo individual y organizacional	80% de capacitaciones efectivas sobre competencias del talento humano	Informe de capacitaciones	3000.00	x		x		# de capacitaciones efectivas
	Evaluar el clima organizacional del equipo de	Informe de	Informe y/o	1500.00	x	x	x	x	# de

	salud de emergencia	medición de las encuestas aplicadas	Documentación						informes de encuestas aplicadas
	Evaluar la satisfacción del usuario según percepción de atención brindada en el servicio de emergencia	Informe de medición de las encuestas aplicadas	Informe y/o Documentación	1500.00	x	x	x	x	# de informes de encuestas aplicadas
	Evaluar y monitorias los acuerdos de las reuniones y los objetivos de los planes de trabajo.	Informe de acuerdo tomados	Libro de actas	1500.00	x	x	x	x	# de Acuerdos en Actas
Sub Total				24900.00					

Objetivo Específico 3: CONTAR CON PERMANENCIA MÉDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PERMITIENDO DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA CONSULTA MÉDICA.

Objetivo General	N°	Actividades	Meta Anual	Recursos		Cronograma				Indicador
				Descripción	Costos	I	II	III	IV	
Disminuir el tiempo de espera para la atención de los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”	OE3	AO.3.1.Sensibilizar y capacitar al personal médico sobre los efectos de la no permanencia medica en la institución de salud	El 85% del personal médico capacitado y sensibilizado sobre los efectos de la no permanencia medica en la institución							
		Reunión con el comité de gestión y el cuerpo médico de HREGB para analizar y responder las quejas y reclamos de los usuarios de emergencia sobre el retraso de la atención médica, incumpliendo con los lineamientos de calidad del hospital HREGB	100% de asistencia y participación en las reuniones trimestrales	Libro de actas	100.00	x	x	x	x	Reuniones ejecutadas y/o realizadas
		Capacitación de sensibilización sobre la permanencia medica en triaje al personal médico rotante del servicio de emergencia	Participación del 80% del personal médico invitado	Hoja de registro de asistencia e Informe y/o Documentación	500.00	x		x		Personal médico capacitado
		Elaborar documento sobre los	Documentos de acuerdos elaborados	Acta	100.00	x	x	x	x	Acuerdos en actas

	acuerdos tomados en reunión y solicitar validación a Dirección								
	Monitorear el cumplimiento de las actividades acordadas	Cumplimiento del 75% de actividades acordadas	Informe y/o Documentación	100.00	x	x	x	x	Cumplimiento de las actividades acordadas
	Realizar mediciones de tiempo de espera para la atención de la consulta médica.	Realizar trimestralmente mediciones del tiempo de espera de la consulta médica	Informe y/o Documentación	100.00	x	x	x	x	Tiempo de espera para la atención de la consulta médica.
	Realizar supervisiones inopinadas	Cumplimiento del 85% de las supervisiones inopinadas	Informe y/o Documentación	4800.00	x	x	x	x	Informe de la supervisiones inopinadas
	Programar personal reten y evitar la movilización a áreas ajenas a emergencia	85% de inmovilizaciones del personal médico y cumplimiento de personal	Informe y/o Documentación	100.00	x	x	x	x	# de atenciones médicas
	Reuniones Técnicas de Evaluación de cumplimiento de actividades y toma de Decisiones	100% de asistencia y participación en las reuniones Técnicas	Libro de acta	100.00	x	x	x	x	Evaluación de cumplimiento de actividades y toma de Decisiones
	Planificar presupuesto para la dotación de personal médico especialista	Presupuesto de dotación de personal médico	Informe y/o Documentación	100.00				x	presupuesto para la dotación de personal médico especialista
Sub Total				6000.00					
Total				71400.00					

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONES

El Proyecto de Intervención “Mejora del tiempo de espera en la atención al usuario en el servicio de emergencia del HOSPITAL REGIONAL “EGB”. Nuevo Chimbote 2015.” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto

XI. COORDINACIÓN E INTERINSTITUCIONES

Se coordinara con el comité de gestión del hospital EGB así como con el cuerpo médico y las jefaturas de todos los servicios, para su participación y/o involucramiento con la solución de la problemática identificada.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA. Lima:2006.
2. Maldonado G, Fragoso S, Orrico S, Flores M. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. Rev Med IMSS. 2002 Noviembre; 40(5): p. 421-429.
3. Grondona F. Proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia. Trabajo para optar por el título de master en urgencias médicas ciudad de la habana. Habana: Hospital Universitario Clínico Quirúrgico; 2007.
4. Ministerio de Salud. Norma técnica de acreditación de los establecimiento de salud. [Online]. [cited 2007. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/comisiones/acreditacion/Archivos/normatividad/RM456-2007MINSA.pdf>.
5. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Encuesta Nacional de Usuarios en Salud ENSUSALUD 2014 Informe Final. Lima: SUSALUD; 2014.
6. Interiano C, Gross G. Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas. INNOVARE revista digital. 2012 Agosto;; p. 4-17.
7. Irigaray R, Serra P, Villagrasa M. Evaluación y mejora de la asistencia en las urgencias médico-quirúrgicas del Hospital de Manacor. Máster Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Baleares: Universidad de Murcia; 2012.
8. Cedeño T. Análisis de los Tiempos de Respuesta del Laboratorio Clínico para el Servicio de Urgencias del Hospital San Rafael de Alajuela. Instituto Centroamericano De Administración Pública ; 2008.
9. Unidad ejecutor Hospital Nacional Cayetano Heredia. “CERO COLAS” Para mejorar la satisfacción del usuario atendido en la consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia agosto 2012 – JUNIO 2013. Proyecto de mejora continua. Lima: Unidad ejecutora del Hospital Nacional Cayetano Heredia; 2013.

