Universidad Continental

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

Análisis, evaluación y propuesta para mejorar la calidad de atención en los consultorios externos del centro de atención primaria de la Red Asistencial Ancash EsSalud, periodo 2022-2024

Rosa Gabriela Pascual Albitres

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Lima, 2023

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación

Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Augusto Quispe Chau

Dedicatoria

La presente Investigación está dedicada: Al que hace que llegue a ser…, a su misericordia divina, al amor, comprensión y apoyo de mis padres, a la Seguridad Social EsSalud, al país, por permitirnos apoyar en la construcción de una nueva sociedad al servicio del ciudadano.

Agradecimiento

Al policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez”, por permitir realizar la investigación.

A los colegas y colaboradores de la Red Asistencial Ancash, por el apoyo incondicional en beneficio de EsSalud

A la población asegurada de la Red Asistencial Ancash, por su participación y apoyo en mejora de la calidad de atención de la institución.

ÍNDICE

Asesor ii
Dedicatoria iii
Agradecimiento iv
Índice de Tablas viii
Índice de Figuras ix
Resumen x
Abstract xii
Introducción xiv
Capítulo I Generalidades 16
1.1. Antecedentes 16
1.2. Identificación de la realidad-problema 19
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación 20
1.4. Propósito del Trabajo de Investigación 21
1.5. Aspectos metodológicos 22
1.6. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación 24
Capítulo II Marco Teórico 25
2.1. Marco Teórico 25
2.1.1. Investigaciones previas relacionadas 25
2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad-problema 29
2.1.3. Otras bases teóricas 44
Capítulo III El Diagnóstico 47
3.1. Determinación del trabajo 47
3.1.1. Árbol de Problema y de Causas 49
3.1.2. Sustento de Evidencias. 50
3.2. Análisis Organizacional. 53
3.2.1. La Organización. 53
3.2.2. Entorno Organizacional. 59
3.3. Análisis de Stakeholders 61
3.3.1. Alianzas Estratégicas 61
Capítulo IV La Formulación 64
4.1. Determinación de objetivos y medios 64

4.1.1. Árbol de objetivos y medios 65
4.1.2. Sustento de evidencias 66
4.2. Análisis de alternativas 67
4.3. Productos 67
4.4. Actividades 73
Capítulo V La Propuesta de Implementación 78
5.1. Descripción de la propuesta de implementación. 78
5.2. Identificación de Recursos Críticos 80
5.2.1. Comunicación Estratégica 80
5.2.2. Incidencia en Stakeholders 80
5.2.3. Recursos humanos 81
5.2.4. Recursos financieros 81
5.2.5. Recursos Logísticos. 83
5.2.6. Recurso tiempo 84
5.3. Arquitectura Institucional (Intra e interorganizacional) 84
5.4. Metas establecidas para un período de 3 años 88
Capítulo VI Análisis de Viabilidad 94
6.1. Análisis de Viabilidad 94
6.1.1. Viabilidad Política 94
6.1.2. Viabilidad Técnica 94
6.1.3. Viabilidad Social 95
6.1.4. Viabilidad Presupuestal 95
6.1.5. Viabilidad Operativa 96
6.2. Análisis de viabilidad según análisis de actores 98
6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico-gerencial. 104
6.3.1. Generación de valor público 105
Capítulo VII Seguimiento 109
7.1. Desarrollo de Indicadores para seguimiento 109
Conclusiones 111
Recomendaciones 113
Referencias Bibliográficas 115
Anexos 122
Anexo1: Matriz de Consistencia 122

Anexo 2: Glosario de Términos..... 124
Anexo 3: Anexos Complementarios..... 126

Índice de Tablas

Tabla 1 Población adscrita en el Policlínico entre los años 2017 – 2019……...48
Tabla 2 Total de atenciones del policlínico entre los años 2017 – 2019……48
Tabla 3 Reporte de quejas y reclamos en la Red Asistencial Ancash entre los años 2017 – 2019……51 -52
Tabla 4 Reporte de quejas y reclamos en el policlínico entre los años 2017 – 2019……52
Tabla 5 Total de atenciones del policlínico entre los años 2017 – 2019……52
Tabla 6 Extensión de uso de los servicios del policlínico entre los años 2017 – 2019……53
Tabla 7 Prioridades de atención en emergencia del Hospital III de Chimbote entre los años 2015 – 2020……54
Tabla 8 Servicios según área 57
Tabla 9 Trabajador según tipo y grupo ocupacional 57
Tabla 10 Evaluación y periodicidad de medición de los productos e indicadores ligados a los objetivos del proyecto según ciclos PHVA……63-64
Tabla 11 Medios de validación de los productos planteados……74
Tabla 12 Propuesta de las metras para lograr el cumplimiento de los productos 89
Tabla 13 Presupuesto de la Red Asistencial Ancash EsSalud 2022……..93
Tabla 14 Descripción de los gastos por productos……93
Tabla 15 Identificación de actores que controlan o influyen en el proyecto.... 99-96
Tabla 16 Nivel de influencia y dependencia de los actores 99
Tabla 17 Plano de influencias y dependencias 99
Tabla 18 Posicionamiento de los actores respecto de los productos. MATRIZ 1 MAO..... 100
Tabla 19 Consolidado por Trimestres, Responsables..... 1007-100
Tabla 20 Metas propuestas y logros en la salud del Centro de Atención Primaria. Policlínico de Complejidad Creciente: “Víctor Panta RodríguezIndicadores de seguimiento 1094-106
Tabla 21 Indicadores de seguimiento 1107
Tabla 22 Desarrollo de indicadores de resultado……108

Índice de Figuras

Figura 1. Árbol de problemas y causas. 49
Figura 2. Policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez” 56
Figura 3. Estructura de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente. 56
Figura 4. Organigrama Policlínico de Complejidad Creciente 58
Figura 5. Árbol de objetivos y medios. 65
Figura 6. Organigrama del Centro de atención primaria. 85
Figura 7. Flujograma Proceso de Atención en consultorio de Tele consulta y Escucha Activa. 87

Resumen

El presente estudio consistió en un análisis, evaluación y en una propuesta final con el fin de lograr la mejora de la calidad de atención en los consultorios externos del centro de atención primaria: Policlínico Complejidad Creciente Víctor Panta Rodríguez, de la red asistencia Ancash EsSalud, periodo 2022-2024, tiene como objetivo aplicar y desarrollar estrategias para mejorar la calidad de atención del centro asistencial, en beneficio de los pacientes asegurados del distrito de Chimbote.

Los problemas y nudos críticos más relevantes de la consulta externa fueron identificados. Para su abordaje se desarrollaron cuatro metodologías, dos de ellas para realizar el diagnóstico institucional y dos metodologías para la viabilidad y factibilidad de los productos propuestos como solución a esta realidad problema. El análisis interno se realizó utilizando el método propuesto por Kast y Rosenzweig, y el análisis del entorno se realizó con la con la metodología propuesta por Collerette y Schneider, identificándose una realidad problema compuesta por varios desfaces entre la situación actual y la situación ideal que debería existir en el centro de atención primaria. Dicha problemática fue abordada de tal manera que se han propuestos productos que dan solución a los problemas encontrados.

Los productos propuestos, incluyen:

1.Creación de un decálogo de la atención médica en la consulta externa.

2. Creación del comité de auditoría de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

3. Creación del consultorio de tele consulta y escucha activa vinculado al programa médico comunitario de atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

Dichas propuestas fueron analizadas a nivel de su viabilidad y factibilidad a través de la utilización de las Metodologías del Sistema de Análisis de Capacidad Institucional para evaluar los obstáculos y debilidades Institucionales que podrían existir al momento de su implementación y el Método MACTOR a fin de analizar si habría actores que se pudieran oponer a la implementación de los productos. Con todo ello, se determinó que los productos propuestos, son viables, solucionarán los problemas encontrados y contribuirán a disminuir las brechas encontradas y

servirían al Policlínico de Complejidad Creciente en la toma de decisiones para mejora de la calidad del servicio de la consulta externa. Finalmente se realizó un análisis gerencial, utilizando el conocimiento expresado en medios académicos respecto del tema investigado, lo que permitió arribar a una conclusión principal: La propuesta para mejorar la calidad del servicio de los consultorios externos del centro de atención primaria de la Red Asistencial Ancash EsSalud, período 2022-2024”

Abstract

The present study consisted of an analysis, evaluation and a final proposal in order to improve the quality of care in the outpatient clinics of the primary care center: Víctor Panta Rodríguez Growing Complexity Polyclinic, of the Ancash EsSalud assistance network, period 2022-2024, aims to apply and develop strategies to improve the quality of care of the care center, for the benefit of insured patients in the Chimbote district.

The most relevant problems and critical nodes of the external consultation were identified. For its approach, four methodologies were developed, two of them to carry out the institutional diagnosis and two methodologies for the viability and feasibility of the products proposed as a solution to this problem reality. The internal analysis was carried out using the method proposed by Kast and Rosenzweig, and the analysis of the environment was carried out with the methodology proposed by Collerette and Schneider, identifying a problem reality composed of several gaps between the current situation and the ideal situation that should be achieved. exist in the primary care center. This problem was addressed in such a way that products have been proposed that provide a solution to the problems found.

The proposed products include:

1. Creation of a decalogue of medical care in the outpatient clinic.
2. Creation of the external consultation audit committee with an increase in the healthcare offer.
3. Creation of the teleconsultation and active listening office linked to the comprehensive care community medical program with training for health promoters and caregivers.

These proposals were analyzed at the level of their viability and feasibility through the use of the Methodologies of the Institutional Capacity Analysis System to evaluate the obstacles and institutional weaknesses that could exist at the time of their implementation and the MACTOR Method in order to analyze if there would be actors who could oppose the implementation of the products. With all this, it was determined that the proposed products are viable, will solve the problems

encountered and will contribute to reducing the gaps found and would serve the Polyclinic of Increasing Complexity in making decisions to improve the quality of the outpatient service. Finally, a managerial analysis was carried out, using the knowledge expressed in academic media regarding the investigated topic, which allowed reaching a main conclusion: The proposal to improve the quality of the service of the external clinics of the primary care center of the Ancash Healthcare Network. EsSalud, period 2022-2024”

Introducción

El presente estudio de análisis, evaluación y propuesta para mejorar la calidad del servicio en los consultorios externos del Centro de Atención Primaria: Policlínico complejidad creciente de la Red Asistencial Ancash EsSalud, periodo 2022- 2024, presenta una alternativa de mejora continua vinculada con la mejora de la calidad de los servicios entorno a los consultorios externos de los centros asistenciales de EsSalud a nivel nacional. Esta investigación además de ser ejecutada por el Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Ancash, podrá ser replicada en los demás centros asistenciales de la Red, así como en otras redes asistenciales a nivel nacional.

En la presente Investigación, se han elaborado siete capítulos:

En el capítulo I o Generalidades, analiza los antecedentes del trabajo de investigación con el fin de identificar los problemas que deben abordarse, además de explicar por qué nuestra investigación es útil para organizar y mejorar la calidad de la atención ambulatoria, además generará en el paciente confianza, fiabilidad, seguridad y empatía con el personal de salud, disminuirá el tiempo de espera, la atención será personalizada, lo cual repercutirá positivamente en la salud del paciente, su familia y su entorno ya que la satisfacción del usuario influye en la utilización y continuidad de los servicios de salud y en la capacidad de comprender y aceptar el tratamiento. Permitirá cumplir con los objetivos institucionales, con el fin de brindar servicios de salud de alta calidad, humanos y oportunos a los pacientes asegurados.

Se hace la propuesta de los productos como:

1. Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa.
2. Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.
3. Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

Finalmente se estableció los alcances y límites de la investigación.

El capítulo dos, desarrolla el marco teórico del plan, se identifican las bases teóricas, investigaciones previas relacionadas, modelos conceptuales basados en evidencia sobre la realidad problema.

En el tercer capítulo, desarrolla el diagnóstico general, de la investigación a través de diferentes metodologías de análisis, describiendo los aspectos internos y del entorno de la institución. También analiza las brechas que deben ser abordadas para lograr una realidad ideal, identificando los problemas institucionales que conducen a ese hecho.

El cuarto capítulo, se plantea la formulación y la determinación de los objetivos y medios y plantea las alternativas de solución a los problemas encontrados, sustentando las evidencias y detallando las actividades que deberán realizarse para lograr los objetivos planteados.

El capítulo cinco, se presentan los productos descritos en su totalidad y un análisis de los recursos humanos, financieros y logísticos necesarios para ejecutar el plan incluyendo el tiempo requerido desde el inicio hasta la implementación y control de . Por otro lado, se definen los objetivos y actividades necesarias para lograr cada producto propuesto, los métodos y las técnicas utilizadas. Y finalmente se analizan los aspectos de gestión del trabajo, identificación de responsabilidades y costos.

El sexto capítulo, analiza la viabilidad de la investigación, desde diferentes enfoques, aplicando diferentes herramientas de análisis estratégicos que sustenten la generación del valor público de la investigación.

El séptimo capítulo, define el mecanismo de control a nivel de seguimiento, para monitorear y evaluar las alternativas planteadas. Se realizan las conclusiones finales de cada objetivo y producto propuesto, junto con el plan de manejo y las recomendaciones. Además, se presenta las referencias bibliográficas consultadas durante el proceso de investigación, se adjunta anexos.

La autora

Capítulo I
Generalidades

1.1. Antecedentes

El Centro de Atención Primaria CAP III Metropolitano de Chimbote funciona bajo el modelo de gestión denominado Unidad Básica de Atención Primaria – UBAP, fue creado el 09 de julio del 2009 con Resolución N°319, de Presidencia Ejecutiva del Seguro Social de Salud, para luego con fecha El 05 de febrero 2015, con Resolución N°151-PE-ESSALUD-2015, se modificaría la denominación por la de Policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez” (Sánchez Matienzo, 2016).

El Policlínico de Complejidad Creciente: Víctor Panta Rodríguez , tiene una población asignada de 69,796 pacientes asegurados, que supera en gran medida respecto a otras IPRESS de la jurisdicción (Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, 2020).

Es así que la demanda asistencial es cada vez mayor y los pacientes asegurados concurren cada día con la esperanza de conseguir una cita y ser atendidos en los diferentes consultorios externos del centro asistencial y recibir una atención medica de calidad. Sin embargo, gran parte de los pacientes asegurados manifiestan su descontento debido a que muchas veces les es imposible conseguir una cita para que puedan ser atendidos tempranamente, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento oportuno, generando malestar e insatisfacción debido a la percepción deficiente de la calidad de atención en los consultorios externos del centro asistencial (EsSalud, 2018).

Lo anterior cobra importancia porque según el reporte del Registro Informático de la Gerencia Central de Atención al Asegurado de la Red Asistencial Ancash

EsSalud años 2017 al 2019, se ha evidenciado el incremento progresivo de la insatisfacción de los pacientes asegurados que acuden al Policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez”, por los motivos relacionados principalmente con la demora en la atención médica y por la demora de obtener una cita médica (Asegurado , 2017).

Este problema lo explica Febres et al. (2020), cuando refiere que la satisfacción de usuario “Básicamente se ve reflejada cuando sus expectativas fueron alcanzadas o superadas por lo brindado por los servicios de salud. En este sentido, la calidad es la capacidad de satisfacer las expectativas del usuario ampliamente”.

A esta problemática, se suma la dificultad para incrementar la capacidad de respuesta del policlínico debido a la desconfianza de los usuarios que va en línea con lo percibido por los usuarios a nivel nacional en la que se expresa que casi la mitad de los asegurados no confía en la seguridad social (49,1%) y esto mucho más evidente en las zonas rurales. Y a la fecha los esfuerzos institucionales no han sido suficientes para mejorar los procesos técnicos y la infraestructura, esto debido a que se prioriza más la oferta en vez de los resultados (EsSalud, 2019).

Asimismo, la calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud. (Dirección General de Salud de las Personas, 2009)

Además, precisa que:
Los problemas de salud en Latinoamérica constituyen aun parte de los problemas de la agenda en salud, que cada uno de estos países afronta, así pues, una de las principales líneas básicas de la estrategia hacia la salud

universal es: “Accesos a servicios de salud integrales y de calidad, dirigidos tanto a las personas como a las comunidades, y basados en el principio de equidad en salud”. (Organización Panamericana de la salud/organización Mundial de la Salud 2017)

En Colombia en un estudio realizado por Morales y García (2019) refieren que, por decisión normativa, se lleven estadísticas de la satisfacción global de los usuarios y de otros indicadores de la experiencia de la atención, tanto a nivel institucional como local, son relativamente escasos los estudios enfocados a hacer una evaluación amplia de la calidad del sistema de salud bajo la perspectiva del usuario, máxime cuando se evalúa en forma simultánea el desempeño de administrador, prestadores y gobierno local.

Así mismo la calidad de los servicios de salud se ve afectada debido al insuficiente acceso o el uso irracional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras. Suele haber problemas de suministro, subutilización de genéricos de calidad, y uso inadecuado de medicamentos y otras tecnologías de salud. Pese a discretos avances, la gestión regulatoria para la introducción y el uso de las tecnologías de salud sigue siendo deficiente (Organización Panamericana de la salud/Organizacion Mundial de la Salud, 2014).

La gestión de la calidad 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 situaciones 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 los servicios de salud (Dirección General de Salud de las Personas, 2009; p:14).

Otras soluciones más puntuales dentro de la gestión de calidad en salud refieren que la creación de un decálogo de la atención médica en la consulta externa (El médico interactivo, 2011), creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial (Medina Lezama & Esquicha Medina, 2014). Y, la creación de consultorios de tele consulta y escucha activa vinculado al programa médico comunitario (Bermúdez Pérez, 2020) de atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud puede mejorar los procesos de atención y disminuir las quejas, mejorar la satisfacción y esa manera lograr la tan ansiada calidad de atención de los pacientes.

Es en tal sentido, dicha problemática motivó iniciar la presente investigación con el fin de dar solución a todos los problemas ya descritos que reflejan una calidad de atención deficiente en los consultorios externos del Policlínico de Complejidad Creciente: Víctor Panta Rodríguez de la Red Asistencial Ancash EsSalud.

1.2. Identificación de la realidad-problema

Problemas Institucionales:

- El incumplimiento de la capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria, con una extensión de uso de la atención de salud a la población adscrita de solo el 30%, que trajo como consecuencia el incremento de las consultas médicas prioridad IV y V en área de emergencia del Hospital Base de EsSalud de la Red Asistencial Ancash (División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash-EsSalud, 2022).
- La Deficiente calidad de atención en los consultorios externos del Policlínico de Complejidad Creciente: Víctor Panta Rodríguez, que ha generado la insatisfacción de los pacientes asegurados que ha motivado el incremento de las quejas de los pacientes asegurados en el libro de reclamaciones del centro asistencial, como se puede apreciar en los reportes de la Gerencia Central de Asegurado de los años 2017,2018 y 2019. (Gerencia Central de Atencion al Asegurado, 2018, 2019; Gerencia Central de Atención al Asegurado, 2017).

- El Alto diferimiento de las citas de la consulta externa, que para los años 2017, 2018 y 2019, se encontraba en un promedio de 15 días. (EsSalud, 2019) y la demora en la atención de la consulta externa relacionada con el tiempo en conseguir una cita para ser atendido ,según la Gerencia Central de Atención al Asegurado(2018). Estas dos primeras causas de la insatisfacción del paciente asegurado fueron las que motivo la queja en el libro de reclamaciones del Policlínico de Complejidad Creciente (Gerencia Central de Atención al Asegurado, 2017).
- La insatisfacción de los pacientes durante el proceso de la atención médica, donde el paciente indica su inconformidad debido a la rapidez de la consulta y que el medico no lo examina y no le explica bien su diagnóstico y no comprende el tratamiento a seguir (Division de Planificacion y Calidad, 2015).

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación

Económica

Significará ahorro de costes y gastos a la institución, ya que un paciente que recibe una atención de calidad y se encuentra satisfecho , es porque ha recibido una buena calidad de atención de salud, entiende su diagnóstico e indicaciones y las cumple y de esta manera se evitan complicaciones en su salud. Todo lo contrario, podría suceder si el paciente recibe una mala calidad de atención en salud durante la consulta, lo cual podría generar más consultas externas o el incremento de ingreso del paciente por emergencia con otras complicaciones de su enfermedad generando un riesgo para la vida del paciente y generando un alto costo de los servicios a la institución.

Teórica

El presente trabajo de investigación da a conocer información relevante relacionada con la calidad de los servicios de salud como parte del derecho humano que es la salud, y la participación conjunta de la opinión del médico y del paciente en relación a las decisiones a tomar con respecto a la salud del paciente , ya que con el desarrollo de la ciencia , la tecnología y la tecnología de la informática y la comunicación nos encontramos frente a un

paciente más informado que necesita que se le informe detalladamente respecto a su salud.

Práctica

Permitirá solucionar el problema de deficiente calidad de los servicios de salud de la consulta externa del centro asistencial.

Conveniencia y de Pertinencia.

El derecho a la salud se constituye en un reto para la humanidad, pero lo es aún más cuando con quien se está interactuando es con singularidades, por eso la salud es el resultado de los cuidados propios y hacia los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia ,que no busca otra cosa que el de fomentar un alto nivel de excelencia del personal de salud, de un compromiso institucional de ese personal en el trato con el paciente y su familia (Darío Santacruz-Bravo ,2016).

Permitirá conocer la calidad percibida de los pacientes que concurren al policlínico en busca de una consulta externa que dé solución a sus problemas de salud.

1.4. Propósito del Trabajo de Investigación

Mediante la implementación de estrategias como la creación de un decálogo de la consulta externa, creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa, implementación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud en concordancia con la implementación y funcionamiento del documento técnico: “Modelo de Cuidado Integral de salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad”(MINSA, 2020a)

Se pretende resolver los requerimientos inmediatos de los pacientes que acuden al establecimiento. Estas estrategias de mejora de la calidad de los servicios de salud en los consultorios del centro de atención primaria, generará en el paciente confianza, fiabilidad, seguridad y empatía con el personal de salud, la atención será personalizada, lo cual repercutirá

positivamente en la salud del paciente, su familia y su entorno ya que la satisfacción del usuario influye en la utilización y continuidad de los servicios de salud y en la capacidad de comprender y aceptar el tratamiento.

"Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente" (Social y Salud ,2011).

El presente trabajo permitirá cumplir con los retos y metas institucionales de brindar prestaciones asistenciales de calidad, humana y oportuna hacia nuestros pacientes asegurados, contribuyendo de esta manera con el logro de la misión institucional.

1.5. Aspectos metodológicos

Se utilizarán cuatro metodologías: Las dos primeras corresponden al análisis intrainstitucional y del entorno del presente problema de estudio, con lo cual se determinó las brechas existentes.

En relación a la metodología de viabilidad y factibilidad.

Las dos primeras corresponden a:

- Análisis Interno
- Análisis Entorno

Las dos últimas corresponden a:

- Análisis SADCI- Análisis SADCI (Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional).
- Método MACTOR

"Es un sistema de análisis de juego de actores que persigue valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a un cierto número de posturas y de objetivos asociados" (Godet et al. , 2009)

- Metodología de Kast y Rosenzweig o Metodología del Análisis Interno Institucional.

Los autores manifiestan que este modelo es útil para realizar el diagnóstico completo de una organización, dado que permite hacer el análisis desde una perspectiva completa, al delimitar la realidad problema en cada uno de los subsistemas con base en un punto de vista diferente respecto de los problemas.

La Institución es analizada como un sistema, que está conformada por cinco subsistemas (Mitnik y Descalzi, 2008).

- Metodología de Collerette y Schneider: “El entorno organizacional está constituido por todos los elementos que no son partes de la organización pero que pueden tener una influencia actual o futura sobre ella” (Prolux ,2014).

  Según esta Metodología el entorno puede ser analizado en tres niveles: entorno inmediato (ciudadanos a los que la institución les da bienes o servicios). El Entorno Intermedio donde están las instituciones que deben supervisar el tema materia de análisis. Y el Entorno de las Tendencias Globales donde está la tendencia global de los caminos que se están siguiendo a nivel internacional y nacional respecto de la solución de estos problemas.

  En el presente trabajo de investigación se ha podido analizar mediante estas dos metodologías las cuales a continuación se detalla:

- Metodología SADCI.

  El Policlínico de Complejidad Creciente, si cuenta con la capacidad instalada para la realización del presente proyecto de investigación.

- Metodología MACTOR.

  Para la implementación del presente proyecto de investigación, contamos con el apoyo de la dirección del Policlínico de Complejidad Creciente, la jefatura de Prevención y Promoción de la salud, además del apoyo del cuerpo médico y los aliados internos y externos. Por lo tanto, no existe conflictos sociales ni de interés en la aplicación de proyecto de investigación.

1.6. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

Representa una oportunidad de mejora que impacta de manera directa y positivamente al Policlínico de complejidad Creciente de la red Asistencial Ancash de EsSalud, además trasciende como modelo de oportunidad de mejora para todos los centros de Atención Primaria de las redes de EsSalud a nivel nacional.

Así mismo, dentro de las limitaciones encontradas estas se relacionan con:

- El tiempo empleado en la investigación
- La información requerida para la investigación se encuentra dispersas en las diferentes jefaturas y oficinas de la Red Asistencial, además que gran parte de la información relacionada al análisis de los problemas no se encuentran en el portal de intranet de EsSalud y no es de fácil verificación.

