



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 12 de Febrero de 2019

Visto el Expediente N°3105-2019, que contiene el Oficio N°028-OCG-2019-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, publicada el 20 de junio de 1997, 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 la Resolución Ministerial N°811-2018/MINSA del 5 de setiembre de 2018 se aprobó la Directiva N°251-MINSA/2018/DGOS, Directiva Administrativa para la Elaboración e Implementación del Plan "Cero Colas" en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas Adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, la cual tiene la finalidad de contribuir mediante la ejecución del Plan "Cero Colas" a mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS);

Que, con Resolución Directoral N°294-2018-HCH/DG del 17 de octubre de 2018 se aprobó el Plan Cero Colas del Hospital Cayetano Heredia IV Trimestre 2018;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 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, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos para alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente aprobar el del Plan Cero Colas del Hospital Cayetano Heredia 2019;

Estando a lo remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N°117-2019-OAJ-HCH, resulta procedente aprobar el Plan Cero Colas del Hospital Cayetano Heredia 2019;

Con el visto de las jefaturas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N°007-2016-SA, la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el PLAN CERO COLAS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2019, que en anexo se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, proceda a la difusión, implementación, supervisión, seguimiento y cumplimiento del presente Plan aprobado con el artículo 1° de la presente Resolución.

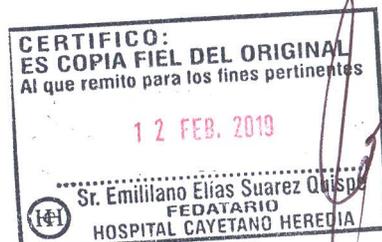
Artículo 3°.- DISPONER la Publicación del presente Plan aprobado en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y Comuníquese



ACRPR/BAIG/PDRG.png
OAJ
OGC
OCCM

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



PLAN CERO COLAS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2019

I.- INTRODUCCION

I.1 RESEÑA HISTORICA DEL PLAN CERO EN EL HOSPITAL

El Hospital Cayetano Heredia desde el año 2012 inició las mejoras significativas del proceso de atención a los usuarios a través de la *Implementación del proyecto de mejora denominado: Cero Colas para mejorar la satisfacción del usuario atendido en la Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia desde el año 2012 hasta la fecha, con este proyecto en el año 2014 se ganó un Premio de la Calidad de atención por la Sociedad Nacional de Industrias.* Para la ejecución de este proyecto se aplicó un modelo de gestión basado en una gestión por procesos, centrado en el usuario y con participación de los trabajadores en equipos que buscaba mejorar los tiempos de espera en la Consulta externa, ya que se evidenció como oportunidad de mejora las demoras en la atención en el módulo SIS, demora para la atención por el médico, demora para la atención en laboratorio central, demora para la atención en el servicio de radiología, demora para la atención en Farmacia Central, en virtud a ello se desplegó una serie de acciones tales como:

- ✓ Mejora del proceso de atención en el área de admisión
- ✓ Mejora del proceso de atención en laboratorio.
- ✓ Mejora del proceso de atención en radiología.-
- ✓ Mejora del proceso de atención en Farmacia Central:
- ✓ Disminución del tiempo para la atención por el médico:
- ✓ Mejora del proceso del sistema de citas,
- ✓ Mejora del trato, información y orientación al usuario en la Consulta Externa

I.2 SITUACION EN TIEMPOS DE ESPERA EN EL AÑO 2018

Durante el año 2018 se continuó fortaleciendo las actividades mencionadas, monitorizando los tiempos de espera a través de las mediciones inopinadas en el primer semestre en admisión, caja, farmacia, laboratorio, la consulta médica cuyos resultados se muestran a continuación:

- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario citado por el médico fue de 79 minutos con un rango de 36 minutos a 154 minutos. encontrándose por encima del estándar esperado. Dentro de los factores causales de la demora para la atención por los médicos se encuentran lo siguiente: 1) Retraso en la entrega oportuna de las historias clínicas .2) Retraso en el inicio de la primera consulta del día., 3) El 13.4% de los pacientes llegan tarde a su cita programada.



- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario que llega admisión fue de 6 minutos con un rango de 0 a 15 minutos, manteniéndose en el estándar esperado
- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario que acude a farmacia fue de 12 minutos con un rango de 7 a 17 minutos. Estando en el estándar esperado.
- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario que acude a laboratorio para el área de desglose fue de 5 minutos con un rango de 3 a 7 minutos. Estando en el estándar esperado.
- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario que acude a laboratorio para el área de toma de muestra fue de 8 minutos con un rango de 2-19 minutos. Estando dentro del estándar esperado.
- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario que acude a laboratorio para el área de entrega de resultados fue de 5 minutos con un rango de 4 a 6 minutos.
- ✓ El tiempo de espera promedio para la atención del usuario en caja fue de 4 minutos con un rango de 01 a 10 minutos.

Dentro los factores causales del tiempo de espera para acceder a una cita programada se encuentran los siguientes aspectos:

- 1) La entrega no oportuna de las programaciones de las diferentes especialidades médicas en el sistema, ocasionando en muchas oportunidades que el usuario no pueda acceder a obtener una cita, teniendo que regresar nuevamente al servicio de admisión para sacar la cita respectiva.
- 2) El incremento de la demanda en la consulta externa que hace que no puedan acceder a una cita programada menor a 7 días en todas las especialidades médicas.
- 3) La atención de pacientes con patologías de menor complejidad que puede ser resueltos en el primer y segundo nivel de atención.
- 4) La deserción de médicos especialistas por baja remuneración en el sector que hace que migren a otras entidades con mayor beneficio remunerativo. Como por ejemplo en la especialidad de cardiovascular hay solo 03 médicos para absorber la gran demanda de pacientes, en cardiología pediátrica se encuentra solo 1 médico especialista para absorber la demanda institucional.
- 5) La deserción de los pacientes en un 30% a su cita programada que hace que se pierdan los cupos para otros pacientes que solicitan cita, y dentro de los factores de la deserción de los pacientes se encuentran que el 40% de usuarios citados se olvida su cita, seguido de un 30% por la larga espera de la cita y 30% son atendidos como adicionales y no liberan la cita programada para otros usuarios.
- 6) El 40% de citas adicionales del día que hacen que los pacientes deserten a su cita programada. Estos coadyuvan a no brindar cupos de citas a otros usuarios.

I.3 MARCO NORMATIVO DEL PLAN CERO COLAS

La gestión de la calidad en salud constituye un reto para todo sistema de salud. Aun en los sistemas de salud que han logrado un adecuado desarrollo y cuentan con suficientes recursos, se reconocen signos de creciente preocupación por la calidad de la atención brindada, debido a que los resultados alcanzados no son del todo satisfactorios ni confiables. La situación es más difícil y compleja en sistemas de salud de aquellos países de menores recursos, donde es necesario comenzar por construir las propuestas que orienten el



desarrollo de la calidad de manera integral, eficaz y sostenible; esto obliga a la Autoridad Sanitaria, en ejercicio de su función rectora, a formular las políticas públicas que orienten el comportamiento de las organizaciones de salud y demás actores hacia la mejora de la calidad de la atención. En ese sentido el MINSA aprueba la Directiva Administrativa N°521-MINSA/2018/DGOS. "Directiva para la elaboración e implementación del "Plan Cero Colas" en las instituciones prestadoras de servicios de salud", con la finalidad de contribuir mediante la ejecución del Plan cero colas a mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios. Frente a lo expuesto el Hospital Cayetano Heredia elabora el plan cero colas para el año 2019.

II OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Contribuir en lograr la satisfacción del usuario a través de la implementación del plan cero colas en la Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia.

2.2 ESPECIFICOS

1. Mejorar los procesos internos para la atención en la Consulta (admisión, archivo, sistema de citas, rayos x , laboratorio, farmacia, referencia y contra referencia)
2. Mejorar las condiciones de la atención relacionadas a la gestión de recursos humanos, gestión de recursos tecnológicos y organizacionales.
3. Promover una gestión eficiente y eficaz de los recursos financieros asignados para el plan Cero Colas



