

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "JOSÉ AGURTO TELLO"
DE CHOSICA



PLAN CERO COLAS

Lima -Perú
2025





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DIRECTORIO

Dr. Edgar Delgado Bolivia
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HJATCH

Lic. Lizbeth Luján Medina
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HJATCH





INDICE

- I. INTRODUCCIÓN 3
- II. FINALIDAD: 3
- III. OBJETIVOS 3
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN 4
- V. BASE LEGAL: 4
- VI. CONTENIDO 5
 - 6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales: 5
 - 6.2. Análisis De La Situación Actual 7
 - 6.2.1. Antecedentes: 7
 - 6.2.2. Problema (magnitud y caracterización) 9
 - 6.2.3. Causa del Problema. 10
 - 6.2.4. Población o entidades objetivos. 10
 - 6.2.5. Alternativas de Solución 10
 - 6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI 11
 - 6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS 1
 - 6.4.1. Descripción Operativa: Unidad De Medida, Metas Y Responsables 1
 - 6.4.3. Cronograma De Actividades 3
 - 6.4.4. Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividades 7
 - 6.5. Presupuesto 7
 - 6.6. Financiamiento 7
 - 6.7. Acciones De Monitoreo Supervisión, Y Evaluación Del Plan 7
- VII. RESPONSABILIDADES 8
- VIII. ANEXOS 8
 - ANEXO 1: Matriz De Articulación Estratégica Y Operativa Del Plan Especifico 9
 - ANEXO 2: Matriz De Indicadores Del Plan Especifico 10
 - Anexo 3: Matriz De Programación De Metas Físicas Y Presupuestales Del Plan Especifico 11
 - ANEXO 4 FODA 12
 - ANEXO 5 CAME 13
- IX. BIBLIOGRAFIA 14





PLAN CERO COLAS HJATCH 2025

I. INTRODUCCIÓN

A nivel Nacional, debido al crecimiento poblacional, se registra cada año un mayor incremento en la necesidad de buscar un establecimiento por algún problema de salud, la demanda por los servicios de salud supera la oferta generando una alta demanda insatisfecha, especialmente en los servicios de atención ambulatoria de los hospitales del MINSA. Esta situación se ve reflejada todavía en las largas colas que los usuarios deben realizar desde la madrugada para obtener una cita médica, en ciertas especialidades médicas, lo que evidencia la necesidad de mejorar la gestión de los procesos de atención.

Conscientes de esta problemática, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, aprobó la Directiva N° 251-MINSA/2018/DGOS, la cual establece lineamientos para la elaboración e implementación del Plan "Cero Colas" en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas adscritas al MINSA y los Gobiernos Regionales.

En cumplimiento de esta directiva, el Hospital José Agurto Tello de Chosica (HJATCH) formula el presente Plan "Cero Colas", con el objetivo de eliminar las colas presenciales de espera, formula el presente documento para la implementación de estrategias orientadas a reducir las principales barreras de acceso a la atención médica, sean estas geográficas, arquitectónicas, económicas, culturales u organizacionales. Este plan busca optimizar los procesos en consultorios externos, reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción de nuestros usuarios.

En este contexto, el Plan "Cero Colas" del Hospital José Agurto Tello de Chosica establece las acciones a implementarse durante el año 2025, en concordancia con las normativas vigentes, para garantizar una atención más eficiente, accesible y de calidad para la población.

II. FINALIDAD:

Contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios elevando el nivel de satisfacción del usuario de consulta externa con la implementación del Plan Cero Colas en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Disminuir el tiempo de espera para acceder a una prestación de salud oportuna y con el óptimo uso de los recursos.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Optimizar los procesos administrativos y asistenciales de Consulta Externa, Telesalud, Admisión, Archivos de Historias Clínicas, Apoyo al Diagnóstico, Apoyo al Tratamiento, Referencias y Contra Referencia.
- 3.2.2 Garantizar el acceso y atención oportuna en los servicios de consulta externa.
- 3.2.3 Optimizar el Sistema REFCON
- 3.2.4 Fortalecer los medios de comunicación y orientación a los usuarios externos.





IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplica a todas las unidades, departamentos, servicios, áreas asistenciales y administrativas involucradas en el proceso de atención ambulatoria: PAUS, U. de Estadística e Informática, Admisión, Archivos, Caja, U. de Seguros – Referencia y Contrarreferencia, Departamentos Médicos Asistenciales, Departamento de Enfermería, de Apoyo al Tratamiento, Apoyo al Diagnóstico, Telesalud y Servicio de Consultorios Externos

