

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 25 de Junio de 2019

VISTO: El Expediente N° 14087-2019 con el Oficio N° 089-OGC-2019-HCH e Informe Técnico N° 063-OGC-HCH-2019, remitidos por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, respecto del Proyecto de Mejora "Proceso de Mejora de la Información al Usuario en el Servicio de Emergencia Adultos Enero - Diciembre 2019", y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus principales procesos la Mejora Continua de la Calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad, teniendo como finalidad, estandarizar conceptos, y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante implementación de directrices emanadas de la autoridad Sanitaria Nacional y teniendo como objetivo, establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, publicada con fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los



procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, conforme a lo señalado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Proyecto de Mejora: "Proceso de Mejora de la Información al Usuario en el Servicio de Emergencia Adultos enero-diciembre 2019", se sustenta en la necesidad de mejorar el proceso de atención del usuario en el servicio de Emergencia Adultos, específicamente la mejora radica en el acceso a la información al usuario que acude a emergencia para recibir una atención;

Que, el artículo 17° del D. S. N° 004-2019-JUS, establece que se podrá disponer en el mismo acto administrativo, que tenga eficacia anticipada a su emisión, sólo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 575-2019-OAJ/HCH;

Con visación de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, con eficacia anticipada a enero del 2019, el Proyecto de Mejora: "**Proceso de Mejora de la Información al Usuario en el Servicio de Emergencia Adultos enero-diciembre 2019**"; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas correspondientes y necesarias para el cumplimiento del Proyecto de Mejora aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICADO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
25 JUN. 2019
St. Emiliano Elias Suarez Omspe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

PROYECTO DE MEJORA "Proceso de mejora de la información al usuario en el servicio de Emergencia Adultos Enero - Diciembre 2019"

I.- EQUIPO DE MEJORA

Organización para la calidad: Equipo de mejora continua de la calidad

Lic. Marlene Huaylinos Antezana	Jefe de la OGC
Lic. Judith Solano Dueñas	Jefe de la Oficina de Comunicaciones
Lic. Nancy Jiménez Villar	Jefe de la Unidad de Prensa y RPP e Imagen Institucional
Lic. Yanina Aguirre Aquino	Jefe de la Unidad de Comunicación Social
Dr. Victor García Cachique	Jefe del Dpto. de Emergencia Adultos y Cuidados Críticos.
Dr. Alberto Sifuentes Sifuentes	Jefe del servicio de Emergencia Adultos
Dra. Maribel Juscamaíta Tabraj	Coordinadora de la Unidad de Emergencia Adultos.
Lic. Amparo Jacinto Rosales	Enf. Jefe del Servicio de Emergencia Adultos
Lic. Rosa Ganoza Gonzales	Jefe del Dpto. de Enfermería

Equipo operativo :

Lic. Rosa Olivera Heredia	Responsable de la Plataforma de atención del usuario
Tec. Edilberto Araujo Paredes	Coordinador de la Plataforma de Emergencia
Tec. Luis Moreno	Integrante de la Plataforma de Emergencia
Tec. Adm. Grecia Ponte Montaña	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de Calidad.
Tec. Adm. Henry Montaña Flores	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de Calidad
Sr. Emilio Robles Matallana	Jefe de la Unidad de Vigilancia Interna

II.- DEPENDENCIA :

El proyecto de mejora continua se desarrollará en el Hospital Cayetano Heredia.

III.- POBLACION OBJETIVO:

El beneficiado del proyecto serán los usuarios externos que acuden al hospital para una atención en el servicio de Emergencia Adultos. .

IV.- LUGAR DE EJECUCIÓN:

La Ejecución del proyecto se implementará en el servicio de emergencia adultos

V.- DURACION: El proyecto abarca el periodo de enero – diciembre 2019

V.- ANTECEDENTES

A lo largo de los últimos cinco años en el hospital, se ha realizado proyectos de mejora continua en el servicio de emergencia, siendo uno de ellos la mejora del buen trato en el usuario, que en su época dieron resultados positivos. Sin embargo el tema de información al usuario no se abordado en su extensión .Hoy el acceso a la información del usuario es un derecho según la ley 29414.