10. Medina S, González A. Reducir tiempos de espera de pacientes en el departamento de emergencias de un hospital utilizando simulación. *Industrial Data*. 2010 enero-julio; 13(1): p. 67-76.
11. Segundo C. Calidad de atención y mejora continua en el tópico de ginecoobstetricia del Departamento de Emergencia de un Hospital Nacional. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010 Abril; 56(1): p. 137-142.
12. Niedz B. Correlates of Hospitalized Patients' Perceptions of Service Quality. *Research in Nursing & Health*. 2008; 21: p. 339-349.
13. Neto Q. *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais* Lisboa: Edições Sílabo; 200.
14. Fornell C, Johnson M, Anderson E, Cha J, Bryant B. The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*. 2005 Octubre; 20. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=Fornell+C,+Johnson+MD,+Anderson+E,+Cha+J,+Bryant+B.+The+American+Customer+Satisfaction+Index:+Nature,+Purpose,+and+Findings.+Journal+of+Marketing.+2005+Octubre;+20.
15. Morgan R, Hunt S. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*. 2004; 58(3): p. 20-33.
16. Correia S, Miranda F. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2010 Enero; 16(2): p. 27-41.
17. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. *Revista calidad asistencial*. 2001; 16: p. 596.
18. Suño R, Net A. Ponencia I Jornada: La calidad de la atención. [Online].; 2000. Available from: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
19. Organización Internacional de Normalización. *Calidad: términos y definiciones*. <http://es.slideshare.net/rivajo/organizacin-internacional-de-normalizacion-9875327;>; 1989.
20. Nightingale F. *Notas sobre cuestiones que afectan a la salud, la eficiencia y la administración del hospital del ejército británico* Londres: Harrison & Sons; 1858.

21. Salmón P. Satisfacción del paciente: captación de la perspectiva de los pacientes en la valoración del cuidado Philadelphia: Edit. Mc Graw-Hill.; 2002.
22. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de atención primaria; Alma Ata. Ginebra: OMS; 1978.
23. Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
24. Donabedian A. La calidad de la atención médica México: La Prensa Médica Mexicana; 1995.
25. Vitur D, Matsuda L. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(9): p. 429-437.
26. Regis L, Porto I. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2011;; p. 334-341.
27. Organización mundial de la salud. Pacientes por la seguridad del paciente. Geneva. 2013;; p. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/.
28. Figueroa F, Valenzuela R. Capacidad resolutive y trabajo en equipo, factores de la calidad de la atención Diplomado en Salud Pública y salud Familiar Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2003.
29. Gérvas, J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Gac Sanit.. 2008; 2008(163-168.).
30. Hurtado H. Programa para asegurar la oportunidad de la atención médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2014 Marzo; 19(1): p. 122-133.
31. Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”. Plan operativo institucional. [Online].; 2013 [cited 2015 junio 5. Available from: http://hegb.gob.pe/creacion/transp_plani.php.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Socio demográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Lima : INEI, UNFPA, PNUD; 2008.

33. Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”. Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016. [Online].; 2013 [cited 2014. Available from: http://hegb.gob.pe/creacion/transp_plani.php.
34. Dirección Regional de Salud. Análisis de la situación de salud Red Pacifico Sur. Ancash: Oficina General de Epidemiología; 2012.
35. Oficina de Estadística e informática. Nuevo Chimbote: Hospital Regional EGB; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Ámbito De Influencia

El hospital regional “EGB”, tiene su radio de acción o ámbito de influencia y/o zona de referencia y contra referencia, a la Red de Salud Pacífico Sur, Unidad ejecutora, dependiente de la DIRESA Ancash. Limita por el Norte hasta el Río Lacramarca y por el Sur hasta el límite con el Departamento de Lima. Tiene una superficie territorial de 9,074.69 Km², que constituye el 25.2% de la superficie regional, y en el que viven, el 21.8% de la población de Ancash. Está conformada por dos sectores: El Sector Andino (24% del territorio) y el Sector de Costa (76% del territorio). La parte más baja de la jurisdicción, está situada en el Distrito de Culebras (Provincia de Huarney) con una altitud de 5 msnm y la parte más alta se encuentra en la capital del Distrito de Colcabamba (Provincia Huaraz) cuya altitud es 3,136 msnm. Se encuentra conformada por 19 distritos, que corresponden a 5 provincias de la Región Ancash, siendo las provincias: Santa, Casma, Huarney, Huaraz y Yungay (32) (CUADRO N°01).