V. BASE LEGAL:

- 5.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- 5.2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- 5.3. Ley N° 27658, Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado
- 5.4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud
- 5.5. Decreto Supremo N°013-2006-S.A. que aprueba el reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo.
- 5.6. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Reglamento para la atención de reclamos y denuncias de los usuarios de IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS, Públicas, Privadas y Mixtas.
- 5.7. Resolución Ministerial N.º 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°018 MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud .
- 5.8. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- 5.9. Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, del 11 de julio del 2011, que aprueba "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- 5.10. Decreto Supremo N° 627-2015 S.A. aprueba el reglamento de la Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.11. R.M. N° 811-2018/MINSA aprobó la Directiva N° 251-MINSA/2018/DGOS la Directiva Administrativa para la elaboración e implementación del plan "Cero Colas" en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPRESS) Públicas adscritas al Ministerios de Salud y Gobiernos Regionales.
- 5.12. Resolución Ministerial No 172-2024-2023/MINSA que aprueban el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 – 2027 ampliado del Ministerio de Salud.
- 5.13. Resolución Directoral N°105-2025-D.E/HJATCH, 11 de Marzo del 2025, Reconformación del Comité Cero Colas.
- 5.14. Resolución Directoral N° 095-2025-DE/HJATCH que aprueba el Plan Anual De Trabajo 2025 De La Unidad De Gestión De La Calidad
- 5.15. Resolución directoral N° 299-2024-DE/HJATCH que aprueba el plan operativo institucional POI -2025 del Hospital José Agurto Tello De Chosica





VI. CONTENIDO

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales:

- 6.1.1. **Atención de salud:** Prestación que se brinda a la persona, la familia y la comunidad que puede ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.
- 6.1.2. **Barreras de acceso:** Son los elementos de tipo físico, geográfico, económico, sociocultural que impiden el acceso a la atención de salud de la persona.
- 6.1.3. **Brecha demanda-oferta de horas médicos:** Resultado que se obtiene al restar las horas médico disponibles de las horas médico requeridas para atender las necesidades de salud de la población en un periodo.
- 6.1.4. **Calidad de la atención en salud:** Es la aplicación de la ciencia y de la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.
- 6.1.5. **Contrarreferencia:** Es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia retorna o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de una prueba de apoyo al diagnóstico, al establecimiento de salud de origen de la referencia de donde procede el paciente, para la continuidad de su atención de salud.
- 6.1.6. **Demanda No Atendida:** Es el número de personas que no lograron acceder a un servicio de salud por no alcanzar una cita o por no contar con la especialidad requerida en el establecimiento de salud.
- 6.1.7. **Diferimiento de citas:** Es el tiempo transcurrido desde que el usuario obtiene una cita hasta que recibe la atención solicitada.
- 6.1.8. **Evaluación:** Es la emisión del juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud de los usuarios que acuden por una atención a una organización de salud.
- 6.1.9. **Gestión de quejas y reclamos:** Proceso de control y mejoramiento continuo, que permite obtener información de lo que sucede, cuáles son las inquietudes, quejas y sugerencias que tienen los usuarios de los servicios. Con la finalidad de analizarlas e implementar acciones de mejoras.
- 6.1.10. **Instrumentos de calidad:** Herramientas utilizadas para medir el nivel de calidad de la atención alcanzado (Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, formatos para la autoevaluación, matriz para el análisis de los resultados de autoevaluación, matriz para la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad, etc.).
- 6.1.11. **Interconsulta:** Actividad asistencial mediante la cual un médico especialista brinda opinión para definir el diagnóstico, tratamiento o el destino de un paciente a solicitud del médico tratante.
- 6.1.12. **Monitoreo:** Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el cumplimiento de la ejecución de los procesos e instrumentos para la disminución de "colas" de los usuarios externos de las IPRESS.
- 6.1.13. **Plan "Cero Colas":** Documento para evitar la generación de filas presenciales de espera de los usuarios que solicitan atención de salud, así como, reducir los tiempos de espera para la obtención de una cita o atención ambulatoria, en las áreas de admisión, caja, consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.





- 6.1.14. **Primer nivel de atención:** Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente acciones 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. Este nivel comprende a las IPRESS categorizadas desde I-1 al I-4.
- 6.1.15. **Programación de Turnos:** Instrumento de gestión elaborado por las jefaturas de servicios hospitalario, que registra de manera ordenada las actividades y horarios del profesional responsable de la atención en la consulta ambulatoria.
- 6.1.16. **Redes Integradas:** Conjunto de instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública que se articulan funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a una población definida y ubicada en un espacio geográfico determinado.
- 6.1.17. **Referencia:** Es un proceso administrativo – asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de primer nivel de atención para que sean atendidos.
- 6.1.18. **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte del establecimiento de salud, respecto a las expectativas y percepciones de la persona en relación a los servicios recibidos.
- 6.1.19. **Segundo nivel de atención:** 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 las IPRESS de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda. Este nivel comprende las IPRESS categorizadas desde II-1, II-2 y II-E.
- 6.1.20. **Tercer nivel de atención:** Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos, dirigidos a la solución de las necesidades de salud referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de salud de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda. Asimismo, en este nivel se desarrolla docencia e investigación con mayor énfasis. Este nivel comprende las IPRESS categorizadas desde III-1, III-2 y III-E.
- 6.1.21. **Tiempo de espera:** Es el tiempo promedio transcurrido, medido directa o indirectamente, entre el ingreso del usuario a la IPRESS y el ingreso al servicio de donde recibe la atención.





6.1.22. **Triaje de Consulta Externa:** Ambiente donde se realiza el control de los signos vitales y su evaluación inicial del paciente por parte del personal de enfermería.

6.2. Análisis De La Situación Actual

6.2.1. Antecedentes:

La medición de la Demanda no atendida tiene por finalidad mejorar la disponibilidad de los recursos, para brindar una atención oportuna y mejorar la oferta de servicios de salud que cubran las necesidades de la población.