III.- METAS

PERSPECTIVAS DEL BSC	OBJETIVO	INDICADORES	CRITERIO DE ALARMA		
			EXCELENTE	REGULAR	MALO
CLIENTE	Contribuir en lograr la satisfacción del usuario a través de la implementación del plan cero colas en la Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia	Satisfacción del usuario en la Consulta Externa	60%	58%	<50%
		Tiempo de espera del usuario para acceder a una cita para la atención en Consulta Externa	20 días	30 días	>40 días
		Tiempo de espera promedio en las filas presenciales en Admisión	menor o igual a 15 minutos	20 minutos	>30 minutos
		Tiempo de espera promedio en las filas presenciales en caja	menor o igual a 15 minutos	20 minutos	>30 minutos
		Tiempos de espera promedio en filas presenciales para la atención por el médico	menor o igual a 60 minutos	mayor de 60 minutos	mayor de 70 minutos
		Tiempos de espera promedio en filas presenciales para la atención en farmacia	menor o igual a 15 minutos	20 minutos	>30 minutos
		Tiempos de espera promedio en filas presenciales para la atención en rayos x	menor o igual a 15 minutos	20 minutos	>30 minutos
		Tiempos de espera promedio en filas presenciales para la atención en laboratorio	menor o igual a 15 minutos	20 minutos	>30 minutos
PROCESOS	Mejorar los procesos internos para la atención	Remisión del plan cero cola del HCH con R.D. al MINSA	1		
		Porcentaje de cumplimiento de la entrega de programación de las diferentes especialidades en el tiempo oportuno (cada 15 días del siguiente mes)	100%	70%	50%
		Rendimiento hora médico en la Consulta Externa según especialidades	4 x hora	3X HORA	2X HORA
		Porcentaje de atención de citas por teléfono al usuario	10% de incremento en relación al año anterior	8%	5%
		Porcentaje de la provisión oportuna de las historias clínicas al inicio de la atención de la Consulta Externa	95%	85%	MEJOR DEL 70%
		% de recetas llenadas correctamente según DCI	90%	80%	<60%
		Porcentaje del cumplimiento de las horas de inicio de la atención en Consulta Externa	60%	58%	<50%
		Porcentaje de contrareferencias realizadas a los establecimientos de origen	40%	30%	20%
		Porcentaje de referencias aceptadas de establecimientos	40%	30%	20%
		% de Deserción de citas programadas	10%	20%	>30%
		Porcentaje de monitoreos realizados a los procesos de atención en la Consulta Externa	80%	60%	<50%



PERSPECTIVAS DEL BSC	OBJETIVO	INDICADORES	CRITERIO DE ALARMA		
			EXCELENTE	REGULAR	MALO
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Mejorar las condiciones de la atención relacionados a la gestión de recursos humanos, gestión de recursos tecnológicos y organizacionales	Porcentaje de trabajadores de admisión capacitados	71	40	20
		Porcentaje de trabajadores de archivo capacitados	47	24	15
		Porcentaje de personal de referencias y contrareferencia capacitados	12	6	
		Disponibilidad del aplicativo Ref-CON	1		
		Remodelación de la Plataforma de atención del usuario con las condiciones de privacidad y comodidad para el usuario	1		
FINANCIAMIENTO	Promover una gestión eficiente y eficaz de los recursos financieros asignados para el plan Cero Colas	Disponibilidad presupuestal para la compra de micrófonos para las ventallas de farmacia	Presupuesto asignado monto de 1.500 soles	800	0
		Disponibilidad presupuestal para la compra de micrófonos para las ventallas de rayos x	Presupuesto asignado monto 1.500 soles	800	0
		Disponibilidad presupuestal para materiales de difusión (panes informativos, dípticos, afiches, gigantografías)	Presupuesto asignado (2.000 soles)	1000	0
		Disponibilidad presupuestal para la contratación de recursos humanos para rayos x (Tecnólogos Médicos) y arreglo de ventanillas	Presupuesto asignado (03 Tecnólogos con remuneración individual 2.500) + 1.000 para el arreglo de las ventanillas	1000	0
		Disponibilidad presupuestal para la identificación del personal que brinda orientación e información	Presupuesto asignado (3.000 soles)	1000	0
		Disponibilidad presupuestal para la instalación de video cámaras en admisión + farmacia	Presupuesto asignado (15.000 soles)	7500	0
		Disponibilidad presupuestal para la ampliación de la plataforma de atención al usuario	Presupuesto asignado (15.000)	10.000	0
		Disponibilidad presupuestal para la SEÑALIZACIÓN faltante de la Consulta Externa	Presupuesto asignado (20.000)	10.000	0
Disponibilidad presupuestal para la implementación de la REF-CON	Presupuesto 30.000	15.000	0		



IV.- ACTIVIDADES

Las actividades estarán enmarcadas de acuerdo al tablero de mando Balanced Score Card según las perspectivas de acciones de mejora que a continuación se detalla:

PERSPECTIVA DEL CLIENTE- USUARIO

En esta perspectiva el eje central será el usuario, desarrollando acciones para la búsqueda de satisfacción del usuario y oportunidad de la atención en la Consulta Externa. (Ver matriz)

PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS

Los procesos internos que se abordarán en el plan cero colas serán los siguientes:

1. Proceso de Mejora de la organización para el fortalecimiento del plan cero colas.
2. Proceso Mejora del sistema de citas
3. Proceso de Mejora de la provisión de historias clínicas
4. Proceso de Mejora de la atención en el área de admisión.
5. Proceso de Mejora de la atención por el medico
6. Proceso de Mejora de la atención en el servicio de radiología
7. Proceso de Mejora para la atención en Farmacia Central
8. Proceso de Mejora en la atención en Laboratorio Central.
9. Proceso Mejora del trato y orientación al usuario.
10. Proceso de Mejora de la atención de Referencia y Contra referencia.

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

En esta perspectiva se dará énfasis a fortalecer las competencias actitudinales del personal para la atención del usuario en la Consulta Externa y en el crecimiento se establecerá un piloto del REF-CON y piloto de la historia digitalizada.

PERSPECTIVA FINANCIERA

En esta perspectiva se dará énfasis a la gestión financiera eficaz y eficiente en el uso de los recursos para el plan cero colas. A si mismo se realizará la gestión de los costos de la no calidad explicitado en la matriz de actividades del plan cero colas.

V.- INDICADORES DE DESEMPEÑO

Los indicadores se basaran en tres componentes: Estructura, Proceso, Resultado

INDICADORES DE ESTRUCTURA

- ✓ Remodelamiento de la plataforma de atención al usuario
- ✓ Disponibilidad de materiales e insumos para la atención en la Consulta Externa



- ✓ Disponibilidad de Recursos Humanos para rayos x. (Tecnólogos médicos)
- ✓ Directiva para la provisión de historias clínicas.

INDICADORES DE PROCESO

- ✓ % de servicios que entregan con oportunidad la programación de citas en el sistema de admisión.
- ✓ % de provisión oportuna de las historias clínicas para la atención ambulatoria.
- ✓ % del cumplimiento de las horas de inicio de la atención en Consulta Externa
- ✓ % de Deserción de citas programadas.(deserción de citas adicionales programados)
- ✓ % de recetas llenadas correctamente según DCI
- ✓ % de contra referencias realizadas a los establecimientos de origen
- ✓ % de referencias aceptadas de establecimientos
- ✓ % de monitoreo realizados a los procesos de atención en la Consulta Externa.
- ✓ % de atención de citas por teléfono

INDICADORES DE RESULTADO

- ✓ Reducción del tiempo de espera para acceder a una cita
- ✓ Reducción de tiempo de espera en admisión en las filas presenciales
- ✓ Reducción de tiempo de espera en laboratorio en filas presenciales
- ✓ Reducción de tiempo de espera en rayos x en filas presenciales
- ✓ Reducción de tiempos de espera en farmacia en filas presenciales
- ✓ Reducción de tiempo de espera en caja en filas presenciales.
- ✓ Reducción del Tiempo de espera promedio en fila presenciales para la atención por el médico.
- ✓ Satisfacción del usuario en relación al trato recibido
- ✓ Satisfacción del usuario en relación a la orientación e información recibida.

VI.- ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCION DEL PLAN

La organización para la implementación y gestión del plan cola cero en el Hospital Cayetano Heredia se tendrán dos equipos que a continuación se detalla:

- 1) Equipo que elabora el "**Plan Cero Colas**" estará integrado por:
 - ✓ Director adjunto
 - ✓ Jefe del Dpto de Consulta Externa
 - ✓ Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad
- 2) Equipo Operativo de la implementación del Plan Cero Colas
 - ✓ Jefe de la Oficina de Comunicaciones
 - ✓ Jefe del Dpto. de Enfermería
 - ✓ Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes
 - ✓ Jefe del Dpto. de Patología Clínica
 - ✓ Jefe del Dpto. de Farmacia
 - ✓ Jefe de la Oficina de Economía.
 - ✓ Jefe del Dpto. de Medicina
 - ✓ Jefe del Dpto. de Cirugía.
 - ✓ Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia



- ✓ Jefe del Dpto. de Pediatría
- ✓ Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- ✓ Jefe del Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgicos
- ✓ Jefe del Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación.
- ✓ Jefe de la Oficina de Economía.
- ✓ Jefe de la Oficina de Servicios Generales.
- ✓ Jefe de la Unidad Vigilancia
- ✓ Enfermera Jefe de la Consulta Externa.
- ✓ Jefe del Dpto. de Odontología.