[Escribir texto]

VII.- JUSTIFICACION

El proyecto de mejora continua denominado. **“Proceso de mejora de la información al usuario en el servicio de Emergencia Adultos”** Se sustenta en la necesidad de mejorar el proceso de atención del usuario en el servicio de Emergencia Adultos, específicamente la mejora radica en el acceso a la información al usuario que acude a emergencia para recibir una atención.

Actualmente existe una limitada información sobre los diferentes procesos para atenderse en emergencia, tales como por ejemplo pasos para atenderse en el servicio de emergencia, como ingresar cuando el familiar no tiene medicinas, necesidades ropa, información sobre la evolución de su enfermedad en casos de estar hospitalizado más de 01 día en el área de observación, entrega de pase especiales en casos en que el paciente lo requiera, los trámites para realizar cuando el paciente fallece, pasos para atenderse en admisión de emergencia. También la información de la entrega del proceso de las actas de defunción. Este último a través del libro de reclamaciones se ha evidenciado errores de datos, conllevando a problemas de registros en la reniec y pérdida del bono del SIS por sepelio.

Actualmente las condiciones y espacios para brindar una adecuada información, se evidencia que la plataforma de atención al usuario en el servicio de emergencia no cumple con su rol al 100% de brindar información sobre los diversos proceso de atención en el área de emergencia tales como: no existe un contacto directo entre el personal de informes y el usuario, está limitado a una luna gruesa que no permite ver los rostros de ambos; aunado a ello la existencia de las aglomeraciones en la puerta de emergencia por ingresar los familiares en horarios fuera de visita , pero que aducen la necesidad de ingresar para saber de su familiar ocasionando enfrentamientos entre el personal de vigilancia externa y los usuarios. Esta situación ha derivado en reclamos continuos de los usuarios consignado en el libro de reclamaciones.

En virtud a ello se considera pertinente la operativización del proyecto en mención que busca contribuir en la satisfacción del usuario externo con énfasis en la mejora de la información al usuario.

VIII.- OBJETIVOS

GENERAL:

Contribuir en la satisfacción del usuario que acude al servicio de emergencia en relación a la mejora del proceso de la información de los diferentes pasos para recibir atención en salud.

ESPECIFICOS

- ✓ Estandarizar el proceso de atención para la mejora de la información al usuario en emergencia.
- ✓ Fortalecer la implementación de la plataforma de atención al usuario en emergencia.
- ✓ Fortalecer el proceso de comunicación entre el médico -paciente y su familia

IX.- METODOLOGÍA.

Se utilizará la metodología de los ciclos de mejora continua de Deming o ciclos PHEA.

En la fase de **PLANIFICACIÓN** se realizarán las siguientes tareas:

[Escribir texto]

- 3) Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre el problema de salud.(66.4%)
- 4) Qué el medico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarle el seguimiento de su problema de salud.(65%)

Para una mayor ilustración se muestra más adelante los resultados de la encuesta Servqual según las variables evaluadas en base a la dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

Grado de Satisfacción del Usuario Externo en Emergencia de Adultos - 8 de Mayo al 18 de Junio 2018

N°	VARIABLES	SATISFECHOS (+)	INSATISFECHOS (-)
		%	%
P21 - E21	¿Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	24.17	75.8
P22 - E22	¿Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos?	25.83	74.2
P5 - E5	¿Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico?	26.85	73.1
P20 - E20	¿Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes?	27.5	72.5
P13 - E13	¿Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore?	28.6	71.4
P15 - E15	¿Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención?	29.2	70.8
P19 - E19	¿Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes?	32.5	67.5
P10 - E10	¿Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	33.6	66.4
P9 - E9	¿Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida?	34	66.0
P4 - E4	¿Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarle el seguimiento de su problema de salud?	35	65.0
P14 - E14	¿Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia?	35.8	64.2
P1 - E1	¿Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica?	37.5	62.5
P18 - E18	¿Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	39.8	60.2
P17 - E17	¿Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?	41.0	59.0
P16 - E16	¿Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención?	42.02	58.0
P3 - E3	¿Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico?	42.5	57.5
P7 - E7	¿Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida?	44.0	56.0
P6 - E6	¿Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida?	45.2	54.8
P2 - E2	¿Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente?	45.8	54.2
P11 - E11	¿Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad?	46.7	53.3
P8 - E8	¿Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida?	47.6	52.4
P12 - E12	¿Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido?	48.2	50.8
Porcentaje Total		36.8	63.2