**TABLA N°1. BRECHA OFERTA – DEMANDA DE CITAS MÉDICAS
CONSULTORIOS EXTERNOS HJATCH 2024**

MESES	DEMANDA ATENDIDA	DEMANDA NO ATENDIDA	DEMANDA TOTAL
ENERO	6000	4844	10844
FEBRERO	6690	4275	10965
MARZO	6703	4521	11224
ABRIL	7558	6186	13744
MAYO	7284	5770	13054
JUNIO	6953	5879	12832
JULIO	7406	6503	13909
AGOSTO	7292	4591	11883
SETIEMBRE	7605	5011	12616
OCTUBRE	7213	5011	12224
NOVIEMBRE	7268	4356	11624
DICIEMBRE	6317	3547	9864
TOTAL	84289	60494	144783

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, Registro de Call Center.

La Tabla N°1 muestra que, de 144,783 citas demandadas en 2024, solo 84,289 fueron atendidas, dejando el 42% (60,494) sin cobertura. Los meses con mayor brecha fueron julio, abril y mayo, con más de 6,000 citas no atendidas. Esto evidencia una alta demanda insatisfecha y la necesidad de optimizar la programación y capacidad de atención.



**TABLA N°2. MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA CONSULTORIOS
EXTERNOS HJATCH**

Tiempo de Espera	2023 MAYO	2023 NOVIEMBRE	2024 MARZO	2024 NOVIEMBRE
Estándar	1h 23m	1h 15m	1h 7m	0h 54m

Fuente: Informes de Medición de Tiempo de Espera UGC

La Tabla N°2 muestra la reducción progresiva en el tiempo de espera en los consultorios externos del HJATCH. En mayo de 2023, el tiempo promedio fue de 1 hora y 23 minutos, disminuyendo a 1 hora y 15 minutos en noviembre de 2023. En marzo de 2024, se redujo a 1 hora y 7 minutos, y en noviembre de 2024, alcanzó 54 minutos, acercándose a estándares más eficientes de atención. Esta tendencia refleja mejoras en la gestión de citas y optimización de procesos.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**TABLA N°3. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO
CONSULTORIOS EXTERNOS HJATCH 2024**

INSATISFACCIÓN	DESCRIPCIÓN
76.05%	Que las citas se encuentran disponibles y se obtengan con facilidad
71.86%	El médico le atendió en el horario programado
71.54%	La atención para tomar exámenes radiológicos fue rápida
70.54%	La atención para la toma de exámenes de laboratorio fue rápida

Fuente: Informes de Encuestas SERVQUAL 2024 UGC.

La Tabla N°3 refleja los principales factores de insatisfacción de los usuarios en los consultorios externos del HJATCH durante 2024. El 76.05% de los encuestados manifestó dificultades para acceder a citas médicas, mientras que el 71.86% señaló que las atenciones no se realizaron en el horario programado. Además, el 71.54% expresó demoras en exámenes radiológicos y el 70.54% en exámenes de laboratorio. Estos resultados evidencian la necesidad de optimizar la gestión de citas y mejorar la puntualidad en la atención y los servicios auxiliares.

**TABLA N°4. DEMANDA NO ATENDIDA SEGÚN ESPECIALIDADES
HJATCH 2024**

ESPECIALIDAD	PORCENTAJE
MEDICINA FÍSICA	20%
UROLOGÍA	16%
ENDOCRINOLOGÍA	14%
NEUROLOGÍA	10%
PSIQUIATRÍA	7%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	8%
DERMATOLOGÍA	6%
GASTROENTEROLOGÍA	5%
TRAUMATOLOGÍA	5%
OFTALMOLOGÍA	4%
REUMATOLOGÍA	2%
OTROS	2%
TOTAL	1%

Fuente: Unidad de Estadística e Informática, Registros de Call Center



La Tabla N°4 muestra la demanda no atendida por especialidad en los consultorios externos del HJATCH en 2024. La mayor brecha se encuentra en Medicina Física (20%), debido a la programación interna de terapias con cupos limitados y la falta de infraestructura adecuada para ampliar la oferta. Le siguen Urología (16%), Endocrinología (14%) y Neurología (10%), donde la escasez de especialistas es un factor determinante. La mayoría de médicos trabajan como locadores de servicios, y la lejanía del distrito dificulta su disponibilidad, impactando la atención en diversas especialidades.



6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)

Debido a la ampliación del servicio de Emergencia y la alta demanda de pacientes, los consultorios externos se encuentran en su mayoría en una sede ubicada a siete cuadras del hospital. Esta nueva ubicación cuenta con 31 consultorios, de los cuales 22 están en la sede externa y 9 en el hospital, con infraestructura en su mayoría prefabricada y algunos ambientes construidos con quincho y barro debido a su valor patrimonial. La atención se brinda de lunes a sábado en turnos de mañana y tarde, ofreciendo 21 especialidades médicas y 12 de otros profesionales de la salud. Además, se ha implementado el servicio de Telesalud en modalidad de Teleinterconsulta y Telemonitoreo, aunque con cobertura limitada por la escasez de especialistas programados para esta actividad.