Capítulo II
Marco Teórico

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Investigaciones previas relacionadas

Internacionales

En Colombia en el Hospital Lázaro Alfonso Hernández del departamento del César, se implementaron procesos necesarios para dar garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, controlando los riesgos y las condiciones en las que se ofrecen los servicios con el objetivo de brindar seguridad al usuario y desarrollando estrategias de mejora continua fundamentado en una medición basal en 222 usuarios a través de la metodología Seis Sigma, determinándose múltiples variables entre las que figuraron la percepción de satisfacción del paciente. En base a ello se generaron indicadores que de forma rápida, fácil y concisa brindaron información valiosa acerca de cómo se está desempeñando la prestación de servicio con calidad y permitió realizar comparaciones en tiempo y espacio. El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para administradores de hospitales, autoridades de salud y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del sector de la salud y con los hospitales en particular. Estos indicadores fueron parte fundamental dentro del proceso descrito para la implementación de la estrategia principal, la cual se fundamenta en un análisis estadístico profundo utilizando la metodología Seis Sigma y de la cual se obtiene una caracterización descriptiva de la situación en relación a la calidad del hospital objeto de estudio. Finalmente dentro de la misma política pública se estableció el procedimiento para el seguimiento y evaluación de la misma, la cual estuvo a cargo de un comité intersectorial e interinstitucional basada en los cronogramas de actividades

generales establecidos y específicos que se estableció deben de ejecutarse una vez se cuente con todos los recursos necesarios (Valbuena Vence, 2016).

En México se realizó un proyecto de mejora con el objetivo de mejorar la atención con calidad de pacientes con diabetes mellitus y con riesgo cardiovascular en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria V de Salamanca. Se realizó un diagnóstico situacional del programa que atiende a ese tipo de pacientes y se identificaron áreas de oportunidad. Se analizaron variables que afectaban de manera negativa el desempeño del programa, en base a ello se programaron capacitaciones en el personal médico y de enfermería para mejorar competencias en las técnicas de antropometría, toma y registro de la P/A, perímetro abdominal, cálculo del IMC y del logro de las metas del tratamiento de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico. Además, se reforzaron los conocimientos sobre el manejo de tarjetas, manejo de sistemas oficiales, se capacitaron en acreditación de grupos de ayuda para lograr un mayor control de la enfermedad en los pacientes. Se diseñó un instrumento que permitió registrar el seguimiento por parte de los supervisores. Entre sus resultados se logró incrementar los porcentajes de control de los pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en un 7,8% y el 6,3% en riesgo cardiovascular respecto al año anterior, se acreditaron 7 grupos de ayuda mutua y 2 reacrediatdos, logrando a nivel nacional de un segundo lugar mejoramiento de la atención. Se supervisaron y se realizó seguimiento del programa con la guía de asesoría y detección de área de oportunidad del programa adulto mayor. Concluyeron que el personal de salud debe de estar capacitado y conocer la parte administrativa de la operatividad de programas, con el fin de que se le dé seguimiento puntual a las metas, objetivos e indicadores que se manejan en distintos niveles de atención (Guerra Vásquez, 2016).

En Ecuador en la ciudad de Manta, provincia de Manabí durante el 2013 se llevó a cabo una investigación: “Plan de mejoramiento de la

calidad de atención de salud del área de Consulta Externa de Dermatología del Hospital IESS Manta. Julio a diciembre del 2013" con el objetivo de identificar los factores que determinan la calidad de los servicios de salud que reciben los usuarios en al área de consulta externa, también se consideraron objetivos específicos que estuvieron orientados a verificar el grado de satisfacción, analizar la capacidad para brindar los servicios y diseñar un plan para la mejora de la calidad de los servicios de salud. El tipo de estudio fue de corte descriptivo, transversal, no experimental y de enfoque cuantitativo. Se aplicó en el área de consulta externa de dermatología del Hospital IESS Manta, se aplicaron encuestas y entrevistas a 540 usuarios en el período comprendido entre julio a diciembre del 2013. Entre los hallazgos se pudo verificar la existencia de problemas con el tiempo de espera para la atención y la obtención de los medicamentos en farmacia. Se concluyó que era necesario la implementación de un plan de mejora de la calidad en la atención del usuario, que se traduzca en la mejora de los servicios según la perspectiva de calidad de los usuarios (Vallejo Valdivieso, 2016).

Nacionales

En Lima, en el 2019 se desarrolló un estudio "Propuesta de mejora del proceso de atención en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas" que tuvo como objetivo analizar el proceso de atención en el Servicio de Emergencia del INCN y realizar una propuesta de mejora del proceso de atención de los pacientes. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La técnica de recolección de datos fue la observación y el análisis documental, tomando en cuenta la normativa vigente del Ministerio de Salud (MINSA); además, se empleó como instrumento una ficha de elaboración propia. Los resultados de la investigación muestran deficiencias en el flujo adecuado de pacientes, demoras administrativas en el área de caja/admisión, el traslado de pacientes a otras áreas de instituto para realizar exámenes imagenológicos, la

falta de software informático que permita visualizar resultados de imágenes y laboratorio en la emergencia, la infraestructura limitada e inadecuada, el recurso humano incompleto, los equipos e insumos limitados, y otros causales que inciden en la salud de los pacientes. La propuesta de mejora plantea soluciones para reducir la demora en la atención inicial del paciente que acude al Servicio de Emergencia con la implementación de una caja única de pago, los sistemas de información, la dotación de recursos humanos capacitados, las claves para agilizar los procesos y las mejoras en el mantenimiento de equipos. Asimismo, se propone la introducción de un comité ejecutivo con participación de los servicios clave del instituto para la toma de decisiones coordinadas y eficaces (Laguna Urdanivia et al., 2015).

En Lima, durante el 2015, se realizó una investigación “Impacto de la implementación de un plan de mejora en el nivel de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del centro de atención primaria III San Juan de Miraflores, Lima -Perú” que tuvo como objetivo determinar el impacto de la implementación de un plan de mejora en el nivel de satisfacción del usuario externo. El enfoque fue cuantitativo, de tipo descriptivo-comparativo, aplicado, longitudinal y prospectivo. La satisfacción fue medida a través del SERVPERF, modificado. La muestra estuvo constituida por 49 usuarios del 2013 y 50 del 2014, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo intencional. Los datos fueron procesados de acuerdo a los rangos de satisfacción establecidos en el instrumento. Entre sus resultados se observaron que los niveles de satisfacción fueron 71% y la insatisfacción de 29% en el 2014, cuando se compararon con los datos del 2013 hubo un incremento de un 24%, ya que la satisfacción en ese tiempo fue de 47% y la insatisfacción de un 53%. El autor concluyó que las estrategias y actividades aplicadas según el plan de mejorar fueron efectivas para incrementar los niveles de satisfacción de los pacientes en los consultorio externos (Bedoya Rivadeneira, 2015).

En Chiclayo en el 2013, se realizó el estudio “Propuesta de mejora de la calidad de servicio en el policlínico Chiclayo oeste ubicado en la ciudad de Chiclayo, durante el período 2013”, con el objetivo de conocer la insatisfacción de los asegurados y de los trabajadores en el centro de salud, a partir de ello identificar problemas asociados con la prestación del servicio. Para obtener los datos utilizaron la metodología del SERVQUAL en sus 5 dimensiones, las que evaluaron ciertas variables presenten en la cadena de atención de salud. Los datos fueron recolectados de una muestra de 270 asegurados a través de la metodología ya mencionada, también se hicieron entrevistas al personal médico para conocer la forma en la que ellos perciben como se entregan los servicios a los asegurados y de acuerdo a ello plantear propuestas que se ajusten a esa realidad. En sus resultados reportaron insatisfacción moderada en las 4 dimensiones estudiadas, encontrándose en tres de ellas una mayor insatisfacción, resaltando la tardanza para asignar las citas (fiabilidad), el tiempo prolongado de espera (capacidad de respuesta) y los pocos minutos que duraba la atención (seguridad) con un promedio negativo de 41,08, 44,72 y 34,43. Los autores concluyeron que era necesario que se desarrollen propuestas de mejora acorde a lo observado en las 5 dimensiones (Vásquez Bautista y López Tafur, 2015).

2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad-problema

Calidad del servicio de salud

Avedis Donabedian como uno de los representantes de la calidad, la define como la capacidad de utilizar los medios correctos para lograr mejorar la salud de las personas. Tiempo después la consideró como Lo que se espera que pueda brindar al paciente la mayor y más completa sensación de bienestar después de haber balanceado los beneficios y riesgos que pueden producirse a lo largo de un proceso. Asimismo, él desarrolló la estrategia para la evaluación de la calidad

basado en 3 conceptos de gran importancia como lo son: estructura, proceso y resultado" (Library, 2011).

En concordancia con lo anterior la Organización Mundial de la Salud, define a la calidad del servicio de salud como, la satisfacción de las necesidades del usuario, menor riesgo al paciente, prevención y recuperación total del paciente y su rehabilitación " (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Dimensiones de la calidad en salud

Según la Organización Mundial de la salud y citado por Flores Rojas (2010), las dimensiones son:

A. Efectividad

Capacidad de otorgar la prestación de atención de salud que se adhiere a una base de pruebas y resulta en mejores resultados de salud para los individuos y las comunidades.

B. Eficiencia

Brindar atención médica optimizando el uso de recursos.

C. Accesibilidad

Capacidad de otorgar atención de salud oportuna, distancia geográfica razonable y provista en un entorno donde las habilidades y los recursos sean apropiados para las necesidades médicas.

D. Centrado en el paciente

Brindar atención médica que toma en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades.

E. Equidad

Capacidad de ofrecer servicios de salud que no varíen en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.

F. Seguridad

Otorgar atención de salud minimizando los riesgos y daños a los usuarios.

Círculos de calidad

Para Asmat et al (2017)

Ishikawa es reconocido como uno de los creadores de los círculos de calidad.

Los círculos de calidad se encargan del análisis de los problemas surgidos en su ámbito de acción, originados del cumplimiento de sus funciones y competencias. Son dirigidos por una persona propia del círculo, que es elegido entre los integrantes, debiendo de cumplir ciertas condiciones como: libre participación, trabajo en equipo, democrático, con respeto por las opiniones de los demás, ser reconocido por méritos grupales y no individuales. Todo el grupo se desenvolverá en un grupo reducido, en reuniones de corta duración que respete los horarios de trabajo, y deberán de reconocer el trabajo de los directivos y el apoyo recibido por la gerencia. Todo lo anterior se encuentra basado en 3 principios (Asmat Vidarte et al., 2017).

- El trabajo lo conoce mejor el que lo realiza.
- Se tiene que respetar al individuo, su inteligencia y su libertad.
- Toda capacidad individual se potencia con el apoyo de los demás del grupo, teniendo en cuenta la siguiente metodología de 10 pasos:
    1. Identificar el problema que se comparte entre los profesionales y describirlo de manera consensuada.
    2. Hacer una lista de causas que generan el problema.
    3. Organizar los problemas según orden de importancia, luego asignarles puntajes.
    4. Ordenar los problemas de mayor a menor según la votación.
    5. Estudiar las soluciones de las causas.
    6. Puntuar y ponderar las soluciones considerando las que contengan el 60% de la puntuación total.
    7. Redactar un informe con los resultados obtenidos.
    8. Evaluar y estudiar el informe generado
    9. Poner en marcha las soluciones.

10. Evaluar los resultados, en reunión del equipo directivo.

Los círculos de calidad que se fomenten en las organizaciones tienen un efecto excepcional en el ambiente de la misma. La comunicación dentro de los círculos de calidad mejora la interacción de los miembros del equipo, esta debe de ser horizontal entre los miembros del círculo y con otros círculos; pero, se debe de mantener la comunicación vertical entre los directivos y los trabajadores. Las organizaciones que implementen los círculos de calidad, deben de respetar sus propuestas y poner en marcha las soluciones planteadas por sus miembros (Gutiérrez Ascencio, 2005).

Reingeniería de procesos

Consiste en la revisión y rediseño básico de los procesos en el ámbito empresarial con el objetivo de poner en marcha mejoras de gran envergadura sobre el rendimiento y resultados de las organizaciones. (Conexión ESAN, 2016)

La reingeniería de procesos empieza con el diseño de los procesos; sin embargo, está presente en todas las facetas de la organización (Hernández Rodríguez, 2012).

La exigencia de la reingeniería se basa en sus ideas completamente radicales sobre el diseño de los procesos. Los que dirigen los proyectos de reingeniería deben de tener la capacidad de estimular a los empleados a la consecución de sus objetivos y a la generación de nuevas ideas, con el propósito de recompensar toda idea nueva y creativa que surga en ese proceco (Hammer y Stanton, 1997).

Benchmarking

La existencia del Benchmarking está justificada hace más de dos mil años en dos proverbios, uno de ellos chino, escrito por Sun Tzu: “Si conoces a tu enemigo y te conoces a ti mismo, no tienes por qué temer el resultado de 100 batallas” y el otro de origen japones que

provino de la palabra “Dantotuzu” que significa luchar por ser el mejor de los mejores (Lizana Puelles, 2004).

El Benchmarking es una herramienta de productividad que, a través de un método sistemático y permanente, puede evaluar productos, servicios y procesos en el trabajo de las empresas o de entidades dependientes reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el objetivo de obtener avances dentro de la institución o de la dependencia. A su vez, el Benchmarking tiene como objetivo, aportar elementos necesarios para emitir juicios y con el conocimiento suficiente para identificar los enfoques óptimos que conduzcan a la optimización de las estrategias y de los procesos productivos (Lizana Puelles, 2004).

Finalmente, podemos resumir que “ El Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales” (Rosas, 2005).

Satisfacción del usuario.

De acuerdo a la guía técnica para de la evaluación de la satisfacción del usuario externo del Ministerio de Salud del Perú, la define como el nivel de cumplimiento de parte del sistema organizativo de salud, en relación a las expectativas y percepciones del paciente, considerando los servicios que ese sistema ofrece (Ministerio de Salud del Perú, 2011).

Medición de la satisfacción del usuario

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la satisfacción es el SERVQUAL. Esta herramienta fue creada por A. Parasuraman y colaboradores quiénes resaltan que la comparación entre las expectativas y las percepciones del usuario acerca de ciertos aspectos de infraestructura, recursos humanos y otros del

establecimiento de salud, puede darnos una medida de calidad del servicio (Ministerio de Salud del Perú, 2011).

Para ser usado en los establecimientos de salud se cuenta con una versión modificada y puede emplearse en distintos servicios como consultorios externos, urgencias, emergencia y piso, según nivel del establecimiento. Consta de 22 preguntas de expectativas y 22 de percepciones contempladas en 5 dimensiones (Ministerio de Salud del Perú, 2011):

- Fiabilidad: preguntas del 01 al 05.
- Capacidad de Respuesta: preguntas del 06 al 09.
- Seguridad: preguntas del 10 al 13.
- Empatía: preguntas del 14 al 18.
- Aspectos Tangibles: preguntas del 19 al 22.

Calidad

La calidad se define como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite juzgar su valor" y desde un punto de vista filosófico se ha considerado como "conjunto de rasgos esenciales que hacen que un objeto o fenómeno sea lo que es y no otro" (Sanabria Rangel et al., 2014).

Si bien existen gran cantidad de definiciones de calidad, todas ellas implican dos aspectos importantes: el resultado y el estándar, es decir, los alcanzado debe de ser resultado de un conjunto de requerimientos planteados con anterioridad. Estos dos puntos son susceptibles a variar de acuerdo a las organizaciones según los enfoques y los alcances teóricos con los que estos cuenten (Sanabria Rangel et al., 2014).

Estándares de Calidad

Son definidos como el conjunto de requisitos mínimos que tiene que tener la organización y que busca la excelencia del mismo (Pulido, 2004).

Se resalta que el conjunto de estándares está inmerso en el proceso de mejoramiento continuo, este proceso involucra la identificación de prioridades, propuestas para evaluar los resultados y su posterior comunicación. Se constituye como parte integral del sistema de gestión de la calidad, esto asegura que organización contar con procesos plasmados, a partir de los cuales se puedan encaminar a generar evidencia y soporte que permitan a todos los actores de la sociedad verificar el compromiso con la gestión de calidad dentro de los sistemas sanitarios (Ministerio de Salud del Perú, 2002).

Calidad de atención en los servicios sanitarios

A. Como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios

Constituye el reconocimiento de la experiencia objetiva y medible que conecta a los proveedores y los usuarios dentro del proceso de la atención. Este enfoque busca el mejoramiento de los servicios de salud, a través de su fortalecimiento y de todos sus procesos de atención en las que interactúan de manera indisoluble varias dimensiones como las técnicas, interpersonales y medioambientales de la calidad. En estos servicios se evidencia el desempeño de manera enérgica, ética y humana entre sus diversos miembros, adecuando los procesos y dotando de recursos tecnológicos y otros recursos indispensables para atender a las personas. (Ministerio de Salud del Perú, 2009).

Medición de la calidad en salud

En nuestro país el ente rector en salud establece que, la atención de los pacientes debe ser el objetivo primordial en todos los servicios de salud. Al ser esto un requisito básico, se requiere de una estructura estable, reducción de riesgos y buen servicio por parte del personal para mejorar el cuidado de los pacientes.

Por ello, para conocer la realidad que se ve en los hospitales, el MINSA ha establecido los siguientes pilares que permiten identificar si la atención se brinda con calidad:

- Gestión eficiente del sistema de salud: simplificar la gestión del gasto mejorando las compras del Estado, y combatiendo la corrupción dentro del sector.
- Cobertura y calidad de los servicios: fortalecer el sistema de salud garantizando la mejora continua de sus servicios, optimizar el primer nivel de atención y centrarlo en el ciudadano. Otra consigna está en ampliar la cobertura de afiliación y prestación del aseguramiento en salud.
- Revalorización del personal: se logra mediante la planificación de políticas de recursos humanos para asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de personal médico en todo el país. Asimismo, es una estrategia de este pilar impulsar la carrera pública meritocrática y la política remunerativa.
- Infraestructura moderna e interconectada: desarrollar un plan de inversión en redes de salud que permita contar con infraestructura y equipamiento moderno, así como implementar la historia clínica electrónica y la telemedicina para fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del sistema de salud.

Alineados a estos pilares, existen muchos indicadores que se establecen de acuerdo a los distintos niveles de atención, entre los que se pueden mencionar:

Indicadores sanitarios (línea base / metas al 2021):

- Porcentaje de niños(as) menores de 5 años con desnutrición crónica (14.4 % / 8 %).
- Prevalencia de anemia en niños(as) menores de 36 meses (43.5 % / 19.0 %).
- Porcentaje de embarazo adolescente (13.6 % / 12 %)
- Razón de mortalidad materna x 100 mil nacidos vivos (93 % / 66 %).
- Tasa de mortalidad neonatal x 1000 nacidos vivos (10 %/ 9 %).

- Tasa de incidencia de tuberculosis x 100 mil habitantes (87.5 % / 69.5 %).
- Tasa de incidencia de VIH en poblaciones clave (5.2 % / 4.2 %)
- Incidencia de la malaria por cada 100 mil habitantes (154 % / 146.3 %).
- Tasa de mortalidad general por cáncer x 100 mil habitantes (107 % / 100 %).
- Prevalencia de DBT-M (2.9 % / 4.5 %).
- Prevalencia de HTA (12.3 % / 14 %).
- Tasa de suicidio (3.13 % / 1.0 %).
- Tasa de mortalidad por causas externas (69.2 % / 59.0 %).

Indicadores de gestión (Línea base / metas al 2021):

- Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud (80 % / 97 %).
- Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención (40 % / 80 %).
- Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días (18 % / 10 %).
- Porcentaje de financiamiento del gasto directo de bolsillo (26.8 % / 17.6 %).
- Densidad de RR. HH. del sector salud x 10 mil habitantes (29.9 % / 33.5 %).
- Porcentaje de RR. HH. del Minsa y GORE que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención (65.8 % / 85 %).
- Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial (ND / 60 %).
- Número de gobiernos regionales que implementan la Red Nacional de Tele salud (ND / 25 %).
- Porcentaje de establecimientos que implementan la HCE (ND / 50 %).
- Número de camas hospitalarias x mil habitantes (1.56 % / 2.0 %).

- Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos (PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses (65 % / 85 %) (Conexión ESAN, 2017).

Acreditación y certificación.

Acreditación de los prestadores de salud.

La definición de acreditación varía según el país, y está ligado al desarrollo de un determinado proceso; pero tienen en común la idea de que la acreditación es un mecanismo que sirve para valorar la calidad de los servicios, y está orientada a corroborar que la entidad que presta servicios de salud cumpla con estándares superiores para brindar una atención segura en el ámbito de la salud y generar ciclos de mejoramiento continuo (Ruelas y Poblano, 2007).

Resumiendo, la definición de acreditación, tiene en cuenta 4 nociones:

- Mecanismos para evaluar la calidad.
- Búsqueda de la atención segura.
- Cumplimiento de los estándares más altos.
- Mejoramiento continuo.

La acreditación está basada en el principio de comparación respecto a otras instituciones, las cuales manejan sus estándares establecidos con anterioridad y tienen principios considerados como ideales dentro de la institución que se desarrollan bajo condiciones específicas, constituyéndose como un mecanismo necesario para poner en marcha procesos de mejoramiento continuo (Ministerio de Salud de Perú, 2007).

El propósito de la acreditación de los prestadores de salud

La acreditación tiene como propósito mejorar el proceso de la gestión de calidad dentro de las organizaciones de salud y debe de ser comprendida como un mecanismo efectivo dentro del sistema de

salud para realizar una evaluación sistemática del desempeño de la atención de salud (Ministerio de Salud de Perú, 2007).

Según la literatura, en general, la acreditación tiene 4 objetivos o fines (Joint Commission International, 2011):

- Optimizar la calidad en salud
- Acercar los servicios a los usuarios
- Mejorar el control de gastos

Tomando en cuenta el primer objetivo “optimizar la calidad en salud” podemos mencionar a las herramientas más usadas para lograrlo (Dirección de calidad en Salud del Ministererio de Salud del Perú, 2006):

- La creación de una normatividad
- Uso racional del dinero en la tecnología
- Enfoque de “Medicina basada en la evidencia”
- Creación de protocolos y guías para la atención
- Creación de indicadores de calidad
- Involucramiento del paciente
- Enfoque con responsabilidad social.

Es así que, según las experiencias de los sistemas de salud, lo importante de un sistema de acreditación no radica en el otorgamiento del “certificado o constancia de acreditación”, por el contrario, se asume como la capacidad de la institución acreditada, para encontrar problemas y oportunidades que permitan mantener los ciclos de mejora en el tiempo en las diversas áreas donde se atienden los usuarios (Joint Commission International, 2011).

Acreditación ISO (International Standarization Organization)

La International Organization for Standardization (ISO), es la entidad internacional que elabora una serie de estándares que llevan el mismo nombre (ISO). Estas normas fueron introducidas en el ámbito empresarial desde su primer lanzamiento en 1987 de la ISO 9000,

posteriormente se lanzó las normas ISO 10000 y 14 000, ambas orientadas a estandarizar productos, procesos o materiales. Con el paso de los años se adoptó el enfoque de “universalización” y su aplicación se expandió a todas las organizaciones (Camisón et al., 2006; CTMA Consultores, 2019).

Las normas de ISO 9000 a su vez estuvieron conformadas por:

- ISO 9000.1 (Gestión y normas de aseguramiento de la calidad).
- ISO 9001 (Guía que garantice la calidad en el diseño, desarrollo, producción, instalación y el servicio después de la venta).
- ISO 9002 (Guía que garantiza la calidad en la los procesos productivos y de instalación).
- ISO 9003 (Guía que garantice la calidad durante la inspección y los ensayos finales).
- ISO 9004 (Gestión y elementos de un sistema de calidad) compuestas por la V1 y V2 (Camisón et al., 2006).

Adicionalmente, existen otras normas ISO de la serie 10000, las que están conformadas por la 10005 hasta las 10019 y la 19011, cuyo objetivo es guiar en las tareas de aseguramiento de la calidad, a través de un desarrollo de sistema documental, auditoría, formación y calibración (Camisón et al., 2006).

Marco normativo de Acreditación de Establecimientos de Salud.

En el Perú, existe un marco legal relacionada a la acreditación de los establecimientos de salud, las cuales fueron establecidas por el ministerio de salud, que se mencionan a continuación (Ministerio de salud del Perú, 2007):

- Ley general de salud N° 26842: Artículo 38. En la que se menciona que los establecimientos están sujetos a evaluación, control y auditorías periódicas por la autoridad nacional.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA: Artículo 101°. Que hace referencia a, todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá someterse al proceso de acreditación en el ente rector, para su categorización.

- Ley Nº 29344.
- Decreto Supremo N°008-2010-SA: Cuarta Disposición. Complementaria y Final.
- Decreto Supremo 005-2012-SA: Artículo 06. Establece que la SUNASA, puede supervisar y sancionar a los establecimientos registrados en el RIPRESS, teniendo en cuenta el instrumento de supervisión del ISIPRESS, la cual tiene en cuenta dos puntos importantes y obligatorios: Categorización vigente y Autoevaluación.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA.
- Norma Técnica Sanitaria Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 R.M. 456-2007/ MINSA (Ministerio de salud del Perú, 2007).

Niveles de atención en salud.

Los niveles de atención vienen a ser formas ordenadas y dividas de la organización de los recursos para satisfacer las demandas de los usuarios. Las demandas a satisfacer no tiene que estudiarse en términos de servicios brindados, sino como la cantidad de problemas que se pueden resolver (Vignolo et al., 2010).

- **El primer nivel**

  Es el más cercano a los usuarios donde se establece el primer contacto, permitiendo resolver las necesidades básicas y más recurrentes de atención, gracias a las actividades preventivo promocionales. A través de este nivel se ingresa al sistema de salud, cuenta con establecimientos de baja complejidad e incluyen a los consultorios, policlínicos, centros de salud, etc. En este nivel se puede resolver hasta un 85% de problemas de salud prevalentes permitiendo un acceso oportuno de la población a los servicios de salud (Vignolo et al., 2010).