- Compromiso de la Alta Dirección mediante el otorgamiento facilidades a los equipos de mejora y los recursos necesarios para la implementación de las actividades o tareas.
- Se realizará un estudio como base de los indicadores del proyecto.
- Se gestionarán los recursos necesarios para la implementación de las tareas y actividades del proyecto
- Se definirán las metas y objetivos del proyecto
- Se definirán los indicadores para medir los avances y resultados del proyecto.

En la fase de **HACER**, Se ejecutarán las actividades y tareas programadas

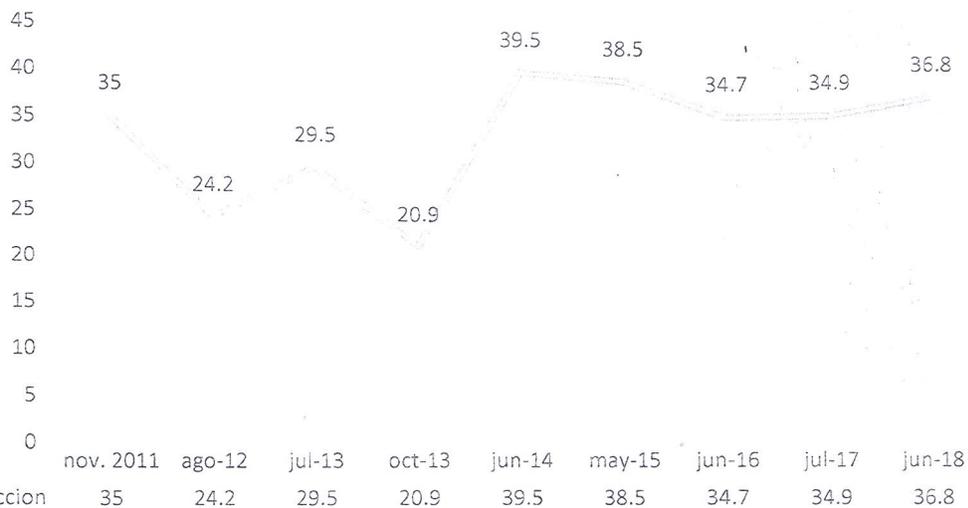
En la fase **VERIFICAR**, se realizará la medición de los indicadores según del diagrama de Gantt

En la fase **ACTUAR**, se retroalimentará los resultados ante todos los involucrados, para el análisis e interpretación

I.- ETAPA DE ESTUDIOS

a) IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.

Según los resultados de la aplicación de la encuesta SERVQUAL Modificado desarrollada en el año 2018, la satisfacción del usuario en al año fue del 36.8% estando por debajo del estándar esperado.



Según los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada en el año 2018, se encontró como una de las variables de insatisfacción relacionadas a la información al usuario lo siguiente:

- 1) Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes (72.5%)
- 2) Que los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuadas para informar y orientar a los pacientes. (67.5%).

b) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los resultados evidenciados en la encuesta Servqual aplicada en emergencia en el año 2018, el usuario percibe su insatisfacción en relación a la atención en el servicio de emergencia lo siguiente: 1) El usuario percibe que el servicio de emergencia no cuenta con personal para orientar e informar a los pacientes sobre el proceso de atención. 2) que la existencia de los carteles y flechas del servicio de emergencia no les permite orientarse adecuadamente. 3) que la comunicación entre el médico y el paciente con su familia afectada en relación a si el médico le brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre el problema de salud y la comunicación suficiente para explicarle sobre el problema de salud con un lenguaje entendible.

Aunado a ello los usuarios no identifican adecuadamente a la plataforma de atención del usuario como un lugar que les facilite la información en relación a los procesos de atención. Evidenciando que el acondicionamiento de la plataforma no permite un contacto directo con el usuario.