El proceso de asignación de citas se realiza de manera virtual a través de llamadas telefónicas y de forma presencial en especialidades como traumatología, ecografía, psicología, etc. lo que genera largas colas en determinados días del mes cuando se habilitan los cupos. En muchos casos, los pacientes programan citas con demasiada anticipación o para varias especialidades, lo que aumenta la tasa de deserción. Aunque se recomienda acudir 30 minutos antes de la cita, muchos pacientes llegan con horas de antelación, especialmente adultos mayores, lo que incrementa el tiempo de espera y la aglomeración en los consultorios.

La infraestructura administrativa también presenta limitaciones. El área de admisión dispone de solo dos ventanillas y una de caja, en la sede de consultorios externos y una ventanilla en la sede hospitalaria, lo que retrasa la atención. Además, los archivos clínicos se encuentran en el hospital, lo que genera demoras en la entrega de historias clínicas para citas adicionales y las citas otorgadas para el mismo día de su atención. La oficina de Seguros y Referencias, también ubicada en el tercer piso del hospital, mantiene una coordinación permanente con la sede de consultorios, pero enfrenta problemas como el cierre anticipado de cuentas corrientes para los Formatos Únicos de Atención (FUA), lo que afecta la continuidad de la atención de los pacientes.

La oferta de consultas médicas no cubre la demanda en diversas especialidades debido a la insuficiente disponibilidad de médicos especializados. La mayoría de los profesionales trabajan bajo la modalidad de locación de servicios, lo que dificulta la estabilidad del personal y la continuidad de la atención. Además, la lejanía del distrito representa una barrera para los especialistas. La programación de citas no se realiza con la anticipación adecuada y el inicio de la atención en algunas especialidades no es puntual, con reprogramaciones frecuentes que generan constantes reclamos de los usuarios.

En cuanto a la tecnología, el sistema REFCON no opera de manera óptima, ya que las referencias desde el primer nivel de atención no se ingresan correctamente al sistema, obligando a los pacientes a presentar formatos físicos y formar colas para su trámite. A esto se suma que el sistema informático aún está en proceso de implementación. Además, los flujos de atención han cambiado debido a modificaciones en la asignación de citas, la reubicación de los consultorios y la diversificación de las modalidades de atención.

El personal de la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS) asignado a la Unidad de Gestión de Calidad, no cuenta con un ambiente adecuado para desarrollar sus actividades ni con el equipo informático necesario.

Todo lo expuesto genera diversas barreras en el proceso de atención por consulta externa, provocando largas colas y altos tiempos de espera, lo que impacta negativamente en la satisfacción de los pacientes, según lo evidenciado en las encuestas realizadas en el año 2024.





6.2.3. Causa del Problema.

Problema Identificado	Causas Principales
Infraestructura inadecuada y dispersión de sedes	<ul style="list-style-type: none"> - Traslado de consultorios externos a un local prefabricado a 7 cuadras del hospital. - Uso de ambientes de quincho y barro (patrimonio cultural), lo que limita modificaciones estructurales. - Número insuficiente de consultorios (31 en total) para la demanda actual.
Deficiencias en la programación y otorgamiento de citas	<ul style="list-style-type: none"> - Modalidades mixtas de asignación de citas (virtual y presencial) sin criterios claros de distribución. - Oferta de citas limitada en especialidades como traumatología, odontología y ecografía, generando largas colas en días específicos. - Reservas de citas con mucha anticipación y en múltiples especialidades, lo que incrementa la tasa de deserción. - Especialistas programados en Telesalud en menor cantidad de lo requerido.
Retrasos y dificultades en la gestión de historias clínicas y referencias	<ul style="list-style-type: none"> - Área de archivos ubicada en el hospital, lo que genera demoras en el traslado de historias clínicas. - Coordinación deficiente con la oficina de Seguros y Referencias, afectando la vigencia de los Formatos Únicos de Atención (FUA). - Sistema REFCON no operativo de manera óptima, obligando a los pacientes a gestionar referencias con documentos físicos.
Limitaciones en la disponibilidad de personal médico especializado y programación ineficiente	<ul style="list-style-type: none"> - Especialistas contratados bajo la modalidad de locación de servicios, generando inestabilidad en la oferta. - Disponibilidad reducida de médicos debido a la lejanía del distrito. - Programación de citas con poca anticipación y frecuentes reprogramaciones, lo que afecta la puntualidad en la atención y genera reclamos.
Deficiencias en el sistema informático y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación incompleta del sistema informático, dificultando la gestión eficiente de citas y referencias. - Equipos de cómputo en menor cantidad de lo necesario para el personal de atención. - Flujos de atención modificados sin una adecuada adaptación tecnológica
Condiciones inadecuadas para la Plataforma de Atención a los Usuarios (PAUS)	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de PAUS recientemente asignado a la Unidad de Gestión de la Calidad. - Ambiente de trabajo reducido y sin equipamiento informático adecuado.
Insatisfacción del usuario y generación de colas	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras estructurales, organizacionales y tecnológicas en el proceso de atención ambulatoria. - Largas esperas y tiempos de atención prolongados, generando alto grado de insatisfacción según encuestas del 2024.