VII.- CRONOGRAMA (ver matriz de actividades)

VIII.- PRESUPUESTO

El presupuesto para la ejecución del Plan Cero Cola para el año 2019, será el siguiente:

	Cantidad	Monto
Micrófonos para las ventanillas de rayos x + arreglo de las ventanillas	05 unidades	2,500
Micrófonos para las ventanillas de farmacia	08	1,500
Material de impresiones (gigantografías , dípticos , paneles)	5 millares	2,000
Chaquetas para las personas que brindan orientación e información.	20 unidades	3,000
Contratación de Tecnólogos médicos para rayos x	05 personas	2500 mensual por Tecnólogo médico
Adquisición de videos cámaras para admisión + farmacia	02 unidades	15,000
Remodelamiento de la plataforma de atención al usuario	01 ambiente	15,000
Señalización de la Consulta Externa (lugares faltantes).	Paquete de señalización	20,000



MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN CERO COLAS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2019

PERSPESPECTIVAS DEL BSC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	2019												
					Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
CLIENTE	Mediciones periódicas del tiempo de espera para acceder a una cita según las especialidades	Informe	5	Jefe de la OGC + Jefe de Estadística e Informática		x		x			x		x			x	
	Mediciones periódicas del tiempo de espera en el servicio de admisión	Informe	5	Jefe de la OGC		x		x			x		x			x	
	Mediciones periódicas del tiempo de espera en el servicio de caja.	Informe	5	Jefe de la OGC		x		x			x		x			x	
	Mediciones del tiempo de espera en los diferentes consultorios.	Informe	2	Jefe de la OGC	X	x									X	x	
	Mediciones periodicas del tiempo de espera en el servicio de farmacia	Informe	5	Jefe de la OGC		x		x			x		x			x	
	Mediciones periodicas del tiempo de espera en el servicio de rayos x.	Informe	5	Jefe de la OGC		x		x			x		x			x	
	Mediciones periódicas del tiempo de espera en el servicio de laboratorio.	Informe	5	Jefe de la OGC		x		x			x		x			x	
FINANCIAMIENTO	Gestión administrativa para la implementación de microfonos para las ventanillas de farmacia.	Informe	1	Director de Administración + Directora de Planeamiento+ Jefe del Dpto de Farmacia				x									
	Gestión Administrativa para la implementación de microfonos para las ventanillas de rayos x	Informe	1	Jefe del Dpto de rayos x +Director de Administración + Directora de Planeamiento				x									
	Gestión administrativa para la implementación materiales de difusión. (gigantografías, señaléticas, afiches).	Informe	1	Jefe de la Oficina de Comunicaciones Director de Administración				x									
	Gestión administrativa para la implementación de microfonos para las ventanillas de laboratorio	Informe	1	Jefe del Dpto de Patología Clínica +Director de Administración + Directora de Planeamiento				x									
	Gestión administrativa para la implementación de chaquetas especiales para el personal que brinda orientación e información	Informe	1	Jefe de la Oficina de comunicaciones +Director de Administración				x									
	Gestión administrativa para la implementación de camaras en admisión+ farmacia	Informe	1	Jefe de la Oficina de Estadística e informática + Jefe del Dpto de Farmacia +Director de Administración													
	Gestión de presupuesto para el Remodelamiento de un ambiente amplio para la plataforma de atención al usuario : intervencion de buenos oficios y atención de reclamos	Informe	1	Jefe de la OGC +Jefe de la Oficina de Comunicaciones +Director de Administración		x	x	x									