Frente a lo expuesto se identifica como problema principal **"El limitado acceso a la información, orientación y comunicación al usuario sobre el proceso de atención en el servicio de emergencia adulto."**

c) DETERMINACION DE LAS CAUSAS

Para la determinación de las causas se hizo una reunión con el personal de la plataforma de atención al usuario de emergencias, aplicando la herramienta de calidad de lluvia de ideas, matriz de priorización y el árbol de causas se efectos, se muestra a continuación:

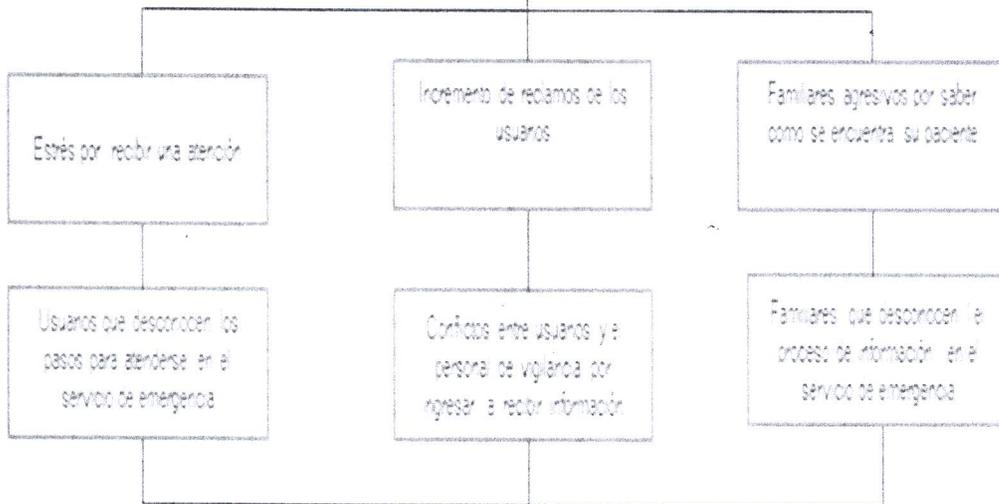


PRIORIZACION DE LAS CAUSAS	A	B	C	D	TOTAL
Causas de la limitado acceso a la información en la información.	A	B	C	D	TOTAL
Participación pasiva del personal de la plataforma de emergencia (no tiene contacto personalizado para brindar la información al usuario)	5	5	5	5	20
Procedimiento no estandarizado sobre el proceso de información, orientación y comunicación al usuario durante su estancia en emergencia	5	4	5	5	19
los carteles de información difundidos para un mejor entendimiento de la información	5	5	4	4	18
Débil relación médico -paciente en el proceso de comunicación sobre su enfermedad diagnóstico y tratamiento	4	4	4	5	17
Limitada validación de los carteles con los usuarios para facilitar su entendimiento.	4	5	3	4	16
saturación de pacientes en emergencia personal de emergencia no llenan adecuadamente los libros de cada tópico.	2	4	4	5	15
Ventanillas no apropiadas para la atención del usuario.	4	3	4	4	15
Ventanillas no apropiadas para la atención del usuario.	3	2	3	4	15
personal médico de emergencia , no informa a la plataforma de la necesidad de facilitar el ingreso de un familiar para la entrega de medicamentos u otras coordinaciones con el familiar.	4	4	4	2	14
Los pasos para brindar información del médico no se encuentra escrita	4	3	4	3	14
Personal con recargada labores (llamar y buscar a médicos para las interconsultas) , entrega de pases para las visitas de familiares.	3	4	2	4	13
Limitado trabajo en equipo en la mejora de la información al usuario	3	4	3	3	13
personal de emergencia no informa de los cambios de ubicación de camas de los pacientes	3	3	3	3	12
la salida frecuente del personal para buscar a los médicos para las interconsultas, dejando la plataforma sin atención	2	3	4	3	12
Ausencia del personal para la atención de las ventanillas	2	3	3	3	11
Limitado personal de la plataforma	2	3	3	2	10
Existe errores en la información al usuario debido a que la programación de los médicos no coincide con los que están de turno.	2	2	2	4	10
Personal de la plataforma realiza el censo cama por cama en el servicio de emergencia , que demoran 01 hora aproximadamente.	2	2	2	3	9
médicos de ginecología no acuden al llamado para la atención de las interconsultas	2	3	2	2	9
El espacio de la plataforma utilizado es para el almacenamiento de las fichas de atención de emergencia. Y no hay luz para que el usuario escriba su reclamos en el libro de reclamaciones.	2	3	2	2	9
Limitación presupuestal para cambiar los letreros.	3	2	1	3	9