  Según la norma de categorización de establecimientos de salud, el primer nivel de atención es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan

principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad: además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema (Ministerio de salud del Perú, 2019).

- **Segundo nivel**

  En este nivel encontramos a los hospitales y los establecimientos en las que se prestan servicios de medicina por especialidades como medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general, etc. Entre el primer nivel de atención y este nivel se pueden cubrir hasta un 95% de los problemas de salud que aquejan a la población (Vignolo et al., 2010).

  En este nivel se complementa la Atención Integral iniciada en el nivel precedente, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda (Ministerio de salud del Perú, 2019).

- **El tercer nivel**

  Es considerado de reserva porque atiende problemas que no son prevalentes, es decir patologías no comunes y que necesitan tratamiento especializado y tecnológico. Tienen un amplio terreno de cobertura, puede ser todo un país o gran parte del mismo. En este nivel se lograr cubrir el 5% restante de los problemas de salud. Entre ellos podemos citar a los hospitales

especializados que se encuentran concentrados en la capital (Vignolo et al., 2010).

Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda (Ministerio de salud del Perú, 2019).

Niveles de Atención en EsSalud.

El EsSalud como institución de salud, tiene por objetivo brindar a la población asegurada un conjunto de prestaciones en todos los niveles de prevención que van desde la promoción hasta la rehabilitación. Por lo que se organiza en redes asistenciales (RAS) y niveles a lo largo del territorio peruano, de acuerdo a la demanda (Raygada, 2014).

Por cada nivel de atención el EsSalud tiene distintos tipos de establecimientos, entre los que podemos citar a:

- Primer nivel de atención (I): incluyen a los centros médicos, policlínicos y centro especializado, esta última sin población adscrita.
- Segundo nivel de atención (II): tenemos a los hospitales generales y hospitales especializados (sin población adscrita).
- Tercer nivel de atención (III): conformado por hospital nacional y especializado sin población adscrita para ambos casos.

Cartera de servicios de salud en el EsSalud.

Una cartera es un conjunto de servicios creados para hacerle frente a las insuficiencias y peticiones de la población, bajo un sustento científico-técnico y según las prioridades de la política sanitaria (Raygada, 2014).

Los servicios, con un conjunto de actividades creadas o impulsadas por los profesionales de la salud, que tienen como objetivo promover la salud, prevenir enfermedades, tratar problemas de salud, rehabilitar o en pocas palabras satisfacer una necesidad sanitaria (Raygada, 2014).

Por otro lado, la complejidad, es un término que se utiliza para referirse al conjunto que partes que conforman un todo, es decir, diversas manifestaciones expresadas por los usuarios las cuales con el tiempo se han convertido complejas y demandantes, siendo estas las que tienen que resolverse en forma oportuna (Raygada, 2014).

Es así que “La cartera de servicios de complejidad creciente”, se constituye como un instrumento cambiante y flexible, que establece un grupo de prestaciones relacionadas con la salud y demás necesidades manifestadas por los asegurados, las cuales pueden solucionarse en transcurso del tiempo y en un espacio determinado, permitiendo la gestión del trabajo de los profesionales de la salud en los distintos niveles de atención. Este documento es elaborado con la participación de un equipo y cambiante en el tiempo, define en gran parte las actividades diarias en los establecimientos de salud (Raygada, 2014).

2.1.3. Otras bases teóricas

Las teorías de la calidad de la atención

A. Teoría de Joseph Juran

Según Joseph J. la calidad “es la estrategia empresarial, se entiende como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc.” Él enseño a los Japones en los años 50 los principios de la calidad y contribuyó en gran medida en la reorganización de la calidad en ese país. Juran, planteó la

existencia de una trilogía, es decir en tres procesos necesarios para asegurar la calidad (Library, 2016).:

- Planeación
- Control
- Mejoramiento.

Estos tres procesos están interrelacionados, empezando desde la planificación, que es entendida como el suministro de los medios para lograr que un producto o servicio pueda satisfacer las necesidades de los usuarios. Posterior a ello, viene la concentración de fuerzas operativas que aseguren la producción y finalmente se deben de analizar los cambios que se tienen que hacer para mejorar la calidad (Library, 2016).

Este enfoque: compromiso de la alta dirección, la demanda de mejora, el uso de herramientas para el control de la calidad y la importancia de la capacitación, actualmente es reflejado en la práctica de muchas organizaciones (Escuela de ciencias arte y tecnología, 2020).

B. Teoría de Calidad y servicio de Karl Albertch y Jan Carlzon

Su teoría se centra en ofrecer y vender al cliente lo que verdaderamente desea comprar. En su método considera 10 principios (Buenas Tareas, 2013):

1. Conocer al cliente como persona y sus preferencias.
2. Aplicar las situaciones verdaderas a la formación de la opinión, del servicio, del producto y del costo.
3. Contar con una libreta de calificaciones del usuario.
4. Investigar las percepciones de los usuarios.
5. Conocer al usuario.
6. Hablar directamente con el cliente.
7. Contar con encuestas orientadas a responder el ¿Cuándo? ¿Porqué? ¿Cómo?

8. Comparar los datos obtenidos.
9. Armar propuestas.
10. Cerrar los ciclos.

Albrecht, considera en su modelo los triángulos internos y externos, sobre las cuales se fundamente su teoría. Estos cuentan con elementos importantes para la administración de los servicios y la relación de los mismos (Buenas Tareas, 2013).

En el lado derecho del triángulo, se ubican todos los trabajadores de la empresa, los que están en contacto directo con los clientes y aquellos que no, incluso los puestos gerenciales que se encargan de la supervisión. El lado izquierdo, está referido al sistema de trabajo, por medio de las cuales se pueden brindar todas las facilidades de distinta índole a los clientes y deben de adaptarse a las necesidades de estos últimos. (Library, 2016).

Por último, el modelo incluye al factor más importante de este modelo, que es representado por el cliente, ya que es por él que existen los demás factores y constituyen la completa experiencia del servicio que se brinda (Library, 2016).

Capítulo III
El Diagnóstico

3.1. Determinación del trabajo

Se realizó un análisis del proceso de la consulta externa del policlínico de Complejidad Creciente, determinando las siguientes situaciones:

El centro de Atención Primaria. Policlínico de Complejidad Creciente: "Víctor Panta Rodríguez" (VPR), tiene una población adscrita que, a lo largo de los años 2017, 2018, 2019 ha ido en descenso, tal y conforme se aprecia en la Tabla 2 (Seguro social de Salud-EsSalud, 2022a).

Tabla 1.

Población adscrita en el Policlínico entre los años 2017 – 2019.

Centro de Atención Primaria : Policlínico Víctor Paita Rodríguez	**Años**		
	2017	**2018**	**2019**
Total, de la población	71 464	71 834	70 905

Fuente: gerencia Central de Atención al Asegurado-EsSalud.

La demanda asistencial por parte de la población asegurada se ha ido incrementando de manera exponencial, tal y conforme se muestra en la Tabla 2 en relación a la cantidad de consulta desde los años 2017, 2018, 2019 (Seguro social de Salud-EsSalud, 2022b).

Tabla 2.

Total de atenciones del policlínico entre los años 2017 – 2019.

Total de Atenciones	**Años**		
	2017	**2018**	**2019**
1 mes	12 500	13 800	14 100
Por año	137 500	151 800	155 100

Fuente: gerencia Central de Atención al Asegurado-EsSalud.

Las dimensiones de la calidad asistencial que el presente trabajo de investigación ha considerado para abordar los principales problemas son: La

Eficiencia, Accesibilidad y Centrado en el paciente (Flores Rojas, 2019), así pues :

- La dimensión: Centrado en el paciente, considera el Incremento de las quejas y reclamo de los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria, debido al largo tiempo que tienen que esperar para ser atendidos por un médico.
- La dimensión Eficiencia está relacionada con el Alto diferimiento de las citas medicas en el Policlínico de Complejidad Creciente, que se encontraba en 15 días, originado por la inadecuada programación asistencial debido al deficiente control y supervisión de la programación asistencia y uso adecuado de los recursos institucionales, así la disminución de la oferta asistencial relacionada con la deficiente cantidad de recursos humanos asistenciales, y la deficiente asignación del presupuesto para las Horas Extras.
- La dimensión Accesibilidad, está relacionada con la disminución de la Capacidad de respuesta para otorgar atención de salud oportuna como centro de Atención Primaria, debido a la disminución de las actividades preventivo promocionales en la programación asistencial, disminución de las actividades extramuros en la comunidad, escasos recursos humanos, disminución de la oferta de servicios que se reflejó en una cobertura de extensión de uso hacia la población adscrita al centro asistencial del 30%, que conllevo al incremento de Pacientes prioridad IV y V en el servicio de emergencia del Hospital III EsSalud, lo que trajo como consecuencia,la disminución de la Capacidad de respuesta para otorgar atención de salud oportuna como centro de Atención Primaria.

3.1.1. Árbol de Problema y de Causas

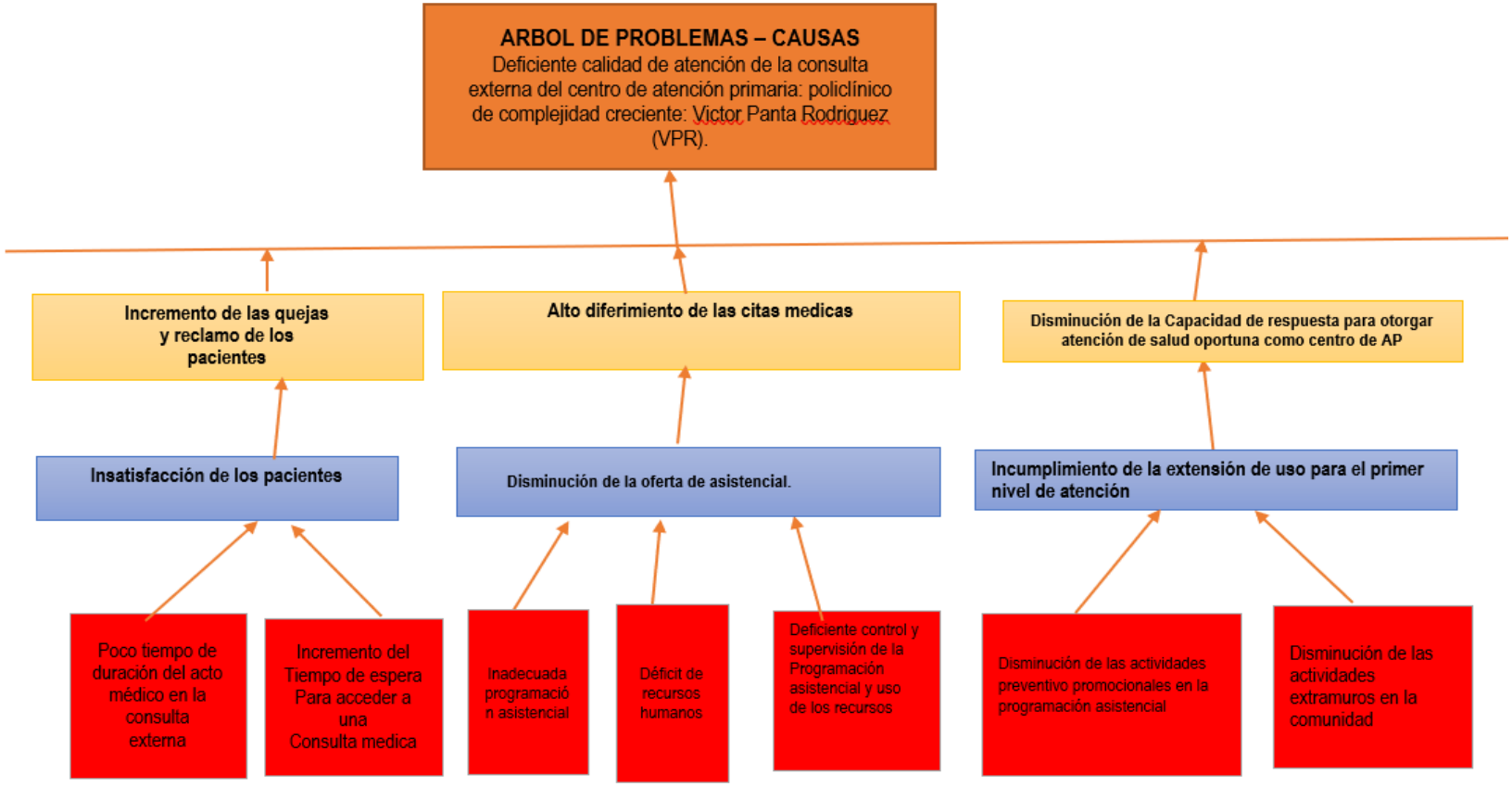

Figura 1. Árbol de problemas y causas.

Fuente: Elaboración propia

3.1.2. Sustento de Evidencias.

Dimensión centrada en el paciente

La Deficiente calidad de atención en los consultorios externos del Policlínico de Complejidad Creciente , que ha generado la insatisfacción de los pacientes asegurados que ha motivado el incremento de las quejas de los pacientes asegurados en el libro de reclamaciones del centro asistencial, como se puede apreciar en los reportes de la Gerencia Central de Asegurado de los años 2017 (04 quejas en el libro de reclamaciones), 2018 (42 quejas en el libro de reclamaciones) y 2019 (62 quejas en el libro de reclamaciones), en donde se evidencia el incremento progresivo de las quejas de los pacientes asegurados durante estos años indicados respectivamente, tal como a continuación se detalla en la Tabla 5.Reclamos de pacientes por centro asistencial de la Red Ancash EsSalud.

Así, los motivos de los reclamos de los pacientes están relacionado con la demora en dar una cita, el Incumplimiento en la programación de citas, la demora en la atención, la Escasa información sobre la atención recibida y Mala atención del personal de salud entre otros , tal y conforme se aprecia en la Tabla 3 y 4 de quejas y reclamos de los pacientes Red Asistencial Ancash EsSalud (Gerencia Central de Atencion al Asegurado, 2019).

Tabla 3

Reporte de Motivos quejas y reclamos en la Red Asistencial Ancash entre los años 2017 – 2019.

Motivos de quejas y reclamos	2017		2018		2019	
	fi	%	fi	%	fi	%
Demora en dar una cita	38	22%	77	36%	44	22%
Incumplimiento en la programación de citas	28	17%	50	23%	56	28%
Demora en la atención	50	30%	33	15%	38	19%
Escasa información sobre la atención recibida	25	15%	30	14%	31	16%

Mala atención del personal de salud	28	17%	26	12%	29	15%
Total	169	100%	216	100%	198	100%

Fuente: base de Datos del Registro Informático de Atención al Asegurado.

Tabla 4

Reporte de quejas y reclamos en el policlínico entre los años 2017 – 2019.

Establecimiento	**Años**		
	2017	**2018**	**2019**
Centro de Atención Primaria : Policlínico Víctor Paita Rodríguez	4	42	62

Fuente: base de Datos del Registro Informático de Atención al Asegurado.

La demora en la cita, el incumplimiento de programación de citas, la demora en la atención de la consulta externa, fueron las tres primeras causas de insatisfacción de los pacientes. (Gerencia Central de Atención al Asegurado, 2018).

Dimensión eficiencia

El Alto diferimiento de las citas de la consulta externa para los pacientes recitados , que para los años 2017, 2018 y 2019, se encontraba en un promedio de 14 días (EsSalud, 2019), tal como se aprecia en la Tabla 6 del diferimiento de citas mes de diciembre de los años del 2017 al 2019.

Tabla 5

Total de atenciones del policlínico entre los años 2017 – 2019.

Valor Estándar DC=10	**Años**					
	2017		**2018**		**2019**	
	V*	**R***	**V***	**R***	**V***	**R***
Medicina general	2,14	12,44	2,39	14,41	4,78	9,01
Ginecología	11.89	27.43	9,49	14,90	11,93	15,83
Cirugía	7,14	15,95	2,13	9,06	2,76	7,03

Medicina interna	13,04	10.4	9,44	5,26	16,26	22,91

Fuente: análisis de la base de Datos del Registro Informático de Atención al Asegurado.

Dimensión accesibilidad

La Disminución de la Capacidad de respuesta para otorgar atención de salud oportuna como centro asistencial del primer nivel de atención, la cual está relacionada con el Incumplimiento de la extensión de uso para el primer nivel de atención, así pues, tal como se evidencia en la Tabla 7 de la extensión de uso de los servicios de salud como centro de atención primaria , que para el primer nivel de atención , la extensión de uso debe ser mayor a 55% Tal y conforme lo afirma (Gerencia central de prestaciones de salud EsSalud, 2017) y que en el Centro de Atención Primaria Policlínico: VPR está por debajo del estándar.

Tabla 6

Extensión de uso de los servicios del policlínico entre los años 2017 – 2019.

Extensión de uso	**Años**		
Estándar I-nivel : >55%	2017	2018	2019
Extensión de uso* %	49%	50%	48%

Fuente: análisis de la base de Datos del Registro Informático de Atención al Asegurado.

La Disminución de la Capacidad de respuesta para otorgar atención de salud oportuna como centro asistencial del primer nivel de atención y la disminución del indicador de extensión de uso, trajo como consecuencia el incremento de las consultas médicas prioridad IV y V en el área de emergencia del Hospital base de EsSalud de la Red Asistencial Ancash. (División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash EsSalud ,2022). Tal como se aprecia en la Tabla 8 de las prioridades de atención en el servicio de emergencia del Hospital III de la Red Asistencial Ancash EsSalud.

Tabla 7

Prioridades de atención en emergencia del Hospital III de Chimbote entre los años 2015 – 2020.

AÑOS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prioridad I	545	604	737	950	1,407	802
Prioridad II	4,720	4,996	12,098	20,178	15,566	9,435
Prioridad III	60,931	61608	74,902	27,229	49,563	26,059
Prioridad IV	26,179	33811	20,829	56,796	60,663	26,903
Prioridad V				7,246	11,671	4,574

Fuente: Sistema Estadístico de Salud (SES)-División de Inteligencia Sanitaria-RAAN-EsSalud.

3.2. Análisis Organizacional.

3.2.1. La Organización.

El Seguro Social de Salud, que también puede identificarse con el nombre de EsSalud, es un organización pública, creado con la finalidad de brindar asistencia a los pacientes asegurados y sus dependientes a través de servicios de prestaciones de salud, que incluye la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; así como prestaciones económicas y sociales (Plan Estratégico Institucional de EsSalud, 2008).

La Seguridad Social Peruana se inició el 12 de agosto de 1936 través mediante la promulgación de la Ley N° 8433, ley del Seguro Social Obligatorio, que tuvo por finalidad cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte para un sector de la población peruana, concentrándose en la clase obrera y sus derechohabientes, por lo que se denominó como seguro obrero.

La seguridad social peruana a inicios de la década de 1970 transitó por un proceso de unificación progresiva que fue impulsado por el Consejo Directivo Único de los Seguros Sociales, presidido por la Caja Nacional de Seguro Social e integrado por el Seguro Social del Empleado. Los lineamientos esenciales estaban orientados a eliminar las brechas sociales entre los asegurados, obreros y empleados, con una sola institución pública de la seguridad social.

La seguridad social peruana en esta etapa se desenvolvió en diversos procesos de cambio para continuar con su sistema de prestaciones de salud, pensiones, sociales, económicas y otros que le otorgaba la ley en beneficio de los trabajadores y sus derechohabientes, buscando nuevas formas de financiación como una entidad autónoma y descentralizada. Esto se sustentaba en la Constitución Política de 1979 y sobre la base del Seguro Social del Perú.

La seguridad social peruana en esta etapa continuó con su modernización y reestructuración sobre la base del IPSS y su sistema de red nacional. (Secretaría General de EsSalud, 2021).

EsSalud opera bajo el Sistema de Redes Asistenciales a nivel nacional, lo cual permite se descentralizar y dinamizar los servicios. Son 28 redes, con sus respectivas gerencias (Plan estratégico de EsSalud, 2008).

La Red Asistencial Ancash, creada con resolución N°128.PE – ESSALUD 1963, Red Asistencial del Tipo B con Hospital Base III en el Hospital III Chimbote, y que está integrada por el Hospital I del Cono Sur de Chimbote, el Policlínico de Complejidad Creciente y los centros médicos Coischo, Casma, Huarmey y Sihuas. Además, estará formada por los centros de atención primaria II San Jacinto y Pomabamba y las postas médicas Cabana, Conchucos, Pampas y Pallasca. (Gerencia de la Red Asistencial Anacsh EsSalud, 2014).

El Policlínico de Complejidad Creciente: Víctor Panta Rodríguez, fue creado el 05 de febrero del 2015, con Resolución de Presidencia

Ejecutiva Nº 121-PE-ESSALUD-2015 y es parte de la Red Asistencial Ancash.

El Policlínico de Complejidad Creciente, es un establecimiento de salud que por capacidad resolutiva pertenece al primer nivel de atención, sin internamiento, que brinda atención integral intramural y extramural como mínimo 12 horas diarias a través del desarrollo de actividades de recuperación, promoción y prevención de la salud.

Es un establecimiento que, de acuerdo a las características de la demanda y necesidad de salud, oferta servicios de salud en el contexto territorial, accesibilidad geográfica y volumen poblacional.

Está implementada con recursos humanos, materiales y equipos para el desarrollo de los servicios de salud, en atención a la especialización y tecnificación de los mismos.

Cuenta con unidades productoras de salud como: Consultorios externos para la atención de medicina general, medicina familiar y comunitaria, cirugía, medicina interna, ginecología, psicología, obstetricia, enfermería, odontología, laboratorio, farmacia; ecografía, cumple con las actividades de: atención inicial de urgencias y emergencias, referencias y contra referencias.

También cuenta con otros profesionales de la salud como: Odontólogo, Enfermera, Obstetricia, Tecnólogo médico en radiología, Tecnólogo médico en terapia física, Tecnólogo médico en laboratorio, Nutricionista, Psicólogo, Químico farmacéutico, Trabajadora social; personal Técnico o auxiliar de enfermería, Técnico de radiología, Técnico de laboratorio, Técnico de farmacia., Técnico administrativo, Técnico de estadística, Personal administrativo, Personal de admisión. Personal informático y Personal de servicios generales (Sánchez Matienzo, 2016).

Figura 2. Policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez”
Fuente: Dirección Policlínico de Complejidad Creciente “Víctor Panta Rodríguez.

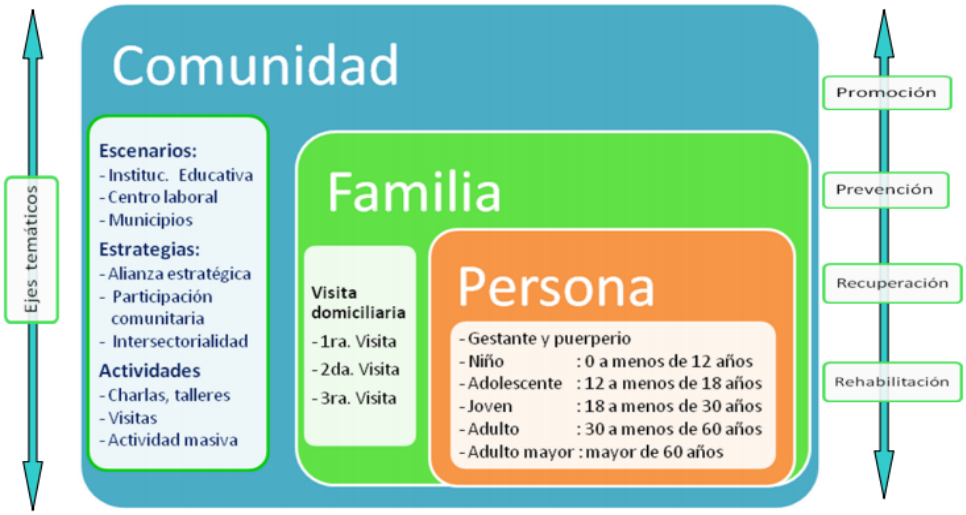

Figura 3. Estructura de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente.
Fuente: Oficina de Planeamiento y Calidad Red Asistencial Ancash EsSalud.

Servicios Complementarios.

Cuenta con servicios de Gestión, Planificación, Soporte informático. Para su adecuado funcionamiento, cuenta con una renovada infraestructura, equipamiento biomédico, e insumos, así como personal altamente capacitado.

Tabla 8

Servicios según área

Área	Servicio
Administrativa	Dirección
	Oficina De Dirección
	Unidad De Administración
	Oficina De Administración
	Oficina De Soporte Informático
	Oficina De Costos Hospitalarios Y Estadística
	Oficina De Personal
	Referencias Y Contrarreferencias
	Acreditación Y Seguros
	Admisión
Consulta Externa	Servicio De Prevención, Promoción Y Diagnóstico Precoz
	Medicina General
	Medicina Interna
	Ginecología
	Odontología
	Enfermería
	Obstetricia
	Psicología
	Servicio De Ayuda Al Diagnóstico Y Recuperación
	Farmacia
	Servicio Social
	Nutricionista

Fuente: Oficina de Gesión y Desarrollo Red Asistencial Ancash EsSalud (2016).

Recursos humanos.

El personal con el que cuenta el establecimiento.

Tabla 9

Trabajador según tipo y grupo ocupacional

Tipo	Grupo	Nº
Administrativos	Dirección	
	Director	1
	Secretaria	1
	Unidad De Administración	
	Administrador	1
	Técnico Administrativo	7
	Personal Informático	1
Asistenciales	Servicio De Prevención, Promoción Y Diagnóstico Precoz	
	Jefe De Servicio	1
	Medicina General	12

Medicina Interna	1
Ginecología	1
Odontología	4
Enfermería	10
Obstetricia	4
Psicología	1
Servicio De Ayuda Al Diagnóstico Y Recuperación	
Jefe De Servicio	1
Químico Farmacéutico	1
Asistenta Social	2
Nutricionista	1
Tecnólogo Medico Laboratorio	2
Técnico Asistencial	18
Auxiliar Asistencial	2
Digitador Asistencial	6
Total, Trabajadores	78

Fuente: Oficina de Gesión y Desarrollo Red Asistencial Ancash EsSalud (2016).