2.4. Población o entidades objetivos.

La Unidad de Gestión de la Calidad desarrolla acciones y proyectos de mejora continua, brindando información clave a la Dirección Ejecutiva y a todas las áreas asistenciales y administrativas, con el objetivo de optimizar la calidad de atención a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

6.2.5. Alternativas de Solución

Para mejorar la gestión de calidad, se proponen las siguientes estrategias:



Estrategias para optimizar la gestión de citas y reducir tiempos de espera

- Implementación de un sistema de turnos digitales con notificaciones automatizadas para evitar colas innecesarias.
- Distribución equitativa de citas presenciales y virtuales según disponibilidad y demanda.
- Ampliación progresiva de la oferta en Telesalud, asegurando la programación oportuna de especialistas.
- Estrategias de sensibilización informativas para que los usuarios conozcan las modalidades de atención y acudan solo en el horario programado.

Estrategias para mejorar la infraestructura y distribución de ambientes

- Adecuación y optimización de los espacios en la sede externa para mejorar la experiencia del usuario.
- Implementación de señalización clara y puntos de orientación para facilitar el acceso a los servicios.
- Establecimiento de un plan de mantenimiento periódico de los consultorios y mobiliario disponible.
- Coordinación con entidades públicas y privadas para la gestión de recursos destinados a mejorar la infraestructura.

Estrategias para mejorar la gestión de historias clínicas y referencias

- Digitalización progresiva de las historias clínicas para reducir el tiempo de traslado entre sedes.
- Coordinación con la oficina de Seguros y Referencias para garantizar la vigencia de los Formatos Únicos de Atención (FUA).
- Optimización del uso del sistema REFCON para registrar y gestionar referencias de manera eficiente.

Estrategias para fortalecer la disponibilidad y estabilidad del personal médico

- Implementación de estrategias de contratación que garanticen una oferta estable de especialistas.
- Revisión de la programación de citas para asegurar una distribución eficiente de los turnos médicos.
- Participación activa del personal médico en el logro de los objetivos institucionales

Soluciones para la modernización del sistema informático y equipos tecnológicos

- Adquisición progresiva de equipos informáticos y mejora del sistema de gestión de citas, con financiamiento destinado específicamente a la adquisición de equipos informáticos
- Desarrollo de un software de integración entre el hospital y la sede externa para mejorar el flujo de información.

Estrategias para mejorar la atención y satisfacción del usuario

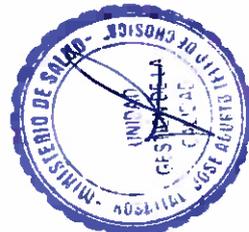
- Incrementar la oferta de los servicios de salud en consultorios externos.
- Capacitación del buen trato al personal de salud.
- Fortalecimiento del rol de la Plataforma de Atención a los Usuarios (PAUS) con un espacio adecuado y equipos informáticos.
- Revisión y simplificación de los flujos administrativos para reducir tiempos de espera y trámites innecesarios.

6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI.

El presente Plan Cero Colas del Hospital José Agurto Tello de Chosica 2025 se encuentra articulado al PEI MINSA 2019-2027.



Articulación Estratégica PEI			Articulación Operativa POI						
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL OEI	ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES AEI	RESPONSABLE	CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	UNIDAD DE MEDIDA	META PROGRAMADA ANUAL
OEI.04 FORTALECER LA RECTORIA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E INTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	05 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	05.01 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	AOI00113800534 GESTION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	1
				AOI00113800535 ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4





6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción Operativa: Unidad De Medida, Metas Y Responsables

OE.1.	Optimizar los procesos administrativos y asistenciales internos vinculados al proceso de atención de consulta externa: admisión, archivos de Historias Clínicas, atención en los consultorios, servicios de apoyo al diagnóstico, apoyo al tratamiento, Unidad de Seguros Referencias y Contra Referencia.
	<ul style="list-style-type: none"> A. Elaboración del Plan Cero Colas B. Evaluación de ejecución del Plan Cero Colas. C. Analizar, evaluar y mejorar los procesos internos en admisión, orientación, triaje, atención en el consultorio, Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. D. Medición dl tiempo de espera. E. Optimizar el otorgamiento de citas por teléfono F. Socializar el número de cupos por especialidad otorgados por diferentes modalidades G. Implementar el recordatorio de citas H. Vinculación informática del Sistema con Apoyo al Diagnóstico y Farmacia. I. Disponibilidad oportuna de H.CI a los consultorios. J. Reuniones de coordinación y capacitación del personal de admisión, archivos, Call Center, personal de la Unidad de Seguros y Referencia y Contrarreferencia. K. Implementar atención de la Unidad de Seguros en ventanilla de consultorios externos. L. Implementación de directiva administrativa de C. Externos.

OE.2.	Garantizar la atención oportuna en los servicios de consulta externa.
	<ul style="list-style-type: none"> A. Programación oportuna de consultas externas B. Evaluar el uso y la distribución de ambientes de los consultorios externos. C. Control y supervisión de la puntualidad de los profesionales D. Informe de reprogramaciones y suspensiones de la consulta externa programada. E. Fortalecimiento de las atenciones por Telesalud. F. Informe y análisis de la demanda no atendida





OE.3.	Optimizar el Sistema REFCON en la atención ambulatoria
<p>A. Dotación de profesional capacitado en el uso del Sistema REFCON en la admisión de pacientes con priorización de gestantes.</p> <p>B. Reuniones de coordinación con la DIRIS y los establecimientos del I Nivel de atención.</p> <p>C. Coordinación para el acceso al Sistema del personal médico responsable de la atención.</p> <p>D. Capacitación al personal en el uso del sistema REFCON.</p>	