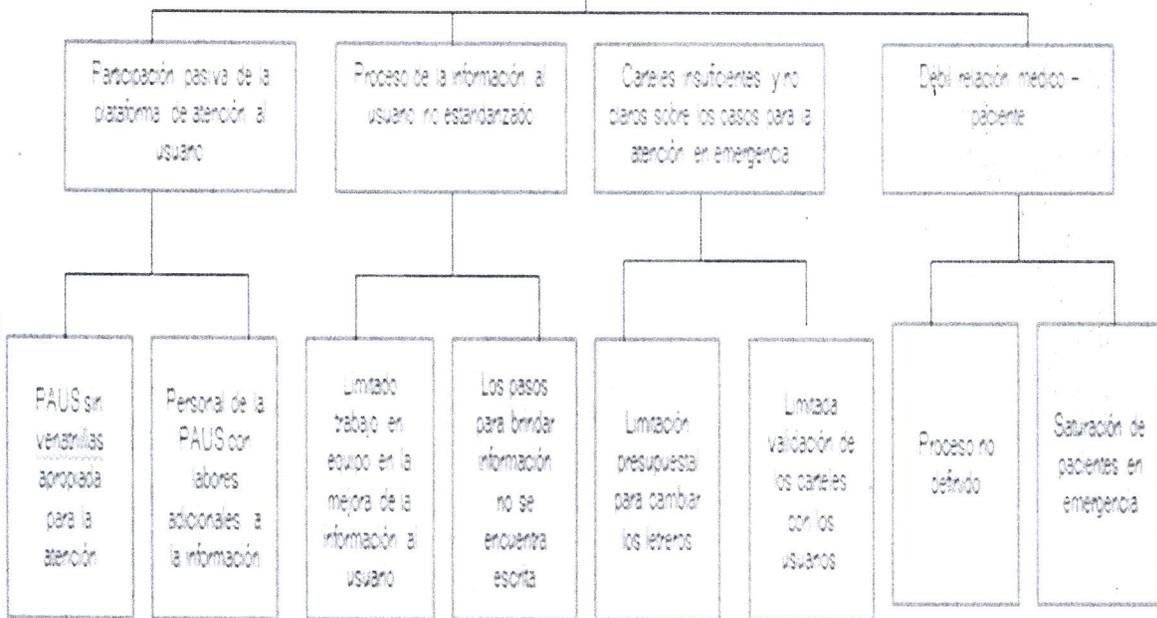
EFFECTO FINAL

Insatisfacción del usuario y familia



PROBLEMA CENTRAL

Limitado acceso a la información, orientación y comunicación al usuario sobre el proceso de atención en el servicio de emergencia adulto



d) DETERMINACIÓN DE INDICADORES PARA MEDIR LOGROS

Indicadores	Basal	Fuente de Datos	Recolección de Datos	Meta
Satisfacción global del usuario externo en emergencia	36.08	Encuesta SERVQUAL	Semestral	60%
Satisfacción en relación a Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes (72.5%)	27.5	Encuesta SERVQUAL	Semestral	60%
Satisfacción en relación a Que los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuadas para informar y orientar a los pacientes. (67.5%).	32.5	Encuesta SERVQUAL	Semestral	60%
Satisfacción Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre el problema de salud.(66.4%)	33.6	Encuesta SERVQUAL	Semestral	60%
Satisfacción en relación a Qué el medico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarle el seguimiento de su problema de salud.(65%)	35	Encuesta SERVQUAL	Semestral	60%
Directiva sobre el proceso de información y orientación al usuario en emergencia	0	Resolución directoral	Anual	1
Plataforma de emergencia acondicionada para la atención directa y personalizada	0	Plataforma acondicionada	Anual	1

e) RECOPIACION DE DATOS BASALES

La recopilación de los datos basales se considera los resultados de la encuesta SERVQUAL realizado en el año 2018.

f) PLANTEAMIENTO DE HIPOTEISIS SOBRE LOS CAMBIO O INTERVENCION

Para mejorar el acceso a la información al usuario se plantea la siguiente hipótesis: Si se mejora la participación activa del personal de la plataforma de emergencia y la estandarización del proceso de información al usuario se mejorará la accesibilidad de la información en el servicio de emergencia adultos.