Organigrama.

Presenta la siguiente estructura organizacional.

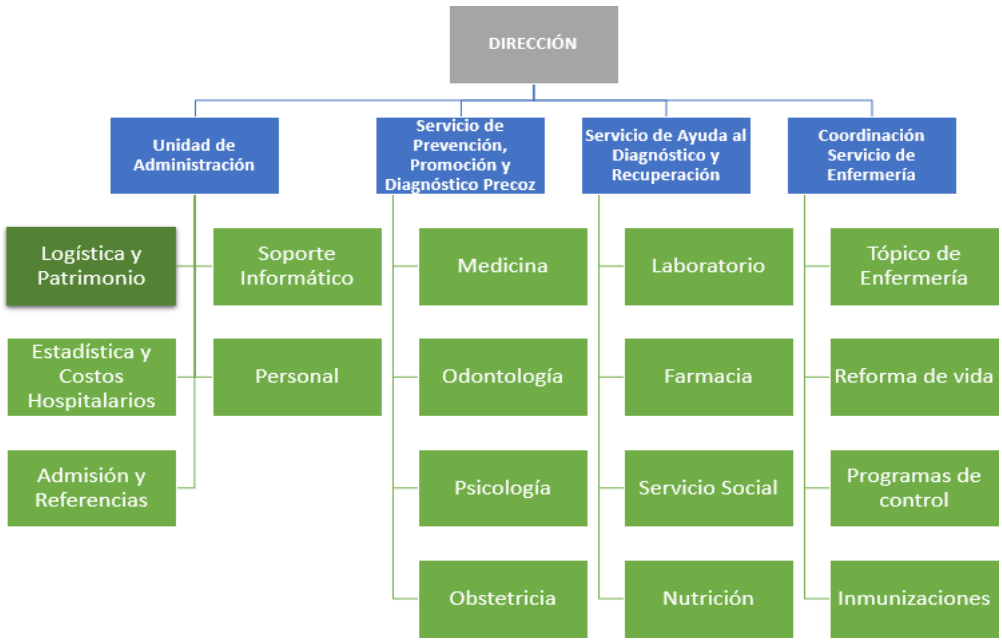

Figura 42. Organigrama Policlínico de Complejidad Creciente

Fuente: Víctor Panta Rodríguez . Sanchez Matienzo (2016).

3.2.2. Entorno Organizacional.

1. Entorno inmediato

Está relacionado con la población asegurada que se ha incrementado en los dos últimos años y son los principales afectados de la inadecuada calidad de atención en la consulta externa, pero no son los responsables del problema.

2. Entorno intermedio

- Ministerio de Salud
- SUSALUD
- Clínicas privadas.
- Universidades

3. Entorno de tendencias globales

En Ecuador, en el subcentro de salud el Bosque, según el Dr. Jorge García Maldonado:

El plan tiene que ser liderado por la dirección del subcentro con la participación y compromiso de todos los miembros del equipo de salud y el apoyo de las autoridades de salud. La calidad de atención deberá ser medido con encuestas y este plan de mejoramiento a implementarse debiera ser anualmente revisado con análisis, que permitan comparar de mejora del Subcentro de Salud “El Bosque” (García, 2012).

Según el proyecto de Atención Integral a la Urgencia y La Emergencia Médica para un Hospital de Excelencia en Cuba, indica que considerando la problemática existente en el servicio de emergencia, planteo un proyecto de mejora en el servicio de emergencia con el objetivo de proponer un modelo de atención integral a la urgencia y la emergencia para un hospital de excelencia exponiendo la aplicación de estos conceptos específicamente en el servicio de urgencias y emergencias del

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo, destaco dentro de las conclusiones :

- La participación activa de todos los profesionales de la urgencia mediante un amplio proceso de análisis y discusión permitió la realización e implementación de este proyecto de consenso y con un elevado sentido de pertenencia por parte de los trabajadores.
- Cumplimiento adecuado de lo previsto en la tarea técnica en cuanto a la estructura del Centro de Urgencias, lo que permitirá aplicar el flujo correspondiente para su funcionamiento en términos de excelencia.
- Retraso significativo en el cronograma de ejecución del proceso inversionista del Centro de Urgencias con varias postergaciones en su fecha de terminación.
- La designación de un profesional responsable de verificar la calidad en la ejecución de la obra y el cumplimiento de lo planificado ha sido un elemento con impacto positivo.
- Los protocolos y algoritmos de actuación de las Guías de Buenas Prácticas de las patologías propias del paciente grave fueron confeccionadas, discutidas y aprobadas de consenso, adaptadas a las características propias del centro y están en vías de implementación.
- Se establecieron los principales indicadores de calidad en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia, cuyo monitoreo constante permitirá la implementación del programa de perfeccionamiento continuo de la calidad en aras de brindar un servicio de excelencia.
- Se logró un ambiente de cambio en la conducta de los profesionales de la urgencia con una mayor conciencia de la importancia del trabajo en equipo y de la necesidad de la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas como consenso. (Fernando, 2007).

- En el Perú, según la agencia de noticias del Perú para el mundo, se implementó un exitoso proyecto de mejora de la calidad del servicios asistenciales en los consultorios externos del Hospital Cayetano Heredia hace dos años llamado “Cero Colas”, y según el director del hospital Dr. Luis Dulanto Monteverde explico: “El impacto ha sido tan bueno que se ha incrementado el nivel de satisfacción, el buen trato y la información brindados por encima del estándar esperado” (Agencia Peruana de Noticias, 2016).

3.3. Análisis de Stakeholders

3.3.1. Alianzas Estratégicas

La Red Asistencial Áncash EsSalud tiene alianzas estratégicas con instituciones educativas según las Normas generales para la suscripción de Convenios de Cooperación entre la Seguridad Social de Salud-EsSalud e instituciones educativas nacionales e internacionales” (Gerencia general de Essalud, 2011a).

Además, tiene convenios marco y específicos de intercambio prestacional con las instituciones educativas:

- Universidad Nacional del Santa (UNT).
- Universidad San Pedro de Chimbote (USP).
- Universidad Los Ángeles de Chimbote (ULADECH).
- Universidad Antenor Orrego (UPAO)

Así el Convenio de Intercambio Prestacional de Salud entre Gerencia central de EsSalud , Red Asistencial Ancash , Gobierno Regional de Ancash (Gerencia general, 2021).

- La Red Asistencial Ancash tiene facultades para la realización de convenios específicos interinstitucionales con la Municipalidades de la provincia, Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) y otras instituciones públicas y privadas en cumplimiento de las normativas institucionales.

3.4. Evaluación

La evaluación será desarrollada como parte del presente proyecto teniendo en cuenta que para la evaluación de las mejoras implementadas se realizarán a través del ciclo PHVA, la misma que tiene como característica que un ciclo PHVA no tiene un punto y final en el momento en que se obtenga un determinado resultado, sino que se crea una rueda continua en la que el ciclo se reinicia una y otra vez de manera periódica, generando de esta forma un proceso de mejora continua (Cobeñas, 2022).

La evaluación de los indicadores ligados al logro de cada uno de los objetivos se realizará según la presente tabla.

Tabla 10

Evaluación y periodicidad de medición de los productos e indicadores ligados a los objetivos del proyecto según ciclos PHVA.

Objetivos	Productos	Indicadores	Periodicidad de medición de los indicadores en cada ciclo		
			I ciclo PHVA	II ciclo PHVA	III ciclo PHVA
• Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes.	Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa	Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes.	Trimestral	Trimestral	Trimestral
• Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en consulta externa.	Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.	Disminución del 100% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR).as de la consulta externa del	Trimestral	Trimestral	Trimestral
• Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria:	Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa	Incremento de extensión de uso de la población adscrita al	Mensual	Mensual	Mensual

Objetivos	Productos	Indicadores	Periodicidad de medición de los indicadores en cada ciclo		
			I ciclo PHVA	II ciclo PHVA	III ciclo PHVA
Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial.	médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.	centro asistencial.			

Los cambios necesarios se implementarán después de cada ciclo PHVA, reforzando aspectos necesarios que permitan el logro de los productos en el periodo de 3 años.

Por ello, la evaluación del logro de cada uno de los productos será en series de tiempo, es decir, se realizará de manera concurrente según lo detallado en la tabla anterior.

Capítulo IV
La Formulación

4.1. Determinación de objetivos y medios

Objetivo General.

Mejorar la calidad de atención de los consultorios externos del Centro de Atención Primaria: Policlínico complejidad creciente Víctor Panta Rodríguez de la red asistencial Ancash EsSalud, periodo : 2022-2024

Objetivos Específicos

- Disminuir la quejas y reclamos incrementando la satisfacción de los pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente considerando a los servicios de salud centrado en el paciente.
- Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en la consulta externa del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente, en el marco de la eficiencia y el uso adecuado de los recursos.
- Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial.

4.1.1. Árbol de objetivos y medios

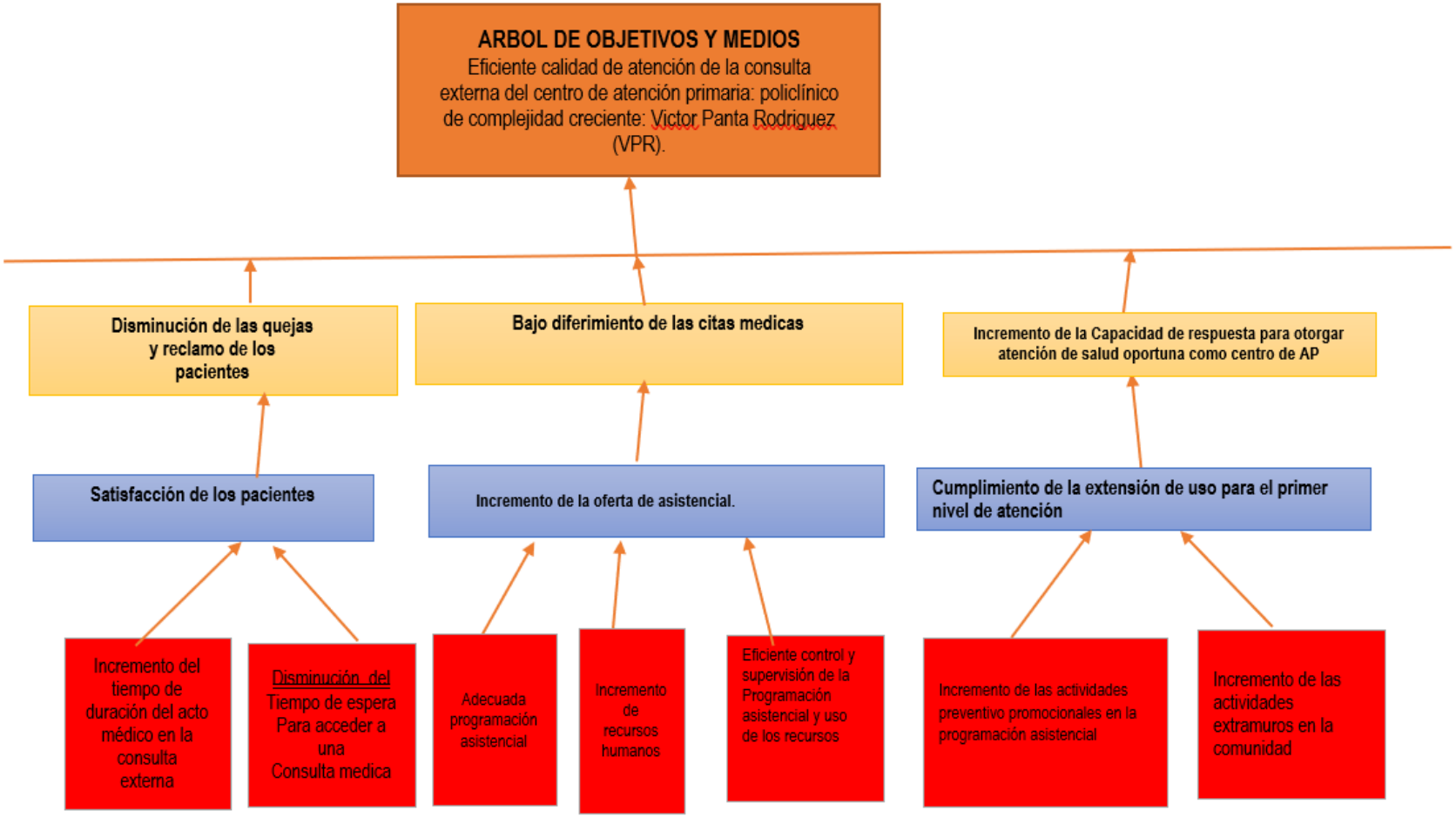

Figura 3. Árbol de objetivos y medios.

4.1.2. Sustento de evidencias

Existen estudio previos desarrollados en países latinoamericanos como Ecuador (Vallejo Valdivieso, 2016) y en nuestro país (Bedoya Rivadeneira, 2015; Vásquez Bautista & López Tafur, 2015), en la que se demuestra que la implementación de propuestas de calidad en diversas áreas de los establecimientos de salud han tenido un impacto positivo, en particular en la mejora de la satisfacción del usuario gracias a la mejora de atención de los procesos. La calidad de la atención médica ha adquirido importancia en las últimas décadas, en relación con el debate sobre los derechos de los pacientes y del derecho a la salud, así en un estudio realizado en Paraguay, la percepción que tienen los usuarios encuestados acerca de la calidad de atención brindada en la cátedra, es que la mayoría está conforme con la misma y consideran adecuado el tipo de atención médica, así como el tiempo de espera para la consulta, como el tiempo de consulta.(Szwaco,2017).

La Organización Panamericana de la Salud en su boletín respecto a: "Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes" El tratar de sintetizar los derechos de los y las pacientes en un decálogo es un buen esfuerzo que cumple con el propósito de mostrar a los usuarios de los servicios, de manera resumida, el tipo de atención médica a la que tienen derecho (Ochoa, 2016)

De la misma manera, Bantu grop (2020), hace referencia a 9 beneficios de la implementación de la mejora continua en las instituciones en general, las mismas que se presentan a continuación:

- Permite aumentar el rendimiento del trabajo en equipo.
- Mejora la productividad.
- Disminuye costos.
- Reduce los plazos de la puesta en marcha de cambios por el trabajo en equipo.
- Optimiza los procesos.
- Se reducen los errores.

- Mayor eficiencia de la productividad.
- Asegura productos y servicios de calidad.
- Incrementa la motivación de los trabajadores.

4.2. Análisis de alternativas

Las alternativas propuestas permitirán resolver los problemas encontrados de manera integral y sistémica y que son motivo de la presente investigación.

4.3. Productos

Producto 1: Creación de un Decálogo de la atención medica en la consulta externa.

Las investigaciones respecto a la utilidad y eficacia de del decálogo en el ámbito asistencial fortalecen los conocimientos, recuerdan y motivan las buenas prácticas y desempeño de funciones del personal asistencial en beneficio de los pacientes, así pues el ejercicio profesional de un médico debe ser la expresión de su formación integral, en la que a sus valores éticos y morales se van agregando, a lo largo de toda su vida, conocimientos, habilidades y destrezas que pone al servicio del paciente ("Decálogo de la buena práctica médica", 1999).La propuesta de implementación de un decálogo en ginecología y Obstetricia recomienda herramientas prácticas mediante la exposición de Un decálogo, denominados mandamientos, que sirven tanto para el médico como para la paciente, a fin de favorecer el bienestar físico, mental y social, que deben ser utilizadas para favorecer a las mujeres, en busca de revertir la desigualdad en la que viven, pero principalmente para proteger y promover su salud (Gonzalez de la Mora, 2021). La propuesta de un decálogo, herramienta novedosa, cualitativa e individualizable, para facilitar al paciente diabético información multifactorial del Riesgo Cardiovascular modificable (RCV) y de su grado de control, mejora rápidamente el conocimiento del RCV y disminuye la falsa percepción de control del mismo. (Ortega Carpio, A. Montilla Alvaro , M. Delgado Vidarte, A. García Ruiz, C. Chamorro Gonzales, Ripoll Romero Herraiz, 2019).

Nivel de efectividad de la propuesta: Considerando la problemática analizada en relación a los motivos de las quejas y reclamos que generaron la insatisfacción de los pacientes, así como el incremento progresivo de las quejas en los años 2017 al 2019, tal y conforme se aprecia en la tabla N°3 y 4. Quejas y Reclamos de los pacientes de la Re Asistencial Áncash Essalud y del Policlínico de Complejidad Creciente respectivamente. Se plantea que con la implementación de este producto se lograra reducir en un 80% las quejas y reclamos de los pacientes entorno al tiempo de atención durante el acto médico, y la información recibida durante el mismo. Así también se ha considerado el factor social y cultura en relación a la resistencia al cambio de paradigmas respecto al gremio médico, que podría considerar como una intromisión al acto médico, el colocar en un recuadro el Decálogo de la atención en el ambiente físico del consultorio. Sin embargo, apelamos a la comunicación y capacitación medica continua, así como al espíritu altruista y de vocación de servicio de los médicos del centro de atención primaria.

El Decálogo propuesto en la presente investigación, contiene diez pasos importantes que cada médico debe seguir durante la consulta externa, desde el primer contacto visual con el paciente al inicio de la consulta, así como al concluir la consulta.

El cumplimiento de este decálogo de atención en la consulta externa será reforzado con un programa en actualización medica continua en ética y deontología que contiene una serie de actividades programadas para el año, en coordinación con el cuerpo médico del policlínico de complejidad creciente y la Oficina de Capacitación ,investigación y Docencia de la Red Asistencial Ancash, con el fin de apoyar la capacitación y adherencia del personal médico asistencial al cumplimiento del Decálogo de la atención médica.

Este producto nos permitirá solucionar el problema respecto al poco tiempo que el médico dedica en la atención del paciente durante la consulta externa.

El decálogo de atención nos permitirá recordar al médico la secuencia de pasos a seguir durante la consulta médica, donde él medico explique detalladamente al paciente y a la familia y de esta manera el paciente conozca

su diagnóstico y entienda las indicaciones a seguir, logrará reforzar la comprensión y entendimiento del paciente y su familia y su responsabilidad en el cuidado de su propia salud. Es de esta manera que el paciente será evaluado adecuadamente lo que repercutirá en la disminución de las quejas de los usuarios relacionados con el tiempo que el médico le dedica al paciente durante la consulta médica, así como la comprensión de parte del paciente respecto a su enfermedad y el tratamiento a seguir, logrando de esta manera el incremento de la satisfacción del usuario, considerado como centro de la atención de los servicios de salud.

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es el procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud, y que tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones de salud. El Comité de Auditoría Médica está constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorías Médicas contenidas en el plan anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, o su equivalente. (Ministerio de Salud del Perú, 2016).Así pues la existencia y buen funcionamiento del comité de auditoría son sinónimos de prácticas de buen gobierno corporativo (Rozas Flores, 2008).

Nivel de efectividad de la propuesta. Considerando la problemática analizada relacionada con la deficiente calidad de atención en los consultorios externos debido a la inadecuada programación asistencial y déficit de recursos humanos que ha generado un alto diferimiento de las citas de la consulta externa, que para los años 2017, 2018 y 2019, se encontraba en un promedio de 15 días, con la implementación de este producto se logrará optimizar el uso de nuestros recursos , mejorar la calidad de atención en los consultorios externos que se podrán evidenciar con una adecuada programación asistencial, solicitar recursos humanos para el centro asistencial, o el incremento de la programación de horas extraordinarias

asistenciales e implementar atenciones en turnos de noche y los días domingos y feriados , que traerá consigo la disminución del diferimiento de cita en un 95% (Menor de 10), lo repercutirá incrementando la satisfacción de los pacientes en un 95 %.Cabe mencionar que la implementación de la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud propuesta por el ente rector es una norma que se tiene que cumplir y los factores culturales, sociales , económicos y epidemiológicos están alineados al cumplimiento de la misma ,porque genera valor público en la gestión de los servicios de salud, cuyo fin último es brindar una prestación de salud oportuna y de calidad para la población demandante de los servicios de salud.

El comité estará conformado por un médico auditor, la jefatura del servicio de medicina y la jefatura del servicio de enfermería, cuyas funciones específicas serán supervisar, auditar y monitorizar el inicio de la atención médica en la consulta, como el adecuado registro de la historia clínica electrónica de los pacientes. Esto nos permitirá solucionar el problema del tiempo que se toma el médico durante el proceso del acto médico y cumplir con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios asistenciales en el Policlínico de Complejidad Creciente de la Red Asistencial Ancash. Además, permitirá optimizar el recurso humano en la programación asistencial y la evaluación de la pertinencia de la programación asistencial y su cumplimiento, dado que como centro del primer nivel de atención las actividades extramurales deben ser programadas en mayor porcentaje que las actividades intramurales .Esto nos permitirá optimizar el recursos humano y programar más turnos asistenciales(Sábados , domingos y feriados según demanda de servicios), así también de esta manera se podrá sustentar la brecha de recursos humanos para realizar la propuesta de contratación de recursos mejorar la oferta asistencial y disminuir el diferimiento de las citas médicas. De esta manera se optimizará al máximo los recursos institucionales y se logrará gestionar con eficiencia en logro de los objetivos propuestos.

Producto 3: Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud. En el actual contexto epidemiológico de la pandemia por Coronavirus COVID 19, la tele consulta con apoyo de la telemedicina ha cobrado un rol muy importante(Salud, 2016) y que actualmente es una herramienta de atención de salud que se va a quedar por mucho tiempo. En el Perú, a través de la NTS: N°. 067-MINSA/DG SP-V.01, 2009, se creó la norma técnica y políticas instituciones de salud, normas de atención integral de salud, normas de telemedicina, utilización del personal de salud, consulta remota, utilización para educación en salud, definiendo a laTelesalud no sólo como la implantación de tecnología, si no como un proceso que permite la prestación de servicios de salud a distancia. Así pues, se implementó la Telemedicina, como la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica(Perú., 2009). Así la escucha activa comprendida como la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo(Batalla Sales, 2014).

El ministerio de salud con resolución ministerial N°030-2020-Minsa, aprueba el documento técnico : Modelo de atención integral por Curso de Vida, para la persona, la familia y la comunidad (MINSA, 2020a).

En la presente investigación la propuesta del producto: Consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud implica la puesta en marcha del cumplimiento de la implantación de las normas emanadas por el ministerio de salud en concordancia con los objetivos y fines de la salud pública, en el actual contexto epidemiológico.

Nivel de efectividad de la propuesta. Considerando la problemática

relacionada con el incumplimiento de la capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria, que trajo como consecuencia el incremento de las consultas médicas prioridad IV y V en área de emergencia del Hospital Base de EsSalud de la Red Asistencial Ancash (División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Ancash-EsSalud, 2022), así como el incumplimiento de la extensión de uso de la cobertura de atención en salud a la población como centro de atención primaria, siendo actualmente solo el 30%.

Con la propuesta de implementación de este producto se logrará la disminución de las consultas de prioridad IV y V en el servicio de emergencia del hospital base de la Red Asistencial además de incrementar la cobertura de extensión de uso hacia la población en un 50%. Cabe mencionar que la implementación de la norma técnica como propuesta del ente rector es una norma que se tiene que cumplir y los factores culturales, sociales , económicos y epidemiológicos están alineados al cumplimiento de la misma ,porque genera valor público en la gestión de los servicios de salud, cuyo fin último es brindar una prestación de salud oportuna y de calidad para la población demandante de los servicios de salud y lograr que la población se empodere y asuma la responsabilidad del cuidado de su propia salud.

Este consultorio estará en la programación asistencial de lunes a sábados , en los horarios de 7.00 am a 7.00pm, con el objetivo de escuchar ,orientar y absolver las preguntas y problemas de salud del paciente y sus familiares, Este producto nos permitirá resolver el problema cuando el paciente no entienda las indicaciones médicas ni su diagnóstico, no reciba sus medicamentos, cuando solicite una consulta médica, referencia, visita domiciliaria, chequeos médicos , además cuando el paciente no refiera mejoría pese al tratamiento recibido, así mismo permitirá educar al paciente y desarrollar el sentido de la autorresponsabilidad en el cuidado de su propia salud.

El consultorio de Teleconsulta y Escucha activa al estar vinculado al programa de atención integral medico Comunitario, nos permitirá acercarnos a la población y conocer de cerca sus necesidades, educar para la salud y formarlos. Se planificará y organizará a los grupos comunitarios para ser formados como promotores y cuidadores de salud a través de videoconferencias, capacitación online, así como alternar con reuniones presenciales y trabajo de campo en prevención y promoción de la salud con

la comunidad, de esta manera nos permitirá articular al centro asistencial con la población y poder controlar la salud de nuestros pacientes.

Se programará un plan de capacitaciones en la comunidad por sectores y grupos etarios, al finalizar la formación se otorgarán los diplomas en ceremonia publica dentro de la comunidad con la presencia de las autoridades de los diferentes sectores. De esta manera se logrará garantizar la accesibilidad de los pacientes al establecimiento de salud, con el incremento de la capacidad de respuesta para otorgar atención de salud oportuna como centro de Atención Primaria.

4.4. Actividades

Producto 1: Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa.

- Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud
- Contar con la autorización del comité de ética del Centro asistencial y la red asistencial Ancash.
- Presentar un plan de actividades
- Reunión con las jefaturas del policlínico
- Reunión con la jefatura del Cuerpo Médico
- Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.
- Taller de aplicación del Decálogo en la consulta externa
- Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo
- Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.
- Control y seguimiento cada 6 meses

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

- Resolución de creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del Centro del Policlínico de Complejidad Creciente.
- El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista
- Plan de actividades de auditoria médica para el año 2022
- Curso taller de auditoria médica para el personal médico del Policlínico de Complejidad Creciente.
- Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del Centro de Atención Primaria
- Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y Susalud en el marco del ente rector Ministerio de salud
- Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar
- Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico
- Informe trimestral de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del centro asistencial
- Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del establecimiento emitido por la dirección.
- Control y seguimiento cada trimestre
- Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa
- Informe de la brecha de recursos humanos para complementar la oferta asistencial
- Programación de atención los sábados, domingos y feriados a cuenta de las horas extras contingenciales según sustento técnico.

- Requerimiento de recursos humanos por parte del director del Policlínico de Complejidad Creciente. como área usuaria hacia el gerente de la Red Asistencial Ancash EsSalud.

Producto 3: Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

- Hacer llegar la propuesta de la creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud a la dirección del centro asistencial.
- Solicitar a la gerencia de la Red Asistencial la aprobación de la creación del consultorio de Tele Consulta y Escucha Activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.
- Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo.
- Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes y coordinación de Atención Primaria del centro asistencial.
- Programar en la plataforma del Sistema de Salud Inteligente de EsSalud, las actividades extramurales del centro asistencial vinculado a las actividades en la comunidad, así como la programación de los turnos del consultorio de Tele consulta y Escucha activa.
- Elaborar el plan del programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.
- Reunión con las jefaturas del centro asistencial, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

- Desarrollar el plan de sectorización de la población adscrita al centro asistencial.
- Desarrollar la base de datos de los pacientes sectorizados
- Programar las actividades en la comunidad según sectores de la población adscrita
- Programar el plan de capacitación para cuidadores y promotores de salud.
- Elaborar la base de datos de cuidadores y promotores de salud
- Organizar la entrega de certificados a los cuidadores y promotores de salud.
- Organizar la ceremonia de entrega de certificados con participación de la población y autoridades.

Tabla 11

Medios de validación de los productos planteados

Dimensiones de Calidad	Objetivos	Productos	Medios de Validación	Resultados
Centrado en el paciente	Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes que acuden al Centro de Atención Primaria.	Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa.	• Encuesta satisfacción del usuario	Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes en un 95%
Eficiencia	Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en la consulta externa	Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial	• Informes de las evaluaciones del comité • Propuestas y alternativas de solución del comité. • Informe implementación de propuestas.	Disminuir el diferimiento de las citas, menor a 10 días, para la atención en la consulta externa
Accesibilidad	Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria, para otorgar atención de salud oportuna	Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud	• N° de pacientes nuevos y reingresantes atendidos en Teleconsulta y Escucha activa. • N° Promotores y cuidadores de salud formados y certificados	Incrementar a más de 55 % la extensión de uso en la cobertura de salud para la población adscrita al centro asistencial.

Fuente. Elaboración propia.

Capítulo V
La Propuesta de Implementación

5.1. Descripción de la propuesta de implementación.

Producto 1: Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa.

El Decálogo contiene diez pasos importantes que el médico debe cumplir en la consulta externa, desde el primer contacto visual con el paciente al inicio de la consulta, así como al concluir la consulta.

El cumplimiento de este decálogo de atención en la consulta externa será reforzado con un programa en actualización médica, así como en ética y deontología que contiene una serie de actividades programadas para el año, en coordinación con el cuerpo médico del policlínico y la gerencia del mismo, con el fin de apoyar la capacitación del personal médico asistencial en relación al conocimiento y actualización de los protocolos y guía de práctica clínica, así mismo se realizaran talleres vivenciales relacionado con los códigos de ética y deontología, así mismo el derecho a la salud y la visión a futuro de la salud, se programaran metas mensuales y anuales para la presentación y actualización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención indicando responsables por cada grupo de médicos a los que se le asignaran tareas específicas. Este producto nos permitirá solucionar el problema relacionado con el corto tiempo que dura el acto médico durante la consulta externa y cuáles fueron las razones por las que los usuarios presentaron quejas y reclamos en el centro asistencial. El cumplimiento del decálogo de parte del médico permitirá cumplir con los procesos respecto a la evaluación médica al paciente, examinando y explicando al paciente su diagnóstico y tratamiento y de esta manera permitirá realizar un buen diagnóstico por parte del médico y mejorará la confianza y buena relación médico paciente. Es necesario indicar que este producto propuesto antes de ser implementado , deberá ser validado por jueces y expertos .

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

El comité estará conformado por un médico auditor, la jefatura del servicio de medicina y la jefatura del servicio de enfermería, cuyas funciones específicas serán supervisar, auditar y monitorizar el inicio y termino de la consulta externa, como el adecuado registro de la historia clínica de los pacientes. Esto nos permitirá realizar un análisis exhaustivo del diagnóstico y tratamiento del paciente, valorar la atención medica por daño resuelto, además optimizar la programación asistencial, y tener mayor control en la programación de la misma en el ESSI, valorar la brecha de recursos humanos y analizar la brecha oferta- demanda con lo que se sustentará la solicitud de dotación de recursos humanos para ampliar la oferta asistencial en el Centro de atención primaria.

Producto 3: Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

Este consultorio estará en la programación asistencial de lunes a sábados , en los horarios de 7.00 am a 7.00pm, con el objetivo de escuchar ,orientar y absolver las preguntas y problemas de salud del paciente y sus familiares, Este producto nos permitirá resolver el problema cuando el paciente no entienda las indicaciones médicas ni su diagnóstico, no reciba sus medicamentos, cuando solicite una consulta médica, referencia, visita domiciliaria, chequeos médicos, además cuando el paciente no refiera mejoría pese al tratamiento recibido, así mismo permitirá educar al paciente y desarrollar el sentido de la autorresponsabilidad en el cuidado de su propia salud. Permitirá además planificar y organizar a los grupos comunitarios para ser formados como promotores y cuidadores de salud a través de videoconferencias, capacitación online, así como alternar con reuniones presenciales y trabajo de campo en prevención y promoción de la salud con la comunidad, de esta manera nos permitirá articular al centro asistencial con la población y poder controlar la salud de nuestros pacientes. Se hará un reconocimiento con entrega de certificados en ceremonia publica resaltando la importancia de los promotores de salud en la comunidad. Se creará una

base de datos de los cuidadores y promotores de salud, quienes a su vez se le encomendaran tareas para que ellos puedan organizar y capacitar a más promotores de salud en su comunidad con el monitoreo y asesoría del centro de atención primaria. Cabe resaltar que los cuidadores y promotores de salud serán los nexos para articular en la comunidad e intervenir estrategias preventivas promocionales en beneficio de la salud de clan población.

5.2. Identificación de Recursos Críticos

5.2.1. Comunicación Estratégica

- Nivel Estratégico: el centro de atención primaria, es un centro del primer nivel de atención que cumple metas de acuerdo a la capacidad de respuesta relacionados con la Atención Primaria de la Salud, cuenta con recursos humanos con habilidades y competencias en Atención Primaria de la salud, lo cual permitirá trabajar de manera coordinada y armónica para lograr la eficiente calidad de atención de la consulta externa del centro de atención primaria.
- Nivel logístico: el centro de atención primaria, cuenta con recursos humanos y recursos financieros que le permitirán desarrollar y ejecutar las actividades relacionadas con la implementación de los productos propuestos.
- Nivel táctico: la optimización de la programación asistencial y de los recursos humanos y financieros del centro de atención primaria en los plazos establecidos nos conllevara a lograr el objetivo general que es la eficiente calidad de atención de la consulta externa del centro de atención primaria.
- Nivel técnico: El desarrollo de cada una de las actividades estratégicas que tienen cada uno de los productos propuestos nos permitirán lograr los objetivos específicos.

5.2.2. Incidencia en Stakeholders

Los aliados internos y externos del centro de atención primaria, constituyen un valor agregado al cumplimiento de las funciones como

centro asistencial del primer nivel de atención, lo cual incidirá positivamente en el logro de los objetivos planteados.

5.2.3. Recursos humanos

Producto 1: Creación del decálogo de atención médica en la consulta externa. En el presente trabajo de investigación, este producto será elaborado por el investigador por lo tanto no se requiere de la contratación de recurso humano adicional, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

- Para el logro de este producto no es necesario contar con la contratación de un auditor médico por servicios especializados ya que el investigador es auditor médico y formara parte del comité de auditoría programando auditorias semestrales, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.
- El incremento de la oferta asistencial, podría constituir un recurso crítico, ya que implicara la contratación de más recursos humanos con el fin de incrementar la oferta asistencial.

Producto 3: Creación del consultorio de tele consulta y escucha activa vinculado al programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

El presente trabajo de investigación, cuenta con el recurso humano existente y no requiere la contratación de más personal para llevar a cabo dicho producto, por lo tanto, para el logro de este producto no se necesitará la contratación de recursos humanos, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

5.2.4. Recursos financieros

Producto 1: Creación del decálogo de atención médica en la consulta externa. Este producto será elaborado con el presupuesto

que será autorizado por la Gerencia de la Red Asistencial Ancash EsSalud, este recurso no es crítico y es factible de realizar, dado que la Red Asistencial cuenta con presupuesto para proyectos de mejora de la calidad de la oferta asistencial.

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

- Para el logro de este producto no es necesario contar con la contratación de un auditor médico, ya que el centro asistencial cuenta con dos auditores médicos de planta, por lo tanto, no requiere financiamiento. En ese sentido este recurso no es crítico y es factible de realizar. Además, se cuenta con recursos humanos a plazo indeterminado y Contratos CAS regular con más de 5 años de servicios.
- Si durante el proceso de la auditoria podría concluirse en la contratación de más recursos humanos para incrementar la oferta asistencial, este recurso podría ser crítico y factible de no realizar en corto tiempo. Dado el caso se proceder a solicitar el incremento del presupuesto para la programación de Horas extraordinarias e incrementar los turnos de atención en las noches además de la programación de turnos los feriados, sábados y domingos.

Producto 3: Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

Para el logro de este producto se requiere recursos financieros para implementar el ambiente físico y convertirlo en un consultorio de escucha activa además de los gastos logísticos que ascienden a un monto de 3500 nuevos soles que está incluido dentro del presupuesto del proyecto, el cual será financiado por el presupuesto asignado a la red en el rubro de otros gastos. Cabe mencionar que la solicitud de financiamiento se inicia con la presentación mediante documento de

parte del director del centro asistencial a la gerencia de la red asistencial , la gerencia de la red lo remite a la oficina de planeamiento y calidad para su evaluación y recomendación , luego será enviado a la oficina de planeamiento de la red para su visto bueno y luego pasara a la oficina de la gerencia de la red para su autorización, luego pasara a la oficina de la jefatura de administración de la red para evaluar el presupuesto y continúe el trámite por la oficina de finanzas y se evalúe las partidas presupuestales y su aprobación, para luego pasar a la oficina de ingeniería hospitalaria para su seguimiento y control. Por lo tanto, esta área no representa un punto crítico para el desarrollo del presente proyecto de investigación.

5.2.5. Recursos Logísticos.

Producto 1: Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa. Se necesitará impresión de documentos normativos ROF, MOF, lapiceros, break, libro de actas, impresión del decálogo en papelógrafo, enmicado, lo cual puede ser cubierto con los recursos financieros de caja chica del centro asistencial, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

Producto 2: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.

Para el logro de este producto se necesitará papel bond, impresiones USB, con lo cual contamos en el centro asistencial, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

Producto 3: Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

Se requiere una impresora, una computadora, papel, tóner, USB, internet los cuales se solicitarán a la gerencia de la red Asistencial Ancash-EsSalud, por lo tanto, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

5.2.6. Recurso tiempo

El presente proyecto desde su concepción hasta su futura implementación requerirá un tiempo de 3 años, las misma que contará con los recursos humanos necesarios y el apoyo financiero y logístico, considerando que no existen puntos críticos para la puesta en marcha en este proyecto y será factible de llevarlo a cabo.

5.3. Arquitectura Institucional (Intra e interorganizacional)

Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.

- **Finalidad:** La creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud, tiene como finalidad solucionar el problema comunicacional con el paciente por tanto cumple la función de explicar y hacer entender al paciente su diagnóstico y tratamiento a seguir, así mismo facilitarles el acceso a la atención medica así mismo a través de educación para la salud desarrollar en los pacientes el sentido de la autorresponsabilidad en el cuidado de su propia salud en tanto se refuerza el apoyo con los promotores y cuidadores de salud.
- **Estructura:** Este consultorio de escucha activa, es un ambiente que se ubica en el primer nivel de la institución, cómodo, agradable y tiene distinto equipamiento como un escritorio, una computadora e impresora, internet y un teléfono anexo, con el cual se puede comunicar con los anexos de los consultorios externos, farmacia, admisión laboratorio, la dirección, este ambiente cuenta con una pequeña sala de estar donde hay dos sillones y una mesita de centro. Esta área será incorporada al organigrama del centro asistencial con el apoyo del área de Planificación y Calidad de la Red Asistencial de Áncash y enviada como propuesta para su aprobación a la jefatura de la Gerencia Central del EsSalud, con el fin de ser incorporada en el

Manual de Organización de Funciones del 2022, este recurso no es crítico y es factible de realizar.

Organigrama del Centro de atención primaria

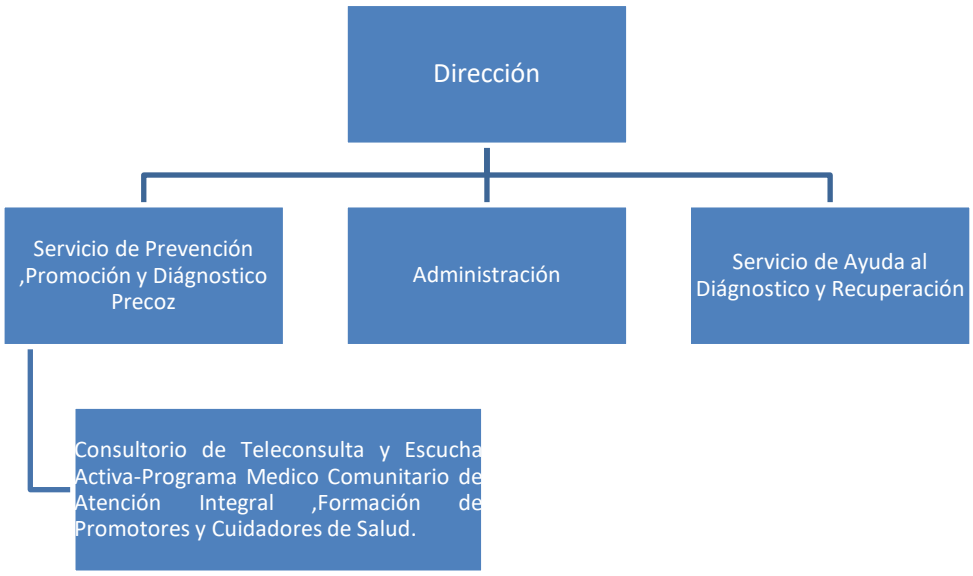

Figura 64. Organigrama del Centro de atención primaria.

- **Recurso humano:** En este consultorio de Tele consulta y escucha activa se programará a un personal médico, enfermería y de servicio social los cuales serán capacitados y desarrollarán habilidades y competencias comunicativas en el buen trato y escucha activa, con alto compromiso social y con enfoque de salud basado en la persona, familia y el entorno (comunidad).
- **Proceso de atención:** Se programarán la tele consultas en la programación asistencial y también turnos de programación presencial en el consultorio de Escucha Activa. En el caso de la atención presencial, el paciente que tiene alguna queja o reclamo en relación a la consulta externa u otros relacionados al proceso de la atención médica , se le invita a pasar a él y al familiar al consultorio , se le pregunta amablemente el motivo de su llegada al centro asistencial, se le escucha atentamente y activamente ya que mientras el paciente va narrando los hechos , el personal programado

va tomando nota y revisando la computadora verificando los datos del paciente así como sus consultas y también se comunica a través de los anexos con los áreas pertinentes de acuerdo al cada caso en particular y se da solución al problema del paciente en el momento. En el caso de la tele consulta , existe un numero de celular asignado a este consultorio ,por lo que el paciente que tiene alguna queja o reclamo llama al celular indicado , el personal asistencial que responde la llamada le pregunta amablemente el motivo de su consulta, se le escucha atentamente, ya que mientras el paciente va narrando los hechos, el personal programado va tomando nota y revisando la computadora verificando los datos del paciente así como sus consultas y también se comunica a través de los anexos con los áreas pertinentes de acuerdo al cada caso en particular y se da solución al problema del paciente en el momento. Así mismo a través de la tele consulta de podrán realizar las coordinaciones con los grupos comunitarios para las capacitaciones mediante videoconferencia y formar a los promotores y cuidadores de salud.

Flujograma Proceso de Atención en consultorio de Tele consulta y Escucha Activa.

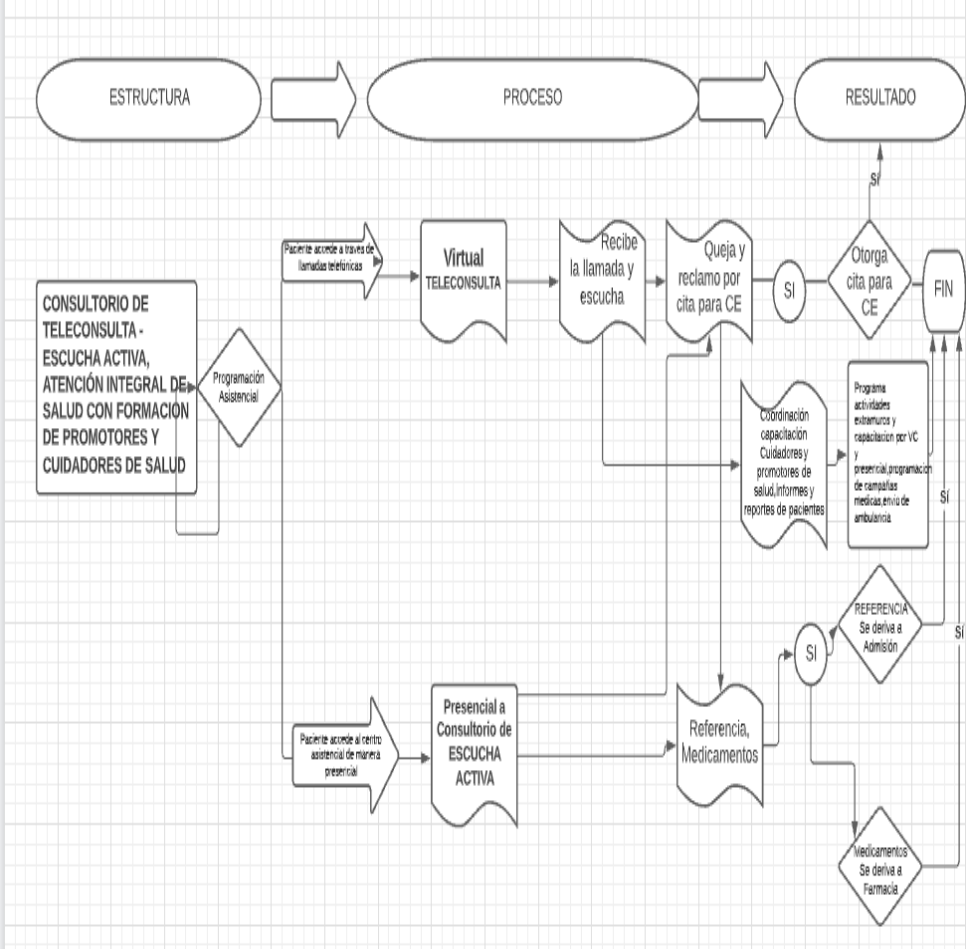

Figura 75. Flujograma Proceso de Atención en consultorio de Tele consulta y Escucha Activa.

- **Funciones:** Las funciones específicas de este consultorio de Tele consulta y Escucha Activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud, están orientadas a escuchar al paciente y a resolver el problema motivo por el cual acude al centro asistencial, o llama por teléfono. En estas áreas se escuchará atentamente al paciente respecto a sus consultas ya sean quejas o reclamos relacionados con las citas de consulta externa, referencias o problemas relacionado con sus medicamentos y otros. Además, también se atenderán las llamadas realizadas por los cuidadores y promotores de salud reportando o informando acercó a de la situación del estado de salud de los pacientes según zona de sectorización, así como también la

programación de actividades extramurales, campañas médicas, capacitación para formación de cuidadores y promotores de salud.

5.4. Metas establecidas para un período de 3 años

Los logros establecidos para el cumplimiento de los productos propuestos se encuentran programados en un plazo de 3 años, como podemos observar en la siguiente tabla.

Tabla 12

Propuesta de las metras para lograr el cumplimiento de los productos

Producto	Objetivo	Meta	Tareas	Responsable	Cronograma		
					2022	2023	2024
1. Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa.	Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes que acuden al Centro de atención primaria.	Recordar al médico el proceso a seguir durante el acto medico	-Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud. -Solicitar la autorización del comité de ética, docencia e investigación de la Red asistencial Ancash. -Coordinar la reunión con las jefaturas del policlínico, Cuerpo médico del centro de atención primaria y de la Red Asistencial.	Dirección	X		
				Dirección		X	
				Investigador		X	
			- Desarrollar el Taller de aplicación del Decálogo en la consulta externa -Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo	Dirección Responsable de la Investigación		X	
			Implementar el Decálogo en los consultorios externos del Centro Asistencial.	Jefatura de Planeamiento y Calidad de la Red Asistencial Ancash		X	
			Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.	Dirección Responsable de la Investigación y		X	

Producto	Objetivo	Meta	Tareas	Responsable	Cronograma 2022	2023	2024
1. Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.	Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en consulta externa del Centro de atención primaria.	Optimizar la Programación asistencial y el uso adecuado de los recursos institucionales		Jefatura de Planeamiento y Calidad de la Red Asistencial Ancash		X	
			-Solicitar la Resolución de creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del Centro de atención primaria. -Elaborar el Plan de actividades de auditoria médica para el año 2022 -Elaborar el plan de capacitación para el comité de auditoría medica del centro asistencial	Dirección		X	
				Comité de Auditoría Medica del Centro de atención primaria		X	
				Jefatura de Investigación y docencia de la Red Asistencial			X
			-Informar la brecha de recursos humanos para complementar la oferta asistencial -Elaborar el requerimiento de recursos humanos por parte del director del Policlínico de Complejidad Creciente como área usuaria hacia el gerente de la Red Asistencial Ancash EsSalud.	Jefatura de Administración del Centro de atención primaria			X

Producto	Objetivo	Meta	Tareas	Responsable	Cronograma		
					2022	2023	2024
				Dirección			
1. Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.	Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria	Mayor control sobre la salud de la población adscrita al centro asistencial	-Solicitar la creación del consultorio de Tele Consulta y Escucha Activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.	Director Centro de atención primaria Policlínico		X	
			-Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes y coordinación de Atención Primaria del centro asistencial.	Coordinador de Atención Primaria del centro asistencial		X	
			-Implementar la programación asistencial en el ESSI, las actividades extramurales del centro asistencial vinculado a las actividades en la comunidad, así como la programación de los turnos del consultorio de Tele consulta y Escucha activa.	Jefatura de Prevención y Promoción de la Salud del centro asistencial			X
			-Elaborar el plan del Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.				

Producto	Objetivo	Meta	Tareas	Responsable	Cronograma		
					2022	2023	2024
			- Organizar la ceremonia de entrega de certificados con participación de la población y autoridades.	Coordinador de Atención Primaria del centro de Asistencial.		X	
				Director Centro de atención primaria Policlínico (VPR) Responsable de la Investigación			X

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Aspectos éticos de la investigación

Durante el desarrollo de la presente propuesta se tendrá en cuenta el respeto de los principios éticos tanto para aquellos que son parte del equipo asistencial, administrativo y para con todos los usuarios según lo detallado a continuación:

Se respetará la autonomía, de cada uno de los involucrados desde el inicio de la implementación de las mejoras, dando a conocer en el consentimiento informado su libertad de ser parte del estudio y a la vez de poder retirarse en cualquier punto de la investigación en caso se requiera.

En todo momento se tendrá en cuenta la beneficencia y la no maleficencia, ya que los hallazgos del presente estudio serán motivo para la mejora de algunas debilidades que se identifiquen en el establecimiento y de esa manera mejorar la calidad de atención de los usuarios.

Respetando el principio de la justicia, los participantes que se beneficien de las mejoras serán todos aquellos que se atienden en el policlínico sin ningún tipo de diferencia y no será direccionado a ningún grupo en particular de usuarios que estén siendo atendidos en el establecimiento.

Capítulo VI
Análisis de Viabilidad

6.1. Análisis de Viabilidad

La presente investigación será analizada desde las diferentes dimensiones relacionadas con el desarrollo de la propuesta de investigación, permitirá precisar incompatibilidades, inadecuaciones, conflictos u otras situaciones que puedan impedir o dificultar la preparación, ejecución u operación o, también inhibir la concreción de los resultados y los impactos esperados.

6.1.1. Viabilidad Política

Es viable desde esta dimensión en tanto la presente investigación aplicada, promueve el cumplimiento de las políticas públicas en salud, relacionadas con lo establecido en las últimas reformas en el sector salud en referencia al objetivo nacional de asegurar el acceso a servicios con calidad, permitiendo el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles". Ceplan (2016) tiene como objetivo específico de mejorar la provisión y calidad de las prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación de la salud fortaleciendo el primer nivel de atención.