OE.4.	Fortalecer la orientación y comunicación a los usuarios mediante la Plataforma de Atención al Usuario.
<p>A. Elaboración de Material de información con los deberes y derechos de los pacientes.</p> <p>B. Implementación de señalética.</p> <p>C. Elaboración y publicación de flujos actuales de atención y cartera de servicios.</p> <p>D. Capacitación al personal de salud en el proceso de atención y el buen trato.</p> <p>E. Implementación con personal en la PAU.</p> <p>F. Medición de nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa.</p>	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Digitalización del Seguro Social

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.3. Cronograma De Actividades

OB.E.1: Optimizar los procesos administrativos y asistenciales de Consulta Externa, Telesalud, Admisión, Archivos de Historias Clínicas, Apoyo al Diagnóstico, Apoyo al tratamiento, Referencias y Contra Referencia.

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			IV TRIM PROG			V TRIM PROG			RESPONSABLE
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Elaboración del plan Cero Colas 2025	Plan cero colas aprobadas con RD	1	1												UGC
Evaluación de la ejecución del plan cero colas.	Actas de reuniones	2				1								1	Comité Cero colas
Medición del tiempo de espera.	Informe	2				1					1				UGC
Evaluar y actualizar los flujos de los procesos internos en admisión, atención en consultorio externo, Telesalud, Apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Informe	2									1				Comité Cero colas
Reuniones de coordinación y capacitación del personal de admisión, archivos, call center, personal de la unidad de seguros y referencia y contra referencia.	Actas	2								1					Jef. Consultorio externo
Socializar el número de cupos por especialidad otorgados por diferentes modalidades.	Informe	1							1						Jef. Consultorio externo
Vinculación informática del sistema con apoyo al diagnóstico y Farmacia.	Informe	1							1						Jef. Unidad de Estadística e Informática
Implementar la atención de la unidad de seguros en ventanilla de consultorio externos.	Acta	1							1						Jef. De La Unidad de Seguros
Implementación de directiva administrativa de consultorios externos.	Directiva Administrativa	1												1	Comité Cero colas

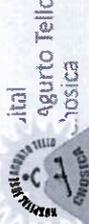




PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

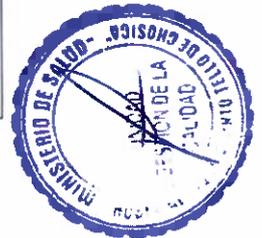


Agurto Tello

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

OB.E.2: Garantizar el acceso y atención oportuna en los servicios de consulta externa.

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			IV TRIM PROG			V TRIM PROG			RESPONSABLE
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
			Programación oportuna de consulta externas.	Acta	16				1						
Evaluar el uso y distribución de los ambientes de consultorios externos.	Acta	1				1									Comité Cero colas
Control y supervisión de la puntualidad de los profesionales.	Informe	2					1							1	Unidad de Personal Jefes de Servicios
Analizar la demanda insatisfecha	Acta	4				1				1				1	Comité Cero Colas
Evaluar la deserción de usuarios externos	Acta	2					1			1				1	Comité Cero Colas
Mejorar el otorgamiento de citas.	Informe	2					1					1			Jef. Unidad de Estadística e Informática
Implementar los recordatorios de citas.	Informe	1				1									Jef. Unidad de Estadística e Informática
Disponibilidad oportuna de las Historias Clínicas de las citas otorgadas el mismo día de atención, particulares y las citas adicionales.	Informe	2												1	Jef. Unidad de Estadística e Informática
Fortalecimiento de Telesalud con incremento de la oferta de especialidades.	Acta	1					1								Jefe de la Unidad Funcional de Telesalud





PERÚ

Ministerio de Salud

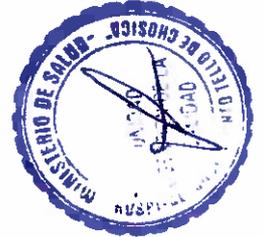
Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Agurto Tello
Hospital
Hospital

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

OB.E.3: Optimizar el Sistema REFCON

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			IV TRIM PROG			V TRIM PROG			RESPONSABLE
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Implementar recursos para el área de REFCON	Informe	1				1									Comité Cero colas
Coordinar la ubicación adecuada de ventanilla para atención REFCON	informe	1					1								Comité Cero colas
Reuniones de coordinación con la DIRIS y los establecimientos del I Nivel de atención.	Acta	2					1						1		Jef. Unidad de Referencia y Contrarreferencia
Interoperar los Sistemas Informáticos de Consulta Externa y REFCON	Informe	2				1							1		Jef. Unidad de Estadística e Informática
Capacitación al personal en el uso del sistema REFCON.	Registro de capacitación	2				1							1		Jef. Unidad de Referencia y Contrarreferencia





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Agustín Tello UGCH

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

OB.E.4: Fortalecer los medios de comunicación y orientación a los usuarios externos

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			IV TRIM PROG			V TRIM PROG			RESPONSABLE	
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Elaboración de material de información con los deberes y derechos de los pacientes.	Afiche	2				1							1			UGC (PAUS)
Requerimiento de señaléticas	Acta	1			1											Jef. Consultorio externo
Capacitación al personal de consultorios externos en el proceso de atención y el buen trato.	Registro	1											1			UGC
Requerimiento de personal orientador para la PAUS.	TDR	1							1							UGC
Medición de nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa.	Informe	1											1			UGC