Cuadro N°01

Provincias y Distritos de influencia directa en Hospital “EGB”

PROVINCIA	DISTRITOS
Santa	Nuevo Chimbote
	Samanco
	Nepeña
	Cáceres del Perú
	Moro
Casma	Casma
	Buena Vista Alta
	Comandante Noel
	Yautan
Huarney	Huarney

	Culebras
	Huayan
	Malvas
Huaraz	Huanchay
	Cochabamba
	Colcabamba
	Pariacoto
Yungay	Quillo
	Shupluy

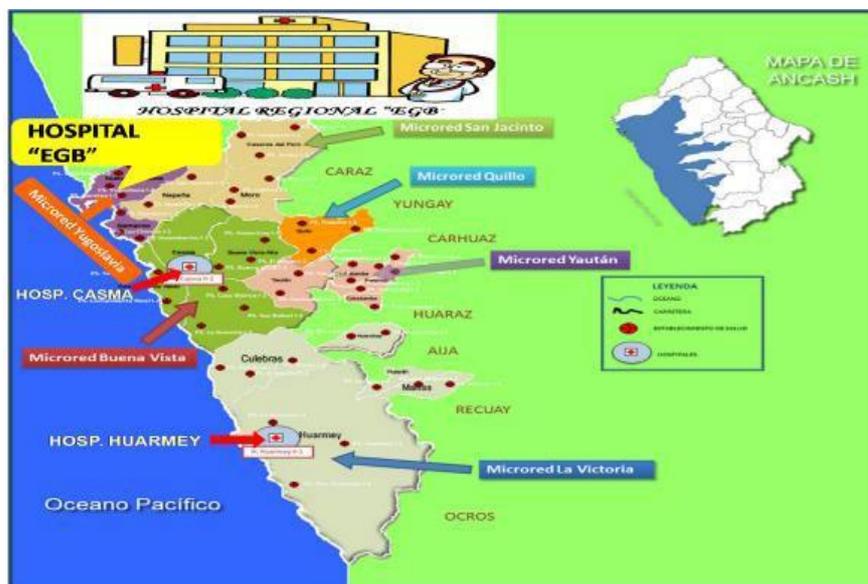
Fuente: ASIS Red Pacifico Sur- 2012

Por considerarse un Hospital de referencia regional, también se reciben pacientes referidos de otras redes de salud de la región así como frecuentemente del Hospital La caleta, hospital que se ubica en la ciudad de Chimbote, lo que hace que la población estimada para la prestación de servicios en forma directa sea de aproximadamente 500,000 y en forma Indirecta de 1'129,391 de habitantes. Igualmente se reciben pacientes de otras regiones aledañas a la región Ancash: Huánuco, Pasco, La libertad y Lima Provincias (31).

La zona de influencia directa, con la que se realiza acciones de Referencia y Contra referencia, está integrado por 49 establecimientos de salud activos, organizados en 06 Microrredes de salud y 02 hospitales que conforman la Red de Salud Pacifico Sur y son (33) (GRAFICO N°01):

- Microrred de Salud Yugoslavia
- Microrred de Salud San Jacinto
- Microrred de Salud Casma (Buena Vista)
- Microrred de Salud Yautan
- Microrred de Salud Quillo
- Microrred de Salud Huarmey (La Victoria) Hospitales
- Hospital Apoyo San Ignacio de Casma
- Hospital Apoyo Huarmey.

Grafico N° 01 Microrredes de salud como zona de influencia del hospital “EGB”



FUENTE: ASIS de la Red de Salud Pacifico Sur

Los servicios se prestan a través de tres grandes áreas: Consultorios externos, Emergencia y Hospitalización, las cuales poseen unidades de apoyo, tales como Ayuda diagnóstica por Imágenes, Laboratorio, C. Quirúrgico, Farmacia., Salud Ambiental, Seguros, etc.

Cuenta con servicios para internamiento y manejo de pacientes hospitalizados, para todos los ciclos de vida, con sala especial para la atención de parto vaginal, un servicio de Centro Quirúrgico para fines de Emergencias, tres áreas para manejo intensivo de pacientes Críticos: Shock Trauma, UCI de adultos y UCI-neonatal.

2.7.1. Evolución del crecimiento población según las atenciones

El en el siguiente grafico nos permite apreciar la evolución de la población en el distrito de Nuevo Chimbote y la Red de Salud Pacifico Sur, área de influencia para las referencias y contra referencias al Hospital Regional. El crecimiento poblacional en ambos casos, ha tenido una tendencia creciente como se aprecia durante los años 2007 y 2008, sufriendo un ligero descenso en los años siguientes, tendencia también presentada en las atenciones del Hospital. (31) (34)

Grafica N°02



2.7.2. Talento humano.

El Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, tiene una población laboral de 640 trabajadores, de los cuales el 76% son en condición de Nombrados o trabajadores de planta y el 24% en diversas modalidades de Contrato, tales como: Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Contrato en plaza fija ó servicios por terceros, como se puede apreciar en el Cuadro N°02