6.1.2. Viabilidad Técnica

Es factible de llevarlo a cabo satisfactoriamente ya que el centro de atención primaria, cuenta con las condiciones de seguridad con la tecnología disponible, además como centro asistencial del primer nivel de atención perteneciente a la Red Ancash, cuenta con el Sistema informático de Gestión de Servicios de Salud (SGSS),aprobado con directiva Nº 008 -GG-ESSALUD-2011: "Directiva para la Implementación del 'Sistema de Gestión de Servicios de Salud en los Órganos Desconcentrados del Seguro

Social de Salud-ESSALUD" (Gerencia general de Essalud, 2011b) , así mismo como centro asistencial cuenta con historia clínica electrónica (Registro nacional de historias clínicas en EsSalud “RENHICE”), implementada en el año 2018 con la Carta circular N°27-GCTIC-ESSALUD-2018 (Gerencia central de Tecnología información y Comunicación, 2018) .

6.1.3. Viabilidad Social

Esta investigación aplicada posee una connotación social de alto impacto en la salud de la población asegurada adscrita al centro asistencial, ya que tiene objetivos generales y específicos relacionados con mejorar la calidad de los procesos de atención en la consulta externa del centro de atención primaria, mediante la prevención de la enfermedad, promoción y recuperación del estado de salud, lo cual permitirá tener mayor control de la salud de la población, adulta joven, adulta y adulta mayor , mujeres en edad reproductiva y gestantes, con su plena participación , compromiso y autorresponsabilidad en el cuidado de su propia salud. Esto repercutirá positivamente en la salud de la población asegurada del distrito de Chimbote.

6.1.4. Viabilidad Presupuestal

Se cuenta con los recursos financieros y presupuesto para su desarrollo, ya que la Red Asistencial Ancash EsSalud, cuenta con un PIA de : 176 287 390 para el presente año en curso, los cuales están destinados entre otros, para proyectos de mejora según las normativas institucionales de EsSalud, tal como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. *Presupuesto de la Red Asistencial Ancash EsSalud 2022*

Actividades	**Cantidades en soles**
Remuneraciones	103 547 477
Bienes	35 481 983
Servicios	37 257 932
Total	176 287 390
PIA	176 287 390

Fuente : Seguro social de Salud -EsSalud , 2022

Así mismo se detalla los costos aproximados referenciales para cada uno de los productos, tal como se describe en la tabla 14.

Tabla 14. *Descripción de los gastos por productos*

Productos	**Cantidad (Unidad)**	**Costo unitario**	**Costo Total ***
Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa	10 cuadros (180 x90 cm)	160	1600
Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.	1	0	0
Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud	1	1500; 500;1000;500	3500
Total			**5100**

*Precio referencial.

6.1.5. Viabilidad Operativa

Este análisis se realizó con apoyo de la Metodología SADCI, que permitió verificar la capacidad que tiene el establecimiento para poner

en marcha determinadas acciones, las dificultades y generando medidas para el logro y cumplimiento de los objetivos.

Al realizar el análisis mediante esta metodología se concluyó:

- Las capacidades institucionales son amplias y se contara con el apoyo y trabajo participativo de todas las jefaturas así mismo con el empoderamiento y participación de todo el recurso humano del Centro de atención primaria (ver Anexo N°08).
- En relación al análisis de ausencia de reglamentación se pudo apreciar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente, por lo tanto, fue imprescindible presentar un plan de contingencia (ver Anexo N°09).
- En relación al déficit de las relaciones institucionales, se puede apreciar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ya que existen buenas relaciones institucionales para el desarrollo del presente trabajo de investigación, es por eso que tampoco fue imprescindible presentar un plan de contingencia (ver Anexo N°10).
- En relación a la falta de una estructura funcional interna y la asignación de funciones, se pudo apreciar que la gran mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente solo una de ellas con código : 00207 tiene calificación de DCI 3, el cual es medio , el cual está relacionado con las funciones específicas del personal médico del centro asistencial y que podrían representar una amenaza para el logro del proyecto de investigación, por lo tanto este punto se consideró dentro del plan de contingencia (ver Anexo N°11).
- En relación al déficit relacionados con la implementación de políticas en el personal, se pudo verificar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ,no obstante las actividades con códigos : 00201 al 00210 relacionado con la conformación del comité de auditoría así como sus funciones tiene una calificación 3 de DCI lo

cual indica un calificación media baja , lo cual representa una amenaza para el logro del presente trabajo de investigación, el cual fue considerado en plan de contingencia que se planta al final del análisis (ver Anexo N°12)

- En relación al déficit considerando material físico y recursos humanos, se observó que la mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente; sin embargo, las actividades con código : 00104, 00105, 00205, 00205, 00206, 00301, 00302, 00303, 00401,00501, 00502, 00602 cuentan con una calificación de tres (03) lo cual representa medio bajo , estas actividades podrían estar en riesgo de poderse llevar acabo , ya que están directamente relacionados con el déficit de recursos relacionado con insumos físicos y recursos humanos , por lo tanto ha sido considerado dentro del plan de contingencia (ver Anexo N°13).
- En relación al déficit relacionados con las capacidades individuales de los trabajadores, se puede apreciar que la gran mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ya que existen buena capacidad individual , sin embargo las actividades de código : 00106y 00107 tiene una calificación de tres y dos respectivamente ,lo cual representa una amenaza para la realización del presente trabajo de investigación, por lo tanto ha sido considerado dentro del plan de contingencia (ver Anexo N°14).
- Se realizo el consolidado de los diferentes déficits relacionados a las capacidades institucionales, elaborando un plan de contingencia que permitirá solucionar los déficits detectados y esta manera garantizar la viabilidad de la presente propuesta de investigación aplicada (ver Anexo N°15).

6.2. Análisis de viabilidad según análisis de actores

Para este análisis se utilizó la metodología del análisis de Actores MACTOR y se evidencias en las siguientes tablas:

Tabla 15

Identificación de actores que controlan o influyen en el proyecto

Nombre	Funciones
Director del Centro de atención primaria	Responsable de la administración del policlínico de complejidad creciente VPR.
	Responsable de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar los todos los procesos administrativos de la red asistencial en el marco de las normativas institucionales
Jefatura Medica de prevención y Promoción	Responsable de la programación de las consultas médicas en consulta externa y actividades extramurales
Coordinador de Atención Primaria del centro asistencial	Responsable de la programación de las actividades extramurales.
Jefatura de recursos humanos del policlínico	Responsable de administrar el programa de capacitación del recurso humano de la red asistencia, así como brindar soporte y asistencia técnica en capacitación
Jefatura de soporte informático del policlínico	Encargado de la implementación y mantenimiento del área informática de la red asistencial.
Presidente del cuerpo medico	Ente asesor de la gerencia de red, responsable de velar por los derechos y deberes de sus agremiados.
Representante de los gremios sindicales CUT (Centro Unión de Trabajadores), SINESS.	Responsables de velar por los derechos de sus afiliados
Sociedad civil organizada	Encargados de velar por la calidad de atención entregada a los usuarios del centro de atención primaria.

Tabla 16

Nivel de influencia y dependencia de los actores

Actores dominantes • Director del policlínico • Gerente de red asistencial • Presidente del cuerpo medico • Representante del CUT, SINESS	Actores de enlace • Jefatura Medica de Prevención y Promoción de la Salud del Centro Asistencial • Coordinador de atención Primaria • Jefatura de soporte informático del policlínico. • Coordinador de atención Primaria del Centro Asistencial
Actores autónomos • Presidente del cuerpo medico • Representante del CUT, SINESS • Sociedad civil organizada	Actores dominados • Jefatura Medica de Prevención y Promoción de la Salud del Centro Asistencial • Coordinador de atención Primaria. • Jefatura de la unidad de informática.

Tabla 17

Plano de influencias y dependencias

INFLUENCIA	ALTA	ALTO PODER • Director del policlínico	MEDIANO PODER •Representante del CUT, SINESS

		• Gerente de red asistencial	•presidente del cuerpo medico
	BAJA	MUY BAJO PODER Jefatura de la unidad de informática	BAJO PODER Jefatura del departamento de medicina Jefatura de recursos humanos del policlínico
DEPENDENCIA		ALTA + Director del policlínico Gerente de red asistencial Presidente del cuerpo medico Jefatura de la unidad de informática Jefatura de recursos humanos del policlínico Jefatura del departamento de medicina.	BAJA - Sociedad civil organizada SINESS, CUT

Tabla 18

Posicionamiento de los actores respecto de los productos. MATRIZ 1 MAO.

Actor/ proyecto	Producto 1 (PI)	Producto 2 (PII)	Producto 3 (PIII)
Director del policlínico	(+1)	(+1)	(+1)
Gerente red asistencial	(+1)	(+1)	(+1)
Investigador	(+1)	(+1)	(+1)
Jefatura de la oficina de soporte informático	0	(+1)	(+1)
Coordinador de Atención Primaria	0	(+1)	(+1)
Presidente del cuerpo medico	(+1)	0	0
Jefatura de Recursos humanos	(+1)	(+1)	(+1)
Jefatura medica de Prevención y Promoción de la Salud del Centro de atención	(+1)	(+1)	(+1)
Representante del SINESS	0	(+1)	(+1)
Representante del CUT (Centro Unión de Trabajadores)	(+1)	(+1)	(+1)
Sociedad civil organizada	(+1)	(+1)	(+1)

Tabla 19

Consolidado por Trimestres, Responsables

N°	Productos	Actividades / metas	2022 trimestre				2022 trimestre				2022 trimestre				Responsables
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	**Decálogo de la**	1.Solicitar autorización para la aplicación del				x									**Dra. Rosa Pascual Albitres**

	atención médica en la consulta externa	proyecto en el establecimiento de salud						
		2 contar con la autorización del comité de ética del policlínico de complejidad creciente y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.	x					**Director del Centro de Atención Primaria Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).**
		3.Presentar un plan de actividades		x				**Dra. Rosa Pascual**
		4.Reunión con las jefaturas del policlínico		x				**Jefatura de Prevención y Promoción de la salud, director del Centro de Atención Primaria Policlínico de Complejidad Creciente (VPR)**
		5.Reunión con la jefatura del Cuerpo Médico.		x				**Dr.: E. Valenzuela**
		6.Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico del CAP. Policlínico (VPR)		x				**-Dra. Rosa Pascual Albitres -Representante no determinado**
		7. Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP) y firma de acta de compromiso		x				**Dra. Rosa Pascual Albitres Lic. Gleny Paz**
		8.Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa		x				**Dra. Rosa Pascual Albitres**
		9.Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo		x				**Dra. Rosa Pascual Albitres**
		10.Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.			x			**Dra. Rosa Pascual Albitres.**
		11.Control y seguimiento cada 6 meses				x	x	**Dra. Rosa Pascual Albitres**
2	**Comité de Control y auditoría medica con incremento de oferta asistencia.**	1.Resolucion de creación del comité de auditoría médica del centro asistencial.			x			**Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).**
		2.El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista			x			**Dra. Rosa Pascual Albitres**

		3.Plan de actividades de auditoria médica para el año 2022	x			**Dra. Rosa Pascual Albitres.**
		4.Plan de capacitación en auditoria medica	x			**Jefatura de capacitación e investigación de la Red Asistencial Ancash.**
		5.Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del Centro de atención Primaria.	x			**Oficina de Capacitación Investigación y docencia.**
		6.Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.	x			**Jefatura de asesoría jurídica de la Red Asistencial Ancash**
		7.Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar	x			**Dra. Rosa Pascual Albitres**
		8.Publicacion en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico	x			**Jefatura Medica de Prevención y Promoción de la Salud.**
		9.Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica	x			**Comité de Control y Auditoria Medica.**
		10. Nota circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos	x			**Director del Centro de atención Primaria. Policlínico de Complejidad Creciente: Víctor Panta Rodríguez.**
		11.Control y seguimiento cada trimestre	x	x	x	**-Dra. Rosa Pascual Albitres. -Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR**
		12.Reunion con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa	x			**-Dra. Rosa Pascual Albitres -Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR**
3	**Consultorio Tele consulta y Escucha activa vinculado al programa Preventivo**	1. Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Tele consulta y Escucha activa vinculado al programa Preventivo promocional con	x			**Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR**

promocional con formación de promotores y cuidadores de salud.	formación de promotores y cuidadores de salud				
	2.Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del **CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).**		x		**Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR**
	3.Solicitud para la inclusión del Consultorio de Tele consulta y Escucha activa dentro del organigrama del **CAP**			x	**Director CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR) Gerente de la Red Asistencial Ancash EsSalud.**
	4.Reunion de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del Centro Asistencial y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)			x	**Dra. Rosa Pascual Albitres Director del CAP. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR**
	5.Reunion con los aliados estratégicos, representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada, gremios sindicales.			x	**Dra. Rosa Pascual Albitres.**
	6. Programación del plan trabajo del programa medico comunitario con formación de promotores y cuidadores de salud.			x	**-Jefatura medica de prevención y promoción de la salud. -Coordinador de atención Primaria del Centro Asistencial. - Dra. Rosa Pascual Albitres.**
	7. Implementar la programación de las actividades extramurales del Centro de Atención Primaria policlínico de Complejidad Creciente (VPR) para el año 2022,			x	**-Jefatura medica de prevención y promoción de la salud. -Coordinador de atención Primaria del Centro Asistencial. - Dra. Rosa Pascual Albitres**
	8. Reunión con las jefaturas del Centro Asistencial, representantes de los gremios sindicales y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada para informar acerca de la ´puesta en marcha del Consultorio de Tele consulta y Escucha Activa vinculado al programa preventivo				**-Jefaturas del Centro de atención Primaria. Policlínico de Complejidad Creciente (VPR). -Gerente de la Red Asistencial Ancash. -Dra. Rosa Pascual Albitres.**

promocional con formación de agentes comunitario y cuidadores de salud.	

Del análisis bajo la metodología de MACTOR se puede inferir que**,** contamos con el apoyo de la dirección del centro de atención primaria, la jefatura Medica de Prevención y Promoción de la Salud del centro asistencial, además del apoyo del cuerpo médico y los representantes de los gremios sindicales y de la sociedad civil organizada. Por lo tanto, no existe conflictos sociales ni de interés en la aplicación de proyecto de investigación.

6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico-gerencial.

Project Management Institute (2017) refiere que: el conjunto de procesos de monitoreo y control están formados por una serie de procesos necesarios para realizar el seguimiento, análisis, regulación y evaluación del desempeño de un proyecto, en la que será posible determinar los cambios necesarios a implementar. Así también, se refiere al monitoreo como la recolección de información respecto al desempeño de un proyecto, de medidas para mejorar el desempeño y su posterior informe y difusión. Y al control, como la comparación del desempeño real con lo que se planificó antes de implementar el proyecto, analizando los cambios, las tendencias para encontrar alternativas de mejora y ponerlas en marcha según las necesidades identificadas en un inicio.

Según Carlos H. Álvarez Lucas et al (2014) . La matriz de causalidad o marco lógico, debe reflejar lo que es el programa y presentar de forma sintética y lógica los objetivos, recursos, acciones y resultados esperados y sus relaciones de causalidad. Sirve para evaluar si se han conseguido los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden incidir en su consecución.

La evaluación estratégica gerencial del presente proyecto de investigación aplicada está relacionada con alcanzar los objetivos planteados, la forma de intervención y los resultados esperados con el respectivo proceso de retroalimentación que conllevan a la toma de decisiones. El análisis de la

puesta en marcha de las actividades de acuerdo a la evaluación estratégica de gerencia del presente proyecto concluye que es viable ya que los procesos de entrada, actividades planificadas y salidas esperadas en relación a los productos propuestos en el marco de la intervención del proyecto son consecuentes con los resultados esperados, los mismos que serán evaluados con indicadores de seguimiento y resultados.

6.3.1. Generación de valor público

Wong (2013) refiere: “Se crea valor público cuando se atienden los problemas públicos demandados por los ciudadanos, y cuando en dicho proceso la actuación del directivo público es eficaz, eficiente, transparente, equitativa, fortalece las capacidades de la administración pública”.

La Asamblea general de las Naciones Unidas en su Septuagésimo cuarto período de sesiones relacionados al programa Salud mundial y política exterior, en la Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal con miras a ampliar las iniciativas emprendidas a nivel mundial para construir un mundo más saludable para todos considera:

- Redoblar los esfuerzos por desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios de calidad y centrados en las personas y mejorar su desempeño aumentando la seguridad de los pacientes, sobre la base de una sólida atención primaria y de políticas y estrategias nacionales coherentes para que los servicios sanitarios sean de calidad y seguros, teniendo en cuenta que la cobertura sanitaria universal solo se podrá lograr si los servicios y productos médicos son inocuos y eficaces y se suministran de manera oportuna, equitativa, eficiente e integrada. Unidas (2019).

En el presente proyecto de investigación, los problemas identificados como el incremento de las quejas y reclamos de los usuarios en la consulta externa, el alto diferimiento de las citas médicas y la Disminución de la Capacidad de respuesta para otorgar

atención de salud oportuna como centro del primer nivel de atención, dentro del marco de la atención primaria, serán resueltos con las propuestas de solución planteados como productos:

- 1. Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa. Permitirá al medico realizar un buen diagnóstico y tratamiento al paciente el cual redundará directamente en la salud y bienestar del paciente y su familia.
- 2. Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial. Permitirá ejercer mayor control y uso adecuado y eficiente de nuestros recursos, optimizando e incrementando la oferta asistencial para la población que demanda de los servicios de salud.
- Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud, permitirá educar para la salud a la población , desarrollar el sentido de corresponsabilidad en el cuidado de su salud , la salud de la familia y la comunidad, además de formar promotores y cuidadores de salud que servirán de agentes comunitarios y aliados estratégicos entre la comunidad y el centro de atención primaria y de esta manera mantener el control permanente de la salud de la población y evitar situaciones de salud de emergencia. Todo ello generara un impacto positivo en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población adolescente, adulto joven y adulto mayor.

De esta manera se garantizará una prestación asistencial de calidad, y oportuna hacia nuestros pacientes asegurados adscritos al establecimiento de salud, con el propósito de lograr en ellos:

- Recuperación de su estado de salud
- El autocuidado y autorresponsabilidad en el cuidado de su salud.
- Calidad de vida

- Prevenir enfermedades
- Protección de la salud individual, familiar y comunitaria
- Compromiso en la Planificación en salud sexual y reproductiva
- Responsabilidad en el Control prenatal.
- Empoderamiento de su salud y participación como parte de la comunidad en las reuniones multisectoriales.

Los cuales se reflejarán en el logro de los indicadores de salud de la población adscrita al Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente. “Víctor panta Rodríguez”.

Tabla 20

Metas propuestas y logros en la salud del Centro de Atención Primaria. Policlínico de Complejidad Creciente: "Víctor Panta Rodríguez"

Grupo etáreo por curso de vida	Metas propuestas
1. Periodo prenatal	- Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes. - Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 60%
2. Adolescente (12 años a 17 años, 11 meses y 29 días)	- Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes. - Disminución del 95% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR). - Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 60%
3. Adulto Joven (18 años a 29 años, 11 meses y 29 días)	- Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes. - Disminución del 95% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR). - Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 60%
4. Adulto (30 años a 59 años, 11 meses y 29 días)	- Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes. - Disminución del 95% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR). - Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 60%
5. Adulto mayor (60 años a más)	- Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes. - Disminución del 95% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR). - Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 60%

Fuente : Miniterio de Salud del Perú, 2020

Capítulo VII
Seguimiento

7.1. Desarrollo de Indicadores para seguimiento

El Consejo Nacional de Desarrollo Social (2014) : "Un indicador es un instrumento que provee evidencia de una determinada condición o el logro de ciertos resultados. Esta información puede cubrir aspectos cuantitativos y cualitativos sobre los objetivos de un programa o proyecto".

Para el presente trabajo de investigación se formulan los siguientes indicadores:

Tabla 21

Indicadores de seguimiento

Objetivos	Productos	Indicadores	Periodicidad de medición
• Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes.	Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa	**% De quejas y reclamos de los pacientes=** Total de quejas de los pacientes /Total de atenciones en el centro asistencial PCCVPR	Trimestral
• Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en consulta externa	Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.	**% del diferimiento de citas de la consulta externa=** Total de citas diferidas/ Total de citas ofertadas en el centro asistencial PCCVPR	Trimestral
• Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial.	Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.	**% de incremento de extensión de uso=** Total de atenciones a pacientes nuevos/ Total de atenciones en el centro asistencial PCCVPR	Mensual

Tabla 22

Desarrollo de indicadores de resultado

Objetivos	Productos	Indicadores	Valor alcanzable a 3 años de la implementación
• Disminuir la quejas y reclamos de los pacientes.	Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa	-Disminución del 95 % de las quejas y reclamos de los pacientes.	95% de satisfacción
• Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en consulta externa.	Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.	-Disminución del 95% del diferimiento de las citas de la consulta externa de medicina del Centro de atención primaria. Policlínico (VPR).	<10%
• Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial.	Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud.	- Incremento de extensión de uso de la población adscrita al centro asistencial hasta un 50%	>50%

Conclusiones

De todo el análisis llevado a cabo:

- La Propuesta para mejorar la calidad de atención en los consultorios externos del centro de atención primaria de la Red Asistencia Ancash EsSalud, en el periodo 2018-2020, es pertinente, importante y viable.
- Con relación al objetivo general, la mejora de la calidad en la consulta externa, redundará en el incremento de la satisfacción de los pacientes que acuden al centro de atención primaria.
- Así el objetivo específico 1: disminuir la quejas y reclamos de los pacientes que acuden al centro de atención primaria y el producto propuesto: creación de un decálogo de la atención médica en la consulta externa. Es factible su realización ya que el decálogo de atención nos permitirá recordar al médico la secuencia de pasos a seguir durante la consulta médica, donde él medico explique detalladamente al paciente y a la familia y de esta manera el paciente conozca su diagnóstico y entienda las indicaciones a seguir, logrará reforzar la comprensión y entendimiento del paciente y su familia y su responsabilidad en el cuidado de su propia salud. Es de esta manera que el paciente será evaluado adecuadamente lo que repercutirá en la disminución de las quejas y reclamos de los usuarios relacionados al tiempo que el médico le dedica al paciente durante la consulta médica, así como la comprensión de parte del paciente respecto a su enfermedad y el tratamiento a seguir, logrando de esta manera el incremento de la satisfacción del usuario.
- Con relación al objetivo específico 2: disminuir el diferimiento de las citas para recibir atención en consultorios externos del centro de atención primaria y el producto: Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial, permitirá evaluar y controlar de manera sistemática a través del sistema de Gestión de Salud Inteligente de EsSalud, el proceso de atención de la consulta externa , monitorizando el

tiempo que se emplea durante la atención médica, además del adecuado registro de la historia clínica electrónica, que permitirá llevar un control exhaustivo del diagnóstico y tratamiento del paciente .Todo ello permitirá optimizar la programación asistencial, su oportunidad, pertinencia y su cumplimiento e incrementar la oferta asistencial ampliando los horarios de atención los sábados y domingos y feriados, disminuyendo el diferimiento de las citas.

- Respecto al objetivo específico 3: Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial y el producto: creación del consultorio de Tele consulta y Escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud. Nos permitirá mejorar la comunicación y las buenas relaciones entre el centro asistencial y los pacientes, de esta manera nos acercaremos a la comunidad y conoceremos de cerca sus necesidades de salud y las resolveremos en el momento oportuno.
- A través del consultorio de tele consulta y escucha activa responderemos las llamadas telefónicas y llamaremos al paciente para hacer el seguimiento del tratamiento médico, conoceremos sus inquietudes y absolveremos sus quejas y reclamos y con los programas medico comunitarios de atención integral educaremos para la salud a la población y se formaran promotores y cuidadores de salud , lo cual permitirá tener mayor control de la salud de la población y de esta manera se logrará disminuir la cantidad de consultas de prioridad IV y V en el servicio de emergencia del Hospital III de la Red Asistencial Ancash.
- Existe un pequeño porcentaje de recursos humanos (Medico) con resistencia al cambio.

Recomendaciones

En relación a las conclusiones surgen las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda realizar las encuestas de satisfacción del usuario de manera trimestral a cargo de la oficina de gestión de calidad y humanización coordinación con la gerencia central de atención al asegurado.
- Es necesaria la creación de un decálogo de la atención médica en la consulta externa, se recomienda realizar el seguimiento del cumplimiento del Decálogo de Atención en la consulta externa, para lo cual las jefaturas de servicio y el director del centro asistencial deberán aplicar una encuesta de adherencia al cumplimento del decálogo para el personal médico programado y el paciente atendido.

  Luego se deberá comparar los resultados de manera trimestral en relación a la cantidad de quejas de los pacientes en el libro de reclamaciones y el resultado de la encuesta realizada al médico programado en la consulta médica y al paciente atendido y finalmente los resultados se deberán comparar con los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario realizada de manera trimestral por la sede central de EsSalud.
- Realizar monitoreo y control permanente a través del sistema de gestión de salud Inteligente del EsSalud, por lo que el director y las jefaturas de servicio correspondientes al área asistencial deberán realizar los controles diarios y reunirse cada 7 días para evaluar la programación y corregir las observaciones. De esta manera se podrá optimizar la gestión del tiempo de atención, el diferimiento de citas y mejorar la oferta asistencial con ampliación de turnos en caso de ser necesarios, así mismo se determinará la brecha para el mes siguiente y se podrá sustentar el requerimiento de recursos humanos según brecha oferta demanda analizada.
- Debe de crearse el consultorio de tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con formación de promotores y cuidadores de salud ,se recomienda garantizar la programación de los turnos para el consultorio de tele consulta y escucha Activa ,luego

presentar el plan de actividades de visitas domiciliarias y formación de los cuidadores y promotores de salud según sectorización de la población adscrita al centro asistencial , para cada trimestre y realizar el seguimiento, el cual debe estar a cargo del director y el coordinador de Atención Primaria de la Salud del Centro Asistencial, así mismo se recomienda fortalecer los medios y mecanismo o de socialización de la información a través de los medios de Comunicación local y regional.