[Escribir texto]

g) PRIORIZAR LAS CAUSAS RAÍZ A INTERVENIR

Las causas a intervenir en el proyecto de mejora denominado "Proceso de mejora de la información al usuario en el servicio de *Emergencia Adultos Enero - Diciembre 2019*"

CAUSAS	Prioridad
Participación pasiva del personal de la plataforma de emergencia. (no tiene contacto personalizado para brindar la información al usuario.)	1
Procedimiento no estandarizado sobre el proceso de información, orientación y comunicación al usuario durante su estancia en emergencia	2
Carteles insuficientes y no claros sobre los pasos para la atención en emergencia	3
Débil relación médico –paciente en el proceso de comunicación sobre su enfermedad, diagnóstico y tratamiento.	4



[Escribir texto]

h) FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCION

Tabla 6. Cronograma según etapas del Proyecto de Calidad: " Proceso de mejora de la información al usuario en el servicio de Emergencia Adultos Enero - Diciembre 2019

ETAPAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2019													
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
ETAPA DE ESTUDIOS	Compromiso de la Alta Dirección	DG	X	X												
	Conformación de Equipo del proyecto	Alta Dirección /OGC		X												
	sensibilización al equipo	Jefe de la OGC			X											
	Línea base de indicadores estudios previos	OGC				X										
	Reuniones periódicas con el equipo de mejora	Equipo de mejora			X	X	X									
	Elaboración y aprobación del Plan de acción	Equipo proyecto					X	X								
ETAPA DE EJECUCION	Inicio de la ejecución del proyecto	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad						X								
	Acondicionamiento de la plataforma de atención al usuario ventanillas abiertas para la atención directa. (megáfonos, chalecos , fluorescentes)	Jefe comunicaciones y OGC						X	X							
	Elaboración de cartillas , fluxograma informativas al usuario	Jefe de comunicaciones						X	X							
	Validación con el usuario el entendimiento de la información a publicar.	Jefe de comunicaciones							X							
	Designación de un personal para la atención de los reclamos de los usuarios como piloto en turno diurnos y nocturnos	Jefe de la Oficina de calidad							X							

II.- ETAPA DE EJECUCION'

La ejecución del plan de mejora estará en función a las actividades programadas.

III.- ETAPA DE SEGUIMIENTO

El Seguimiento se realizará Trimestral de los indicadores del mencionado plan de mejora (dos mediciones)

IV.- ETAPA DE EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados del cumplimiento se evaluarán de manera trimestral para los ajustes necesarios (dos mediciones).

V.- ETAPA DE ESTANDARIZACION E INSTITUCIONALIZACION

Para la estandarización dependerá de los resultados alcanzados a lo largo de la ejecución del proyecto. Es decir si se alcanzó las metas de los indicadores siendo el proyecto exitoso.

X.- PROPUESTA DE FINANCIACION

CONCEPTO	CANTIDAD	MONTO
Acondicionamiento de la plataforma de atención del usuario. (apertura de ventanillas , fluorescentes)	01 UNIDAD	500
Equipamiento de la PAUS : Mobiliario, Sillas especiales	02 UNIDADES	500
Equipamiento de equipo informáticos	01 UNIDAD	1500
Impresiones de afiches , cartillas de información al usuario	03 MILLARES	1000
Jornada de información al usuario (polos, toldos , trípticos) día del paciente	01 PAQUETE INFORMATIVO	1000
Compra de chalecos	07 UNIDADE S	500
MEFAFONO	01 UNIDAD	500
TOTAL		5500

El Presupuesto requerido para el proyecto es de 5, 500 soles.