6.4.4. Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividades

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AOI00113800537 Implementación Acciones Mejora Continua Calidad De Atención	Plan Cero Colas	Elaboración del Plan Cero Colas	Documento que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivos, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables. Plan aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS que detalla acciones orientadas a reducir los tiempos de espera y evitar "cola física" para la atención ambulatoria.	Responsable del Plan cero colas (comité cero colas)
		Evaluación del Plan Cero Colas	Informe que detalla el avance y cumplimiento de las actividades programadas por semestre, cuyo contenido debe considerar: Antecedentes, Actividades programadas Actividades ejecutadas, Porcentaje de Avance, Análisis de factores asociados. Documento aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS de manera semestral.	

6.5. Presupuesto

Este Plan ha sido elaborado sin asignación presupuestal específica, al formar parte del Plan Anual de Gestión de la Calidad. Las actividades contempladas no requieren financiamiento adicional, pues corresponden a funciones propias de la gestión institucional orientadas a fortalecer los procesos con un uso eficiente de los recursos..

6.6. Financiamiento

El presente Plan no tiene presupuesto asignado, se elabora en el marco del Plan anual de Gestión de la calidad, no cuenta con financiamiento adicional, porque plantea actividades inherentes a las funciones que se desarrollan para efectivizar los procesos con el mejor uso de los recursos.

En caso se requiera de presupuesto para la implementación de una actividad se coordinará con Programas Presupuestales que tienen como producto final actividades en consulta externa.

6.7. Acciones De Monitoreo Supervisión, Y Evaluación Del Plan

La supervisión de la Unidad de Gestión de la Calidad y el cumplimiento del plan están a cargo del Comité Cero Colas, la DIRIS L.E., y MINSA, garantizando el seguimiento y cumplimiento de las normativas establecidas.

El monitoreo y la evaluación del plan son realizados de manera continua por la Dirección Ejecutiva, la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y cada responsable de las líneas de acción. Este proceso permite identificar avances, detectar oportunidades de mejora y tomar decisiones estratégicas para optimizar la gestión de la calidad.

Asimismo, el seguimiento se basa en indicadores alineados con el objetivo general, con el propósito de alcanzar o superar las metas programadas en cada área. La información utilizada para la evaluación proviene de diversas fuentes, recopiladas y analizadas por los responsables designados en cada sector. Todos estos detalles se encuentran especificados en el **Anexo 2**.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

	PERSONAL	RESPONSABILIDAD
Unidad De Gestión De Calidad	Comité De Cola Cero	Responsable Del Plan Cero Colas

VII. RESPONSABILIDADES

- a) El director ejecutivo del Hospital debe aprobar el presente Plan mediante Resolución Directoral y velar por el cumplimiento de las actividades planteadas.
- b) El Comité Cero Cola debe monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las actividades formuladas en el presente plan.
- c) Los jefes de Departamentos, Unidades y Servicios tienen el compromiso de colaborar en el cumplimiento de las actividades del presente plan, implementado las acciones y/o proyectos de mejora en sus servicios.
- d) La oficina de Planeamiento Estratégico debe asignar recursos para el cumplimiento de todas las actividades del presente plan.
- e) El equipo de trabajo de la Unidad de Gestión de la calidad debe impulsar el trabajo a desarrollar en cada uno de los Servicios del Hospital realizando el seguimiento a las recomendaciones de los informes.
- f) Todos los trabajadores son responsables del cumplimiento del presente plan mejorando el buen trato a los pacientes y generando Prácticas seguras en la Atención de Salud.

VIII. ANEXOS





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud



Agurto Tello

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 1: Matriz De Articulación Estratégica Y Operativa Del Plan Especifico

Órgano/Unidad Orgánica:		UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
Marco estratégico:		Estructura Programática y Operativa						
PEI 2019-2027		POI					PLAN ESPECIFICO	
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	AO ID Actividad Operativa POI	Centro de Costo	Objetivo General del Plan	Objetivo Especifico del Plan
OEI.04 FORTALECER LA RECTORIA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E INTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SIMPLIFICADOS.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACION DE ACCIONES CONTINUAS DE CALIDAD DE ATENCION	05.01 UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	Disminuir el tiempo de espera para acceder a una prestación de salud oportuna y con el óptimo uso de los recursos	Optimizar los procesos administrativos y asistenciales de Consulta Externa, Tele-salud, Admisión, Archivos de Historias Clínicas, Apoyo al Diagnóstico, Apoyo al Tratamiento, Referencias y Contra Referencia. Garantizar el acceso y atención oportuna en los servicios de consulta externa. Optimizar el Sistema REFCON
							Fortalecer los medios de comunicación y orientación a los usuarios externos	





ANEXO 2: Matriz De Indicadores Del Plan Específico

Objetivos General del Plan:	Disminuir el tiempo de espera para acceder a una prestación de salud oportuna y con el óptimo uso de los recursos			
Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
Implementación de proyectos y/o Acciones de mejora	Unidad	2	Informes propios	UGC
Satisfacción de usuarios externos (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia)	Porcentaje	60%	Encuesta SERVQUAL	UGC
Reclamos	número	Menor a 15 /mes	Libro de reclamaciones	UGC
Demanda no atendida	porcentaje	Menor a 44%	informes	UGC
Tiempo de Diferimiento de Citas	días	Menor a 15 días	informes	UGC