- Debe de fortalecerse las alianzas estratégicas con el cuerpo médico, mediante reuniones de coordinación y el fomento de la capacitación para el personal médico.

Capítulo VIII

Referencias Bibliográficas

Agencia Peruana de Noticias. (2016). *Consideran exitoso programa Cero Colas en hospital Cayetano Heredia*. 14/5/2016. https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=612566

Álvarez Lucas, C. H. (2014). *Modelo de Evaluación de Programas de Salud Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima*. https://saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf

Asmat Vidarte, K., Chauca Siccha, J., Esparza Varas, Y., García Ríos, B., & Jacobo Castro, A. (2017). *Grandes Maestros de la calidad: Similitudes entre sus Modelos, Filosofías y Aportes a la Gestión de la Calidad*. https://www.academia.edu/18155128/ARTICULO_Grandes_Maestros_de_la_Calidad

Bantu grop. (2020). *9 Beneficios de la mejora de procesos para las empresas*. https://www.bantugroup.com/blog/beneficios-de-la-mejora-de-procesos-para-las-empresas

Batalla Sales, M. (2014). *La escucha activa en Atencion Primaria* [Universidad de Jaume I- España]. https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/386560/2014_Batalla Sales_Manuel.pdf?sequence=1

Bedoya Rivadeneira, C. (2015). *Impact of the implementation of a plan to improve the level of satisfaction of the outpatients in consultation services at Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores. Lima-Perú*. *11*(1). https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/download/734/573

Bermúdez Pérez, S. (2020). *Satisfacción del Paciente de Telemedicina durante la Pandemia COVID-19* [Colegio de Estudios Superiores de Administración]. https://repository.cesa.edu.co/bitstream/handle/10726/4093/ADM_1047492126_2020_2.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Buenas Tareas. (2013). *Teoría de Calidad y servicio de Karl Albertch y Jan Carlzon*. https://www.buenastareas.com/ensayos/Teoría-De-Calidad-y-Servicio-De/23834292.html

Camisón, C., Cruz, S., & Gonzáles, T. (2006). *Gestión de la calidad: conceptos, modelos y sistemas* (A. Cañizal (Ed.)). Pearson Education. https://escuelajudicial.cjf.gob.mx/Concursos/2022/Administradores/Bibliografia/Autores/Camison, Cruz y Gonzalez. Gestion de la calidad.pdf

CEPLAN. (2016). *Plan estratégico de desarrollo nacional actualizado Perú hacia el 2021*. file:///C:/Users/Marcia/Downloads/PEDN-2021-15-07-2016-RM-138-2016-PCM.pdf

Cobeñas, D. (2022). *¿En qué consiste el ciclo PHVA de mejora continua?* IsoTools. https://www.isotools.org/2015/02/20/en-que-consiste-el-ciclo-phva-de-mejora-continua/

Conexión ESAN. (2016). *Calidad total y reingeniería de procesos: ¿opuestos o complementarios?*

https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/calidad-total-y-reingenieria-de-procesos-opuestos-o-complementarios

Conexión ESAN. (2017). *¿Qué indicadores miden la calidad de los servicios de salud?* https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/que-indicadores-miden-la-calidad-de-los-servicios-de-salud

Consejo nacional de Desarrollo Social. (2014). *Manual para el diseño y la construcción de indicadores* (D. Á. Obregón & D. F. México (Eds.); Primera). https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones oficiales/MANUAL_PARA_EL_DISENO_Y_CONTRUCCION_DE_INDICADORES.pdf

CTMA Consultores. (2019). *¿Qué es la norma ISO 14000 y para qué sirve?* . https://ctmaconsultores.com/normas-iso-14000/

"Decálogo de la buena práctica médica". (1999). *Revista chilena de pediatría, 70(4)*(0370–4106), 363. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000400019

Diccionario de la lengua española. (2001). *Calidad*. https://www.rae.es/drae2001/calidad

Dirección de calidad en Salud del Ministererio de Salud del Perú. (2006). *Consultoría para la actualización de la norma de acreditación de hospitales*. https://nanopdf.com/download/consultoria-para-la-actualizacion-de-la-norma-de-acreditacion-de_pdf

Dirección General de Salud de las Personas. (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud*. http://minsa.gob.pe

Division de Planificacion y Calidad. (2015). *Encuestas de Satisfacción del usuario 2012-2015*.

El médico interactivo. (2011). *Decálogo para la excelencia sanitaria y satisfacción de los pacientes*. https://elmedicointeractivo.com/decalogo-excelencia-sanitaria-y-satisfaccion-pacientes-20110826054505085639/

Escuela de ciencias arte y tecnología. (2020). *Joseph M. Juran y la gestión de la calidad*. https://blogs.uninter.edu.mx/ESCAT/index.php/joseph-m-juran-y-la-gestion-de-la-calidad/

Essalud., P. E. de. (2008). *Manual Institucional de Essalud*. http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_institucional.pdf

EsSalud. (2018). *EsSalud promete reducir de 6 meses a 10 días atención a citas desde mayo*. https://gestion.pe/peru/politica/essalud-promete-reducir-6-meses-10-dias-atencion-citas-230815-noticia/

EsSalud. (2019). Hacia la Modernización de la Seguridad Social. En Seguro Social de Salud (Ed.), *Syria Studies* (Vol. 7, Número 1). http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_2.pdf

EsSalud, D. de I. S. de la R. A. A. (2022). *Prioridades de Atención .Sistema Estadístico de Salud (SES)*.

Febres Ramos, R. J., & Mercado Rey, M. R. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, *20*(3), 397–403.

https://doi.org/10.25176/RFMH.V20I3.3123

Fernando, G. T. (2007). *Proyecto de Atención Integral a La Urgencia y la Emergencia Médica Para un Hospital de Excelencia* [Universidad de la Habana-Cuba]. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/proyecto_de_atencion_integral_a_urgencias_y_emergencias.pdf

Flores Rojas, P. A. (2010). *Conceptualización del término de calidad asistencial y estudio-análisis de las dimensiones y políticas en calidad de atención de salud asistencial*. https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2881/Conceptualización del término calidad asistencial y%2C estudio-análisis de las dimensiones y políticas en calidad de la atención de salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las dimensiones más utilizadas son,World Health Organization%2C 2006).

Flores Rojas, P. A. (2019). Conceptualización del término calidad asistencial y estudio-análisis de las dimensiones políticas en calidad de la atención asistencial. *Universidad de Desarrollo*, 38. https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2881/Conceptualización del término calidad asistencial y%2C estudio-análisis de las dimensiones y políticas en calidad de la atención de salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fundéu RAE. (2011). *Un decálogo no siempre contiene diez puntos*. https://www.fundeu.es/recomendacion/un-decalogo-no-siempre-contiene-diez-puntos-828/

García, J. (2012). *Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del Subcentro de salud " El Bosque". Propuesta Gerencial de Mejoramiento. Periodo 2011.* file:///C:/Users/Parralobat/Downloads/3631419.pdf

Gerencia Central de Atencion al Asegurado. (2018). *Registro Informático Atención al Asegurado.*

Gerencia Central de Atencion al Asegurado. (2019). *Registro Informático de Atención al Asegurado .*

Gerencia Central de Atención al Asegurado. (2017). *Registro Informático de Atención al Asegurado*.

Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. (2020). *Poblacion asegurada de Essalud por redes y establecimientos 2015 - 2020*. http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD-ESSALUD. (2017). *Lineamientos Para La Programacion De Actividades Asistenciales 2017*. 1–104.

Gerencia central de Tecnología información y Comunicación. (2018). *Carta Circular Nº 093-GRAAN-ESSALUD-2018-GCTIC.pdf*.

Gerencia de la Red Asistencial Anacsh Essalud. (2014). *Manual de Organizacion de Funciones Red Asistencial Ancash 2014.pdf* (p. 711). http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/mof/MOF_2014_RA_ANCASH.pdf

Gerencia general de Essalud. (2011a). *Directiva gerencia general suscripción de convenio de Cooperación entre Essalud e instituciones educativas.*

Gerencia general de Essalud. (2011b). *Sistema de Gestión de los Servicios de Salud (SGSS)*.

Gerencia general, G. R. de A. (2021). *Convenio de Intercambio Prestacional en Salud entre el Seguro Social de Salud - Red Asistencial Ancash y el Gobierno Regional de Ancash en el marco del Decreto Legislativo N°1466.*

Godet, M., Durance, P., Por, T., & García Cortina, K. (2009). Cuaderno del Lipsor La prospectiva estratégica para las empresas y los territorios. En L. d'Innovation de P. S. et D'Organisation (Ed.), *La prospectiva estratégica para las empresas y los territorios* (10a ed.). http://www.laprospective.fr/cercle

Gonzalez de la Mora, V. (2021). Decálogo en ginecología y obstetricia. *Perinatol Reprod Hum.*, *;35(3)*, 104–113. https://doi.org/Decálogo en ginecología y obstetricia

Guerra Vásquez, C. (2016). *Proyecto de mejora continua para la atención con calidad de los pacientes con diabetes tipo II y riesgo cardiovascular en la jurisdicción sanitaria V Salamanca* [Escuela de Salud Pública de México]. https://catalogoinsp.mx/files/tes/051160.pdf

Gutiérrez Ascencio, A. (2005). *Aplicación de círculos de calidad en una organización*. https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icbi/licenciatura/documentos/Aplicacion de os circulos de calidad.pdf

Hammer, M., & Stanton, S. A. (1997). *La revolución de la reingeniería* (1a ed.). Días de Santos S.A.

Hernández Rodríguez, C. (2012). *Reingeniería: una herramienta para el trabajo administrativo*. https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/04/11CA201202.pdf

Jefatura Division de Planemaiento y Calidad Red Asistencial Ancash. (2019). *Diferimiento de citas Red Asistencial Ancash Essalud*.

Joint Commission International. (2011). *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International* (4a ed.). https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI 4a Edicion EstandaresHospitales2011.pdf

Laguna Urdanivia, A. V., Obregón Rodríguez, E., & Quijada Fernández, R. V. (2015). *Propuesta de mejora del proceso de atención en el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas* [Universidad del Pacífico]. https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2523/Alfredo_Tesis_Maestria_2019.pdf?sequence=1

Library. (2011). *Calidad del servicio / Calidad asistencial*. https://1library.co/article/calidad-del-servicio-calidad-asistencial.oz1dg63z

Library. (2016). *Teorías de la calidad de atención*. https://1library.co/article/teorías-calidad-atención-calidad-atención-usuario.qo3d737q

Lizana Puelles, G. A. (2004). *El Benchmarking*. https://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1249/benchmarking.html

Lozano Cortijo, L. (1998). ¿Qué es calidad total ? *Revista Médica Herediana*, *9*(1), 28.

Medina Lezama, M., & Esquicha Medina, A. (2014). Grado de satisfacción de los pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica Virgen de las Mercedes, Hospital Militar de Lima. *Revista Enfermeria Herediana*, *6*(2), 96. https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1798

Ministerio de Salud de Perú. (2007). *Acreditación de servicios de salud y servicios médicos de apoyo*. https://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_acreditacion/normativas/GUIA_TECNICA_DEL_EVALUADOR_EN_ACREDITACION.PDF

Ministerio de salud del Perú. (2007). *Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo* (Vol. 1). http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf

Ministerio de salud del Perú. (2019). *Norma técnica de salud de categorización de establecimientos del sector salud*. http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge

Ministerio de Salud del Perú. (2002). *Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud*. http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/plan mejora web/estandar1ernivel2003.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo* (MINSA). http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1969.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342325/Norma_técnica_de_salud_de_auditoría_de_la_calidad_de_la_atención_en_salud_20190716-19467-c34c2y.pdf

MINSA. (2020a). Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). *Resolución Ministerial-030-2020-MINSA*, *Mci*, 1–84.

MINSA. (2020b). Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). *Resolución Ministerial-030-2020-MINSA*, *Mci*, 1–84. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf

Mitnik, F., & Descalzi, R. (2008). *El Sistema de Diagnóstico: aprendizajes y rediseño* . https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00208-ll.pdf

Morales Sánchez, L. G., & García Ubaque, J. C. (2019). Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá Perceived service quality in the Bogotá public health system. *Rev. Salud Pública*, *21*(1), 128–134. https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.83138

Naciones Unidas. (2019). *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement

Ochoa, J. (2016). *¿Qué son los derechos de las y los pacientes y como incorporarlos a la práctica médica?* http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin8/derechos_pacientes.pdf

Oficina de Gesión y Desarrollo Red Asistencial Ancash Essalud. (2016). *Centro de Atención Primaria :Policlínico de Complejidad Creciente (VPR)*.

Organización Panamericana de la salud/organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Salud en las Américas .Resumen: Panorama regional y perfiles de país* . www.paho.org

Organización Panamericana de la salud/Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.*

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Guías e Instrumentos Para Evaluar La Calidad De La Atención. En *Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social* (Vol. 1). https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273

Ortega Carpio, A. Montilla Alvaro , M. Delgado Vidarte, A. García Ruiz, C. Chamorro Gonzales, Ripoll Romero Herraiz, F. (2019). Efectividad del Decálogo de prevención cardiovascular en diabéticos. *Semergen.*, ;*45(2)*, 77–85. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.01.013

Perú., M. de S. del. (2009). *Norma Tecnica de Salud en Telesalud* (Núm. 1). http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1428.pdf

Presidencia Ejecutiva de Essalud. (2014). *Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud*. https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003279_pdf.pdf

Project Management Institute. (2017). *Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos* (Independent Publishers Group (Ed.); Sexta, Número 506). Project Management Institute. https://lccn.loc.gov/2017032505

Proulx, D. (2014). *Diagnóstico y cambio organizacional: Elementos claves* (A. para el mejoramiento de la E. B. Piura. (Ed.)). Universidad Continental.

Pulido, H. J. (2004). *Estándares de calidad*. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_9/recursos/general/documentos/normatividad_externa/27072009/estandares_de_calidad.pdf

Raygada, R. H. (2014). *Cartera de servicios de Salud de Complejidad Creciente*. http://www.essalud.gob.pe/downloads/cartera_servicios_Ene_2014.pdf

Rosas, R. (2005). *Benchmarking: mucho más que un análisis de la competencia*. https://rosanarosas.com/benchmarking-mucho-mas-analisis-la-competencia/

Rozas Flores, A. (2008). El Comité de Auditoría. *QUIPUKAMAYOC*, 33–42. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/quipukamayoc/2008_1/a04.pdf

Ruelas, E., & Poblano, O. (2007). *Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamerica* (2a ed.). https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp30.pdf

Salud, O. P. de la. (2016). *Salud. Conversaciones Uso de la Gestión de la Información, el Diálogo, e intercambio de conocimientos para avanzar hacia Acceso universal a la salud*. https://doi.org/www.paho.org/ict4health

Sanabria Rangel, P. E., Romero Camargo, V. del C., & Flórez Lizcano, C. I. (2014). El concepto de calidad en las organizaciones: una aproximación desde la complejidad. *Universidad & Empresa*, 165–213. https://www.redalyc.org/pdf/1872/187241606007.pdf

Sánchez Matienzo, C. (2016). *Análisis Estratégico para la Gestión de un Policlínico de Complejidad Creciente en la ciudad de Chimbote. 2014-2020* [Universidad Nacional de Trujillo]. https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9418

Santacruz Bravo, D. J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, *18*(2), 373–384. https://doi.org/10.22267/rus.161802.47

Secretaría General del EsSalud. (2021). *Historia de la Seguridad social en el Perú.* http://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/hist_del_seg_socia_SSE.pdf

Seguro social de Salud-EsSalud. (2022a). *Estadistica institucional*. htpp//www.essalud.gob.pe/estadistica institucional/

Seguro social de Salud-EsSalud. (2022b). *Estadistica institucional*.

Seguro social de Salud. (2016). *Informe para la transferencia de gestión de Essalud*. https://www2.trabajo.gob.pe/archivos/transferencia2011_2016/RESSA-2.pdf

Szwaco, A. (2017). Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción- Paraguay. Año 2013. *Rev. Salud Pública Paraguay*, *Vol. 7 N*°. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884756/percepcion-de-la-calidad-de-atencion-pb.pdf

Valbuena Vence, M. (2016). *Propuesta de gestión para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de consulta externa y urgencias en la E.S.E. Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara del municipio de San Alberto – César* [Universidad de Santander]. https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/500/1/Propuesta de gestión para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de consulta externa y urgencias en la E.S.E. Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara del municipio de San Alberto – Cesar.pdf

Vallejo Valdivieso, N. K. (2016). *Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Salud del Área de Consulta Externa de Dermatología del "Hospital IESS Manta"* [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4807/1/T-UCSG-PRE-MGSS-79.pdf

Vásquez Bautista, A. T., & López Tafur, A. J. (2015). *Propuesta de mejora de la calidad de servicio en el Policlínico Chiclayo Oeste ubicado en la ciudad de Chiclayo, durante el período 2013* [Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/741/1/TL_VasquezBautistaAmbar_LopezTafurAbanto.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., & Sosa, A. (2010). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/165/1/XVI Seminario Iberoamericano sobre DrogasI 4377-DR-CD.pdf

Wong, G. (2013). *Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público: estudio de caso sobre el desarrollo de evaluaciones de conocimientos en el Servicio Civil Peruano* [Pontificia Universidad Católica del Perú]. https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1D321471CCBA179505257C

Anexos

Anexo1: Matriz de Consistencia

Cuadro 1

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	PRODUCTOS
	General	**General**	
	- Deficiente calidad de atención en los consultorios externos del Centro de atención primaria: Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).	- Optimar la calidad de atención en los consultorios externos del Centro de atención primaria: Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).	Incremento de la satisfacción de los pacientes asegurados del Centro de atención primaria: Policlínico de Complejidad Creciente (VPR).
	Problemas Específicos	**Objetivo Especifico**	
	-Incremento de las quejas y Reclamos de los pacientes que acuden a la consulta externa del Centro de atención primaria.	-Disminuir la quejas y reclamos de los usuarios.	-Creación de un Decálogo de la atención médica en la consulta externa
	-Alto diferimiento de las citas de la consulta externa del Centro de atención primaria.	-Disminuir el diferimiento de las citas para la atención en la consulta externa del Centro de atención primaria.	-Creación de un comité de auditoría y control de la consulta externa con incremento de la oferta asistencial.
	-Baja capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico.	-Incrementar la Capacidad de respuesta del Centro de Atención Primaria: Policlínico de Complejidad Creciente ,para otorgar atención	-Creación del consultorio de Tele consulta y escucha activa vinculado al Programa médico comunitario de Atención integral con

"Análisis, Evaluación y Propuesta para mejorar la calidad de atención en los consultorios externos del Centro de atención primaria: Policlínico Complejidad Creciente Víctor Panta Rodríguez (VPR) de la Red asistencia Ancash EsSalud, periodo 2022-2024".

		de salud oportuna, garantizando la accesibilidad de los pacientes al centro asistencial.	formación de promotores y cuidadores de salud

Anexo 2: Glosario de Términos

- **Auditoría de la calidad de la atención en salud.**
  Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de todos los pasos de atención en salud a los pacientes de manera personalizada y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones de los distintos establecimientos de salud y servicios médicos. Esto implica:
  - La puesta en marcha de evaluaciones y seguimiento de ciertos procesos prioritarios en la atención de salud.
  - La comparación de la calidad patente vs la calidad que se espera lograr, las mismas que deben de establecerse previamente con el uso de guías y normas técnicas o administrativas dependiendo del caso.
  - La propuesta e implementación de recomendaciones que conlleven a mejorar las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas, teniendo en cuenta que la auditoría de la calidad de la atención, en ninguna de sus modalidades o tipos, tiene motivaciones o fines punitivos (Ministerio de Salud del Perú, 2016).
- **Cartera de servicios de salud de complejidad creciente.**
  Documento técnico que define las prestaciones sean de tipo ambulatoria, general, especializada, estandarizada, costo-efectivas y mínimas que se brinda en un establecimiento de salud. Responde a las necesidades de salud, a las prioridades y políticas sanitarias del sector. Su aplicación corresponde a los establecimientos que forman parte del primer nivel de atención y hospitales con población adscrita (Presidencia Ejecutiva de Essalud, 2014).
- **Calidad:** la calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como «la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie» (Diccionario de la lengua española, 2001).
- **Calidad de la Atención.** conjunto de actividades que realizan los profesionales de la salud en sus establecimientos y servicios durante el proceso de atención, desde una perspectiva técnica y humana, para lograr

efectos positivos en los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario (Ministerio de Salud del Perú, 2011).

- **Comité de Auditoría:** el comité de auditoría es una unidad staff creada por el consejo de administración, para asegurar el pleno respeto y apoyo a la función de auditoría interna y externa, por parte de todos los integrantes de la organización, para asegurar los objetivos del control interno y para vigilar el cumplimiento de la misión y objetivos de la propia organización. Es una unidad de consulta, asesoría y apoyo de la administración (Rozas Flores, 2008).
- **Calidad Total:** se refiere a las características de lo producido y van en concordancia con las necesidades del cliente (Lozano Cortijo, 1998).
- **Decálogo:** es el conjunto de normas o consejos que, aunque no sean diez, son básicos parael desarrollo de cualquier acti vidad (Fundéu RAE, 2011)
- **Evaluación de la satisfacción del usuario externo**: proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud teniendo en cuenta al usuario, llevado a cabo a como parte de las actividades del proceso de atención (Organización Panamericana de la Salud, 2015).
- **Gestión de la calidad**: es un componente de la gestión en las instituciones, en la que se aplica una política de la calidad para el cumplimiento de los objetivos y las responsabilidades dentro del marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad (Ministerio de Salud del Perú, 2012).
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia (Ministerio de Salud del Perú, 2012).
- **SERVQUAL:** define a la calidad del servicio como “La brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los pacientes” (Ministerio de Salud del Perú, 2011).

Anexo 3: Anexos Complementarios

ANEXO 01

Decálogo de Atención Medica en la Consulta Externa

1. **El medico llama al paciente por nombres y apellidos**
2. **Confirma sus datos e invita a pasar al consultorio y le pide tomar asiento**
3. **El médico le indica como será el proceso de la atención médica**
4. **Pregunta en que lo puede ayudar**
5. **Le informa que deberá examinarlo**
6. **Lo examina por a órganos y sistemas**
7. **Le explica el diagnostico**
8. **Le indica y explica detalladamente el tratamiento a seguir**
9. **Le pregunta si tiene alguna duda o si puede ayudarlo en algo más**
10. **Acompaña al paciente a la puerta y se despide de él.**

ANEXO 02

Formato de Resolucion de conformacion del comite de Auditoria Medica del Policlinico : “Victor Panta Rodriguez”

RESOLUSIÓN N° GRAAN-ESSALUD-2018

Chimbote .

VISTA :

La carta N° 250 –D –PCCVPR-RAAN-ESSALUD-2017, de fecha25 de noviembre del director del policlinico de complejidad creciente : “ Victor Panta Rodriguez ”, donde solicita la conformacion del comité de auditoria medica del policlinico de complejidad creciente : Victor Panta Rodriguez ” de Chimbote .

CONSIDERANDO :

Que tal como se indica en la Resolucion N° 3250- GG ESSALUD -2015, de fecha 13 de mayo del 2015, se propone la conformacion del comité de auditoria médica en los establecimientos del EsSalud a nivel nacional.

Que mediante proveido N° 323 –GRAAN ESSALUD -2017 , LA Red Asistencal Ancash , autoriza la creacion del coite de auditoria del del policlinico de complejidad creciente : “ Victor Panta Rodriguez.

De conformidad a lo estipulado en el inciso a) del Articulo 8° del reglamento de organización y funciones de la red aistencial Ancash, dirigir, controlar y evaluar la calidad del consentimiento de las prestaciones en los servicios de los centros asistenciales de su jurisdiccion.

Por lo tanto , en merito de la delegacion de las funciones conferidas mdiante Resoluciones N° 116-PE –ESSALUD -2008;

SE RESUELVE :

PRIMERO : DISPONER LA RECONFORMACION DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA DEL POLICLINICO DE COMPLEJIDAD CRECIENTE : “VICTOR PANTA RODRIGUEZ ” DE LA RED ASISTENCIA ANCASH; con la intervencion de profesional de salud :

MIEMBROS TITULARES :

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

MIEMBROS SUPLENTES :

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

SEGUNDO : Notificar a los interesados con las conformidades de la ley.