PERPECTIVAS DEL BSC	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	2019													
					Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
PROCESOS	LINEA DE ACCION	Conformar un equipo de profesionales para le elaboracion y gestión del plan cero colas, reconocidos con resolucion directoral	R.D. del Equipo	1	Dirección General	x												
	ORGANIZACIÓN	Elaboracion del plan cero colas del Hospital Cayetano Heredia	Plan elaborado	1	Equipo elaborador del plan	x												
		Aprobacion del plan cero colas	Plan Aprobado	1	Dirección General		x											
		Presentacion del plan cero cola con resolucion Directoral al MINSA/DIRIS	Plan presentado	1	Direccion General		x											
		Realización de reuniones con las jefatura de los departamentos asistenciales de la diversas especialidades para la entrega oportuna de la programacion según el tiempo establecido y se encuentre disponible en el sistema informatico para el usuario.	actas	6	Jefe del Dpto de Consulta Externa		x		x		x		x		x			x
	SISTEMA DE CITAS	Seguimiento de la entrega oportuna todos los 15 de cada mes, de la programacion de los roles de los medicos asignados a la Consulta Externa en el sistema de citas horaria para 3 meses de las diversas especialidades medicas o de acuerdo a la situación de las especialidades.	informe	4	Jefe del Dpto de Consulta Externa			x			x			x				x
		Reuniones de análisis del rendimiento hora medico asignado a la Consulta Externa, para identificar oportunidades de mejora en la programación de algunas especialidades.	actas	6	Dirección General + Jefe de Dpto de Consulta Externa		x		x		x		x		x			x
		Difusion via web de las citas por telefono- call center	informe	4	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática			x			x			x				x
		Realización de reuniones con el personal de archivo para establecer estrategias para el monitoreo del control del ingreso y salidas de las historias clinicas.	actas	6	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática + Jefe de Archivo		x		x		x		x		x			x
	MEJORA DEL ARCHIVO	Realización de reunión con el Jefe de la Consulta Externa y Enfermera Jefe de la Consulta Externa, para analizar el proceso de la provision de las historias clínica. (Entrega y retorno de las historias clinicas)	actas	6	Jefe de Estadística e Informática + Jefe de Archivo + Jefe del Dpto de Consulta Externa		x		x		x		x		x			x
		seguimiento de la Directiva del proceso de entrega y retorno de las historias clinicas para ser aprobada con Resolucion Directoral	Directiva Aprobada	1	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática +Asesoría Legal + Jefe de la OGC		x											
		Remisión de un circular a los Jefes de los Departamentos , sobre el proceso estandarizado de las salidas y entregas de las historias clinicas, según directiva.	informe de Directiva difundida	1	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática				x									



MEJORA DE ADMISION	Disgregación DIARIA de colas en las filas de espera. (información y revisión de los documentos a presentar antes de llegar a la ventanilla de admisión)	Informe	4	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática				X					X					X	
	Supervisión diaria al personal de las diferentes ventanillas de admisión. (camaras internas)	Informe	2	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática								X						X	
	Monitorización del cumplimiento de la atención a los usuarios en las ventanillas según la ley de atención preferencial	Informe	2	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática								X						X	
	Seguimiento de los pacientes a través de llamadas para el recordatorio de las citas programadas.	Lista de Recordatorio de citas	4	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática				X				X			X				X
	Elaboración de directivas sobre las disposiciones de manejo de la deserción y citas adicionales al usuario que acude al establecimiento.	Directiva Aprobada	1	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática + Jefe del Dpto de Consulta Externa .				X	X										
ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA	Monitorización del cumplimiento de la hora de inicio de la primera consulta según programación	Informe	4	Jefe del Dpto de la Consulta Externa				X					X					X	
	Realizar reuniones con las jefatura de los departamentos asistenciales de la diversas especialidades para establecer lineamientos de atención en la Consulta Externa de acuerdo a las situaciones de la demanda de usuarios	actas	4	Jefe del Dpto de la Consulta Externa				X						X					X
MEJORA DE LA ATENCIÓN EN RAYOS X	Monitoreo del cumplimiento de los horarios de 7.00AM para la atención en las ventanillas de rayos x	Registro de inicio de la primera hora de atención al usuario	diario	Jefe del Dpto de Rayos X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Monitorización del cumplimiento de la atención en las ventanillas de usuarios según la ley de atención preferencial	Informe	2	Jefe del Dpto de Rayos X									X					X	
	Disgregación Diaria de la colas en las filas de espera diariamente con información y orientación adecuada sobre los procesos de atención.	Informe	4	Jefe del Dpto de Rayos X				X						X					X
MEJORA DE LA ATENCIÓN EN FARMACIA	Gestión para la designación de personal para disgregación diaria de colas para informar y orientar a los usuarios sobre el proceso de atención en farmacia en las filas de espera.	Informe	1	Jefe del Departamento de Farmacia					X	X									
	Monitorización del cumplimiento de la atención en las ventanillas de farmacia para la atención según la ley de atención preferencial	Informe	2	Jefe del Departamento de Farmacia										X					X
	Monitoreo del cumplimiento del registro adecuado de las recetas según DCI con remisión de informe a la Dirección.	Informe	4	Jefe del Departamento de Farmacia				X						X					X
	Gestión de para el diseño y reubicación de ventanillas y sala de espera .	Documento	1	Jefe del Departamento de Farmacia										X	X				