Cuadro N°02

TALENTO HUMANO NOMBRADOS Y CONTRATADOS EN EL HOSP. "EGB" 2012							
CARGO	D.LEG 276		PERSONAL CAS		SERVICIO DE TERCEROS	TOTAL	%
	NOMBRADO	CONTRATADO	SIS	RDR			
FUNCIONARIOS	5					5	0.78
MEDICO	6		1	1		8	1.25
MEDICOS ESPECIALISTAS	50	8	1		16	75	11.72
CIRUJANO DENTISTA		2				2	0.31
QUIMICO FARMACEUTICO	3					3	0.47
OBSTETRIZ	19		1	2		22	3.44
ENFERMERA	79	1	6	6		92	14.37
OTROS PROF. DE LA SALUD	42	2		4	1	49	7.66
PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	20	4		4	2	30	4.69
PROFESIONALES ASISTENCIALES	12					12	1.87
TECNICOS ADMINISTRATIVOS	62	6		5		73	11.41
TECNICOS ASISTENCIALES	179	16	2	18		215	33.59
AUXILIARES	8	1		43	2	54	8.44
TOTAL GENERAL	485	40	11	83	21	640	100%

FUENTE: Estadística e Informática del Hosp. "EGB" 2012

Los profesionales de la salud, representan al 42% del total de trabajadores, estando representados por los médicos, enfermeras, obstetricas, odontólogos, psicólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos, biólogos, etc. Los técnicos asistenciales constituyen el 43% del total, el personal administrativo el 14% incluido los profesionales administrativos (5% (35).

2.7.3. Atenciones por Emergencia.

Las atenciones realizadas por el servicio de Emergencia en los últimos diez años (GRAFICO N°03),indican que la tendencia de atenciones fue creciente año a año, alcanzando su máximo nivel durante el año 2009, para luego iniciar un decrecimiento en los dos últimos años. Esto origina un promedio de atención en la década pasada de 23,850 atenciones. Es necesario precisar que el Dpto. de Emergencia solo cuenta con 11 camas de reposo, distribuidas en 05 de pediatría, 03 a mujeres y 03 varones, número insuficiente para las atenciones de este servicio. Es necesario una coordinación y comunicación entre Emergencia y C. Externa para la atención en el flujo de pacientes que es deficiente.

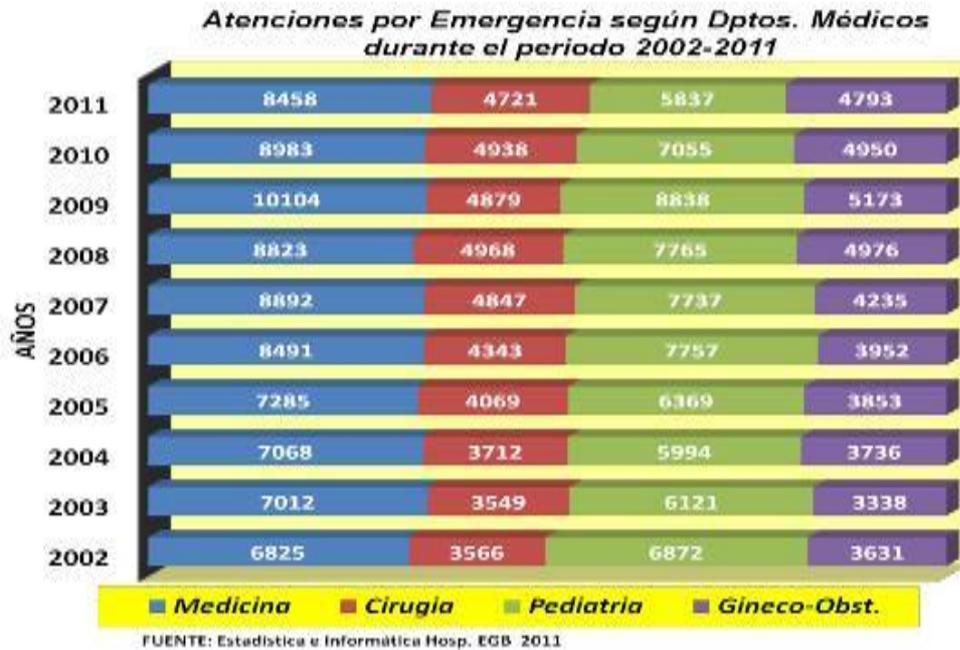
Gráfico N° 03



Con relación a las atenciones por especialidad, producida en el servicio de emergencia del hospital, la GRÁFICA N°04 es ilustrativa, donde se evidencia que la disminución de la atención en estos últimos años están relacionados a las especialidades de pediatría y medicina, ya que a nivel de ginecología y cirugía