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud



Julio César Tello
Gerente General

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Anexo 3: Matriz De Programación De Metas Físicas Y Presupuestales Del Plan Especifico

UNIDAD ORGANICA		UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD												PRESUPUESTO SIAF					
PLAN ESPECIFICO		POI												ESTRUCTURA PRESUPUESTAL					
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN	CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA/SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACION DE METAS FISICAS/ MENSUALIZADO												TOTAL PRESUPUESTAL ANUAL (S/)	
						MES 01	MES 02	MES 03	MES 04	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11	MES 12	Meta fisica anual	
DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A UNA PRESTACION DE SALUD OPORTUNA Y CON EL OPTIMO USO DE LOS RECURSOS	Optimizar los procesos administrativos y asistenciales de Consulta Externa, Telesalud, Admisión, Archivos de Historias Clínicas, Apoyo al Diagnóstico, Apoyo al Tratamiento.	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	R.D. INFORME ACTA	0	2	5	4	1	0	0	2	1	1	1	0	17	S/ 0.00
	Garantizar el acceso y atención oportuna en los servicios de consulta externa.		GESTION ADMINISTRATIVA	BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD DEL PACIENTE	ACTA INFORME REGISTRO S	0	3	2	0	2	1	1	1	1	0	1	1	13	S/ 0.00
	Optimizar el Sistema REFCON		GESTION ADMINISTRATIVA	IMPLEMENTACION ACCIONES DE MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	ACTA INFORME	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	S/ 0.00
	Fortalecer los medios de comunicación y orientación a los usuarios externos		GESTION ADMINISTRATIVA	ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS	REGISTRO CONSULTAS Y AFICHES TDR	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	6	S/ 0.00	
TOTAL							0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	40	S/ 0.00	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud



Gobierno Regional de Tarma

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

ANEXO 4 FODA

Fortalezas (F)	Oportunidades (O)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversidad de especialidades 2. Atención extendida 3. Implementación de Telesalud 4. Coordinación entre sede 5. Unidad de Gestión de Calidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoras tecnológicas 2. Optimización de la infraestructura 3. Expansión de Telesalud 4. Automatización del sistema de citas 5. Alianzas estratégicas
Debilidades (D)	Amenazas (A)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Infraestructura insuficiente 2. Gestión deficiente de citas 3. Deficiencias en historias clínicas y referencias 4. Falta de personal especializado 5. Sistema informático deficiente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta demanda de atención 2. Insatisfacción del usuario 3. Problemas de financiamiento 4. Inestabilidad del personal médico 5. Cambios en normativas y regulaciones

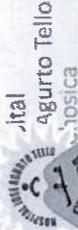




PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

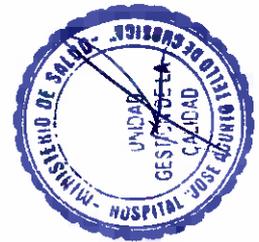


Agurto Tello

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 5 CAME

Afrontar Amenazas	
<p>Corregir Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de un sistema de turnos digitales para agilizar la asignación de citas y reducir la tasa de deserción. 2. Digitalización progresiva de historias clínicas y mejora del sistema REFCON para optimizar el acceso a la información. 3. Revisión de la contratación de especialistas con incentivos y convenios para garantizar estabilidad. 4. Adquisición de equipos informáticos y optimización del software hospitalario para mejorar la gestión administrativa. 5. Reestructuración del flujo de atención para reducir tiempos de espera y mejorar la experiencia del usuario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expansión de la atención en Telesalud para reducir la sobrecarga de los consultorios presenciales. 2. Búsqueda de financiamiento externo y donaciones para modernizar infraestructura y equipamiento. 3. Capacitaciones al personal en atención al usuario para mejorar la percepción del servicio. 4. Mejora en la comunicación con los pacientes mediante campañas informativas sobre horarios y modalidades de atención. 5. Gestión de convenios con universidades para aumentar la oferta de profesionales de la salud en el distrito.
Exploitar Oportunidades	
<p>Mantener Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliar el horario de atención y la cantidad de especialidades para mejorar la cobertura médica. 2. Fortalecer la Unidad de Gestión de Calidad para implementar mejoras continuas en la atención. 3. Optimizar la coordinación entre el hospital y la sede externa para evitar retrasos en la gestión de referencias. 4. Potenciar la atención en modalidad mixta (presencial y virtual) para mejorar la distribución de la demanda. 5. Mejorar la orientación y señalización en la sede externa para facilitar el acceso a los servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de encuestas de satisfacción periódicas para identificar puntos de mejora y ajustar estrategias. 2. Optimización del uso de Telesalud mediante una mejor programación de especialistas. 3. Ampliación progresiva del equipamiento tecnológico mediante alianzas con entidades públicas y privadas. 4. Automatización del sistema de citas con notificaciones para evitar aglomeraciones innecesarias. 5. Capacitación constante del personal en herramientas digitales para mejorar la eficiencia en la gestión de pacientes.





IX. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Calidad en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2023.
- Superintendencia Nacional de Salud. Glosario de términos en salud. Lima: SUSALUD; 2021.
- Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010.