MEJORA DE LA ATENCION EL LABORATORIO	Supervisión al personal en el cumplimiento del ingreso de los horarios establecidos a las 6:00am	Registro de inicio de la primera hora de atención al usuario	diario	Jefe del Departamento de Patología Clínica		x	x	x	x	x	x							
	Supervisión del cumplimiento de la atención de las 08 ventanillas asignadas a laboratorio.	Informe	4	Jefe del Departamento de Patología Clínica			x			x			x				x	
	Monitorización del cumplimiento de la atención en las ventanillas de laboratorio para la atención según la ley de atención preferencial	Informe	2	Jefe del Departamento de Patología Clínica						x								x
	Disgregación de la colas en las filas de espera diariamente con información y orientación adecuada sobre los procesos de atención.	Informe	4	Jefe del Departamento de Patología Clínica			x			x			x					x
ORIENTACION E INFORMACION AL USUARIO	Difusión de las guías de información del usuario del proceso de atención. (gigantografías, infografías, fluxogramas de atención de reclamos)	informe Paneles de difusión	2	Jefe de la Oficina de Comunicaciones						x								x
	Implementación de señalización en el hospital en la Consulta Externa identificando los lugares faltantes.	informe de Señalización Implementada	2	Jefe de la Oficina de Comunicaciones						x								x
	Orientación diaria al usuario y entrega de dípticos (sobre los pasos para recibir una atención, derechos y deberes de los usuarios)	registros de las orientaciones realizadas + entrega de materiales	12	Jefe de la Oficina de Comunicaciones	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Gestión de adquisición de chaquetas para la identificación del personal que brinda información y orientación al usuario.	Personal identificados con su chaqueta	20 personas identificadas	Jefe de la Oficina de Comunicaciones			x	x										
	Gestión para el Remodelamiento de un ambiente amplio para la plataforma de atención al usuario ; , orientación e información, intervención de buenos oficios y atención de reclamos .	Plataforma remodelada	1	Jefe de la OGC+ Jefe de la Oficina de Comunicaciones		x	x											
	Supervisión diaria al personal que orienta e informa en la Consulta Externa	Informe	4	Jefe de la Oficina de Comunicaciones			x			x			x					x
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Gestión externa para viabilizar las contrareferencias del usuario para el seguimiento por la IPRESS de origen.(Incremento de las contrareferencias)	Informe	4	Jefe del Dpto de Consulta Externa			x			x			x					x
	Elaboración de una Directiva Administrativa del proceso de atención de las referencias y contrareferencias en el hospital para las diversas especialidades y exámenes de apoyo al diagnóstico.	Directiva aprobada	1	jefe del Dpto de Consulta Externa		x	x	x										
	Reunión con las jefaturas de los servicios asistenciales para la socialización del proceso de referencia y contrareferencias .	actas	1	Jefe del Dpto de Consulta Externa						x								



	Implementación de la Red SIS FON	informe	1	Jefe del Dpto de Consulta Externa +Jefe de la Oficina de Estadística e Informática								x	x					
Aprendizaje y Crecimiento	Capacitación al personal de archivo en técnicas de archivo.	personal capacitado	47	Jefe de la Oficina Estadística e Informática			x	x										
	Capacitación al personal de admisión en técnicas de atención al usuario. (guía de atención).	personal capacitado	71	Jefe de la Oficina Estadística e Informática			x	x										
	Capacitación al personal de referencias y contrerreferencias en proceso de atención al usuario.	personal capacitado	12	Jefe del Dpto de Consulta Externa				x	x									
	Implementación de un programa de sensibilización del buen trato al usuario para el personal que realiza atención directa al usuario, (archivo, admisión, referencia y contra referencia laboratorio, rayos x, farmacia.)	Informe	2	Dirección de la Oficina Ejecutiva de Recursos Humanos							x							x
	Implementación de un piloto de las historias clínicas digitales	Informe	1	Jefe de la Oficina Estadística e Informática														x