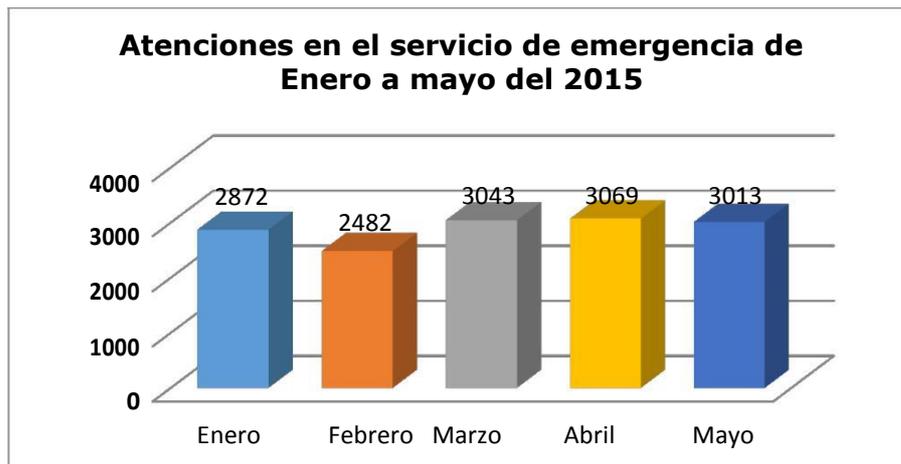
evidencian un estacionamiento en estos últimos cuatro años.

Gráfico N°04



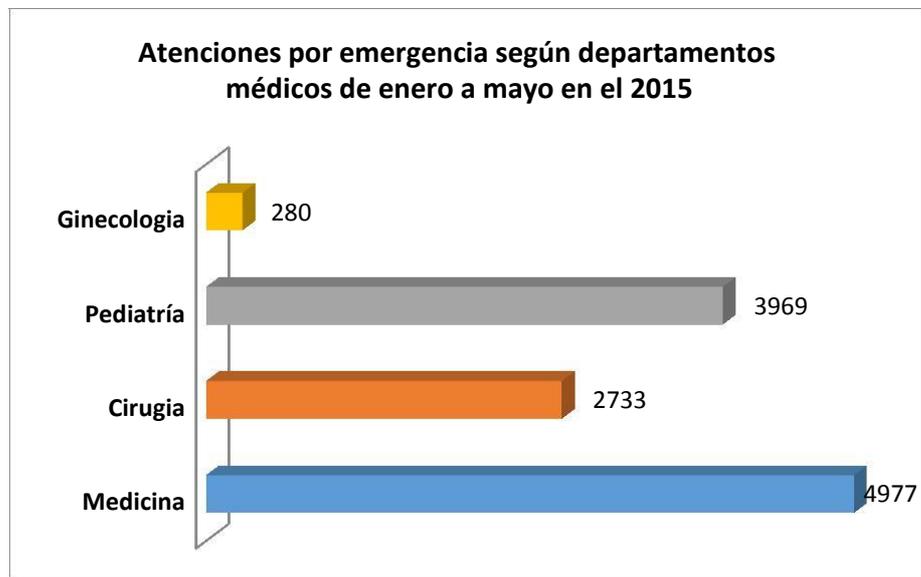
2.7.3.1. Atenciones en el servicio de emergencia de Enero a mayo 2015

Gráfico N°05



2.7.3.2. Consultorios de emergencia

Gráfico N°06



2.7.4. Insatisfacción del usuario externo

Evaluación de la satisfacción del usuario externo es el proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención. Esta valoración de la insatisfacción del usuario se ha modificado en este último año alcanzando un 67% de insatisfacción, según lo demuestra el GRAFICO N° 05, significando que la calidad de atención se encuentra en mala percepción por el usuario, siendo necesario aplicaciones de estrategias para mejorar.