REGÍSTRESE . COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

FIRMA DEL GERENTE

ANEXO 03

Ambiente fisico del consultorio de Teleconsulta y Escucha Activa

ANEXO 04

ANÁLISIS SADCI. Metodología del Análisis de Capacidades Institucionales

Código de tareas	Descripción de las tareas	Productos	Ejecutora	Observaciones
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud	Memorándum de autorización de ejecución del proyecto por parte de la dirección	Director del Policlínico CCC: VPR	También debe contar con la autorización del comité de ética de la Red Asistencial Ancash.
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.	Carta de autorización del comité de ética para la ejecución del proyecto de investigación en el policlínico	Representante del comité de ética del policlínico	También debe contar con la autorización del comité de ética de la Red Asistencial Ancash.
00103	Presentar un plan de actividades	Plan ce actividades	investigador	En base a los principios de mejora de la calidad de atención
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”	Capacitación del personal médico en el correcto llenado de las historias clínicas	investigador	Las jefaturas del servicio conjuntamente con el director del policlínico deben ejercer su rol de supervisión de la capacitación
00105	Curso taller de actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC VPR	Guías clínicas y protocolos actualizados	Jefatura de departamento de medicina y jefatura de prevención y promoción de la salud, director policlínico	En base a los principios de mejora de la calidad de atención

00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.	Autorización y apoyo de los médicos y representantes del cuerpo medico	Investigador y el director del policlínico	Debe participar el presidente del cuerpo médico de la red asistencial Ancash
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)	Acta de compromiso	Investigador, director del policlínico	El gerente de la red asistencial debe participar de las reuniones
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa	Pegar el decálogo en cada consultorio de la consulta externa de medicina	Investigador, director del policlínico, representantes y autoridades del cuerpo médico, CUT, SINESS.	En base a principios de mejora de la calidad de atención
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo	Resultados de la encuesta de satisfacción	investigador	En base a principios de mejora de la calidad de atención
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.	Resultados de la encuesta de satisfacción después de la intervención	Investigador	En base a principios de mejora de la calidad de atención
00111	Control y seguimiento cada 6 meses	Resultados de cumplimiento	Investigador y director del policlínico	En base a principios de mejora de la calidad de atención
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC" VPR".	Resolución Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC" VPR".	Director del policlínico, investigador	Participación del comité, director y el investigador- trabajo en equipo
00202	El comité está conformado por el medico auditor, la	Resolución de conformación del comité de auditoria	Director del policlínico, investigador	En base a los principios de

	jefatura de prevención y promoción y un médico internista			mejora de la calidad de atención
00203	Plan de auditoria médica para el año 2022	Resolución de aprobación del plan de actividades del plan de auditoria médica para el 2022	Director del policlínico, investigador	En base a los principios de mejora de la calidad de atención
00204	Curso taller: auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”	Capacitación del personal médico en auditoria medica	Director del policlínico y el investigador	En base a principios de mejora de la calidad de atención
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC VPR	Actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de morbilidad del policlínico	Director del policlínico, investigador y jefatura del servicio de medicina.	En base a los principios de mejora de la calidad de atención
00206	Curso taller: cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.	Conocimiento de las normativas institucionales	Director del policlínico, investigador y jefatura del servicio de medicina.	En base a los principios de mejora de la calidad de atención
00207	Programa de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar	Acta de compromiso y responsables por cada área, así miso asignación de las misas	Director del policlínico, investigador y jefatura del servicio de medicina.	Trabajo en equipo
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias	Acta de compromiso. Lista de los médicos que cumplen con el	Comité de auditoría, director del policlínico	En base acuerdos en acta de las reuniones previas

	clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico	adecuado llenado de las historias clínicas del policlínico		
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.	Evaluar el grado de cumplimiento de la auditoria medica	Comité de auditoría médica y director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del PCC VPR emitido por la dirección.	Incremento del porcentaje de médicos que cumplen con el adecuado llenado de las historias clínicas	Comité de auditoría médica y director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo
00211	Control y seguimiento cada trimestre	Grado de cumplimiento	investigador	
00212	.Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa	Buen nivel de Información y comunicación Rendición de cuentas	investigador	Trabajo en equipo
00301	.Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC VPR.	Resolución de aprobación de la creación del consultorio de escucha activa en el policlínico de CC: VPR	Director del policlínico, gerente de la red asistencial	Trabajo en equipo

00302	.Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.	Aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC	Director del policlínico, gerente de red asistencial	Trabajo en equipo
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC VPR.	Resolución de aprobación de inclusión dentro del organigrama del PCC VPR.	Director del policlínico, gerente de red asistencial Ancash	Trabajo en equipo
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)	Acta de compromiso	Director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo
00305	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y representantes de los asegurados y de la sociedad civil.	Acta de compromiso y Buen nivel de comunicación y rendición de cuentas de cuentas	Director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.,	Memorándum aprobación de la creación de programa médico comunitario.,	Director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del	Empoderamiento de del personal médico y las jefaturas	Director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo

	policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo			
00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes	Programa médico comunitario	Jefaturas del servicio de medicina y director del policlínico, investigador.	Trabajo en equipo
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2022, el plan del programa médico comunitario	Plan del programa médico comunitario	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo en concordancia con los objetivos del policlínico de complejidad creciente
00405	Reunión con las jefaturas, gremios y representantes de los asegurados y de la sociedad civil para informar acerca del programa a realizar en la comunidad.	Empoderamiento de los gremios y la comunidad	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación	Aprobación de la propuesta	Gerente de red	Trabajo en equipo
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de	Aprobación del presupuesto para el pago de horas extras para los turnos adicionales	Gerente de red	Trabajo en equipo

	las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.			
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo	Apoyo al proyecto de programación de turnos adicionales (Turno noche, domingos y feriados)	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo
00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.	Programación de turnos adiciónales	Jefatura del servicio de medicina	Trabajo en equipo
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.	Empoderamiento y apoyo, acta de compromiso	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo
00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR	Resolución de autorización de la dirección del policlínico	Director del policlínico	

00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico	Aprobación de la dotación de tres computadoras para la implementación de la biblioteca virtual	Director del policlínico, gerencia de red	Trabajo en equipo
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote	Carta de solicitud al área informática para cableado de internet a la biblioteca virtual, así mismo dotación de códigos y calves a los médicos	Director del policlínico	Trabajo en equipo
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.	Apoderamiento y apoyo, acta de compromiso	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la creación de la	Empoderamiento y apoyo Acta de compromiso	Director del policlínico, investigador	Trabajo en equipo

	biblioteca virtual y sus beneficios.			
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.	Acta de inauguración	Director del policlínico e investigador	Trabajo en equipo, participación ciudadana

Conclusión: Se puede observar que las capacidades institucionales son amplias y se contara con el apoyo y trabajo participativo de todas las jefaturas del Policlínico, así mismo con el empoderamiento y participación de todo el recurso humano del policlínico de complejidad creciente.

ANEXO 04

FORMULARIO - D1. DÉFICIT RELACIONADOS CON LEYES, NORMAS Y REGLAS DE JUEGO. FD1

CÓDIGO DE TAREA	DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS	GRAVEDAD DE DCI				
		1	2	3	4	5
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud					x
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.					X
00103	Presentar un plan de actividades					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					
00105	. Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC: (VPR)					X
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.					X
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)					X
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa					X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X	
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.				X	
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X	
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC (VPR).					X

00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista					X
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017					X
00204	. Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					X
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC (VPR)					X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.					X
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar				x	
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico				x	
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.				x	
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del PCC (VPR) emitido por la dirección.				x	
00211	Control y seguimiento cada trimestre				x	

00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa				x	
00301 .	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC (VPR)				x	
00302	Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.				x	
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC(VPR).					
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)				x	
00305	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada.				x	
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización para la creación de programa médico comunitario.				x	
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes					x
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico (VPR) año 2017, el plan del programa médico comunitario					x
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.				x	
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación					x
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.					x
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.					x
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.					x
00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR					x
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico					x
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote					x
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.					x
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la					x

	creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.					
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.					x

Conclusiones: en relación al déficit de las leyes, normativas y reglas de juego, se puede apreciar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente, por lo que se decidió no presentar un plan de contingencia.

ANEXO 05

FORMULARIO – D2 DÉFICIT RELACIONADOS CON RELACIONES INSTITUCIONALES. FD2

CÓDIGO DE TAREA	DESCRIPCION DE TAREAS	GRAVEDAD DE DCI				
		1	2	3	4	5
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud					x
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.					X
00103	Presentar un plan de actividades					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					
00105	. Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC (VPR).					X
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.					X
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)					X
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa					X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X	
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.				X	
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X	
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC VPR.					X

00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista					X
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017					X
00204	. Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					X
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC (VPR).					X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.					X
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar				x	
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico				x	
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.				x	
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del PCC (VPR) emitido por la dirección.				x	
00211	Control y seguimiento cada trimestre				x	

00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa				x	
00301 .	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC (VPR)				x	
00302	. Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.				x	
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC (VPR)					
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)				x	
00305	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada.				x	
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.				x	
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes					x
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2017, el plan del programa médico comunitario					x
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.				x	
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche sábados domingos y feriados) y solicitar su aprobación					x
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.					x
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.					x
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.					x
00601	Solicitar a la dirección del Policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR					x
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico					x
00603	La dirección del Policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote					x
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.					x
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la					x

	creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.					
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.					x

Conclusiones: en relación al déficit de las relaciones institucionales, se puede apreciar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ya que se identificaron buenas relaciones institucionales en el desarrollo del presente estudio, por lo que fue necesario armar un plan de contingencia.

ANEXO 06

FORMULARIO – D3. DÉFICIT RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL INTERNA Y DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES - FD3

CÓDIGO DE TAREA	DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS	GRAVEDAD DE DCI				
		1	2	3	4	5
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud					x
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.					X
00103	Presentar un plan de actividades					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC (VPR)					
00105	. Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC(VPR)					X
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.					X
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)					X
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa					X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X	
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.				X	
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X	
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC(VPR).					X

00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista					X
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017					X
00204	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					X
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC:”VPR					X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.					X
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar			x		
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico				x	
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.				x	
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del PCC VPR emitido por la dirección.				x	
00211	Control y seguimiento cada trimestre				x	

00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa				x	
00301	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC VPR.				x	
00302	Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.				x	
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC VPR.					
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)				x	
00305 .	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada.				x	
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.				x	
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes					x
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2017, el plan del programa médico comunitario					x
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.				x	
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación					x
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.					x
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.					x
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.					x
00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR					x
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico					x
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote					x
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.					x
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la					x

	creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.					
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.					x

Conclusiones: en relación al déficit respecto a la estructura organizativa interna y de la distribución de funciones, se puede apreciar que la gran mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente solo una de ellas con código : 00207 tiene calificación de DCI 3, el cual es medio , el cual está relacionado con las funciones específicas del personal médico del policlínico y que podrían representar una amenaza para logro del proyecto de investigación, por lo tanto este punto puede ser considerado de nuestro plan de contingencia.

ANEXO 07

FORMULARIO – D4. DÉFICIT RELACIONADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS POLÍTICAS DE PERSONAL - FD4

CÓDIGO DE TAREA	DESCRIPCION DE TAREAS	GRAVEDAD DE DCI				
		1	2	3	4	5
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud					x
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.					X
00103	Presentar un plan de actividades					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					
00105	.Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC:”VPR					X
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.					X
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)					X
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa					X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X	
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.				X	
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X	

00201	Creación del comité de auditoría médica para adecuado registro de la historia clínica del PCC VPR.			x		
00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista			x		
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017			x		
00204	.Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”					X
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC:”VPR					X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.					X
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar			x		
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico			x		
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.			x		
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los			x		

	consultorios externos del PCC VPR emitido por la dirección.					
00211	Control y seguimiento cada trimestre				x	
00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa				x	
00301 .	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC VPR.				x	
00302	Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.				x	
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC VPR.					
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)				x	
00305 .	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y representantes de los asegurados y la sociedad civil.				x	
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.				x	
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras,				x	

	técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo					
00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes					x
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2017, el plan del programa médico comunitario					x
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.				x	
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación					x
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.					x
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.					x
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.					x
00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR					x
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico					x
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote					x
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.					x
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la					x

	creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.					
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.					x

Conclusiones: en relación al déficit de la implementación de las políticas del personal, se puede apreciar que todas las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ,no obstante las actividades con códigos : 00201 al 00210 relacionado con la conformación del comité de auditoría así como sus funciones tiene una calificación 3 de DCI lo cual indica un calificación media baja , lo cual puede representar una amenaza para el logro del presente trabajo de investigación, lo cual deberá ser considerado en plan de contingencia que se planteará al final del análisis.

ANEXO 07

FORMULARIO – D5. DÉFICIT DESDE EL PUNTO DE VISTA DE INSUMOS FÍSICOS Y RECURSOS HUMANOS- FD1

CÓDIGO DE TAREA	DESCRIPCIÓN DE TAREAS	GRAVEDAD DE DCI				
		1	2	3	4	5
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud					x
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la Gerencia de la red asistencial Ancash.					X
00103	Presentar un plan de actividades					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”			x		
00105	. Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC:” VPR			x		
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.					X
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)					X
00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa			x		X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X	
00110	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo.				X	
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X	

00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC (VPR).					X
00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista					X
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017					X
00204	. Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”			x		
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC(VPR)			x		X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.			x		
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar				x	
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico				x	
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.				x	
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los				x	

	consultorios externos del PCC(VPR) emitido por la dirección.					
00211	Control y seguimiento cada trimestre				x	
00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa				x	
00301 .	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC (VPR)			x		
00302	. Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.			x		
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC(VPR)			x		
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)				x	
00305	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y representantes de los asegurados y la sociedad civil.				x	
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.			x		
00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras,				x	

	técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo					
00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes					x
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2017, el plan del programa médico comunitario					x
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.				x	
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación			x		
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.			x		x
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo				x	

00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.					x
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.					x
00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR					x
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico			x		
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote					x
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.					x
00605	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la					x

	creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.					
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.					x

Conclusiones: en relación al déficit de insumos, materiales y recursos humanos se puede apreciar que, la mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ,sin embargo las actividades con código : 00104, 00105, 00205, 00205, 00206, 00301, 00302, 00303, 00401,00501, 00502, 00602 cuentan con una calificación de tres (03) lo cual representa medio bajo , estas actividades podrían estar en riesgo de poderse llevar acabo , ya que están directamente relacionados con el déficit de recursos relacionado con insumos físicos y recursos humanos , por lo tanto podría ser considerado dentro de nuestro plan de contingencia.

ANEXO 08

FORMULARIO D6: DÉFICIT RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD INDIVIDUAL DE LAS PERSONAS INTERVINIENTES.

DISTRITO	SANTA	**PROGRAMA**	Proyecto de mejora	**NACIONAL**		**PROVINCIAL**	**X**

Código	**Tareas**	**Número y categoría de empleados**					**Descripción de déficit de capacidad**			**Gravedad del DCI**				
		A	**B**	**C**	**D**	**E**	**Información**	**Conocimiento**	**Know how**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
00101	Solicitar autorización para la aplicación del proyecto en el establecimiento de salud				X		X	X	X					X
00102	Contar con la autorización del comité de ética del policlínico y de la gerencia de la red asistencial Ancash.				X		X	X	X					X
00103	Presentar un plan de actividades			X			X	X	X					X
00104	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC VPR.	X	X	X	X		X	X	X					X
00105 .	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC VPR.	X		X	X		X	X	X				X	
00106	Reunión con los médicos del policlínico y el representante del cuerpo médico.	X			X		X	X	X			X		
00107	Reunión con las jefaturas y los gremios (CUT, SINESS, SINAMSOOP)	X			X		X	X	X		X			

00108	Taller de aplicación e implementación del Decálogo en la consulta externa	X	X	X	X		X	X	X					X
00109	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario antes de la aplicación del decálogo				X		X	X	X					X
00110 .	Aplicar encuestas de satisfacción del usuario después de la aplicación del Decálogo				X		X	X	X					X
00111	Control y seguimiento cada 6 meses				X		X	X	X					X
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC VPR.	X					X	X	X					X
00201	Creación del comité de auditoría médica a registro de la historia clínica del PCC VPR.	X					X	X	X					X
00202	El comité está conformado por el medico auditor, la jefatura de prevención y promoción y un médico internista	X					X	X	X					X
00203	Plan de actividades de auditoria médica para el año 2017			X	X		X	X	X				X	X
00204	Curso taller de auditoria médica para el personal médico del PCC “VPR”			X	X		X	X	X					
00205	Curso taller actualización de guías y protocolos de las diez primeras causas de enfermedad del policlínico PCC VPR.	X		X	X		X	X	X					X
00206	Curso taller de cumplimiento de normativas y directivas de EsSalud	X		X	X		X	X	X					X

	y SUSALUD en el marco del ente rector MINSA.													
00207	Programa de actividades de auditoria indicando responsables y asignación del número de historias clínicas que cada médico debe auditar			X	X		X	X	X					X
00208	Reunión de información de medidas a tomar frente a incumplimiento de auditoría de historias clínicas. Publicación en el margesí de la dirección el ranking de auditoria medica de historias clínicas por cada medico	X		X	X		X	X	X					X
00209	Informe trimestral de la auditoria del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos dirigida al director del PCC VPR.			X	X		X	X	X					X
00210	Carta circular de exhortación de cumplimiento del adecuado registro de la historia clínica en los consultorios externos del PCC VPR emitido por la dirección.	X		X			X	X	X					X
00211	Control y seguimiento cada trimestre				X		X	X	X					X
00212 .	Reunión con las jefaturas y el personal médico cada trimestre, para informar y comunicar los resultados y avances de auditoría	X			X		X	X						X

	del adecuado registro de la historia clínica en concordancia con el adecuado proceso de la consulta externa													
00301.	Solicitud de Aprobación y autorización de la creación e implementación del consultorio de Escucha activa en el PCC VPR.	X	X		X		X	X	X					X
00302	Solicitud de aprobación del presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.	X	X				X	X	X					X
00303	Aprobación para su inclusión dentro del organigrama del PCC VPR.	X	X				X	X	X					X
00304	Reunión de Información, comunicación y coordinación con las jefaturas del PCC, la dirección del Policlínico y los representantes de los gremiales (CUT, SINESS, SINAMSOOP)	X			X		X	X	X					X
00305.	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada.	X			X		X	X	X					X
00401	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de programa médico comunitario.	X		X	X		X	X	X					X

00402	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo	X		X	X		X	X	X					X
00403	Realizar el plan de actividades del programa médico comunitario con la participación de las jefaturas correspondientes			X			X	X	X					X
00404	Anexar a la programación de las actividades extramurales del policlínico VPR año 2017, el plan del programa médico comunitario			X			X	X	X					X
00405	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca del programa a realizar en la comunidad.	X			X		X	X	X					X
00501	Realizar la propuesta a la dirección del policlínico VPR, acerca de la Implementación de turnos adicionales de atención (Tercer turno noche,	X		X	X		X	X	X					X

	sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación													
00502	La dirección del policlínico VPR, debe solicitar a la gerencia de la red asistencia Ancash EsSalud, la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.	X	X				X	X	X					X
00503	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo	X		X	X		X	X	X					X
00504	La jefatura de servicio deberá realizar el rol de programación de los turnos adicionales.			X			X	X	X					X
00506	Reunión con las jefaturas del PCC, gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la programación de turnos adicionales.	X		X	X		X	X	X					X

00601	Solicitar a la dirección del policlínico la autorización de la creación de la biblioteca virtual del policlínico VPR	X	X		X		X	X	X					X
00602	La dirección del policlínico deberá solicitar a la Gerencia de la red la implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico	X	X				X	X	X					X
00603	La dirección del policlínico solicitara al área de soporte informático la conexión de la red de internet para la biblioteca virtual, así mismo dotara de una clave para ingresar a la biblioteca del colegio médico regional Chimbote	X				X	X	X	X					X
00604	Convocar a reunión de información y coordinación a las jefaturas de servicio y de ayuda al diagnóstico, así como a los médicos del servicio de medicina del policlínico conjuntamente con las enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo de apoyo e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y su finalidad.	X		X	X	X	X	X	X					X
00605	Reunión con las jefaturas del PCC,	X	X	X	X	X	X	X	X					X

	gremios y los representantes de los asegurados y la sociedad civil organizada e informar acerca de la creación de la biblioteca virtual y sus beneficios.													
00606	Inauguración de la biblioteca virtual con la participación de las autoridades de la red asistencial y la comunidad.	X	X	X	X		X	X	X					X

CATEGORÍA DE EMPLEADOS.

A	**DIRECTOR DE POLICLÍNICO**

B	**GERENCIA DE RED ASISTENCIAL**

C	**JEFATURA DE MEDICINA**

D	**INVESTIGADOR**

E	**JEFE DE SOPORTE INFORMÁTICO**

Conclusiones: En relación al déficit relacionados con las capacidades individuales del personal interviniente, se puede apreciar que la gran mayoría de las actividades a desarrollar cuentan con una calificación DCI de 4 y 5 los cuales son bueno y excelente ya que existen buena capacidad individual , sin embargo las actividades de código : 00106y 00107 tiene una calificación de tres y dos respectivamente lo cual está en rango DCI: de tres y dos, lo cual representa una amenaza para la puesta en marcha del presente trabajo, por lo que sí fue necesario considerar este punto en nuestro plan de contingencia.

CONSOLIDADO.

FE1: Consolidado de DCI relativos a la falta de capacidad institucional no relacionado con capacidades individuales.

PROVINCIA	**SANTA**	**PROGRAMA**	**Proyecto de mejora**	**NACIONAL**		**PROVINCIAL**	**X**

Código DCI	**Descripción del DCI**	**Tareas afectadas (códigos)**	**Gravedad promedio del DCI**				
			1	**2**	**3**	**4**	**5**
DCI 001	Ausencia de presupuesto para la implementación del consultorio de escucha activa del PCC.	00302		X			
DCI 002	Falta de presupuesto para la aprobación de las horas extras solicitadas para la ampliación de los turnos adicionales de atención (Tercer turno noche, sábados, domingos y feriados) y solicitar su aprobación.	00502		X			
DCI 003	Falta de presupuesto para la compra e implementación de tres computadores para ser implementadas en los ambientes del cuerpo médico	00602		X			

Conclusiones: en este cuadro podeos apreciar la ausencia de capacidad a nivel institucional no relacionado con las capacidades de cada uno de los trabajadores en las actividades de cocidos : 00302, 00502 00602 los cuales están relacionados con presupuesto para implementar dichas actividades, la calificación de DCI es de dos lo cual representa una calificación baja y pone en riesgo el presente proyecto de investigación , por lo tanto debe ser considerado dentro del plan de contingencia.

FE2 : Consolidado de DCI relativos a la incapacidad individual.

Código de DCI	Descripción del déficit de capacidad	Categoría de empleados/Beneficiarios afectados					Tareas implicadas	Gravedad promedio de DCI				
		A	B	C	D	E		1	2	3	4	5
DCI 004	El personal médico y las jefaturas no están capacitados en auditoria medica		X		X	X	00204		X			
DCI 005	El personal médico asistencial no está capacitado para actualizar las guías y protocolos de actuación medica	X		X	X		00205		X			
DCI 006	El personal médico no tiene buena predisposición de asumir responsabilidades de auditoria	x	x		x		00207		X			
DCI 007	Resistencia del personal médico asistencial para la implementación del Decálogo de atención medica	x	x		x	x	00108		x			
DCI 008	Resistencia del personal a conformar el comité de auditoría medica del policlínico	x	x		x		00201		x			

CATEGORIA DE EMPLEADOS.

A	DIRECTOR DEL POLICLINICO

B	JEFATURA DE MEDICINA

C	CUERPO MEDICO DE LA RED

D	GERENCIA DE LA RED

E	RECURSOS HUMANOS DEL POLICLINICO

Conclusiones: en relación déficit relacionado a la falta de capacidad individual se puede apreciar que todas las actividades con código: 00204, 00205, 00207, 00108, 00201 tiene una calificación DCI es de dos lo cual representa una calificación baja y pone en riesgo el presente proyecto de investigación, por lo tanto, debe ser considerado dentro del plan de contingencia.

NEXO 09

PLAN DE CONTINGENCIA.

Formulario F. Sinopsis de estrategia y plan de acción de DI.

Código de DCI	CÓDIGO TAREAS AFECTADAS	Decisiones a nivel de gobierno	Asistencia técnica	Actividades de entrenamiento	Otros
DCI 001	00302	La gerencia de la red asistencial debe solicitar autorización a la gerencia central de Lima ESSALUD la ampliación de presupuesto para la ejecución del proyecto apertura de consultorio de escucha activa y pago de horas extras para ampliación de turnos adicionales en el policlínico de complejidad creciente VPR.	Reunión del equipo de gestión de la Red Asistencial Ancash con la participación del director del policlínico		Reuniones de coordinación
DCI 002	00502	La gerencia de la red asistencial debe solicitar autorización a la gerencia central de Lima ESSALUD la ampliación de presupuesto para la ejecución del proyecto apertura de consultorio de escucha activa y pago de horas extras para	Reunión del equipo de gestión de la Red Asistencial Ancash con la participación del director del policlínico		Reuniones de coordinación

		ampliación de turnos adicionales en el policlínico de complejidad creciente VPR, y hacer uso de los recursos directamente recaudados del hospital			
DCI 003	00602	La gerencia de la red asistencial Ancash debe solicitar a la jefatura de administración y fianzas la implantación de las tres computadoras para la implantación de la biblioteca virtual del policlínico VPR	Reunión del director del policlínico y el gerente de red y el administrador.		Reuniones de coordinación
DCI 004	00204	El director del policlínico emitirá memorándum a las jefaturas en relación del cumplimiento de las normativas institucionales bajo responsabilidad	Curso taller de capacitación en auditoria		Reuniones de coordinación
DCI 005	00205	El director del policlínico emitirá memorándum a las jefaturas en relación del cumplimiento de las normativas	Capacitación curso taller de actualización de guías y protocolos		Reuniones de coordinación

		institucionales bajo responsabilidad			
DCI 006	00207	El director del policlínico emitirá memorándum a las jefaturas en relación del cumplimiento de las normativas institucionales bajo responsabilidad	Curso taller de normativas institucionales		Reuniones de coordinación
DCI 007	00108	El director del policlínico conjuntamente con los representantes del cuerpo médico deberá firmar un acta de compromiso para cumplir funciones específicas enmarcadas en el ROF institucional en el marco de la mejora continua de la calidad en los servicios.	Reunión de coordinación y cumplimiento del ROF Y MOF institucional		Reuniones de coordinación
DCI 008	00201	Dirección emitirá un memorándum a las jefaturas en relación del cumplimiento de las normativas institucionales bajo responsabilidad	Reunión de coordinación y cumplimiento del ROF Y MOF institucional		Reuniones de coordinación