Gráfico N° 05



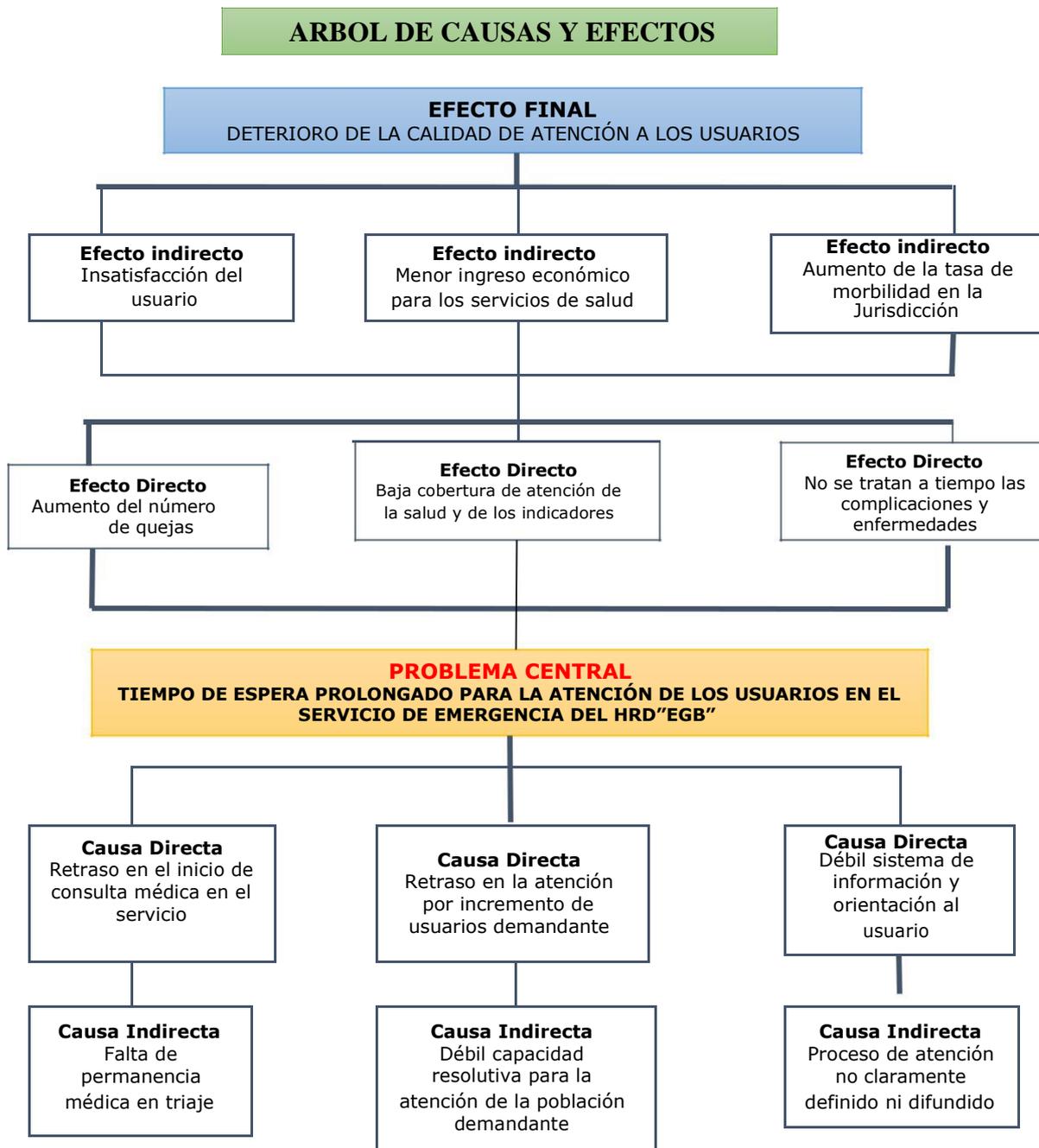
Gráfico N° 06

Cobertura de Afiliación según Quintiles de Pobreza en el ámbito de Influencia del Hosp. "EGB" - 2012					
RESUMEN	QUINTILES				TOTAL
	I	II	III	IV	
Población Objetivo	14,504	34,471	45,038	60,383	154,396
N° de Cobertura	10,190	23,925	21,893	27,445	83,453
% de Cobertura	70.3	69.4	48.6	45.5	54.1
FUENTE: ASIS Red de Salud Pacifico Sur-2012					

La Red Pacifico Sur, en el año 2012 ha alcanzado una cobertura de afiliación de 54.1%, siendo los quintiles I y II, los que alcanzaron mayor cobertura de afiliación. Los Distritos que alcanzaron mayor cobertura de afiliación es el Distrito de Malvas, debido a las campañas de afiliación realizadas con apoyo de la Microred Huarmey. El Distrito de menor cobertura de afiliación es Colca bamba, por ser población sobrestimada y carecer los moradores del documento de identidad (DNI).

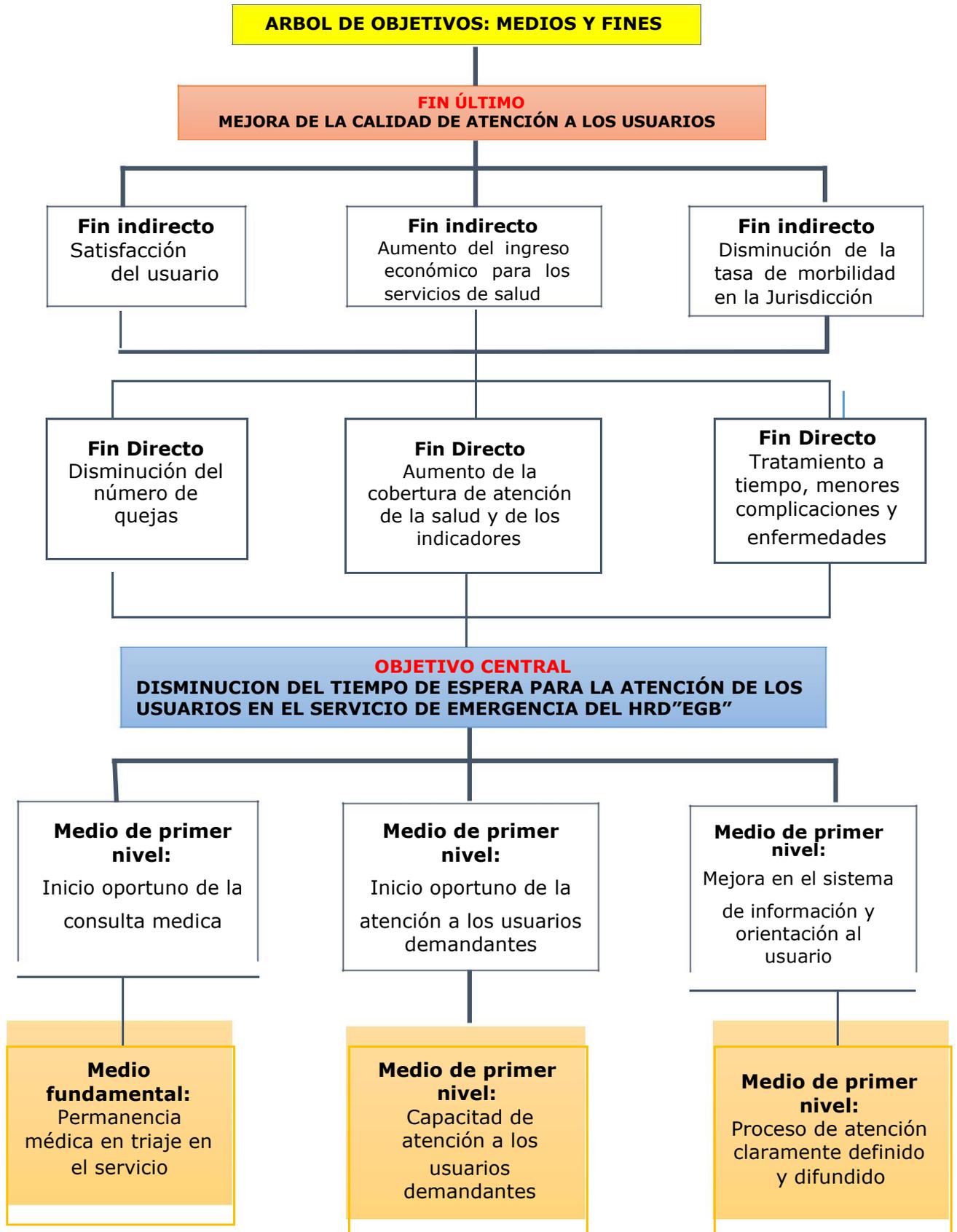
ANEXO 2

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS Y EFECTOS



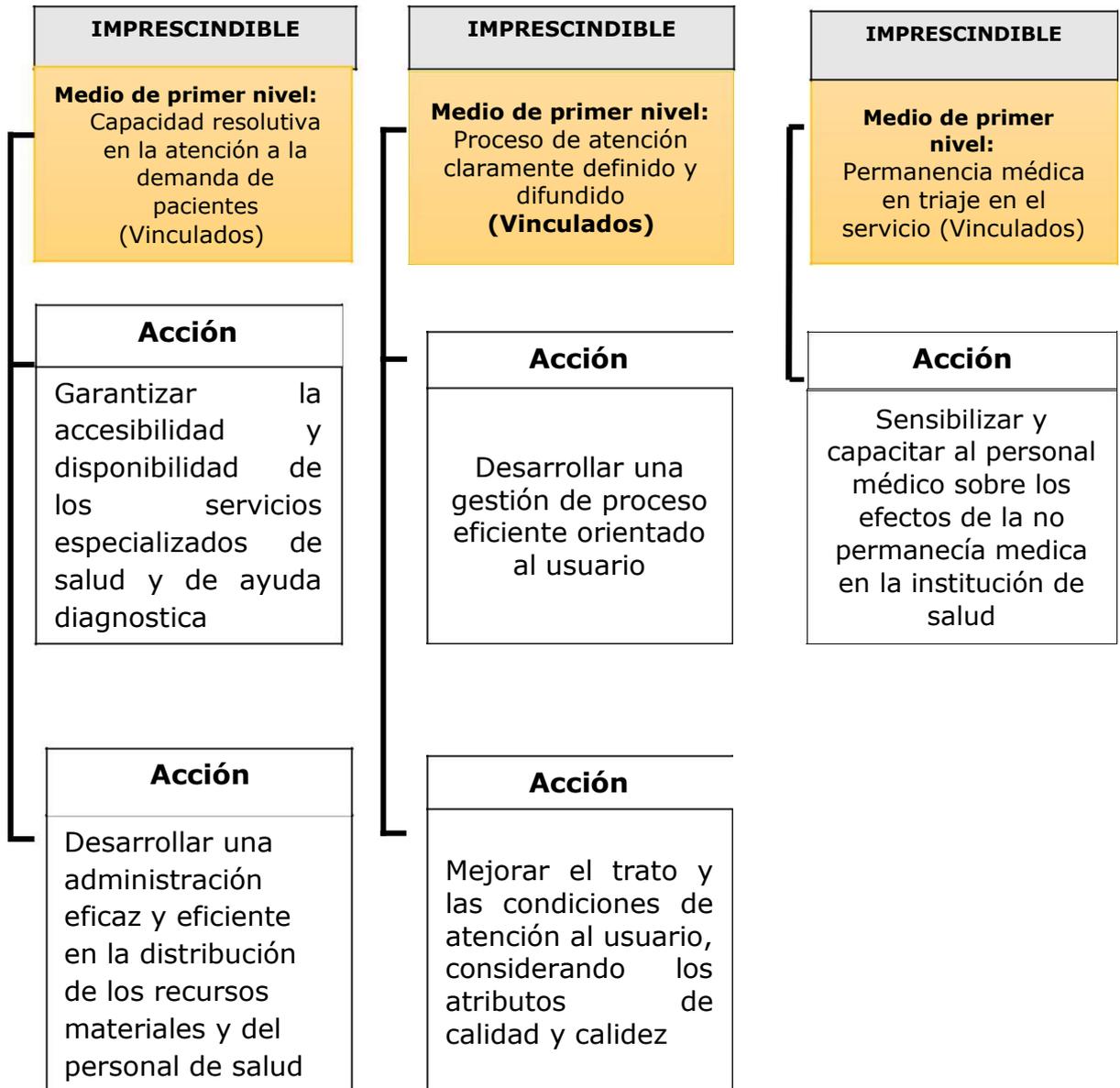
ANEXO 3

IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDIOS Y FINES



ANEXO 4

IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES



MARCO LOGICO

	RESUMEN DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de los usuarios	Aumenta la calidad de la atención en un 20% mayor al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	% de los estándares de calidad	Informe estadístico sobre los estándares de calidad. Tasa de morbilidad de las atenciones brindadas	Se mantiene la tasa de morbilidad en los niveles previstos
PROPÓSITO	Contribuir en la disminución del tiempo de espera para la atención de los usuarios con la ejecución del proyecto	Reducción del tiempo de espera en un 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	N° total de tiempo (minutos) de espera de los pacientes por ser atendidos	Informe del tiempo de espera en las atenciones en emergencia (Mensual)	Existe los recursos disponibles para la ejecución del proyecto de intervención
RESULTADOS	Mejorar la capacidad resolutoria en la atención del usuario demandante	Aumentará la capacidad resolutoria en 50% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	N° de quejas resueltas	Registro de atenciones realizadas Porcentaje de hospitalizados por atenciones de emergencia Informe de la encuesta SERVQUAL sobre la satisfacción del usuario	Existe los recursos disponibles para intervenir y mejorar la capacidad resolutoria de la atención del servicio de emergencia Existe disponibilidad de movilizar recurso humano en las horas picos
			N° de acuerdos cumplidos		
			N° de usuarios encuestados satisfechos x 100		
	Implementar procesos de atención claramente definidos, difundidos y orientados al usuario	El 75% de los Usuario conocerán claramente el proceso de atención al servicio de emergencia	% de usuarios conocedores de los procesos de atención	Fluxograma geográficos	Los usuarios utilizan las herramientas de orientación para el proceso de atención de manera prevista
Contar con permanencia médica en el servicio permitiendo disminuir el tiempo de espera en el	Permanencia médica en un 80% al finalizar el 1 año de ejecución de proyecto	% de cumplimiento permanencia medica programada % de supervisiones	Informe del cumplimiento de permanencia medica Informe de la	Existe los recursos disponibles para la dotación de personal y supervisión Personal médico se encuentra	

	proceso de atención a la consulta medica		inopinadas	supervisiones inopinadas del personal medico	concientizado sobre situación problema.
ACCIONES	Garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica	Incremento del 30% la cobertura de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica	% accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica	Informes estadísticos de accesibilidad y disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica	Disponibilidad de los servicios especializados de salud y de ayuda diagnostica
	Desarrollar una administración eficaz y eficiente en la distribución de los recursos materiales y del personal de salud	Incremento del 80% de eficacia y eficiencia de RRHH y materiales	% eficacia y eficiencia en la distribución del RRHH y materiales	Informe de registro del personal asignado en la hora de pico Rol de turnos personal en la hora pico	Las intervenciones propuestas son aceptadas por la gerencia y promovida por las jefas de servicios.
	Desarrollar una gestión de proceso eficiente orientado al usuario	75% de eficiencia en la gestión del proceso de atención orientado al usuario	% de eficiencia en la gestión del proceso de atención orientado al usuario	Actas de reuniones para el desarrollo de la Normativa de proceso de atención	Existe los recursos necesarios para la implementación
	Mejorar el trato y las condiciones de atención al usuario, considerando los	85% de usuarios demandantes satisfechos con el trato y las condiciones de atención	% de usuarios satisfechos con el trato y las condiciones de atención	Informe estadístico de satisfacción del usuario externo de emergencia	Recursos disponibles para ejecución de la investigación de satisfacción
	Sensibilizar y capacitar al personal médico sobre los efectos de la no permanecía medica en la	El 85% del personal médico capacitado y sensibilizado sobre los efectos de la no	% de personal médico sensibilizado y capacitados sobre los efectos de la no permanecía medica en la	Informe de capacitaciones de sensibilización Informe de registro del	El personal de reten cumpla con los acuerdos establecidos para brindar una atención oportuna

	institución de salud	permanecía medica en la institución	institución	personal de reten asignado Rol de turnos personal médico reten	
--	----------------------	-------------------------------------	-------------	---	--